L'évolution psychiatrique xxx (xxxx) xxx–xxx

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com
ScienceDirect
et également disponible sur www.em-consulte.com

Article original

L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse☆

The evaluation and the efficacy of psychoanalytical therapies and psychoanalysis

Thomas Rabeyron

Université de Lorraine, Interpsy, 23, boulevard Albert 1er, 54000 Nancy, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 10 juin 2020
Accepté le 9 juillet 2020

Mots clés :
Psychothérapies
Psychothérapie psychanalytiques
Psychanalyse
Alliance thérapeutique
Symbolisation
Épistémologie
Évaluation
Efficacité

RÉSUMÉ

Objectif. – Cet article propose une revue de littérature concernant l'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse (PPP).
Méthode. – Après avoir proposé une vue d'ensemble de l'évaluation des psychothérapies, nous reprenons les travaux portant sur l'évaluation empirique et quantitative des PPP avant de nous centrer sur leur évaluation qualitative et processuelle.
Résultats. – Les résultats des études menées en ce domaine démontrent que les psychothérapies sont efficaces aussi bien sur le court terme que le long terme. Leur efficacité est le plus souvent indépendante de l'obédience théorique du clinicien. En revanche, les facteurs communs comme l'alliance thérapeutique ou les particularités du thérapeute sont des éléments prévalents de même que la durée et la fréquence des psychothérapies. Concernant plus précisément l'évaluation des PPP, celles-ci sont démontrées empiriquement comme étant efficaces pour la plupart des troubles psychiatriques. Plusieurs caractéristiques des PPP sont en outre corrélées de manière significative avec l'efficacité thérapeutique.
Discussion. – L'évaluation qualitative et processuelle des PPP apparaît complémentaire à ce premier niveau d'évaluation empirique qui présente plusieurs limites (biais d'allégeance, indistinction des processus, pratiques de recherches questionnables, etc.) mises

☆ Toute référence à cet article doit porter mention : Rabeyron T. L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse. Evol psychiatr 2021; 86 (3) : pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

Adresse e-mail : thomas.rabeyron@univ-lorraine.fr

https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.07.003
0014-3855/© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

notamment en évidence par la crise de la reproductibilité. La méthodologie des Essais Contrôlés Randomisés propose une évaluation de surface à laquelle doivent être associées des approches fondées davantage sur la pratique clinique. L'approche du groupe de Boston, l'analyse des processus psychothérapiques par le *Psychotherapy Q-Sort* (PQS) ainsi que la modélisation du processus de symbolisation par l'École de Lyon sont trois paradigmes de recherche qualitatifs particulièrement riches de ce point de vue.
Conclusion. – Les PPP sont efficaces pour la plupart des troubles psychiatriques sur le court terme, en fin de thérapie et plusieurs années après celle-ci. Elles engendrent des transformations durables sur le plan des symptômes et de la personnalité. Elles apparaissent souvent plus efficaces que la pharmacothérapie et conduisent à des économies substantielles quand elles sont mises en œuvre dans des services de soin auprès de patients souffrant de pathologies variées.
© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords:
Psychotherapy
Psychoanalytic psychotherapy
Psychoanalysis
Therapeutic alliance
Symbolization
Epistemology
Evaluation
Efficacy

ABSTRACT

Aim. – This article proposes a review of the literature concerning the evaluation and the efficacy of psychoanalytic psychotherapy and psychoanalysis (PPP).
Method. – After proposing a global overview of the evaluation of psychotherapy, we sum up the empirical and quantitative evaluation of PPPs before focusing on their qualitative and process-based evaluation.
Results. – Psychotherapies are very effective both in the short and in the long term. Their effectiveness is largely independent of the clinician's theoretical affiliation. Common factors such as the therapeutic alliance or the particularities of the therapist are prevalent, as are the duration and the frequency of the session throughout the therapy. Concerning more specifically the evaluation of PPPs, they have been empirically demonstrated to be effective for most psychiatric conditions. Several characteristics of PPPs are also specifically correlated with therapeutic effectiveness. Moreover, they produce long-term therapeutic effects, particularly concerning personality and after the end of the therapy.
Discussion. – The qualitative and process-based evaluation of PPPs appears complementary to empirical evaluation, the latter suffering from several limitations (allegiance bias, indistinction of processes, questionable research practices, etc.) highlighted in particular by the recent crisis of reproducibility. The methodology of Randomized Controlled Trials should be associated with research based on clinical material. The approach of the Boston group, the analysis of psychotherapeutic processes with the Psychotherapy Q-Sort (PQS) and the modeling of the symbolization processes by the School of Lyon are three qualitative research paradigms that are particularly rich from this point of view.
Conclusion. – PPPs are effective for most psychiatric disorders in the short term, at the end of the therapy, and for several years afterwards. They generate lasting transformations in terms of the reduction of symptoms and of personality evolution. They often appear to be more effective than pharmacotherapy and lead to substantial savings when they are implemented in health care facilities for patients suffering from a large variety of pathologies.
© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

« Littéraire ou scientifique, libérale ou spécialisée, toute notre instruction
est prédominament verbale, et, en conséquence,
elle ne réussit pas à accompagner ce qu'elle est censée faire.
Au lieu de transformer les enfants en adultes pleinement développés,
elle fabrique des étudiants en sciences naturelles qui n'ont aucune conscience
de la nature en tant que fait primordial de l'expérience,
elle inflige au monde des étudiants en humanités
qui ne connaissent rien de l'humanité, la leur ou celle de quiconque »
Aldous Huxley, Les Portes de la perception, 1954

1. Introduction

1.1. De l'importance de l'évaluation des psychothérapies

Près d'un français sur quatre souffrira d'un trouble psychiatrique au cours de sa vie[1]. On estime ainsi que deux millions et demi de personnes sont prises en charge chaque année par les établissements psychiatriques, ce qui donne lieu à un peu plus de vingt millions d'actes ambulatoires annuels[2]. Cette souffrance psychique peut être très aiguë et se traduit notamment par plus de cinq cent passages aux urgences pour des tentatives de suicide et près de vingt-cinq suicides par jour. Cette situation représente un coût très lourd pour la société française et elle correspond au premier poste de dépense de l'Assurance Maladie avec près de vingt milliards d'euros par an. On évalue plus globalement à plus de cent milliards le coût social et économique annuel des troubles psychiatriques. La souffrance psychique peut en effet occasionner des passages à l'acte, des troubles psychosomatiques, des addictions, des arrêts de travail et des situations d'exclusion dont les effets vont probablement bien au-delà de ces quelques chiffres. Tous ces éléments contribuent à faire de la prise en charge de la santé psychique un enjeu crucial, d'autant que son évolution défavorable peut conduire à des effets pathogènes sur le long terme [1,2][3].

Il paraît donc essentiel de développer des prises en charge adaptées qui tiennent compte aussi bien des dernières avancées de la littérature scientifique que de ces enjeux économiques. Mais cet objectif est délicat à atteindre, car les raisons pour lesquelles une personne souffre psychiquement sont complexes et multifactorielles, à la rencontre de facteurs biologiques, psychologiques, sociologiques et anthropologiques. Ces raisons sont d'ailleurs bien souvent énigmatiques pour la personne elle-même lorsqu'elle vient consulter. De même, l'évolution favorable du patient est le fruit d'un ensemble de facteurs dont environ 40 % apparaissent indépendants du cadre thérapeutique à proprement parler [3]. Par exemple, le soutien de l'entourage est souvent déterminant dans l'évolution des patients[4].

Dans ce contexte global, les psychothérapies demeurent la voie royale d'accompagnement de la souffrance psychique, comme en témoigne une riche littérature scientifique depuis plus de quarante ans [4][5]. Les psychothérapies sont d'ailleurs largement plébiscitées par les patients eux-mêmes

[1] Les données issues de ce paragraphe proviennent de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » diffusée par le Ministère de la Santé le 28 juin 2018.

[2] Selon un Rapport du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) de 2007, près d'un majeur sur quatre présentait un trouble psychiatrique du point de vue de la MINI sur un secteur de psychiatrie (banlieue Est de Lille). Seule une petite partie de cette population (environ 10 %) était suivie, ce qui montre que la grande majorité des personnes en souffrance sur le plan psychique évoluent en dehors des circuits de soin traditionnels.

[3] Nous rédigeons ces lignes durant la pandémie de Covid-19 et nous ne pouvons nous empêcher de penser que la situation actuelle, conséquence en partie de la réduction drastique du nombre de lits dans les services de réanimation, a son pendant dans le champ de la psychiatrie. Malheureusement, les effets délétères en ce domaine de la politique d'austérité sont plus difficiles à évaluer, mais tout aussi présents comme le constatent au quotidien les soignants sur le terrain. C'est une épidémie de souffrance psychique qui s'étend actuellement en France et dont les effets risquent d'être beaucoup plus durables que ceux du Covid-19.

[4] D'après les données du Rapport du CCOMS de 2007.

[5] Toujours selon le rapport du CCOMS, la psychothérapie a permis l'amélioration ou l'arrêt des troubles des patients selon les proportions suivantes : troubles dépressifs (71,2 %), anxiété généralisée (71,8 %), problème d'alcool (61,4 %) et de drogue (49 %) et enfin troubles psychotiques (69,2 %). Il ressort donc de ces chiffres que la psychothérapie est efficace en moyenne pour environ deux tiers des patients.

qui les préfèrent à la réponse pharmacologique [5]. Il est alors essentiel de comprendre comment opèrent les psychothérapies et la nature de leur efficacité. En effet, une différence en ce domaine peut avoir des conséquences considérables dans la qualité des soins prodigués aux patients ainsi que dans l'investissement financier engagé par les autorités [6]. Par exemple, les psychothérapies diminuent la durée et la fréquence des hospitalisations ainsi que la fréquence des tentatives de suicide [7]. À l'inverse, une politique inappropriée dans ce champ peut être extrêmement coûteuse. Certains travaux récents soulignent également les effets parfois iatrogènes des psychothérapies et, plus largement, le fait que certains psychothérapeutes induisent une dégradation de l'état psychique de leurs patients [8]. Ces éléments soulignent donc d'emblée la nécessité - mais aussi la complexité - inhérente à toute réflexion concernant les dispositifs psychothérapeutiques et leur évaluation.

Dans cette perspective, ce domaine met habituellement en scène une opposition entre deux grands courants de pensée [9]. Il s'agit tout d'abord de l'empirisme – associé à une forme de positivisme – qui consiste à étudier les psychothérapies par le biais de méthodes et de théories issues essentiellement des sciences de la nature et de la médecine. À l'opposé, l'approche herméneutique propose une vision des psychothérapies davantage orientée par la philosophie et les sciences humaines. Elle met l'accent sur le sens des symptômes et pense la psychopathologie en fonction de son inscription subjective dans un contexte social, culturel et anthropologique donné [10]. Ces deux courants donnent lieu à des oppositions prenant la forme de débats récurrents dans le champ des psychothérapies [9,11].

1.2. Débats autour de l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse

Les Psychothérapies Psychanalytiques et la Psychanalyse[6] - que nous proposons de nommer dans ce travail par l'acronyme « PPP » - sont davantage associées à l'approche herméneutique. Elles ont par conséquent eu tendance à adopter une position de prudence envers l'évaluation empirique de leurs effets[7]. Il existe des raisons pertinentes et légitimes soutenant une telle position [14], longtemps portée par de grandes figures de la psychanalyse comme Jacques Lacan [15] ou André Green [16]. Cette position s'appuie notamment sur une critique de la réduction de la subjectivité aux chiffres, les limites méthodologiques et épistémologiques de l'empirisme[8], une résistance envers des normes évaluatives qui paralysent la pensée et l'action ou encore une certaine méfiance envers l'influence culturelle anglo-saxonne [18]. Plus récemment, de nombreux auteurs ont également critiqué les dérives du DSM-5 et de la psychiatrie biologique dont les méthodes peuvent manquer de cohérence [19,20]. Par exemple, le fait de travailler avec des patients ne souffrant que d'une pathologie donnée (appelée « monomorbidité ») [21,22], la brièveté de l'évaluation des traitements (parfois seulement quelques semaines) ou encore la nécessité de suivre à la lettre un manuel, sont des éléments dont la pertinence est largement questionnée dans le champ des psychothérapies [21,22]. Ces différentes raisons légitiment donc une forme de prudence à l'égard de la mise en œuvre d'un empirisme naïf en ce domaine. Il n'existe d'ailleurs sans doute pas de pire idéologue qui celui qui prétend ne pas avoir d'idéologie et l'empirisme radical qui tend à se répandre aujourd'hui est des plus inquiétants de ce point de vue[9]. L'approche clinique française - voire de manière générale le *génie français* - se caractérise au contraire par une profondeur épistémologique et conceptuelle qui tend à déconstruire les édifices théoriques

[6] Concernant les relations entre psychothérapies psychanalytiques et psychanalyse, nous proposerons de les considérer selon une logique de continuité sur le plan des processus. Elles se distinguent essentiellement par une différence de degré et non de nature. Sur ce sujet, voir notamment : [12]. À noter également que nous ferons un usage indifférencié des termes « psychanalytique » et « psychodynamique ».

[7] À noter cependant que l'approche initiale de Freud ne saurait être réduite à cette dimension herméneutique. De par sa formation de neurologue et de chercheur, ses travaux se sont tout d'abord inscrits dans une approche profondément empiriste. L'épistémologie de la psychanalyse repose en réalité sur un mélange complexe entre empirisme et herméneutique [13].

[8] En particulier l'impossibilité de distinguer précisément l'observateur de ce qu'il observe [17]. Nous verrons un peu plus loin comment ce principe sur lequel s'appuie la psychanalyse fait constamment retour dans les difficultés rencontrées lorsqu'il est question d'évaluer empiriquement les psychothérapies.

[9] À noter que cette forme d'empirisme est souvent associée à une absence de réflexion épistémologique. Le chercheur, ou le clinicien, ne développe alors guère sa réflexivité à l'égard des méthodes qu'il utilise. Cette situation est malheureusement le terreau à partir duquel fleurissent des positions idéologiques qui rendent difficile l'émergence de débats contradictoires et constructifs [23].

approximatifs. Et de fait, l'évaluation est souvent mal construite, mal menée et conduit à « malmener » un réel réduit à des normes mutilantes. Une telle approche se traduit parfois par des mesures et des analyses statistiques décorrélées de tout intérêt clinique [24].

Mais il existe aussi des raisons, voire même de franches résistances, qui peuvent sembler moins pertinentes à l'encontre de l'évaluation des PPP. Ainsi, le fait d'étudier ces dernières comme des psychothérapies « comme les autres » ne pourrait-il pas leur faire perdre un certain piédestal ? Ne risqueraient-elles pas–en référence à « l'or » de l'analyse – de ne pas apparaître plus « efficaces » que le « cuivre » des psychothérapies non psychanalytiques [25] ? En outre, l'intime de la consultation thérapeutique et du divan analytique ne devrait-il pas demeurer un espace sacré, au risque sinon d'en dénaturer l'essence même ? C'est souvent une position éthique qui est ainsi revendiquée par le biais de ces différents motifs. Mais cette position, menant au refus de toute évaluation, ne pourrait-elle pas cacher des raisons moins avouables ? Il convient de rappeler à ce propos que toute pratique thérapeutique confronte à l'incertitude et au doute face à la souffrance d'autrui. La clinique psychothérapique est une clinique de l'incertitude de par sa nature même[10]. Il en résulte une angoisse fondamentale qui étreint tout thérapeute concernant sa pratique et qui le conduit à la peur de mal faire, voire de faire (du) mal. Ce vécu ne serait-il pas aussi à l'origine de certaines crispations idéologiques, car le référentiel théorique peut s'avérer un moyen de se convaincre que l'on utilise la « bonne » approche, et donc que l'on soigne bien ses patients, et peut-être même mieux que ses confrères. Cette angoisse, qui favorise les clivages idéologiques, que ce soit entre psychothérapies [26][11], mais aussi entre écoles analytiques [27], éclaire en partie ce refus de toute évaluation de la pratique[12].

De ce point de vue, le débat entre Daniel Stern et André Green qui s'est tenu le premier novembre 1997 à l'*University College* de Londres est particulièrement éclairant [28]. Dans celui-ci, Green critique avec vigueur l'évaluation empirique de la psychanalyse, en particulier celle qui découle de l'observation mère-bébé. Selon lui, la psychanalyse relève d'une matière psychique non observable directement. On ne peut donc déduire ses particularités que dans l'après-coup, en particulier à partir de l'analyse du transfert, des rêves et de l'association libre. Le psychanalyste ne s'intéresse pas à l'enfant tel qu'il est dans la réalité, mais à l'infantile, c'est-à-dire tel qu'il est reconstruit par le sujet à travers sa réalité psychique et ses fantasmes. Par conséquent, toute approche empirique de la psychanalyse ne fait que la subvertir et la réduit à une vision simplificatrice, et en réalité mensongère, de la vie psychique. À l'inverse, Stern, ainsi que Fonagy, dans la continuité des travaux de Bowlby, soutiennent l'idée que l'évaluation dans « l'ici et maintenant » peut s'avérer utile à la psychanalyse, de manière indirecte et sans se substituer à ses principes. Cette approche aurait également pour intérêt selon eux de permettre la mise à l'épreuve de certaines hypothèses psychanalytiques[13].

Jonathan Shedler [29] a proposé une lecture intéressante de ce débat en rappelant tout d'abord la distinction entre le contexte de découverte (qui génère des hypothèses) et le contexte de justification (qui teste ces hypothèses) dans le champ scientifique. Le dispositif psychanalytique permet de générer de nombreuses hypothèses et apparaît donc comme un contexte de découverte par excellence. En revanche, le contexte de justification des hypothèses ainsi dégagées dépend essentiellement de facteurs subjectifs relatifs à l'identification de l'analyste envers un autre analyste, un superviseur ou une institution, menant à une sensibilité théorique qui peut favoriser les clivages puisqu'il n'existe guère de critère de démarcation afin de déterminer la pertinence d'une hypothèse. Il convient donc, selon Shedler, de mettre à l'épreuve certains des énoncés générés par la psychanalyse et il donne à ce propos plusieurs exemples pour lesquels une telle entreprise fut un succès[14]. Il s'appuie également

[10] Voir à ce propos l'excellent article de David Brooks intitulé *Heroes of uncertainty* publié le 27 mai 2013 dans le *New York Times*.

[11] Ne pourrait-on pas concevoir un monde de la psychiatrie, de la psychologie clinique et de la psychothérapie fondé sur des débats contradictoires et non des invectives par médias interposés comme on l'observe aujourd'hui ?

[12] Celle-ci peut prendre des formes variées : refuser de rédiger un écrit qui rendrait compte d'un suivi, opposition catégorique à l'enregistrement d'un entretien psychothérapique malgré l'accord du patient et de la structure de soin, etc.

[13] Par exemple, l'hypothèse d'une phase de développement entièrement autistique de la personnalité, qui semble d'ailleurs avoir été largement démentie par la recherche empirique portant sur l'observation mère-bébé.

[14] En voici un exemple : si l'identification projective est une notion développée à partir de l'observation psychanalytique, il est possible de l'évaluer empiriquement en montrant comment certains patients tendent à l'utiliser de manière prévalente et comment ce mécanisme défensif diminue lors d'une psychothérapie psychanalytique [30].

sur plusieurs écrits de Freud qui proposait déjà de « comparer les résultats produits par des analystes correctement formés » pour déterminer la pertinence des hypothèses psychanalytiques. Cette divergence de points de vue entre Green et Stern a créé une ligne de fracture entre les approches analytiques anglo-saxonne et francophone, ce qui a favorisé l'isolation de la psychanalyse française au niveau international. En effet, rares sont ceux qui ont choisi de poursuivre une investigation empirique de la psychanalyse en France, suivant ainsi les positions de Green, et avant lui, de Lacan.

Ces divergences pourraient aujourd'hui sembler désuètes, car les questions essentielles se situent à d'autres niveaux et nécessitent probablement une synthèse dialectique de ces deux positions[15]. Il s'agit en particulier de s'interroger sur la manière la plus appropriée d'évaluer les processus psychiques selon des perspectives complémentaires. En ce sens, le croisement des regards permet de compenser les forces et les faiblesses de chacune d'elle [32]. Ainsi, l'approche empirique permet d'opérationnaliser certaines hypothèses heuristiques dégagées par la psychanalyse, ce qui étaye leur pertinence et favorise le dialogue avec d'autres domaines de recherche[16]. Les travaux contemporains dans les champs de l'observation mère-bébé [35] et de la neuropsychanalyse [36] en sont d'excellents exemples. Quant à l'approche herméneutique, elle offre une lecture extrêmement fine des processus psychiques qui va bien au-delà de l'observation dans l'ici et maintenant, car la réalité psychique se dérobe fondamentalement, de par sa nature même, à toute observation de la réalité objectivable[17].

Des cliniciens d'orientation analytique, essentiellement à l'étranger, ont progressivement épousé ces vues et ont commencé à évaluer les PPP selon ces perspectives complémentaires [37]. En France, la recherche en ce domaine, en particulier sur le plan empirique, est cependant demeurée limitée à quelques exceptions près [38]. Nous n'avons d'ailleurs trouvé aucun article qui proposerait une synthèse de ces études et c'est donc un pan entier de la recherche internationale auquel le lectorat français a peu ou pas accès. Il nous a donc semblé utile de rédiger une synthèse de ces travaux et des connaissances ainsi acquises. À cet égard, nous procéderons en trois temps. Nous proposerons tout d'abord une vue d'ensemble de l'évaluation des psychothérapies, préalable indispensable pour comprendre le contexte au sein duquel s'inscrit l'évaluation plus spécifique des PPP. Puis, nous nous centrerons sur leur évaluation quantitative et empirique avant de nous intéresser à leur évaluation qualitative et processuelle.

[15] De la même manière, l'opposition entre approches quantitative et qualitative est un leurre comme le montre très bien Bruno Falissard [31] : tout article quantitatif s'appuie sur du qualitatif dans l'analyse de ses résultats et toute approche qualitative tend d'une manière ou d'une autre à « quantifier » ses effets même si cela ne se fait pas nécessairement par l'intermédiaire d'outils mathématiques et statistiques.

[16] Voici un exemple étonnant et inattendu provenant de la biologie animale publié dans la revue *Nature* [33] : si l'on fait en sorte que des moutons soient élevés par des chèvres, ou inversement, on peut étudier s'ils auront tendance à l'âge adulte à essayer de se reproduire avec des congénères de la même espèce ou avec l'espèce qui les a élevés. Les chercheurs ont ainsi découvert une préférence pour l'espèce qui les a élevés, ce qui montre que les soins maternels chez les mammifères ont une influence prépondérante sur le choix d'objet sexuel. Les auteurs de cette étude en arrivent d'eux-mêmes à la conclusion que cette découverte soutient l'hypothèse du complexe d'Œdipe proposée par Freud. Certes, une telle étude ne changera guère la pratique quotidienne d'un analyste, mais elle est essentielle dans la mesure où elle vient confirmer la pertinence d'une hypothèse psychanalytique, en l'occurrence, le fait que le choix d'objet soit dépendant de relations interpersonnelles. Une autre étude, tout aussi surprenante, a testé l'hypothèse psychanalytique selon laquelle la haine des homosexuels pourrait relever d'une formation réactionnelle envers un désir homosexuel inconscient. Des chercheurs ont ainsi étudié le niveau d'excitation érectile chez des hommes (en réaction au visionnage d'images érotiques) en fonction de leur niveau d'homophobie [34]. Ils ont pu démontrer un lien entre ces deux facteurs avec une corrélation signicative entre homophobie et excitation sexuelle homosexuelle. On trouvera d'ailleurs une belle illustration clinique de ce principe dans le film *American Beauty* réalisé par Sam Mendes en 2000.

[17] Par exemple, nous sommes bien incapables d'observer empiriquement les rêves. Nous pouvons certes repérer des marqueurs neurobiologiques de ces phénomènes subjectifs, mais ceux-ci ne nous renseignent aucunement sur le contenu onirique lui-même. Il en est de même de la plupart des phénomènes psychologiques. L'apport des sciences de la subjectivité n'est pas un luxe, il est une nécessité.

2. L'évaluation des psychothérapies

2.1. De l'efficacité des psychothérapies et leur comparaison : le paradoxe de l'équivalence

Avant d'en venir plus précisément à l'évaluation des PPP, il nous faut donc d'abord dresser un tableau d'ensemble de l'évaluation des psychothérapies. Celles-ci sont évaluées empiriquement depuis plus d'un demi-siècle [38,39] et une première méta-analyse[18] – portant alors sur 400 études – fut publiée dans *The American Psychologist* à la fin des années 1970 [40]. Cette publication faisait suite à une controverse avec Eysenck [41] qui considérait que l'effet des psychothérapies était réductible au placebo. Les résultats de cette première méta-analyse, et des études menées ultérieurement en ce domaine, démontrent en réalité que les psychothérapies sont très efficaces et vont bien au-delà de l'effet placebo lui-même. Smith et Glass [40] ont ainsi pu montrer que « les résultats de la recherche démontrent les effets bénéfiques du soutien psychologique et des psychothérapies » ([40], p. 760). Soixante-quinze pour cent des patients pris en charge en psychothérapie allaient mieux que les patients des groupes contrôle avec une taille d'effet de 0,85[19]. Cette méta-analyse soulignait également l'absence de différences significatives entre approches thérapeutiques sur le plan de leur efficacité.

Un vaste sondage sur les psychothérapies dans le cadre du *Consumer Reports* – portant sur 7000 personnes – a montré vingt ans plus tard, en 1995, qu'un peu moins de la moitié des personnes ayant rencontré des problèmes psychologiques avait entamé un suivi auprès d'un professionnel. La grande majorité de celles et ceux qui avaient bénéficié d'un tel suivi s'en disaient satisfaits [42]. Les études plus récentes, qui utilisent des méthodologies plus rigoureuses, évaluent aujourd'hui la taille d'effet des psychothérapies entre 0,40 et 0,75 [43,44]. À noter que ces effets tiennent dans le temps comme le montre notamment une méta-analyse de Nicholson et Berman [45]. La littérature met aussi en évidence un « effet dormant » (*sleeper effect*) qui correspond à l'augmentation des effets des psychothérapies après la fin de celles-ci [46]. Cet effet a été démontré de manière globale, mais aussi de façon plus spécifique pour de nombreux troubles, qu'il s'agisse par exemple de l'anxiété sociale [47] ou de l'anorexie [48].

Près de 80 % des études randomisées dans le champ des psychothérapies arrivent par ailleurs à la conclusion que les psychothérapies permettent de réaliser des économies substantielles et cela pour des pathologies très variées [6,49]. Une méta-analyse a ainsi montré qu'elles diminuent d'environ 20 à 30 % le coût de prise en charge globale des patients [50]. Une vaste étude menée en Allemagne [51], dans l'équivalent des Centre Médico-Psychologiques auprès de plus de 20 000 patients durant cinq années, a pu montrer que le taux d'hospitalisation pour les patients suivis en psychothérapie était réduit de 27,4 %, les arrêts de travail de 41,8 % et les coûts d'hospitalisation de 21,5 %. Quand elles sont comparées aux psychotropes, les psychothérapies demeurent de manière générale plus efficaces et plus rentables[20] [53]. Par exemple, le taux de rechute est quasiment divisé par deux grâce à une psychothérapie psychanalytique par rapport à la prise d'un antidépresseur [54]. Antonnucio et al. [55] ont également pu montrer que le coût des psychothérapies est moins onéreux de 30 % que le traite-

[18] Pour le lecteur qui n'est pas familier avec la littérature empirique, une méta-analyse est une analyse statistique qui combine les résultats de plusieurs études. C'est l'outil le plus largement utilisé – et censé être le plus fiable – pour mieux comprendre un effet sur de larges populations de patients.

[19] La taille d'effet est un résultat statistique qui permet de quantifier la différence entre deux groupes et qui a pour avantage de ne pas évaluer les résultats uniquement du point de vue de leur significativité sur le plan statistique. Plus la taille d'effet est élevée et plus la thérapie apparaît comme étant efficace. Elle se situe le plus souvent entre 0 et 1, et on distingue habituellement les tailles d'effet selon qu'elles sont petites (entre 0 et 0,20), moyennes (entre 0,5 et 0,80) ou fortes (à partir de 0,80). Il existe plusieurs types de calculs concernant la taille d'effet. La plus classique est la taille d'effet de Cohen indiquée habituellement avec un *d* dans les publications. Elle correspond à la différence entre deux moyennes divisée par l'écart-type.

[20] Il existe bien entendu des variations complexes en fonction du type de médicament, de la pathologie, des patients ou des cliniciens, mais, sur l'ensemble des études, les psychothérapies apparaissent habituellement plus efficaces. L'utilisation des médicaments donne probablement l'impression subjective, à court terme, d'être plus efficace et plus rentable, mais c'est l'inverse qui apparaît sur le long terme. Un exemple est donné par cette étude portant sur la comparaison de la paroxétine et de la psychothérapie pour la prise en charge du syndrome du côlon irritable [52]. À la fin de l'étude, il n'y avait pas de différence entre les deux thérapeutiques. En revanche, un an plus tard, la psychothérapie avait permis des économies substantielles comparée à la prise en charge médicamenteuse (976 US dollars contre 1 252 US dollars).

ment d'un patient par antidépresseur[21]. Ces résultats ont été confirmés par une récente méta-analyse publiée dans le *JAMA* [59] portant sur 21 troubles psychiatriques, 852 études et 137 126 patients, mettant en évidence une taille d'effet supérieure pour les psychothérapies (0,58) en comparaison de la pharmacothérapie (0,40).

Les résultats de la recherche empirique montrent également – comme le suggérait déjà l'étude de Smith et Glass [40] – que cette efficacité est largement indépendante de l'obédience théorique du clinicien. Ce « paradoxe de l'équivalence » ou « effet dodo »[22] [60–62] fut testé empiriquement à de multiples reprises et montre que la comparaison des psychothérapies conduit à des différences le plus souvent non significatives [62,63]. Il apparaît ainsi que les facteurs communs des psychothérapies sont prédominants sur les facteurs spécifiques [64]. Cuijpers et al. [65] ont publié récemment dans les prestigieuses *Annual Reviews* une revue de littérature sur les facteurs communs dans laquelle ils arrivent à la conclusion que « le résultat de toutes les psychothérapies est comparable » ([55], p. 216). Ils soulignent également la difficulté de déterminer les processus qui favorisent le changement en psychothérapie étant donné leur caractère profondément intriqués[23].

Ces facteurs communs correspondent, selon Frank et Frank [66], au fait que le psychothérapeute répond au sentiment de désespoir qui envahit le patient selon quatre composants de base : une relation d'aide et de confiance sur le plan émotionnel entre thérapeute et patient; un dispositif thérapeutique que le patient considère comme pouvant l'aider; une interprétation plausible des symptômes donnée par le thérapeute qui aide le patient à mieux les comprendre; un rituel ou une procédure qui nécessite la participation active du thérapeute et du patient[24]. Frank et Frank [66] ont également précisé six éléments communs aux différents rituels thérapeutiques : le thérapeute réduit le sentiment de désespoir et d'aliénation du patient à l'égard de ses troubles grâce à la relation thérapeutique ; le thérapeute s'appuie sur les espoirs d'amélioration du patient à l'égard de la thérapie, ce qui accroit ses attentes à l'égard de cette dernière ; le thérapeute favorise l'apprentissage de nouvelles expériences chez le patient; le patient exprime ses émotions dans le but de mieux les intégrer; le thérapeute aide le patient à améliorer son sentiment d'efficacité et le contrôle de lui-même ; le thérapeute aide le patient à mettre en œuvre de nouveaux comportements.

Parmi les psychothérapies, les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) sont celles qui ont développé le plus vaste programme de recherche dans le but d'évaluer leurs effets de manière empirique [68][25]. Les TCC épousent de ce point de vue largement le modèle médical et évaluent les troubles psychiques en étudiant l'effet d'une psychothérapie comme on évaluerait l'effet d'un médicament. Les TCC ont une affinité particulière avec une telle façon de procéder car elles raisonnent à partir des données observables et mesurables relatives à la santé mentale du patient. Par exemple, on évaluera un trouble spécifique (la dépression) avec un questionnaire (la *Beck Depression Inventory*) dont on étudiera l'évolution sur le plan statistique au sein d'une population de patients (sélectionnés selon des critères du DSM V) suite à une TCC destinée à la prise en charge spécifique de ce trouble. Comme pour

[21] À noter, d'une manière plus générale, que ces questions recoupent les débats actuels concernant l'efficacité des antidépresseurs, dont les effets seraient selon certains réductibles à l'effet placebo ou auraient des effets faibles (en particulier la fluoxétine), voire même néfastes (en particulier la paroxétine, la sertraline, le citalopram et la venlafaxine) auprès de populations composées d'enfants et d'adolescents [56]. Une étude *Cochrane* portant sur les antidépresseurs tricycliques arrive ainsi à une taille d'effet de seulement 0.17 en comparaison du placebo [57], sachant que les biais de publication, particulièrements présents en ce domaine, rendent difficile l'analyse de ces résultats. Ceux-ci contrastent avec ceux des psychothérapies dont les tailles d'effets sont beaucoup plus élevées (environ 2 à 3 fois plus grandes d'après Shedler [58], avec une taille d'effet de 0.32 pour les antidépresseurs et de 0.98 pour les psychothérapies psychodynamiques).

[22] Ce dernier fait référence à la course organisée par le Dodo dans *Alice aux Pays des merveilles* (Carroll, 1865) à la fin de laquelle tous les participants ont gagné et reçoivent un prix (« *everybody has won, and all must have prizes !* »)

[23] Cuijpers fait un parallèle avec la recherche portant sur les causes du cancer liées au tabagisme. Ainsi, malgré des efforts considérables pour déterminer comment le fait de fumer favorise la survenue de cancers, nous ne sommes pas en mesure de déterminer précisément la nature de cette corrélation sur le plan biologique et il est possible que nous n'y parvenions jamais étant donné le caractère profondément intriqués des facteurs en jeu.

[24] Greencavage et Norcoss [67] relèvent pour leur part les quatre éléments suivants : (1) les caractéristiques du patient, (2) les caractéristiques du thérapeute, (3) la structure du traitement et (4) la relation thérapeutique.

[25] Par conséquent, nous ferons fréquemment référence aux TCC lorsqu'il sera question de l'évaluation des psychothérapies, mais notre raisonnement serait également approprié pour de nombreuses autres approches psychothérapiques validées empiriquement (humaniste, systémique, etc.)

la prescription d'un médicament, il s'agit alors de définir une procédure étayée sur un manuel que le clinicien devra respecter et qui précise la durée des séances, leur fréquence et les actions menées par le thérapeute et le patient. L'objectif est ainsi de démontrer l'efficacité d'une TCC pour un trouble donné de manière à ce qu'un autre thérapeute puisse mettre en œuvre la même méthode et obtenir des résultats du même ordre. Les TCC ont largement évalué leurs résultats à partir de cette démarche qui s'est étendue à la plupart des troubles psychiatriques, les résultats obtenus ayant largement mis en évidence leur efficacité [69].

Cependant, certains tenants des TCC, faisant fi des résultats évoqués précédemment concernant les facteurs communs, ont alors affirmé que cette approche serait plus efficace que les autres[26]. Pourtant, la validation empirique des TCC, même si celle-ci est d'une ampleur inégalée en rapport des autres psychothérapies, ne permet guère d'arriver à une telle conclusion. Celle-ci nécessite en effet de comparer les TCC avec les autres psychothérapies afin de déterminer si elles obtiennent des résultats supérieurs. Les autres psychothérapies – notamment celles qui résistaient à l'égard d'une telle évaluation, en particulier les PPP – se sont donc mises à évaluer leurs effets de manière plus systématique [70]. En 2002, une méta-analyse de Wampold et al. [71] montre ainsi que les TCC ne sont pas plus efficaces que les autres thérapies. En 2010, une autre méta-analyse souligne que les TCC ne s'avèrent pas plus efficaces que les autres approches psychothérapiques, hormis pour les troubles anxieux et la dépression [72]. Deux autres publications démontrent ensuite que les TCC ne sont en réalité pas plus efficaces pour ces troubles [73,74]. Ces résultats ont depuis été largement confirmés par d'autres publications [75,76]. Par exemple, une méta-analyse portant sur un total de 3965 patients souffrant de dépression suivis selon différentes approches n'a pas mis en évidence de différence d'efficacité entre ces dernières [77]. En 2014, une méta-analyse publiée dans le *Psychological Bulletin* concernant l'efficacité des TCC dans le champ des dépressions a même mis en évidence le déclin de leur efficacité[27] [79]. Les résultats des recherches empiriques montrent donc que les TCC ne sont pas plus efficaces que les autres approches [76], voire même qu'elles sont de moins en moins efficaces pour certains troubles [79].

Ces résultats pourraient surprendre tant ceux-ci s'éloignent du discours que l'on entend parfois selon lequel les thérapies fondées sur les preuves (ou les données probantes) (*evidence-based therapy*), sous-entendu les TCC, seraient « prouvées scientifiquement » comme étant plus efficaces et se distingueraient donc de l'époque moyenâgeuse au cours de laquelle l'efficacité des thérapies (sous-entendu la psychanalyse) n'était pas démontrée empiriquement. Comme le souligne notamment Shedler [24], ce discours est un mythe fondé sur des mensonges et des études truquées, ce qu'il convient de mettre en évidence comme nous allons le faire à présent. Les origines de ce mythe d'une meilleure efficacité des TCC a tout d'abord pour origine une étude menée sur la dépression par le *National Institute of Mental Health* (NIMH) dans les années 70 [80]. Cette étude avait mis en évidence une différence de 1,2 points sur l'échelle de dépression d'Hamilton en faveur des TCC. Or cette différence est non significative sur le plan statistique et insignifiante sur le plan clinique. Les auteurs de cette étude en arrivaient donc déjà à la conclusion que leurs résultats ne mettaient en évidence « aucune preuve en faveur des thérapies cognitivo-comportementales ». L'évolution des patients de la même étude, dix-huit mois plus tard, soulignait le faible taux de patients qui avaient fait des progrès et en arrivait à la conclusion suivante : « cela soulève la question de savoir si le potentiel des thérapies courtes pour la dépression n'a pas été survendu » ([81], p. 322). Ce résultat a notamment été confirmé par une étude plus récente qui montre que les trois quarts des patients suivis par TCC pour la dépression ne vont pas mieux après la thérapie [82][28]. Une revue de littérature publiée par Westen [21] dans le *Psychological*

[26] Greencavage et Norcoss [67] relèvent pour leur part les quatre éléments suivants : (1) les caractéristiques du patient, (2) les caractéristiques du thérapeute, (3) la structure du traitement et (4) la relation thérapeutique.

[27] On ne sait pas précisément les origines de ce déclin qui est notamment l'objet de débats sur le plan statistique [78]. Certains auteurs supposent que les effets des psychothérapies sont influencés par des effets de mode. Ces thérapies étant en train d'être supplantées en partie par d'autres approches, elles perdraient donc en visibilité médiatique. Or, cette dernière pourrait produire un effet de suggestion dans la population générale. D'autres auteurs supposent que ce déclin des TCC provient du fait qu'une partie des études menées selon cette approche ont été réalisées dans des conditions méthodologiques manquant de rigueur. C'est notamment l'argumentation de Shedler [24] qui montre les nombreux biais qui émaillent certaines études portant sur les TCC.

[28] Nous reviendrons un peu plus loin sur la manière d'expliquer l'écart entre ce manque de résultats des TCC dans certaines études et l'efficacité supposée de l'ensemble des psychothérapies quelle que soit l'approche. L'élément central que nous pouvons

Bulletin souligne le fait que ce résultat n'est pas spécifique de la dépression et s'applique également à d'autres troubles. On ne sera donc pas surpris de constater que plus de la moitié des patients suivis par une TCC cherchent à nouveau une thérapie six à douze mois plus tard et que le taux de rechute après des prises en charge brèves de ce type est très élevé [83]. Ces résultats n'ont pas empêché certains tenants des TCC de diffuser, notamment dans les médias, l'idée qu'elles seraient plus efficaces que les autres approches.

En réalité, les données de la littérature scientifique ne soutiennent en aucune manière le fait que les TCC, ou une autre approche, pourraient être présentées comme le « *Gold Standard* » des psychothérapies [84]. Elles étayent au contraire la pertinence de la multiplicité des référentiels théoriques [85] et ces résultats sont confirmés par des études menées en conditions naturalistes au sein de services de consultation ambulatoires. Par exemple, une étude menée en 2008, en Grande-Bretagne, dans l'équivalent des CMP, a comparé l'évolution de 5613 patients en fonction de la thérapie utilisée, qu'elle soit d'orientation cognitivo-comportementale, humaniste ou psychodynamique [86]. La taille d'effet globale obtenue fut particulièrement élevée (1,39) – ce qui souligne à nouveau l'efficacité des psychothérapies – et n'a pas donné lieu à des différences significatives selon l'obédience théorique des cliniciens. Dans la continuité de ces différentes études, l'*American Psychological Association* (APA) a diffusé, en 2012, une résolution concernant l'efficacité des psychothérapies[29]. Elle rappelle tout d'abord dans celle-ci plusieurs éléments relatifs à l'efficacité des psychothérapies, jugée « grande et significative » pour l'ensemble des troubles psychiques et qui tend à s'amplifier après que la psychothérapie soit terminée. Cette résolution précise également que « la comparaison des différentes formes de psychothérapies montre le plus souvent des différences non significatives et que les facteurs contextuels et relationnels sont des variables médiatrices des résultats thérapeutiques. Ces résultats suggèrent que les psychothérapies validées et structurées ont des effets équivalents et que les caractéristiques du patient et du psychothérapeute, peu dépendantes du diagnostic ou de la technique du psychothérapeute, influencent ces résultats ». Despland et al. [39] en arrivent à la même conclusion dans leur excellente synthèse concernant l'évaluation des psychothérapies : « Force est de constater que toutes les psychothérapies *bona fide* sont efficaces et que cette diversité doit profiter aux patients. Il n'est plus justifiable sur le plan méthodologique de postuler qu'une approche soit plus efficace qu'une autre » ([39], p.158).

2.2. Quelles sont les propriétés d'une psychothérapie efficace selon la recherche empirique ?

Nous allons à présent reprendre brièvement les principales découvertes de la recherche empirique dans le champ des psychothérapies au-delà de la mise en évidence de leur efficacité et du paradoxe de l'équivalence. Ces travaux soulignent tout d'abord un élément bien connu, à savoir que l'alliance thérapeutique est le facteur le plus corrélé à l'efficacité thérapeutique [80,87] avec une taille d'effet se situant aux alentours de 0,20 [88]. Cette alliance désigne, comme son nom l'indique, la capacité du thérapeute à mettre en œuvre une relation de qualité avec son patient [89]. Elle représente un facteur au caractère dynamique qui évolue au cours du suivi et dont l'influence apparaît plus importante que l'approche théorique [90]. Elle semble thérapeutique en elle-même, mais se situe aussi à la conjonction de différentes variables comme l'évolution des symptômes du patient ou l'empathie du thérapeute[30] [88,93]. Par exemple, le fait que les symptômes du patient diminuent en cours de thérapie aura tendance à augmenter l'alliance du patient avec le thérapeute.

Les caractéristiques du thérapeute sont également un élément primordial concernant le succès d'une thérapie [91]. Leur influence correspond à une taille d'effet difficile à évaluer, car elle est fort variable d'une étude à l'autre [94]. Elle est corrélée avec l'alliance thérapeutique, car un « bon » psychothérapeute a généralement la capacité à mettre en œuvre une alliance de qualité. Près de 9 % des

néanmoins souligner dès à présent est le fait que les TCC apparaissent souvent inefficaces dès lors qu'elles sont appliquées comme des thérapies courtes et manualisées.

[29] Consultable à cette adresse : https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy

[30] Paradoxalement, un niveau d'alliance trop élevé peut avoir un impact négatif sur la thérapie [91]. À noter également que des études cliniques visant explicitement à améliorer l'alliance thérapeutique ont conduit à des effets désastreux sur le plan thérapeutique [92]. Cela montre les limites de cette notion quand il s'agit d'en déduire la manière de procéder en thérapie.

cliniciens sont particulièrement efficaces [95,96] et sont appelés dans la littérature les « super-psy » (*Super Shrink*) [97,98][31]. Leur efficacité est suffisamment stable pour qu'on puisse prédire l'évolution de la plupart de leurs futurs patients en fonction du résultat thérapeutique des suivis antérieurs menés par ces « super-psy » [95]. Ceux-ci parviennent à aider la majorité de leurs patients et leur action thérapeutique est en moyenne trois à dix fois supérieure à celle des autres thérapeutes [97,100]. Ils sont également plus efficaces pour la plupart des pathologies[32] même s'ils ont habituellement leurs spécialités [95] : « par exemple, les résultats passés d'un thérapeute dans le traitement des addictions pourraient être utilisés pour faire une prédiction extrêmement précise du résultat thérapeutique de futurs patients souffrant d'addiction » ([95], p.7)[33].Cette même étude montre que 88 % des thérapeutes ont un domaine de spécialité pour lequel ils obtiennent des résultats particulièrement élevés.

À l'inverse, certains cliniciens – appelés les « pseudo-psy » (*pseudo shrink*) – produisent peu d'effets, voire même ont une action délétère sur la vie psychique de leurs patients [102]. Ces pseudo-psy entretiennent souvent une relation de dépendance chez leur patient qui conduit à un allongement du suivi sans effets notables [97]. On évalue à environ 5 à 10 % les patients dont l'état se détériore ainsi durant la thérapie [103]. Cette évolution défavorable des patients est corrélée avec certaines caractéristiques du clinicien que sont « le manque d'empathie, la sous-estimation de la gravité des problèmes du patient, une contre-attitude négative (. . .) et le désaccord avec le patient sur le processus et le contenu de la thérapie » ([39], p. 112). De ce point de vue, les passages à l'acte de nature sexuelle sont particulièrement délétères et concerneraient entre 1 % à 12 % des thérapeutes hommes et 0,2 à 3,1 % des thérapeutes femmes [104].

Ces différences d'efficacité en fonction du clinicien ont également été démontrées par une étude de Beretta et al. [105] portant sur l'évaluation des effets d'une psychothérapie psychodynamique brève. Des changements significatifs sur le plan clinique ont été repérables chez environ un tiers des patients (32,9 %), tandis qu'un peu moins des deux tiers (60 %) n'ont pas vu leur état s'améliorer et que 7,1 % ont vu leur état se détériorer. Une large étude menée auprès de 1841 patients et 91 thérapeutes a également mis en évidence cette grande variabilité entre résultats des thérapeutes [97]. Les auteurs de cette étude notent ainsi qu' « un client vu par l'un des meilleurs thérapeutes peut s'attendre à se sentir mieux de manière significative après quelques semaines de thérapie. Un client vu par l'un des pires thérapeutes peut s'attendre à voir son état demeurer le même qu'au début de la thérapie, si ce n'est voir celui-ci empirer, et cela même après une thérapie qui aura été trois fois plus longue que celle menée par l'un des thérapeutes les plus efficaces » ([97], p.370). L'approche théorique, le nombre d'années de formation ou le genre n'ont pas d'influence sur ces résultats. Cette prépondérance de l'effet du thérapeute demeure encore mystérieuse et nécessiterait davantage de recherches étant donnée son importance[34].

La durée et la fréquence des psychothérapies sont également des facteurs essentiels concernant leur efficacité. Cette dernière est en effet corrélée à la durée des thérapies [111] et à la fréquence des entretiens [112]. Par exemple, les résultats thérapeutiques seront supérieurs si le patient est vu deux fois par semaine plutôt qu'une seule fois [113]. Cet effet de la durée et de la fréquence est appelé « effet dose » des psychothérapies [112,114,115]. De manière plus globale, Lambert et al. [107] ont pu montrer que 50 % des patients montrent un changement significatif sur le plan clinique après 21 entretiens et 45 entretiens sont nécessaires avant que 75 % des patients ne parviennent au même résultat. On peut noter à ce propos que les thérapies courtes semblent agir plus rapidement et que quelques entretiens peuvent déjà induire des effets notables chez les patients. Les thérapies plus longues sont quant à

[31] Il existe aussi des « Super superviseurs » [99] qui produisent indirectement des effets positifs plus importants chez les patients suivis par les cliniciens qu'ils supervisent.

[32] Selon cette même étude, la plupart des psychothérapeutes ont au moins cinq pathologies pour lesquelles ils sont efficaces. En moyenne, les thérapeutes ont tendance à être plus efficaces pour la dépression et les risques suicidaires. Ils sont en revanche moins efficaces pour les comportements antisociaux, les troubles sexuels et les troubles des interactions sociales [101].

[33] À noter cependant que ce degré de prédiction est variable selon les troubles psychopathologiques. Il est relativement facile de prédire les résultats d'un clinicien concernant la prise en charge des addictions. Cela l'est en revanche beaucoup moins pour les troubles de l'humeur.

[34] À noter par ailleurs que le feedback donné au clinicien - souvent sous forme de questionnaires remplis par les patients entre les séances - améliore grandement l'efficacité des thérapeutes [97,106–109]. De même, la reprise et la formulation après-coup des situations cliniques par les thérapeutes, notamment lors de supervisions, favorise l'efficacité thérapeutique [110].

elles associées à une courbe d'évolution plus lente, mais plus efficaces sur le long terme [114,116]. Il apparaît ainsi que les thérapies longues produisent davantage d'effets, ce qui rejoint les observations antérieures du *Consumer Report* [42]. Ce point est important, car il souligne le fait que les thérapies brèves privent les patients des effets à long terme d'une prise en charge psychothérapique[35] comme le proposent les PPP sur lesquelles nous allons à présent nous centrer.

3. L'évaluation empirique des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse

Si l'approche psychanalytique n'a pas choisi initialement de porter l'accent sur l'évaluation empirique de ses résultats – et fut d'ailleurs critiquée pour cette raison [117,118] – les choses ont largement évolué et des milliers d'études ont depuis été menées [119]. Nous avons choisi de dégager quatre axes pour rendre compte de cette littérature particulièrement riche.

3.1. Les PPP sont démontrées empiriquement comme étant efficaces pour l'ensemble des troubles psychiatriques[36]

Depuis la première étude menée sur ce sujet par Coriat [124][37], en 1917, le nombre de publications portant sur cette thématique a largement augmenté au cours des trente dernières années [58,125–127]. L'*International Psychoanalytical Association* (IPA) publie régulièrement un rapport sur ce sujet – intitulé *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* – dont la dernière version, diffusée en 2015, recense l'ensemble des études portant sur les PPP. Plusieurs auteurs ont également publié dans les meilleures revues de psychologie et de psychiatre d'excellentes recensions de ces recherches, en particulier Jonathan Shedler [58] dans *The American Psychologist*, Falk Leichsenring dans *The Lancet Psychiatry* [128] et Peter Fonagy dans *World Psychiatry* [129]. Une vue d'ensemble des thérapies psychodynamiques brèves a également été publiée dans les *Cochrane Reviews* [130] tandis qu'un article de synthèse concernant l'intérêt de la psychanalyse dans le champ de la santé a été publié récemment dans *The Lancet Psychiatry* [131].

Ces différentes publications soulignent tout d'abord le fait que les PPP sont efficaces pour l'ensemble des troubles psychiatriques. Les études menées en ce domaine mettent en évidence des tailles d'effet élevées dont voici quelques exemples provenant d'études cliniques et de méta-analyses : 0,69 [132], 0,79 [120], 0,91[133], 0,97 [130], 1,08 [134], 1,39 [135] et 1,46 [136]. Les PPP ont notamment été démontrées comme étant efficaces pour les troubles anxieux [137,138], la dépression [139–143], les dépressions résistantes (*Halifax Depression Study)* [144], les troubles paniques [145,146], les troubles de la personnalité [136,147–149], les troubles obsessionnels compulsifs [150], les troubles alimentaires [48,151], les tentatives de suicide [152], les états de stress post-traumatique [153], les troubles psychosomatiques [132] et la schizophrénie [154]. Elles sont également efficaces auprès des populations composées d'enfants et d'adolescents [155,156]. Les PPP sont donc validées scientifiquement pour la plupart des pathologies psychiatriques, quel que soit l'âge, et sont reconnues comme une thérapie *bona fide* structurée et validée empiriquement.

Au-delà de la question de l'efficacité des PPP, de nombreuses études ont tenté de mettre en évidence les particularités des processus qu'elles induisent. Voici une sélection de huit d'entres elles dont les résultats nous ont semblé particulièrement instructifs :

[35] Cet élément est d'autant plus crucial que la majorité des études menées dans le champ des psychothérapies selon des approches *evidence based* reposent sur des thérapies de moins de 20 entretiens sur le modèle de l'évaluation des médicaments.

[36] À noter que nous n'allons pas distinguer précisément l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques de celle de la psychanalyse. Les premières ont été plus évaluées, et donc davantage « validées » empiriquement, cela étant dû notamment au fait qu'elles sont plus simples à étudier. Mais il existe aussi de nombreuses études relatives à l'évaluation de la psychanalyse à proprement parler [120,121]. Concernant une éventuelle différence d'efficacité entre ces deux dispositifs, c'est une question d'une grande complexité qui dépend d'une multitude de paramètres [122,123]. Nous reviendrons sur ce point à plusieurs reprises dans le cours de l'article.

[37] Elle portait sur 93 patients qui avaient suivi une analyse, dont 73 % étaient « guéris » ou montraient des signes d'amélioration suite à cette dernière. Un article de synthèse concernant l'intérêt de la psychanalyse dans le champ de la santé a été publié récemment dans *The Lancet Psychiatry* [131].

- sur le plan diagnostic, Cohen et al. [157] ont pu montrer que les cliniciens d'orientation analytique sont en capacité de déterminer quels sont les patients qui ont souffert de trauma dans l'enfance par l'analyse de courtes séquences vidéos, ce que ne sont pas en mesure de faire les thérapeutes d'orientation TCC ;
- Deux grands types de dépressions (anaclitique et introjective) ont été mises en évidence [158]. Le premier type réagit mieux aux psychothérapies psychodynamiques tandis que le second bénéficie davantage d'une psychanalyse comme l'a notamment montré le *Menninger Psychotherapy Research Project* [122,159] ;
- les psychothérapies psychodynamiques sont efficaces sur le court terme [107] et une intervention de seulement quatre entretiens produit des effets objectivables sur les symptômes et le fonctionnement psychique du patient [160] ;
- le *Danish Schizophrenia Project* a montré que les psychothérapies psychodynamiques sont efficaces pour la prise en charge des décompensations psychotiques. Elles produisent dans ce cadre des effets supérieurs à un suivi psychiatrique [154] ;
- les effets des PPP peuvent être objectivés par des études de neuroimagerie [161–163] qui montrent notamment des changements au niveau des zones limbiques et préfrontales après une thérapie psychanalytique [164] ;
- les soins maternels ont un impact direct sur le développement cérébral du bébé et la structuration des réseaux neuronaux, notamment les relations entre le mode par défaut et le réseau saillant [165]. Ces travaux étayent l'hypothèse psychanalytique selon laquelle la maturation psychique dépend de la qualité des relations intersubjectives précoces [166,167] ;
- les traumas dans l'enfance, la négligence et les abus jouent un rôle dans l'origine et le maintien des troubles psychotiques comme en fait l'hypothèse la théorie psychanalytique depuis ses débuts. Une méta-analyse a ainsi montré que les traumas dans l'enfance multiplient par trois le risque de développer une psychose à l'âge adulte [168] ;
- la cohérence, la continuité et la consistance du cadre sont trois facteurs ayant une influence essentielle sur l'efficacité psychothérapique [169]. La dynamique institutionnelle est donc une caractéristique fondamentale dans la prise en charge des patients, comme le préconise depuis longtemps la psychothérapie institutionnelle d'orientation psychanalytique [170].

3.2. Les PPP sont aussi efficaces que les autres psychothérapies lorsqu'elles sont évaluées empiriquement

Comme nous l'avons déjà évoqué, la proportion d'études empiriques dans le champ des psychothérapies est largement dominée par les TCC comparativement à l'approche psychanalytique. Cet écart et la confrontation des corpus relatifs à ces deux champs s'est traduit dans la littérature par une métaphore, celle de la rencontre entre Godzilla (TCC) et Bambi (psychanalyse) [171,172]. On imaginait mal que Bambi ait la moindre chance, et pourtant, comme le soulignent Leichsenring et al. [173] « *Bambi's alive and kicking* »[38]. Au-delà des milliers d'études qui évaluent empiriquement les PPP, il existe à présent plus de 250 Essais Contrôlés Randomisés (ECR ; *Random Control Trials*) réalisés dans le champ des PPP[39] [128]. Ces études comparent habituellement l'efficacité d'une PPP avec un groupe contrôle, qu'il s'agisse d'une autre thérapie ou d'un traitement usuel (appelé dans la littérature *Treatment As Usual*). Elles mettent en évidence des effets aussi importants que ceux des autres approches psychothérapiques [58,82,118,128,142] et la dernière méta-analyse en date sur ce sujet, publiée dans l'*American Journal of Psychiatry*, qui porte sur 2751 patients, a démontré une nouvelle fois l'efficacité des PPP et leur équivalence comparée aux autres thérapies [174]. Ainsi, dès lors que les PPP ont commencé à jouer le jeu de l'évaluation de leurs dispositifs, la recherche empirique a montré leur grande efficacité. Cela place bien entendu certains tenants des TCC dans une position délicate, car leur argumentation

[38] Ce que l'on pourrait traduire par « Bambi est en vie et continue à donner des coups ».

[39] Peter Lilliengren, de l'université de Stockholm, propose une liste de ces essais régulièrement mise à jour que l'on peut consulter à cette adresse :ttps://www.researchgate.net/publication/317335876_Comprehensive_compilation_of_randomized_controlled_trials_RCTs_involving_psychodynamic_treatments_and_interventions

relative à une meilleure efficacité était censée être soutenue par les données empiriques. Or celles-ci sont en train de montrer non seulement que les TCC ne sont pas plus efficaces, mais aussi que les PPP semblent plus appropriées pour induire un changement durable comme nous allons le voir à présent. Shedler suggérait ainsi, dès 2010, à partir des données issues de la littérature empirique, que les anti-dépresseurs ont une taille d'effet de 0,31, les TCC de 0,68 et les psychothérapies psychodynamiques de 0,97.

3.3. *Les caractéristiques des PPP sont corrélées avec l'efficacité thérapeutique*

Rappelons tout d'abord que la durée et la fréquence des psychothérapies sont deux éléments qui potentialisent leurs effets [175]. Or, il s'agit là de caractéristiques fondamentales des PPP. Le dispositif psychanalytique repose en particulier sur des entretiens fréquents – entre trois à cinq par semaine – sur une durée pouvant aller en moyenne de trois à cinq ans, pour un total d'environ cinq cents à mille séances. La pertinence d'un tel dispositif paraît donc soutenue par la littérature empirique et contrairement à certains préjugés, aussi bien la fréquence que la durée d'une psychanalyse sont des éléments tout à fait pertinents. Quant aux psychothérapies psychodynamiques, elles utilisent le plus souvent un à deux entretiens par semaine sur une période pouvant aller de quelques mois à plusieurs années. Là encore, le fait que près de la moitié des patients ait besoin d'au moins 25 entretiens avant de montrer une amélioration clinique durable légitime une telle durée [107]. La littérature met donc en évidence le fait que les thérapies brèves – dont la durée se situe en dessous de 25 entretiens – apparaissent moins pertinentes que les PPP pour produire des changements en profondeur[40], ce qui explique peut-être pourquoi la majorité des patients recherchent une nouvelle thérapie après la fin d'une TCC [24,177]. Ces résultats n'ont en réalité rien de surprenant. Comme pour tout apprentissage ou habilité complexe, un temps suffisamment long est nécessaire avant de parvenir à des résultats stables et durables[41]. Il en est de même lors d'une psychothérapie psychanalytique qui fait appel à des processus complexes comme l'expression émotionnelle, l'associativité, la réflexivité ou la narrativité.

Au-delà de ces quelques éléments relatifs au cadre psychothérapique lui-même, plusieurs études particulièrement instructives ont été menées à l'aide du *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS ; [178]). Le PQS est un outil transthéorique qui permet d'évaluer les processus psychothérapiques à partir de 100 items qui portent sur le psychothérapeute, le patient et leurs interactions. Un enregistrement (audio ou vidéo) ou un verbatim d'une ou plusieurs séances, est analysé pour déterminer les items les plus caractéristiques d'une session de psychothérapie. Jones et Publos [179] et Ablon & Jones [180] ont pu ainsi mettre en évidence des prototypes caractéristiques des différentes orientations théoriques[42]. Ils ont ensuite comparé l'efficacité des cliniciens en étudiant le déroulement des séances de thérapie en

[40] Ceci est une évidence clinique pour toute personne qui utilise aussi bien les TCC que les psychothérapies psychodynamiques. Les TCC sont essentiellement utiles dans une visée adaptative, mais non transformatrice. Elles induisent des effets sur le court terme et sont utiles pour les patients défensifs qui ne sont pas en capacité d'explorer leur vie psychique dans les premiers temps de la thérapie. D'ailleurs, la demande de « résultats » et « d'efficacité », parfois associée à une demande de TCC, est souvent un mécanisme défensif selon le principe suivant : « je ne veux rien savoir des origines de mon symptôme, je souhaite simplement que celui-ci disparaisse ». De mon expérience, on ne peut produire un changement sur le long terme sur le plan de la personnalité du sujet avec ce type d'approche. Elles peuvent néanmoins s'avérer utile pour soulager le patient, en particulier en début de thérapie. À noter également que pour certains troubles spécifiques, l'association des principes des TCC et des PPP peut s'avérer pertinente (par exemple, pour les troubles paniques ou les PTSD) et que certaines thérapies, comme les thérapies cognitivo-analytiques, se situent à la rencontre de ces deux approches [176].

[41] Voir à ce sujet l'article de Shedler et Gnaulati intitulé *The tyranny of time* publié, en avril 2020, sur le *Psychotherapy network*.

[42] Le prototype psychanalytique se caractérise par les 20 items suivants : les rêves et les fantasmes du patient sont discutés ; le thérapeute est neutre ; le thérapeute souligne les mécanismes de défense du patient ; le thérapeute fait des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations ; le thérapeute est sensible aux émotions du patient et s'accorde avec empathie avec ce dernier ; le thérapeute interprète les refoulements, les désirs, les émotions et les idées inconscientes ; le thérapeute affiche une position d'acceptation et de non-jugement ; le patient parvient à une nouvelle compréhension ou un meilleur *insight* ; la relation thérapeutique est fondée sur la discussion ; le thérapeute communique avec le patient dans un style clair et cohérent ; le thérapeute porte l'attention sur les émotions considérées par le patient comme n'étant pas acceptables (par exemple : la colère, l'envie, l'excitation) ; les sentiments et les expériences d'ordre sexuel sont discutés ; le comportement du patient durant la session est reformulé par le thérapeute d'une manière qui n'était pas explicitement reconnue auparavant ; l'image de soi est centrale dans la discussion ; les souvenirs ou les reconstructions concernant la petite enfance et l'enfance sont un sujet de discussion ; les émotions et les perceptions du patient sont associées à des situations ou des comportements dans le passé ;

fonction du prototype mis en œuvre. Dans une première étude comparant des cliniciens d'orientation psychanalytique et des praticiens des TCC, Jones et Pulos [179] ont pu montrer l'efficacité des deux approches, avec un léger avantage pour l'approche psychanalytique (0,77) sur les TCC (0,59).

Mais le résultat le plus saisissant de cette étude fut que le prototype psychanalytique est apparu comme étant efficace aussi bien au sein du groupe composé de thérapeutes psychodynamiciens que de thérapeutes TCC. Jones et Pulos [179] expliquent ainsi que « la technique psychodynamique était corrélée de manière significative avec l'amélioration des patients sur quatre des cinq échelles de résultats thérapeutiques pour l'échantillon composé de thérapies cognitivo-comportementales tandis que les techniques cognitivo-comportementales n'ont montré que peu, voire aucune association avec les résultats thérapeutiques » ([179], p. 314). En d'autres termes, les techniques des TCC ne se sont pas avérées efficaces sur le plan thérapeutique, mais les thérapeutes TCC qui ont utilisé les caractéristiques des thérapies psychodynamiques – par exemple, l'analyse du transfert – ont obtenu des effets thérapeutiques. Ce résultat fut confirmé par deux autres études [180,181] montrant à nouveau la meilleure efficacité du prototype psychodynamique aussi bien lors des thérapies psychodynamiques que des TCC.

Ces résultats sont essentiels car ils permettent de mieux comprendre les résultats relatifs au paradoxe de l'équivalence : la question de l'efficacité thérapeutique ne se joue pas entre obédiences théoriques (c'est-à-dire en fonction de ce que *disent* les cliniciens de leur pratique sur le plan théorique), elle se joue au niveau de ce que font *réellement* les thérapeutes. Il apparaît alors que l'utilisation du prototype psychanalytique est corrélée aux résultats thérapeutiques contrairement au prototype TCC qui ne produit pas d'effet notable d'après ces travaux[43]. En d'autres termes, les thérapeutes TCC seraient efficaces quand ils utilisent les principes psychanalytiques à leur insu. Dès lors, on comprend mieux pourquoi il est si difficile de comparer l'efficacité des thérapies à partir de l'orientation théorique déclarée par les thérapeutes. Ainsi, comme le note Shedler [58] : « le verdict du Dodo reflète potentiellement un échec des chercheurs (. . .) d'évaluer de manière adéquate l'ensemble des phénomènes qui peuvent évoluer lors d'une psychothérapie » ([58], p.105), d'où l'importance des études plus fines dans leur niveau d'analyse comme celles qui utilisent le PQS.

Il convient alors de déterminer pourquoi et comment les principes des PPP conduisent à cette efficacité thérapeutique. Cela amène à mettre en place des protocoles de recherche dans lesquels les cliniciens modifient leur manière habituelle de travailler. Par exemple, ils seront invités à ne pas utiliser une manière de faire (l'analyse du transfert, de l'associativité, des mécanismes de défense, des rêves, etc.) ou, à l'inverse, à se focaliser sur celle-ci. Cette méthode peut sembler artificielle et critiquable, mais elle est néanmoins utile pour comprendre plus précisément les « ingrédients actifs » des PPP. Cette approche a également conduit au développement de plusieurs thérapies dérivées de la psychanalyse qui visent à catalyser certains types de processus en fonction de la pathologie rencontrée par le patient. Ces recherches ont ainsi mis en évidence que :

- le *transfert* est un élément essentiel de l'efficacité des PPP et son analyse est particulièrement bénéfique pour les patients dont les relations d'objet sont détériorées [183–185]. Certaines thérapies (*transference-focused therapy*) destinées à la prise en charge des troubles de la personnalité sont d'ailleurs focalisées sur ce principe [186] ; la prise en compte du contre-transfert est également corrélée [187] ;
- le développement de l'*insight* et de la *réflexivité* sont associés à l'évolution favorable des patients [188]. À noter que la qualité de la relation thérapeutique évolue à mesure que les capacités d'insight du patient augmentent grâce aux interprétations de transfert [189] ;
- la prise en compte des *mécanismes de défense* favorise l'alliance thérapeutique et améliore les effets thérapeutiques [190] ;

le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient ; les remarques du thérapeute visent à faciliter l'expression verbale du patient ; le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'émotions du patient ; le thérapeute se focalise sur les sentiments de culpabilité du patient.

[43] Étant donné cette pertinence du prototype psychanalytique, on ne sera pas surpris d'apprendre que les psychothérapeutes, et cela quelle que soit leur orientation théorique, choisissent le plus souvent pour eux-mêmes une thérapie psychanalytique [182].

- la *transformation et l'expression émotionnelle* sont des éléments largement corrélés à l'efficacité thérapeutique [191] et certaines thérapies se focalisent sur cette dimension (*emotion-focused therapy*) [192]. On constate que cette prise en compte des émotions implique aussi bien leur reconnaissance, leur expression que leur résolution [193] ;
- la transformation émotionnelle s'associe à l'émergence de *nouvelles significations* qui enrichissent l'appropriation subjective comme le suggérait déjà Wilfred Bion [194,195] ;
- la *mentalisation* est corrélée à l'efficacité thérapeutique comme le montrent en particulier les travaux de Fonagy qui a développé une thérapie centrée sur cette notion (*mentalization based therapy*) [196], montrant également que la mentalisation et la *réflexivité* sont étroitement liées à la qualité de l'attachement dans l'enfance [197].

3.4. Les PPP produisent des effets thérapeutiques sur le long terme sur le plan de la personnalité et après la fin de la thérapie

Plusieurs études ont évalué les effets des *Long Term Psychodynamic Psychotherapy* (LTPP) [134,198] et ont mis en évidence que les processus des thérapies psychanalytiques se développent sur le long terme [120,121,134,198,199]. La méta-analyse la plus récente sur ce sujet a comparé les thérapies psychanalytiques de plus d'un an avec les résultats d'autres psychothérapies [200]. Elle a mis en évidence une plus grande efficacité des psychothérapies psychanalytiques (0,28) lorsqu'elles sont comparées aux autres approches sur le long terme[44], ce qui rejoint cette observation de Shedler : « le bénéfice des autres thérapies (non psychodynamiques) validées empiriquement tend à diminuer avec le temps pour les troubles psychiatriques les plus communs » ([58], p.102). Ces études sur le long terme permettent également de comparer les PPP en fonction de leur durée. La *Helsinki Psychotherapy Study* [202] a ainsi comparé l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques courtes et longues pour les symptômes psychiatriques de 326 patients. Les auteurs de cette étude sont arrivés à la conclusion que « les thérapies psychodynamiques courtes produisent des bénéfices plus rapidement que les thérapies psychodynamiques longues, mais sur le long terme les psychothérapies psychodynamiques longues sont supérieures aux thérapies psychodynamiques courtes » ([202], p. 599). Le *Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project* (STOPP) a pour sa part étudié l'évolution de 400 patients, sur trois ans, suivis en psychothérapie psychanalytique longue ou en psychanalyse [203]. Elle a mis en évidence une plus grande efficacité de la psychanalyse comparée aux psychothérapies psychanalytiques[45]. Ce résultat a été confirmé par une étude menée sur dix ans qui montre que les effets de la psychanalyse sont légèrement supérieurs à ceux d'une psychothérapie psychodynamique, ce qui ne devient visible que sur le long terme [204].

L'une des études les plus rigoureuses, et les plus récentes, sur l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques sur le long terme est la *Tavistock Adult Depression Study* (TADS). Celle-ci a porté sur l'évolution de patients souffrant de dépression ayant bénéficié d'une psychothérapie psychodynamique longue en comparaison du traitement habituel [142]. La thérapie consistait en 60 sessions, durant 18 mois, évaluées par la *Beck Depression Inventory* et le *Pychotherapy Q-Sort*. L'évaluation a été effectuée à la fin de la thérapie et jusqu'à deux ans après celle-ci. Les résultats n'ont pas montré de différence significative avec le groupe contrôle à la fin de la prise en charge. En revanche, deux ans plus tard, près d'un tiers des patients du groupe psychodynamique était en rémission partielle

[44] La psychanalyse s'avère non seulement bénéfique sur le long terme pour les patients, mais également pour les analystes eux-mêmes comme le suggère une étude qui a comparé le taux de mortalité des médecins-psychanalystes avec les autres médecins [201]. Ce taux de mortalité est de 44 % moins élevé chez les analystes.

[45] À noter un autre résultat intéressant de cette étude : les psychothérapeutes qui appliquent certains principes psychanalytiques de manière rigide ont des effets néfastes sur l'efficacité thérapeutique. En d'autres termes, la mise en œuvre de certains principes développés initialement pour la psychanalyse dans le champ d'une psychothérapie psychanalytique peut s'avérer non adaptée. Par exemple, une certaine distance relationnelle qui pourra s'avérer pertinente lors d'une psychanalyse sera inappropriée si elle est appliquée de la même manière lors d'une psychothérapie psychodynamique qui semble nécessiter davantage d'étayage de la part du clinicien.

(30 %) contre seulement un patient sur vingt dans le groupe contrôle (4,4 %)[46]. Le nombre de patients dont l'état relevait encore d'un diagnostic de trouble dépressif majeur était divisé par quatre dans le groupe psychodynamique en rapport du groupe contrôle. Ces résultats soulignent ainsi que les thérapies psychodynamiques produisent des effets dès la fin de la thérapie, mais que ceux-ci ne deviennent significatifs en rapport des autres prises en charge que sur le long terme.

Les effets des PPP ont donc pour particularité de continuer après la fin de la thérapie, ce que l'on appelle l'« effet dormant » (*sleeper effect*) [203,205]. Voici quelques exemples d'études qui ont ainsi comparé la taille d'effet en fin de thérapie et en *follow up*, c'est-à-dire plusieurs mois, voire plusieurs années plus tard. Leichsenring et al. [135] ont ainsi montré, dans une synthèse des études portant sur les psychothérapie psychodynamique brèves, que les tailles d'effets en fin de thérapie et en *follow up* étaient les suivants : 1,39 (fin)/1,57 (follow up) pour les problèmes cibles ; 0,90/0,95 pour les symptômes psychiatriques et 0,80/1,19 pour les difficultés sociales. On remarque que lors du *follow up*, en moyenne 13 mois après la fin des thérapies, 95 % des patients allaient mieux qu'au début de la thérapie du point de vue de leurs problèmes cibles. Bateman et Fonagy [206], dans une étude portant sur une thérapie psychodynamique d'une durée de 18 mois et centrée sur la mentalisation destinée aux patients souffrants de troubles borderline, ont montré que 57 % des patients ne relevaient plus de ce diagnostic à la fin de la thérapie (contre 13 % pour le groupe contrôle) et 87 % huit ans après le début de la thérapie (contre 13 % dans le groupe contrôle). Le taux de tentatives de suicide était de 23 % dans le groupe psychodynamique contre 74 % dans le groupe contrôle. De même, Leichsenring et Rabung [134] ont obtenu une taille d'effet pour les psychothérapies psychodynamiques de 1,03 en fin de thérapie et de 1,25 deux ans plus tard. De Matt et al. [120] ont quant à eux mis en évidence, dans une revue de littérature portant sur les psychothérapies psychodynamiques longues, une taille d'effet de 0,78 sur les symptômes en fin de thérapie et de 0,94 trois ans plus tard. Enfin, l'étude publiée dans les *Cochrane Reviews* [130] portant sur les psychothérapies psychodynamiques (23 études ; 1 431 patients) a souligné également ces effets après-coup avec les tailles d'effets suivantes entre la fin de la thérapie et l'évaluation en *follow up* : 0,97/1,15 pour les symptômes psychiatriques généraux ; 0,81/2,21 pour les symptômes somatiques ; 0,59/0,98 pour la dépression ; 1,08/1,35 pour l'anxiété.

Des outils spécifiques ont ensuite été développés pour étudier plus précisément cette évolution favorable sur le long terme du point de vue de la personnalité des patients. Ce fut tout d'abord le cas avec la *Scales of Psychological Capacities* (SPC) développée par Robert Wallerstein [207] et plus récemment de l'*Operationnalized Psychodynamic Diagnostic* (OPD) qui a pour vocation de repérer les changements structurels chez les patients. Shedler a également développé une échelle d'évaluation de la personnalité – la *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP) [30,208] – qui peut être utilisée afin d'évaluer la personnalité du sujet, dans une perspective psychanalytique, au début et à la fin de la thérapie [208]. Cette échelle a notamment permis de mettre en évidence des changements de la personnalité grâce aux PPP [209]. Une telle approche a également été utilisée auprès de 54 analystes de l'*American Psychoanalytical Association* qui ont utilisé la SWAP pour évaluer 26 patients en début d'analyse avec 26 patients en fin d'analyse. Dans le groupe composé de patients en début d'analyse, onze d'entre eux présentaient un trouble de la personnalité tandis qu'aucun des patients en fin d'analyse ne présentait un tel trouble [209].

La *LAC depression study* est la plus récente et la plus vaste étude visant à objectiver ces changements de personnalité induits par les psychothérapies psychodynamiques [210,211]. Cette recherche, qui est toujours en cours, a comparé les TCC et les psychothérapies psychodynamiques pour la prise en charge de la dépression sur une période de dix ans. Il s'agit de la première étude « qui compare les changements structurels obtenus par thérapie psychodynamique et les TCC au moyen de l'OPD » ([211], p. 28) sur un total de 252 patients. Aussi bien les psychothérapies psychodynamiques que les TCC ont mené à des résultats significatifs après trois ans de thérapie - avec une taille d'effet de 1,78 – à partir de la *Beck Depression Inventory*. Le taux de rémission est de 45 %, ce qui souligne une nouvelle fois l'efficacité des psychothérapies quelle que soit l'approche. Les outils d'évaluation de la person-

[46] Ce résultat montre également un élément très important, à savoir que les cliniciens eux-mêmes ne sont la plupart du temps pas en mesure d'observer les effets qu'ils induisent chez leurs patients, car les effets les plus prononcés apparaitront plusieurs années après la fin de la thérapie.

nalité et des changements structurels ont montré qu'un quart des patients avait évolué sur ce plan après un an de thérapie. Le changement structurel était quasiment le double dans le groupe psychothérapie psychodynamique (60 % des patients) en comparaison du groupe TCC (36 %) après trois ans de thérapie. La diminution symptomatique des patients était d'autant plus forte que le changement structurel était élevé. Ainsi « le changement structurel s'avérait un prédicteur statistiquement significatif de la sévérité des symptômes » ([211], p. 34.) Il s'agit ainsi de la première étude qui permet d'objectiver cette différence entre psychothérapies psychodynamiques et TCC sur le plan des changements structurels des patients. Les auteurs arrivent également à la conclusion suivante concernant la nature des processus psychothérapiques : « le travail intensif sur les émotions insupportables liées à des souvenirs épisodiques traumatiques, au sein d'une relation de *holding* et de contenance avec les thérapeutes, a permis aux patients souffrant de dépression chronique du groupe psychodynamique un remaniement sur le plan des traces mnésiques et une élaboration psychique, au niveau de la mémoire autobiographique, de leurs expériences traumatiques » ([211], p. 48).

Ces résultats montrent donc que les PPP s'avèrent efficaces sur le long terme, ce que l'on peut objectiver par des outils qui évaluent la personnalité du sujet. Elles ont besoin de plus de temps pour produire des effets thérapeutiques, mais ceux-ci apparaissent plus profonds et durables[47]. Cela conduit donc à des économies substantielles sur le long terme comme le montrent les études menées sur l'évaluation du ratio coût/bénéfice des PPP [6,212]. Guthrie et al. [213] ont ainsi montré que « les patients qui avaient reçu une psychothérapie (psychodynamique), en comparaison avec le groupe contrôle, ont présenté une réduction significative du nombre d'hospitalisations, de consultations auprès d'un médecin généraliste ou d'une infirmière, de la prise de médicaments et du besoin de soutien auprès de leurs proches » ([213], p.522). Une autre étude a pu établir qu'une économie de 2450 euros était réalisée pour les patients souffrant de dépression quand une psychothérapie psychodynamique était introduite dans la prise en charge [214]. De même, une psychothérapie psychodynamique menée auprès de patients souffrants de troubles somatiques venus consulter aux urgences a permis une diminution de 69 % du taux de retour aux urgences et une économie de 910 US dollars par patient [212]. Une méta-analyse menée par Abbass et al. [132] portant sur 23 études met ainsi en évidence une économie de 77,8 % des coûts lorsque les patients sont suivis dans le cadre d'une psychothérapie psychodynamique. Enfin, Roggenkamp et al. [153] ont montré une diminution des coûts dans la prise en charge des PTSD par une psychothérapie psychodynamique du fait d'une réduction du nombre de rendez-vous médicaux chez les patients suivis.

4. L'évaluation qualitative et processuelle des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse

4.1. Problèmes méthodologiques des approches empiriques : la crise de la reproductibilité

Avant d'aborder l'évaluation qualitative et processuelle des PPP, il nous faut préciser quelques éléments concernant leur pertinence et leur légitimité à partir de certaines critiques adressées à l'égard de l'évaluation empirique des psychothérapies. À ce propos, il convient de rappeler que les travaux portant sur cette thématique s'inscrivent dans une opposition entre deux modèles appelés contextuel et médical [215]. Le premier considère que le contexte de la psychothérapie est plus important que la technique psychothérapique. Le second suppose à l'inverse que la technique est plus importante que le contexte. Les données issues de la recherche empirique suggèrent que le modèle contextuel est plus pertinent [215], et que l'abord empirique et médical peut s'avérer inapproprié quand il est appliqué dans le champ des psychothérapies. Ainsi, l'idée même qu'il faudrait développer des théories centrées sur un trouble donné en suivant un manuel [22] et en limitant le suivi à un nombre de séances déterminé à l'avance est aujourd'hui largement critiquée [177].

[47] Le fait de connaître les principes des PPP sur le plan théorique n'est pas suffisant. On peut ainsi envisager un clinicien d'orientation analytique qui ne mettrait pas en œuvre ces principes alors qu'à l'inverse un clinicien d'orientation TCC pourrait ne pas se référer explicitement à ces principes, mais les appliquer car sentant intuitivement leur intérêt. Il ne s'agit donc pas simplement de se référer à l'approche psychanalytique, mais de réellement incarner ses principes dans le travail avec les patients.

Une certaine forme d'empirisme semble ainsi atteindre ses limites quand il s'agit d'étudier les psychothérapies, ce qui s'inscrit plus largement dans la crise majeure que rencontrent actuellement la psychologie empirique et la médecine – appelée « crise de la reproductibilité » – depuis plus d'une dizaine d'années, notamment suite à la publication d'un article de John Ioannidis [216] intitulé « *Why most published research finding are false* ». Celui-ci met en exergue de graves problèmes méthodologiques dans la façon dont sont menées les recherches empiriques en psychologie, mais aussi les recherches médicales [217], portant par exemple sur les antidépresseurs [218]. Il s'en est suivi plusieurs programmes de recherche dont certains ont mis en évidence que seulement 36 % des effets en psychologie empirique étaient reproductibles [219]. Les effets non reproductibles apparaissent ainsi comme le résultat d'erreurs méthodologiques et statistiques, de fraudes et plus largement de manière de procéder qualifiées du bel euphémisme de « Pratiques de Recherches Questionnables » (*Questionable Research Practices,* QRP). La psychologie et la médecine tentent actuellement de développer des outils pour améliorer la fiabilité de leurs résultats, en particulier par le pré-enregistrement des études, des statistiques plus fines (statistiques bayésiennes, *funel plot*, *p-curve analysis*, etc.), l'augmentation de la taille des études, la publication systématique des résultats négatifs, les collaborations « entre adversaires » (*adversarial collaboration*), etc. La sortie de cette crise n'est pas évidente quand on sait que même les méta-analyses [70] – souvent considérées comme le niveau de preuve le plus élevé – sont beaucoup moins fiables que ce que l'on imaginait. Par exemple, un même jeu de données transmis à des équ ipes de recherche différentes conduit à des conclusions très diverses concernant la taille des effets étudiés [220][48].

L'abord empirique des psychothérapies n'échappe pas à cette crise et s'avère d'ailleurs être l'un des domaines les plus faibles du point de vue méthodologique [221–223]. Des études montrent ainsi que près de la moitié des recherches en ce domaine ont une qualité insuffisante sur le plan méthodologique pour pouvoir en tirer des conclusions fiables [125,143] et seulement 7 % des méta-analyses dans le champ des psychothérapies montrent des effets non biaisés[49] [224]. Cela n'est pas surprenant quand on sait, par exemple, que l'évaluation de la santé mentale telle qu'elle est faite habituellement par questionnaire manque cruellement de fiabilité[50] [225] de même que la manière dont sont constitués les groupes contrôles[51]. Les chiffres et les statistiques donnent certes une impression de sérieux, mais il est inutile de faire des calculs compliqués quand la matière première est de mauvaise qualité[52]. Dans un

[48] Il y aurait beaucoup à dire sur cette crise qui témoigne avant tout des effets de la subjectivité du chercheur dans le champ de la psychologie, effets qui sont méconnus et sous-estimés du fait que de nombreux chercheurs tentent de singer les méthodes des sciences de la matière et de la nature dans le but d'atteindre le même niveau de rigueur et de reconnaissance. Mais ils ne parviennent pas à ce résultat – et n'y parviendront probablement jamais –, car leur objet d'étude – la psychologie humaine – ne peut être abordé de la même manière qu'un électron, une bactérie ou un trou noir. Cette crise témoigne aussi d'un profond problème éthique chez les chercheurs, favorisé par les logiques néolibérales. La compétition est devenue telle que la question de la vérité ou de l'intérêt des résultats obtenus devient parfois secondaire pour des chercheurs qui produisent des publications avant tout pour des raisons carriéristes. Il ne faut pas s'étonner qu'un tel système conduise à des pratiques qui questionnent largement l'intégrité scientifique.

[49] En réalité, ces défauts méthodologiques sont si graves qu'il est facile de démontrer l'efficacité de n'importe quelle psychothérapie. Shedler [24] montre bien les méthodes utilisées habituellement : faux groupes contrôles, effets d'allégeances, statistiques inappropriées, sélection des données, etc.

[50] La mesure symptomatique n'est pas une condition suffisante pour déterminer l'évolution favorable d'un patient. Par exemple, dans la prise en charge de l'anorexie, il est bien connu que certains patients prennent délibérément du poids afin d'éviter de se confronter à la dimension psychique de leurs troubles. Cette « fuite dans la guérison » n'est que de surface et conduit d'ailleurs bien souvent à des hospitalisations ultérieures, car la problématique de fond n'a pas été traitée. Le critère symptomatique n'est donc pas suffisant pour déterminer précisément un groupe homogène de patients censés aller mieux.

[51] Les groupes de patients sont homogènes en surface, sur le plan symptomatique, mais non en profondeur, sur le plan de leur fonctionnement psychique. Par exemple, deux patients peuvent présenter un score similaire sur une échelle de dépression comme la BDI et correspondre en réalité à deux formes de dépressions distinctes selon qu'elles sont davantage focalisées sur des angoisses anaclitiques ou d'autocritiques [159]. On met donc dans la même catégorie des patients avec des profils de fonctionnement psychique très variés.

[52] Freud avait d'ailleurs bien repéré cette difficulté, ce qui explique probablement qu'il ne se soit pas davantage engagé dans une évaluation empirique de la psychanalyse : « J'ai fait valoir qu'une statistique est sans valeur, si les unités qui y sont mises en série sont trop peu homogènes, et que les cas d'affections névrotiques qu'on avait pris en traitement n'étaient pas vraiment équivalents, et ceci dans les directions les plus diverses » ([226], p.478). Ce point est fondamental, car il permet de mieux comprendre la position des cliniciens d'orientation analytique, en particulier en France, qui ont développé d'emblée des

récent article, Shedler [24] souligne ainsi comment un certain nombre d'études empiriques *evidence-based*, en particulier dans le champ des TCC, sont émaillées de biais et de problèmes méthodologiques, dont voici trois exemples :

- les populations à partir desquelles ces thérapies sont évaluées sont des sous-populations qui ne correspondent qu'à un tiers des patients pris en charge[53]. Environ un tiers de ces patients se sent mieux après une TCC et seulement la moitié de ce tiers verra les effets thérapeutiques durer dans le temps. Ainsi, « la recherche scientifique démontre que les thérapies « *evidence-based* » sont efficaces et ont des effets durables pour environ 5 % des patients » ([24], p. 324)[54]. Cela pose un grave problème de *généralisabilité* des résultats thérapeutiques qui concernent une part très minoritaire des patients et qui pourraient ne pas s'avérer pertinents pour le reste des patients ;
- les thérapies sont souvent comparées à des groupes contrôle manipulés de manière à augmenter artificiellement les effets obtenus. Shedler reprend ainsi une étude du NIMH menée sur la prise en charge du PTSD comparant psychothérapie psychodynamique et TCC [228]. Les patients suivis dans le groupe contrôle bénéficiaient d'une approche psychodynamique menée par des étudiants de Master qui avait reçu deux jours de formation aux psychothérapies psychodynamiques par un autre étudiant de master travaillant dans un laboratoire menant des recherches sur les TCC. En outre, les « thérapeutes » du groupe psychodynamique n'avaient pas le droit d'aborder la thématique du trauma avec les patients et devaient changer de sujet si nécessaire. Dans le groupe TCC, les thérapeutes avaient reçu cinq jours de formations par la spécialiste internationale du traitement évalué. On pourrait penser qu'il s'agit là d'une mauvaise pratique anecdotique. En réalité, celle-ci est monnaie courante comme le montre une méta-analyse sur la dépression et l'anxiété portant sur 2 500 publications [74]. Seulement 149 d'entre elles comparaient une thérapie avec un groupe contrôle, et la plupart d'entre eux présentaient des biais comme celui que nous venons d'évoquer. Ainsi, après avoir analysé dans les détails ces études, seulement 14 d'entre elles comparaient la thérapie évaluée avec un groupe contrôle dans lequel les thérapeutes avaient été correctement formés. Cela signifie que seulement 0,5 % des études *evidence-based* ont été menées dans des conditions suffisamment rigoureuses. Wampold et al. [74] en arrivent donc logiquement à la conclusion qu'« il y a actuellement insuffisamment de preuves pour suggérer que l'ajout d'une thérapie *evidence-based* aux soins courants de psychothérapie amélioreront la qualité des soins » ([74], p.325) ;
- le troisième problème provient de ce qu'on appelle « l'effet tiroir » qui est la conséquence de la non publication des résultats qui n'étayent pas les hypothèses de départ des chercheurs. Il est possible d'évaluer le nombre d'études ainsi dissimulées par une méthode statistique appelée *funnel plot*. Une étude de Cuijpers et al. [229] montre ainsi que les effets des TCC rapportés dans la littérature seraient largements augmentés du fait notamment de cette pratique. Celle-ci est favorisée par des conflits d'intérêts qui découlent du fait que ceux qui développent ces pratiques sont souvent les mêmes que ceux qui les évaluent. Ce conflit d'intérêts rejoint celui des compagnies d'assurance qui soutiennent les traitements thérapeutiques courts et peu onéreux [230]. Reprenant ces diverses pratiques que l'on retrouve malheureusement fréquemment en psychothérapie, Shedler en arrive à la conclusion que « les thérapies *evidence-based*, tel que ce terme est actuellement employé en

critiques élaborées des approches empiriques et en sont arrivés à la conclusion que les approches heuristiques et conceptuelles étaient plus pertinentes.

[53] Par exemple, on ne sélectionnera que des patients souffrant d'une pathologie donnée, ce que l'on appelle la monomorbidité, ce qui est davantage l'exception que la règle dans la pratique clinique.

[54] Le calcul de Shedler est le suivant : un tiers des patients est sélectionné au départ pour l'étude (du fait en particulier du critère de monoborbidité), donc nous arrivons au chiffre de 33 %. Un tiers de cette population se sent mieux après un TCC ce qui correspond donc à environ 10 % de la population de patients. Enfin, la moitié de ces patients maintient ses progrès dans le temps après la thérapie. Ce sont donc bien les effets positifs des TCC auprès d'un échantillon de 5 % de la population de patients venus consulter qui est utilisée pour démontrer leur efficacité. À ce propos, la Grande-Bretagne a dépensé plus d'un milliards de pounds pour mettre en œuvre un programme de psychothérapie fondé essentiellement sur les TCC. Les résultats de ce programme conduisent globalement aux mêmes chiffres que l'évaluation de Shedler : 12 % des patients sont en rémission à la fin de la thérapie et seulement 6 % d'entre eux allaient mieux un an plus tard [177,227].

psychothérapie, est une perversion de tous les principes fondateurs de l'*evidence-based medicine*[55] » ([230], p.328).

Il existe d'autres problèmes méthodologiques associés à l'abord empirique des psychothérapies. Tout d'abord, le « biais d'allégeance » [231] qui correspond, comme son nom l'indique, à l'influence de l'allégeance théorique du clinicien ou du chercheur. Ainsi, plus un thérapeute croit en son modèle et plus celui-ci aura tendance à être efficace[56]. De la même manière, plus un clinicien croit en la thérapie qu'il étudie et plus il obtiendra des résultats qui confirment ses vues initiales [232]. On observe d'ailleurs, sans surprise, le même effet dans la recherche phamarceutique. En effet, le niveau d'efficacité d'une molécule dépendra largement du fait qu'elle est évaluée par le laboratoire qui la commercialise et cela indépendamment de la qualité méthodologique de l'étude [233]. C'est un biais considérable qui montre que le champ des psychothérapies, tout comme celui de la médecine, est émaillé de conflits d'intérêts qui portent profondément atteinte à la fiabilité des résultats obtenus. De la même manière que la plupart des laboratoires pharmaceutiques sont juges et parties quand ils évaluent les effets d'un médicament qu'ils envisagent de commercialiser, les cliniciens qui évaluent les psychothérapies sont quasiment systématiquement des soutiens des thérapies en question.

Une autre difficulté, plus méthodologique, provient du fait qu'on ne peut distinguer les effets spécifiques des effets non spécifiques des psychothérapiques, les deux étant liés de manière inextricable. Ainsi, Cuijpers et al. [65] expliquent à ce propos que « nous ne savons toujours pas si les facteurs qui apportent le changement en psychothérapie sont spécifiques, non spécifiques, ou les deux (. . .) la psychothérapie est un processus complexe qui implique de multiples éléments qui interagissent les uns avec les autres, et des modèles causaux simples ne feront probablement pas avancer notre compréhension de la manière dont elle opère » ([65], p. 224). Cette difficulté est mise en exergue par ce que les Anglo-saxons appellent le « répondant » (*responsiveness*) qui correspond au fait que le thérapeute s'adapte constamment au patient selon son style et en fonction du contexte thérapeutique [234,235]. Il est donc difficile, voire impossible, de distinguer les comportements du patient de ceux du clinicien, car ceux-ci sont profondément enchevêtrés de par leur nature même[57].

Ainsi, dans leur récente synthèse publiée sur ce sujet, Cuijpers et al. [65] en arrivent à la conclusion que « de nombreuses recherches sur les psychothérapies souffrent d'un nombre considérable de biais, d'une puissance statistique insuffisante, de biais de publication et sont influencées par l'allégeance des chercheurs. En outre, les troubles mentaux et leur évolution sont uniquement mesurés par les patients eux-mêmes ou par des entretiens cliniques : ce ne sont donc pas des tests objectifs. Ces différents problèmes rendent quasiment impossible d'étudier le fonctionnent des thérapies et il n'est pas surprenant que nous n'ayons que très peu de connaissances à ce propos » [65]. Et de préciser : « c'est comme si nous avions été dans la phase de pré-test d'une recherche durant un demi-siècle sans être capables d'aller plus loin » ([65], p. 224).

Ces différents éléments pourraient laisser le lecteur perplexe concernant la manière dont il doit considérer les résultats présentés en première partie de cet article sur la recherche empirique, que ceux-ci concernent les TCC, les PPP ou les autres approches. Ces travaux sont-ils réellement fiables et doit-on les prendre au sérieux ? Il nous a semblé judicieux de présenter les résultats de la recherche empirique, mais aussi leurs limites, laissant ainsi au lecteur le soin de se faire un avis éclairé. Il nous

[55] Qui, rappelons-le tout de même, a pour point d'origine l'objectif d'améliorer la qualité des soins et des études menées dans le domaine de la médecine.

[56] Cet élément en lui-même peut conduire à des conclusions pour le moins surprenantes – déjà étudiées en particulier par l'ethnopsychiatrie – concernant le fait qu'un thérapeute pourrait croire en absolument n'importe quoi et être d'autant plus efficace que ses croyances sont prononcées, fussent-elle totalement irrationnelles. À l'inverse, un thérapeute « rationnel » et beaucoup plus mesuré dans ses croyances pourrait certes proposer une thérapie davantage étayée par la littérature empirique, mais s'avérer en réalité moins efficace, car ne « croyant » pas suffisamment à son modèle. Cette illustration montre que la recherche en psychothérapie ne peut se calquer sur les autres domaines de recherche de la santé, car elle a des spécificités qui lui sont propres. Par exemple, une bactérie ne modifie pas la composition de la structure de sa membrane cytoplasmique en fonction des croyances du biologiste.

[57] Cette dimension enchevêtrée provient notamment du fait que le clinicien transforme par son « répondant » la nature même de la demande du patient [236], ce qui souligne le fait que la plupart des outils utilisés dans le champ de la recherche empirique sont probablement inadaptés pour étudier la complexité des processus psychothérapiques.

semble que, malgré ces limites, la recherche empirique apporte des éléments intéressants, mais il convient de les considérer avec beaucoup de prudence, et surtout, de ne pas limiter l'évaluation des psychothérapies à cette dimension empirique. Il existe en réalité une infinité de nuances en psychothérapie en fonction du thérapeute, du patient, de ses symptômes, de son fonctionnement psychique, du cadre, du contexte anthropologique, etc. qui feront que telle thérapeutique ou telle méthode pourront sembler plus appropriées pour tel ou tel patient[58]. Ces éléments conduisent à l'idée que « chaque psychothérapie est différente et qu'aucun processus n'est comparable à un autre » ([39], p. 156). La complexité des psychothérapies apparaît alors difficilement compatible avec la logique des Essais Contrôlés Randomisés (ECR) et force est de constater que les résultats de ces dernières sont décevants quand il s'agit de comprendre dans le détail la nature des processus thérapeutiques. Ainsi, Seligman [42] arrivait-il déjà à la conclusion que l'approche ECR est « une mauvaise méthode pour valider empiriquement la psychothérapie telle qu'elle est pratiquée actuellement dans la mesure où elle ignore trop d'éléments cruciaux dans ce qui est fait » ([42], p. 996). Desplands et al. [39], concluent également que se fier uniquement au paradigme ECR « n'est pas défendable, tant d'un point de vue méthodologique qu'épistémologique » et « ne nous dit rien de la complexité des processus qui sous-tendent ces résultats » (p. 91) [39].

4.2. Les approches qualitatives et conceptuelles : trois paradigmes de recherche

D'autres approches sont donc nécessaires pour comprendre précisément la nature des processus psychothérapiques. Cela implique tout d'abord de clarifier les différents types de recherches envisageables et leurs relations avec la théorie. Dans cette perspective, Stiles [237] propose de distinguer la « théorie thérapeutique » (qui guide, de l'intérieur, la manière de mener une thérapie) de la « théorie explicative » (qui correspond à l'étude d'une thérapie « de l'extérieur »). Selon des vues très proches référées à l'épistémologie psychanalytique, René Roussillon [238] distingue la recherche psychanalytique de la recherche *sur* la psychanalyse. Les cliniciens français d'orientation analytique ont essentiellement développé leurs recherches du point de vue de la « recherche psychanalytique », au sens que lui donne Roussillon. Fondée avant tout sur la pratique clinique, cette perspective vise à rendre compte de la réalité psychique et des processus thérapeutiques par une articulation étroite entre clinique et théorie. Elle découle d'un positionnement profondément *clinique* [239,240] qui n'a de sens que dans la *rencontre* avec le patient en vue d'accroitre l'intelligibilité des processus psychiques dans l'après-coup [236]. Cette approche est, de ce point de vue, fort différente des recherches empiriques dans lesquelles le clinicien – devenu méthodologiste et statisticien – n'a parfois qu'une expérience limitée en tant que thérapeute[59].

De manière plus globale, on observe actuellement un regain d'intérêt pour les études de cas et pour les « preuves fondées sur la pratique » (*practice-based evidence)* qui se distinguent des « pratiques fondées sur les preuves » (*evidence-based practice*) [241]. Il s'agit alors de partir de la pratique pour développer secondairement des dispositifs de recherche. Le but est donc de réintroduire la pratique clinique au cœur des méthodes d'évaluation et non l'inverse. Ainsi, comme le note Bruno Falissard : « Ce type d'évaluation centré sur le point de vue qualitatif du patient est très précieux pour la pratique clinique et il n'est pourtant pas fourni par les ECR » ([39], p.15). L'outil le plus utilisé dans cette approche est l'étude de cas qui obéit à des logiques épistémologiques distinctes des approches empiriques. L'étude de cas conduit à observer les phénomènes cliniques afin d'en déduire des hypothèses heuristiques selon des logiques de cohérence, de parcimonie et d'élégance [13]. Différentes méthodes existent pour collecter et analyser ce matériel clinique, qu'il s'agisse de retranscriptions d'entretiens, de la prise de notes pendant ou après les séances, de verbatims ou d'enregistrements audio et vidéo. Il

[58] Par exemple, certains résultats suggèrent que les patients ayant une faible capacité d'*insight* bénéficieront davantage d'une thérapie psychodynamique alors que les patients dont la qualité d'*insight* est suffisante bénéficieront plutôt d'une TCC.

[59] Il n'est malheureusement pas rare de croiser des psychologues spécialistes de telle ou telle pathologie qui n'ont jamais accompagné un patient présentant la pathologie en question. Nous avons, dans un autre travail, proposé a métaphore des pilotes d'avion pour décrire cette situation ubuesque qui reviendrait à laisser à des ingénieurs sans aucune expérience de pilotage la tâche de former les pilotes. Notre propos pourra sembler caricatural, mais il paraît pourtant évident que l'expérience clinique auprès des patients est souvent plus riche et formatrice que n'importe quelle étude statistique.

existe également de larges bases de données d'études de cas qui peuvent être recoupées pour déterminer la pertinence et la généralisation des hypothèses qui en découlent[60] [244,245]. Le clinicien fait alors évoluer l'ensemble théorique auquel il se réfère – celui-ci devant conserver sa cohérence interne [246] – en fonction de nouvelles observations cliniques. Dans le champ psychanalytique, la métapsychologie se transforme ainsi par « extensions » [247] à mesure qu'elle rencontre de nouveaux objets cliniques, qu'il s'agisse, par exemple, des troubles psychosomatiques, de l'autisme, la criminalité et plus largement l'ensemble des cliniques dites « de l'extrême » [248]. Nous souhaiterions à présent décrire dans les grandes lignes trois de ces paradigmes de recherche qualitatifs et processuels.

4.2.1. Le groupe de Boston et les moments de rencontre

Daniel Stern [249] a développé un programme de recherche portant sur l'analyse du changement en psychothérapie. Stern [250] et son équipe ont ainsi analysé dans le détail des retranscriptions et des enregistrements de psychothérapies psychodynamiques et des séances de psychanalyse. Reprenant les techniques d'observation mère-bébé, ainsi que certaines théories issues des systèmes complexes, le groupe de Boston a développé une micro-analyse des interactions entre le patient et le thérapeute dans le but de mieux comprendre le « *something more* » qui favorise le changement en thérapie. Ils ont ainsi repéré dans les séances thérapeutiques des « moments présents » qui se transforment parfois en « moments de rencontre » entre clinicien et patient. Ces moments ont une intensité émotionnelle et signifiante particulièrement intense dont les patients témoignent fréquemment quand on les interroge après-coup sur le déroulé de leur thérapie.

Ces moments nécessitent habituellement un temps d'incubation ainsi qu'une profonde authenticité et unicité dans la manière dont le thérapeute interagit avec le patient. Ils peuvent prendre la forme d'une interprétation verbale ou des échanges implicites et pré-réflexifs sur le plan infraverbal. Ils engendrent une expansion dyadique de conscience entre le clinicien et le patient favorisant chez ce dernier l'internalisation de nouvelles propriétés psychiques par l'intermédiaire de l'accordage thérapeutique. Le clinicien sera donc attentif au développement et à la survenue de tels moments dont l'émergence est le plus souvent imprévisible. Les travaux de Stern soulignent également l'importance des « ratés » entre le patient et le thérapeute et la manière dont ces derniers parviennent à « réparer » la relation thérapeutique. Cette observation a depuis été largement développée par les travaux portant sur les « ruptures thérapeutiques » [251] qui apparaissent, comme le proposait déjà Freud avec la notion d'*agieren*, comme le vecteur privilégié de mise en acte des problématiques psychiques inconscientes du patient.

4.2.2. Le Psychotherapy Process Q-Sort (PQS) et l'analyse des processus psychothérapiques

Nous avons déjà évoqué cet outil transthéorique développé initialement par Ablon et Jones [180]. Il consiste en 100 items permettant d'évaluer un entretien psychothérapique selon les caractéristiques du thérapeute, du patient et leurs interactions à partir d'enregistrements et de verbatims[61]. Cet outil peut être utilisé en conditions naturalistes pour analyser ce qui se passe durant les séances de psychothérapie et essayer ainsi de déterminer si des processus spécifiques sont corrélés à l'efficacité thérapeutique. Comme nous l'avons déjà évoqué, les recherches menées avec le PQS ont notamment pu mettre en évidence « que l'adhérence au prototype psychodynamique était associée de manière constante à des résultats positifs » ([178], p. 22).

Les recherches menées avec le PQS ont également permis d'étudier dans le détail les interactions entre analystes et analysants afin de mieux comprendre les spécificités du processus analytique [252]. Le PQS est également utile pour étudier les processus d'une étude de cas sur le long terme. Le cas le plus célèbre analysé avec cette approche est probablement celui d'Amalia X, une patiente allemande souffrant de dépression qui a participé à 517 séances de psychanalyse [253]. Au cours de la séance 152, décrite comme « un monde particulièrement intime de partage de significations », Amalia décrit un rêve dont l'analyse l'aidera fortement à explorer sa dynamique inconsciente. De la même manière,

[60] À ce sujet, il existe des réseaux de praticiens-chercheurs (*practice-research network*) [242] qui visent à déterminer précisément les caractéristiques des patients et des thérapeutes ainsi que leurs interrelations durant la thérapie [243].

[61] Il existe également une version pour enfants de la PQS appelée *Child Psychotherapy Process* (CPQ).

plusieurs analystes se sont prêtés au jeu de l'évaluation, ce qui a permis d'examiner plusieurs années de cures analytiques grâce au PQS. Cette approche a mis en évidence l'émergence de certaines formes de transfert plusieurs années après le début de la cure, l'importance de l'expression émotionnelle de l'analysant, l'évolution de ses capacités associatives, la complexité du positionnement de l'analyste au fil des séances, la répétition de patterns relationnels typiques et le caractère idiosyncrasique de la dyade analyste-analysant [252].

En France, Jean-Michel Thurin et Monique Thurin ont mis en place, dès 2008, un réseau de recherche sur les pratiques psychothérapiques financé en partie par l'Inserm [254,255]. Ce programme a permis l'utilisation du PQS auprès de populations composées de patients souffrants de troubles de la personnalité borderline et de troubles autistiques [256,257]. Une publication récente rend compte de 50 études de cas visant à mieux comprendre les psychothérapies menées auprès d'enfants autistes grâce au PQS [258]. Quatre-vingts pour cent des thérapeutes étaient d'orientation analytique et tous les enfants du groupe étudié ont évolué favorablement. Les résultats préliminaires de cette étude montrent ainsi « que la psychothérapie menée dans des conditions naturelles, par des praticiens expérimentés et formés à la spécificité de l'autisme, travaillant dans une perspective ouverte sur l'extérieur, et avec généralement un soutien de la famille important, est associée à des changements significatifs » ([258], p.14). Une diminution sensible des stéréotypies ainsi qu'une amélioration de l'*insight* ont été observées chez la plupart de ces enfants tandis que « le cadre, l'ajustement de l'approche du thérapeute à la situation propre de l'enfant et la possibilité de supporter ses manifestations extrêmes et différentes actions dont le dénominateur commun est le langage » ([258], p.14) sont apparus comme les ingrédients les plus saillants de l'action thérapeutique.

4.2.3. L'école de Lyon et l'évaluation du processus de symbolisation

Une dernière approche est née à Lyon de la volonté de développer des méthodologies évaluatives spécifiquement référées à l'épistémologie psychanalytique [14]. Il s'agit alors de mettre en œuvre des méthodes d'exploration adaptées à la vie psychique afin de mieux décrire les processus de symbolisation [259,260]. La méthodologie employée repose essentiellement sur l'analyse d'entretiens cliniques individuels et de dispositifs de groupe centrés sur le processus thérapeutique. Des notes peuvent être prises durant l'entretien - la méthode de « l'observateur écrivant » proposée par Anne Brun [261] - ou après-coup sur le modèle de l'observation d'Esther-Bick auprès des nourrissons. L'objectif est ainsi de modéliser les formes multiples du processus de symbolisation aux différents âges de la vie au sein de dispositifs thérapiques très diversifiés. Cette approche ne se réduit donc pas à une analyse de ce qui est observable directement – comme le font la plupart des recherches décrites auparavant –, car elle vise à rendre compte des processus psychiques au-delà de leur caractère manifeste. En ce sens, une attention particulière est portée à l'analyse de l'associativité et de la dynamique transférentielle aussi bien chez le clinicien que chez le patient. Une articulation étroite entre clinique et théorie permet ainsi d'accroitre l'intelligibilité des processus psychiques par différentes hypothèses heuristiques. Une telle approche représente le niveau d'analyse des processus psychiques le plus fin, car il est au plus près de l'expérience subjective du clinicien et de son patient selon une analyse « sur mesure »[62] [14].

Cet effort de modélisation a également pour particularité d'aborder les « situations limites de la subjectivité » [262] dans lesquelles le processus de symbolisation est mis en échec à ses niveaux les plus primaires [263]. Ainsi, l'autisme [261], la psychose [264], la criminalité [265], les troubles psychosomatiques [266], ou la grande précarité [267] renvoient-ils à certaines expressions cliniques pour lesquelles les médiations thérapeutiques seront proposées (peinture, modelage, musique, contes, théâtre, animaux, etc.). Le cadre psychothérapique plus traditionnel – reposant, par exemple, sur l'entretien duel et l'associativité verbale – semble en effet insuffisant pour accompagner ces problématiques psychiques archaïques. Il s'agit en ce sens de développer une « théorie générale de la médiation » [268] qui vise à modéliser aussi bien les dispositifs individuels, groupaux et institutionnels que les processus qui se

[62] De ce point de vue, les approches empiristes et réductionnistes ne rendent pas compte du fait qu'un processus psychothérapeutique est fondalement, et de manière irréductible, unique. Il n'existe jamais deux processus thérapeutiques identiques compte-tenu de la complexité et des spécificités du patient, du thérapeute et de leurs interrelations. Ce caractère d'unicité en est l'une de ses propriétés les plus fondamentales de sorte que toute tentative de généralisation peut conduire *in fine* à dénaturer la nature même du processus que l'on tente d'étudier.

déploient en leur sein. Le processus de symbolisation est alors analysé du point de vue de ses constituants les plus heuristiques comme le sont l'association libre, le rêve, le jeu et la médiation [269]. René Roussillon [14] propose ainsi de développer un programme de recherche axé sur l'analyse des rêves ou des jeux « typiques » qui témoignent de manière privilégiée du processus de symbolisation aux différents âges en fonction de « grandes problématiques » de la vie psychique. Roussillon souligne à ce propos « l'écart entre le jeu appréhendé à partir du manifeste et le jeu appréhendé à partir des enjeux latents de celui-ci », ce qui interroge une nouvelle fois la nature profonde de la matière psychique et la manière la plus appropriée de l'appréhender sans la dénaturer dans le cadre psychothérapique.

5. Conclusion

En 2010, Shedler arrivait déjà à la conclusion que « compte tenu de l'accumulation des résultats empiriques, l'affirmation selon laquelle l'approche psychanalytique manque de soutien sur le plan scientifique n'est plus défendable » ([58], p. 106). Cette position est d'autant plus indéfendable que les données de la littérature suggèrent que « les ingrédients actifs des autres thérapies incluent des techniques et des processus qui sont depuis longtemps le cœur et la définition même des caractéristiques des psychothérapies psychanalytiques » ([58], p. 107). Dix ans plus tard, les études menées dans le champ des PPP se sont multipliées et diversifiées. Elles appartiennent aux thérapies validées empiriquement et sont soutenues par plusieurs milliers d'études, dont plus de 250 essais contrôlés randomisés [270]. Nous en avons proposé une synthèse qui montre que les PPP sont efficaces pour l'ensemble des troubles psychiques sur le court terme, à la fin de la thérapie, plusieurs années après celle-ci et qu'elles engendrent des transformations aussi bien sur le plan des symptômes que de la personnalité. Elles apparaissent plus efficaces que la pharmacothérapie dans bien des situations, permettent de faire des économies substantielles et sont aussi efficaces que les autres psychothérapies [174]. Il n'y a par conséquent aucune justification scientifique au fait de privilégier d'autres formes de psychothérapies au détriment des PPP.

En réalité, c'est même l'inverse qui commence à se dégager des recherches menées sur le long terme utilisant des outils d'analyse plus fins. Ainsi comme le souligne Mark Solms [271] dans un récent article publié dans le *British Journal of Psychiatry* : « les résultats des thérapies psychanalytiques sont au moins aussi bons, et par certains aspects meilleurs, que les autres thérapies démontrées empiriquement dans le champ de la psychiatrie aujourd'hui » ([271], p.7). Solms précise également que « les psychothérapies psychanalytiques mettent en mouvement des processus de changement qui continuent après la fin de la thérapie, alors que les effets des autres formes de thérapies, comme les TCC, tendent à décroître » ([271], p.7). Un autre article publié récemment dans *The Lancet Psychiatry* [131] témoigne de ce regain d'intérêt envers la psychanalyse du fait de ces résultats et de ce que les médias anglo-saxons ont présenté comme la « revanche de Freud »[63]. Celle-ci est également la conséquence des travaux menés en neuropsychanalyse qui soutiennent la pertinence des modèles théoriques de la psychanalyse et plusieurs hypothèses freudiennes qui avaient largement anticipé certaines avancées des neurosciences [36,271–273]. Cela ne signifie pas pour autant que la recherche clinique doive se réduire à cette dimension empirique même si celle-ci, au-delà de son intérêt intrinsèque, est probablement nécessaire dans le contexte actuel. Il s'agit alors de développer des psychothérapies qui soient « informées » par la littérature empirique sans être inféodées aux dogmes du positivisme [21]. Dans cette perspective, il convient de favoriser une complémentarité entre approches empirique et herméneutique, une telle dialectique offrant l'avantage de croiser deux regards différents sur un même objet selon une logique de continuité épistémologique. Un équilibre est ainsi possible entre les *practice-based evidence* et les *evidence-based practice*, chaque approche ayant pour intérêt de compenser les lacunes de l'autre.

L'ensemble des résultats présentés dans ce travail ne surprendront guère le clinicien aguerri qui a l'expérience de la consultation psychothérapique. Ils viennent confirmer ce qu'il peut observer et pressentir à partir de sa pratique quotidienne, car l'évaluation ne se réduit pas à l'utilisation de chiffres et de statistiques [14]. Ainsi, dès lors que l'on parvient à créer une alliance de qualité avec le patient – ou une famille – et qu'il ou elle s'investit dans la thérapie, on observe souvent, et rapidement, des

[63] Voir à ce sujet l'article d'Oliver Burkeman dans *The Guardian* du 7 janvier 2016.

changements dans sa manière d'être et de se comporter. Sur le long terme, des transformations psychiques apparaissent qui conduisent parfois à de véritables métamorphoses subjectives [274]. Celles-ci demeurent au fond profondément mystérieuses et le clinicien est souvent le témoin privilégié de ces évolutions favorables dont les tenants et les aboutissants lui échappent. La clinique psychothérapique confronte à l'incertitude aussi bien quand il est question de l'origine de la souffrance psychique que lors de son dénouement. Le soucis de l'autre, l'empathie, l'authenticité, la fiabilité, le tact, mais aussi la capacité à accompagner l'expression émotionnelle, l'associativité, les rêves, le jeu, l'introspection, l'insight, la réflexivité et la narrativité sont autant d'ingrédients profondément inter-connectés que le clinicien expérimenté manie avec dextérité dans le but de venir en aide à un autre être humain venu le trouver en état de souffrance et de désespoir. C'est probablement là que se loge avec simplicité, mais aussi toute sa complexité, le cœur de l'efficacité du travail thérapeutique.

Pour conclure et faire le lien avec notre propos introductif, il nous paraît important que la politique gouvernementale française dans le champ de la santé applique des directives qui tiennent compte de l'ensemble de ces recherches[64]. Dans cette perspective, nous proposons en particulier cinq recommandations à partir de la synthèse proposée dans ce travail : renforcer les équipes des lieux de soin (CMP, CMPP, hôpitaux de jour, etc.) de manière à ce qu'elles aient la possibilité de travailler dans de bonnes conditions et sur le long terme auprès des patients et des familles. Cet investissement est nécessaire pour diminuer la symptomatologie et produire des transformations durables si l'on ne veut pas que les mêmes patients voient leur état se dégrader et rechercher indéfiniment de nouvelles thérapies courtes et inefficaces ; ne pas mettre l'accent uniquement sur le dépistage, le diagnostic et les prises en charge sur le court terme. Par exemple, il n'est guère pertinent de multiplier les centres de référence sans investir également dans les structures de soin qui pourront prendre en charge les patients en aval. S'il fallait choisir, mieux vaut investir dans les structures de soin, car elles sont le cœur même du tissu des réseaux de soin ; éviter le piège des discours fondés sur l'idéologie mensongère selon laquelle certaines thérapies evidence-based seraient plus efficaces. Plusieurs pays européens comme la Grande-Bretagne et la Suède se sont laissés leurrer par les sirènes du positivisme et se trouvent aujourd'hui dans une situation difficile [177]. Seulement 5 à 6 % des patients seront aidés par ces dispositifs fondés sur une vision managériale à court terme qui ne fera qu'augmenter la détresse psychologique de nos contemporains. En particulier, la libéralisation progressive du champ de la psychiatrie ne pourra que conduire à de grandes difficultés [227] ; ne pas succomber à la mode des neurosciences et du « tout cognitif ou neuro-développemental »[65] qui découle bien souvent d'une perspective réductionniste du fonctionnement psychique. Cette manière de considérer la psyché est une erreur pourtant épistémologique déjà largement contredite [275]. Par ailleurs, rappelons que les retombées concrètes des neurosciences et de la génétique dans le soin psychique sont pour l'heure très limitées [19]. Ce manque de résultat contraste avec l'efficacité des psychothérapies. Nous en connaissons les ingrédients essentiels, nous savons comment les mettre en œuvre et nous avons une idée précise des économies qu'elles permettent de réaliser. Il serait donc pertinent de développer des consultations hospitalières et universitaires centrées sur l'évaluation des psychothérapies afin d'affiner notre compréhension des processus thérapeutiques ainsi que l'orientation des patients. La France semble avoir pris un retard considérable en ce domaine alors que les enjeux économiques, sociaux et culturels des psychothérapies sont majeurs. La mise en place d'un vaste programme axé sur les psychothérapies au niveau national, qui associerait aussi bien les approches quantitatives que qualitatives, pourrait permettre de combler ce retard et d'orienter avec pertinence les futures politiques de santé en ce domaine.

[64] Le fait que les Agences Régionales de Santé (ARS) orientent actuellement un certain nombre de structures de soin et du secteur médico-social vers des dispositifs axés préférentiellement sur des approches neurodéveloppementales et des prises en charge courtes est fort problématique. Si le gouvernement poursuit dans cette direction - qui va à l'encontre de la littérature scientifique - les effets délétères seront majeurs et conduiront à ceux que l'on observe actuellement en Grande-Bretagne ou en Suède. Une telle politique mènera non seulement à détruire les réseaux de soin et la motivation d'une grande partie des soignants, mais réduira également progressivement la qualité des thérapies prodiguées aux patients. Elle donnera probablement l'impression de faire des économies sur le court terme, mais produira l'effet inverse sur le long terme.

[65] Approche tout à fait intéressante en elle-même à condition de bien déterminer ses limites et ne pas l'utiliser à la place des autre outils thérapeutiques.

Déclarations de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Halimi P, Marescaux C. Hôpitaux en détresse patients en danger. Paris: Flammarion; 2018.
[2] Froger Y. Destruction de la psychiatrie. J Fr Psychiatr 2003;19:32–3.
[3] Lambert MJ. Psychotherapy outcome research implications for integrative and eclectic science. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; 1979.
[4] Weissman M, Cuijpers P. Psychotherapy over the last four decades. Harv Rev Psychiatry 2017;25:155–8.
[5] McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. J Clin Psychiatry 2013;74:595.
[6] Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, Spiegel D. The economic impact of psychotherapy: a review. Am J Psychiatry 1997;154:147–55.
[7] Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates ? Meta-analysis and meta-regression of literature data. J Psychiatr Res 2016;79:8–20.
[8] Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy. APT 2002;56:244–59.
[9] Gomez L. The Freud wars: An introduction to the philosophy of psychoanalysis. Hove: Routledge; 2005.
[10] Bouchard MA, Guérette L. Psychotherapy as a hermeneutical experience. Psychother Theory Res Pract Training 1991;28:385–94.
[11] Milton M. Evidence-based practice: issues for psychotherapy. Psychoanal Psychother 2002;16:160–72.
[12] Ciccone A. Psychanalyse ou psychothérapie psychanalytique? Fondements de la position clinique. Journal de La Psychanalyse de l'enfant 2017;7:17–44.
[13] Rabeyron T. Constructions finies et constructions infinies: de l'épistémologie psychanalytique dans ses rapports à la vérité. In Analysis 2018;2:143–55.
[14] Brun A, Roussillon R, Attigui P. Evaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques: dispositifs institutionnels et groupaux de médiations. Paris: Dunod; 2016.
[15] Lacan J. Écrits. Paris: Le seuil; 1966.
[16] Green A. Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine. Paris: PUF; 2002.
[17] Devereux G. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris: Flammarion; 1980.
[18] Gori R, Sauret MJ, Abelhauser A. La folie évaluation, les nouvelles fabriques de la servitude. Paris: Mille et une nuits; 2011.
[19] Gonon F. La psychiatrie biologique: une bulle spéculative? Esprit 2011;11:54–73.
[20] Gonon F. Quel avenir pour les classifications des maladies mentales? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récente. L'information Psychiatrique 2013;89:285–94.
[21] Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. Psychol Bull 2004;130:631.
[22] Vinnars B, Barber JP, Norén K, Gallop R, Weinryb RM. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. Am J Psychiatry 2005;162:1933–40.
[23] Castel PH. À quoi résiste la psychanalyse? Paris: PUF; 2015.
[24] Shedler J. Where Is the Evidence for "Evidence-Based" Therapy? Psychiatr Clin North Am 2018;41:319–29.
[25] Widlöcher D, Distinguishing Psychoanalysis from, Psychotherapy. Int J Psychoanal 2010;91:45–50.
[26] Nathan T. La Guerre des psys: manifeste pour une psychothérapie démocratique. Paris: Les empêcheurs de penser rond; 2006.
[27] Roudinesco E. Histoire de la psychanalyse en France. Paris: Fayard; 1994.
[28] Davies R. Clinical and observational psychoanalytic research: roots of a controversy-Andre Green & Daniel Stern. Hove: Routledge; 2018.
[29] Shedler J. Clinical and Observational psychoanalytic research: roots of a controversy. [Edited by Joseph Sandler, Anne-Marie Sandler, and Ro]. J Am Psychoanal Assoc 2004;52:610–8.
[30] Shedler J, Westen D. The Shedler–Westen assessment procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. J Pers Assess 2007;89:41–55.
[31] Falissard B, Revah-Levy A, Yang S, Fagot-Largeault A. La place des mots et des nombres en recherche psychiatrique. Épistémologie et méthodologie en psychanalyse et en psychiatrie. Paris: Erès; 2017.
[32] Luyten P, Blatt SJ, Corveleyn J. Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research. J Am Psychoanal Assoc 2006;54:571–610.
[33] Kendrick KM, Hinton MR, Atkins K, Haupt MA, Skinner JD. Mothers determine sexual preferences. Nature 1998;395:229–30.
[34] Adams HE, Wright LW, Lohr BA. Is homophobia associated with homosexual arousal? Journal of. Abnorm Psychol 1996;105:440–5.
[35] Beebe B, Messinger D, Bahrick LE, Margolis A, Buck KA, Chen H. A systems view of mother–infant face-to-face communication. Dev Psychol 2016;52:556–71.
[36] Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. Am J Psychiatry 1999;156:505–24.
[37] Kealy D, Ogrodniczuk JS. Contemporary psychodynamic psychotherapy: evolving clinical practice. London: Academic Press; 2019.
[38] Thurin JM, Thurin M. Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques. Paris: Dunod; 2007.
[39] Despland JN, De Roten Y, Kramer U. L'évaluation des psychothérapies. Paris: Lavoisier; 2018.

[40] Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. Am Psychol 1977;32:752–60.
[41] Eysenck HJ. The outcome problem in psychotherapy: what have we learned? Behav Res Therap 1994;32:477–95.
[42] Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study. Am Psychol 1995;50:965–74.
[43] Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. Am Psychol 1993;48:1181–209.
[44] Wilson DB, Lipsey MW. The role of method in treatment effectiveness research: evidence from meta-analysis. Psycholl Method 2001;6:413–29.
[45] Nicholson RA, Berman JS. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? Psychol Bull 1983;93:261–78.
[46] Najavits LM, Gunderson JG. Better than expected: improvements in borderline personality disorder in a 3-year prospective outcome study. Compr Psychiatry 1995;36:296–302.
[47] Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, et al. Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. Am J Psychiatry 2013;170:759–67.
[48] Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich H-C, Teufel M, Schellberg D, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. The Lancet 2014;383:127–37.
[49] Eells TD. Is there a cost offset to psychotherapy? Am J Psychother 1999;8:243–7.
[50] Chiles J, Michael L, Hatch A. Medical cost offset: a review of the impact of psychological interventions on medical utilization over the past three decades. In: Cummings NA, O'Donohue WT, Ferguson KE, editors. Healthcare utilization and cost series,Vol. 5. The impact of medical cost offset on practice and research: Making it work for you: a report of the First Reno Conference On Medical Cost Offset. [s.l.] Context Press/New Harbinger Publications; 2002. p. 47–56.
[51] Altmann U, Zimmermann A, Kirchmann HA, Kramer D, Fembacher A, Bruckmayer E, et al. Outpatient psychotherapy reduces health-care costs: a study of 22,294 insurants over 5 years. Frontiers in Psychiatry 2016;7:98.
[52] Creed F, Fernandes L, Guthrie E, Palmer S, Ratcliffe J, Read N, et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2003;124:303–17.
[53] Simon J, Pilling S, Burbeck R, Goldberg D. Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline. Br J Psychiatry 2006;189:494–501.
[54] Rosso G, Aragno E, Cuomo A, Fagiolini A, Di Salvo G, Maina G. Five-year follow-up of first-episode depression treated with psychodynamic psychotherapy or antidepressants. Psychiat Res 2019;275:27–30.
[55] Antonuccio DO, Thomas M, Danton WG. A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (prozac) in the treatment of depression. Behav Therap 1997;28:187–210.
[56] Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. The Lancet 2004;363:1341–5.
[57] Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. Cochrane Database Syst Rev 2004;(1):CD003012.
[58] Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. Am Psychol 2010;65:98–109.
[59] Huhn M, Tardy M, Spineli LM, Kissling W, Förstl H, Pitschel-Walz G, et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. JAMA Psychiatry 2014;71:706–15.
[60] Marcus DK, O'Connell D, Norris AL, Sawaqdeh A. Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. Clin Psychol Rev 2014;34:519–30.
[61] Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. Am J Orthopsychiat 1936;6:412–5.
[62] Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically "all must have prizes.". Psychol Bull 1997;122:203–15.
[63] Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? Arch Gen Psychiat 1975;32:995–1008.
[64] Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry 2015;14:270–7.
[65] Cuijpers P, Reijnders M, Huibers M. The role of common factors in psychotherapy outcomes. Ann Rev Clin Psychol 2019;15:207–31.
[66] Frank JD, Frank JB. Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. New-York: Norman Cousins; 1991.
[67] Grencavage LM, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? Prof Psychol Res Pract 1990;21:372–8.
[68] Butler AC, Chapman J, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev 2006;26:17–31.
[69] Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Cogn Ther Res 2012;36:427–40.
[70] Zimmermann G, Pomini V. Méta-analyse et efficacité des psychothérapies: faits et fictions. Psychol Fr 2013;58:167–75.
[71] Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Tierney SC. A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. J Affect Dis 2002;68:159–65.
[72] Tolin DF. Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2010;30:710–20.
[73] Baardseth TP, Goldberg SB, Pace BT, Wislocki AP, Frost ND, Siddiqui JR, et al. Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. Clin Psychol Rev 2013;33:395–405.
[74] Wampold BE, Budge SL, Laska KM, Del Re AC, Baardseth TP, Huckiger C, et al. Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: a meta-analysis of direct comparisons. Clin Psychol Rev 2011;31:1304–12.
[75] Cristea IA, Cuijpers P. In the pursuit of truth, we should not prioritize correlational over causal evidence. Psychotherap Res 2017;27:36–7.
[76] Wampold BE, Flückiger C, Del Re AC, Yulish NE, Frost ND, Pace BT, et al. In pursuit of truth: a critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. Psychotherap Res 2017;27:14–32.
[77] Braun SR, Gregor B, Tran US. Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. PloS One 2013;28(6):e681351, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0068135.

[78] Ljótsson B, Hedman E, Mattsson S, Andersson E. The effects of cognitive–behavioral therapy for depression are not falling: A re-analysis of Johnsen and Friborg (2015). Psychol Bull 2017;143(3):321–5.
[79] Johnsen TJ, Friborg O. The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. Psychol Bull 2015;141:747–68.
[80] Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiat 1989;46:971–82.
[81] Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. Handbook of psychotherapy and behavior change. John Wiley & Sons; 1994. p. 114–39.
[82] Driessen E, Van HL, Don FJ, Peen J, Kool S, Westra D, et al. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. Am J Psychiatry 2013;170:1041–50.
[83] Blatt SJ, Zuroff DC. Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. Clin Psychol Rev 2005;25:459–86.
[84] Leichsenring F, Steinert C. Is cognitive behavioral therapy the gold standard for psychotherapy?: The need for plurality in treatment and research. Jama 2017;318:1323–4.
[85] Leichsenring F, Abbass A, Hilsenroth MJ, Luyten P, Munder T, Rabung S, et al. Gold standards" plurality and monocultures: The need for diversity in psychotherapy. Frontiers in Psychiatry 2018;9:1–7.
[86] Stiles WB, Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. Psychol Med 2008;38:677–88.
[87] Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1993;61:561–73.
[88] Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2000;68:438–50.
[89] Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE. Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. Clin Psychol Rev 2012;32:642–9.
[90] Krupnick JL, Sotsky SM, Elkin I, Simmens S, Moyer J, Watkins J, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J Consult Clin Psychol 1996;64(3):532–9.
[91] Crits-Christoph P, Mintz J. Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. J Consult Clin Psychol 1991;59(1):20–6.
[92] Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder JL. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. J Consult Clin Psychol 1993;61:434–40.
[93] Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Murphy D. Therapist empathy and client outcome: an updated meta-analysis. Psychotherapy 2018;55:399–410.
[94] Owen J, Drinane JM, Idigo KC, Valentine JC. Psychotherapist effects in meta-analyses: How accurate are treatment effects? Psychotherapy 2015;52(3):321–8.
[95] Kraus DR, Bentley JH, Alexander PC, Boswell JF, Constantino MJ, Baxter EE, et al. Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. J Consul Clin Psychol 2016;84(6):473–83.
[96] Luborsky L, McLellan AT, Diguer L, Woody G, Seligman DA. The psychotherapist matters: comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. Clin Psychol Sci Pract 1997;4:53–65.
[97] Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM. Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. Clin Psychol Psychother Int J Theory Pract 2003;10:361–73.
[98] Ricks DF. Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. Life history research in psychopathology. Minneapolis: University of Minesota Press; 1974.
[99] Malkin B. Supervision effects on psychotherapy outcome: Seeking"super" supervisors. New York: St. John's University; 2018.
[100] Brown GS, Lambert MJ, Jones ER, Minami T. Identifying highly effective therapists in a managed care environment. American Journal of Managed Care 2005;11:513–20.
[101] Kraus DR, Castonguay L, Boswell JF, Nordberg SS, Hayes JA. Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. Psychother Res 2011;21:267–76.
[102] Bergin AE. Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice, Journal of. Abnorm Psychol 1966;71:235–46.
[103] Smith ML, Glass GV, Miller TI. The Benefits of Psychotherapy. Johns Hopkins University Press; 1980.
[104] Pope KS, Vetter VA. Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. Psychother Theory Res Pract Training 1991;28:429–38.
[105] Beretta V, de Roten Y, Drapeau M, Kramer U, Favre N, Despland JN. Clinical significance and patients' perceived change in four sessions of brief psychodynamic intervention: characteristics of early responders. Psychol Psychother 2005;78:347–62.
[106] Esmiol-Wilson E, Partridge R, Brandon M, Kollar S, Benning-Cho S. From resistance to buy-in: experiences of clinicians in training using feedback-informed treatment. J Couple Relat Therap 2017;16:20–41.
[107] Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE. Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. J Consult ClinPsychol 2001;69:159–72.
[108] Lambert MJ, Whipple JL, Hawkins EJ, Vermeersch DA, Nielsen SL, Smart DW. Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. Clin Psychol Sc Pract 2003;10:288–301.
[109] Lambert MJ, Whipple JL, Kleinstäuber M. Collecting and delivering progress feedback: a meta-analysis of routine outcome monitoring. Psychotherapy 2018;55:520–37.
[110] Ghaderi A. Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. Behav Res Ther 2006;44:273–88.
[111] Stulz N, Lutz W, Kopta SM, Minami T, Saunders SM. Dose–effect relationship in routine outpatient psychotherapy: does treatment duration matter? J Counsel Psychol 2013;60:593–600.
[112] Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. Am Psychol 1986;41:159–64.

[113] Bruijniks SJ, Lemmens LH, Hollon SD, Peeters FP, Cuijpers P, Arntz A, et al. The effects of once-versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. Brit J Psychiat 2020;216:222–30.
[114] Barkham M, Connell J, Stiles WB, Miles JN, Margison F, Evans C, et al. Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. J Consult Clin Psychol 2006;74:160–7.
[115] Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich Z. A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. J Consult Clin Psychol 1993;61:678–85.
[116] Maljanen T, Knekt P, Lindfors O, Virtala E, Tillman P, Härkänen T, et al. The cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up. J Affect Disord 2016;190:254–63.
[117] Hofmann SG. Psychodynamic therapy: a poorly defined concept with questionable evidence. Evidence-Based Mental Health 2016;19(2):63.
[118] Leichsenring F, Abbass A, Gottdiener W, Hilsenroth M, Keefe JR, Luyten P, et al. Psychodynamic therapy: a well-defined concept with increasing evidence. Evidence-Based Mental Health 2016;19:64.
[119] Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. World Psychiat 2015;14:137–50.
[120] de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. Harv Rev Psychiat 2009;17:1–23.
[121] Smit Y, Huibers MJ, Ioannidis JP, van Dyck R, van Tilburg W, Arntz A. The effectiveness of long-term Psychoanal Psychother—A meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Psychol Rev 2012;32:81–92.
[122] Blatt S. The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the menninger psychotherapy research project revisited. Am Psychoanal Assoc 1992;40:691–724.
[123] Blatt SJ, Shahar G. Psychoanalysis—With whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. Am Psychoanal Assoc 2004;52:393–447.
[124] Coriat H. Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psycho-neuroses. Psychoanal Rev 1917;4:209–16.
[125] Gerber AJ, Kocsis JH, Milrod BL, Roose SP, Barber JP, Thase ME, et al. A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. Am J Psychiatry 2011;168:19–28.
[126] Leichsenring F, Klein S, Salzer S. The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a 2013 update of empirical evidence. Contemp Psychoanal 2014;50:89–130.
[127] Levy KN, Ehrenthal JC, Yeomans FE, Caligor E. The efficacy of psychotherapy: Focus on psychodynamic psychotherapy as an example. Psychod Psychiat 2014;42:377–421.
[128] Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, Abbass A, Barber JP, Keefe JR, et al. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. Lancet Psychiatry 2015;2:648–60.
[129] Fonagy P, Rost F, Carlyle J, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon RM, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term Psychoanal Psychother for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). World Psychiatry 2015;14:312–21.
[130] Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2014;7:CD004687.
[131] Yakeley J. Psychoanalysis in modern mental health practice. The Lancet Psychiatry 2018;5:443–50.
[132] Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Psychotherapy and Psychosomatics. 2009;78:265–74.
[133] Messer SB, Abbass AA. Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders. In: Magnavita JJ, editor. Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods, and processes. American Psychological Association; 2010. p. 79–111.
[134] Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. JAMA 2008;300:1551–65.
[135] Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specificpsychiatric disorders: a meta-analysis. Archives of General Psychiatry 2004;61:1208–16.
[136] Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. Am J Psychiatry 2003;160:1223–32.
[137] Driessen E, Van HL, Peen J, Don FJ, Kool S, Westra D, et al. Therapist-rated outcomes in a randomized clinical trial comparing cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression. J Affect Disord Journal of 2015;170:112–8.
[138] Keefe JR, McCarthy KS, Dinger U, Zilcha-Mano S, Barber JP. A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. Clinical Psychology Review 2014;34:309–23.
[139] Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. Nordic Journal of Psychiatry 2011;65:354–64.
[140] Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. Clinical Psychology Review 2010;30:25–36.
[141] Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA, Barber JP, Dekker JJM, Van HL, et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. Clinical Psychology Review 2015;42:1–15.
[142] Fonagy P, Rost F, Carlyle J, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon R, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term Psychoanal Psychother for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). World Psychiatry 2015;14:312–21.
[143] Thoma NC, McKay D, Gerber AJ, Milrod BL, Edwards AR, Kocsis JH. A quality-based review of randomized controlled trials of cognitive-behavioral therapy for depression: an assessment and metaregression. Am J Psychiatry 2012;169:22–30.
[144] Town JM, Abbass A, Stride C, Bernier D. A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. J Affect Disord Journal of 2017;214:15–25.
[145] Chambless DL, Milrod B, Porter E, Gallop R, McCarthy KS, Graf E, et al. Prediction and Moderation of Improvement in Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Psychotherapy for Panic Disorder. J Consult Clin Psychol 2017;85:803–13.
[146] Milrod B, Chambless DL, Gallop R, Busch FN, Schwalberg M, McCarthy KS, et al. Psychotherapies for panic disorder: a tale of two sites. J Clin Psychiatry 2016;77:927–35.

[147] Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2017;74:319–28.
[148] Fonagy P, Luyten P, Bateman A. Treating borderline personality disorder with psychotherapy: where do we go from here? JAMA Psychiatry. 2017;74:316–7.
[149] Keefe JR, McMain SF, McCarthy KS, Zilcha-Mano S, Dinger U, Sahin Z, et al. A meta-analysis of psychodynamic treatments for borderline and cluster C personality disorders. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment 2020;11:157–69.
[150] Leichsenring F, Steinert C. Short-term psychodynamic therapy for obsessive-compulsive disorder: A manual-guided approach to treating the "inhibited rebel." Bulletin of the Menninger Clinic. 2017;81:341–89.
[151] Stefini A, Salzer S, Reich G, Horn H, Winkelmann K, Bents H, et al. Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in female adolescents with bulimia nervosa: a randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2017;56:329–35.
[152] Briggs S, Netuveli G, Gould N, Gkaravella A, Gluckman NS, Kangogyere P, et al. The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry 2019;214:320–8.
[153] Roggenkamp H, Abbass A, Town JM, Kisely S, Johansson R. Healthcare cost reduction and psychiatric symptom improvement in posttraumatic stress disorder patients treated with intensive short-term dynamic psychotherapy [online]. European Journal of Trauma & Dissociation 2019, http://dx.doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100122.
[154] Rosenbaum B, Valbak K, Harder S, Knudsen P, Køster A, Lajer M, et al. The Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative longitudinal treatment study of first-episode psychosis. The British Journal of Psychiatry 2005;186:394–9.
[155] Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F, Refseth JS, Midgley N. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2013;52:863–75.
[156] Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, et al. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. The Lancet Psychiatry 2017;4:109–19.
[157] Cohen D, Milman D, Venturyera V, Falissard B. Psychodynamic experience enhances recognition of hidden childhood trauma [online]. PLoS One 2011;6(4):e18470, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0018470.
[158] Blatt SJ. A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. Psychoanalytic Inquiry 2007;26:494–520.
[159] Luyten P, Blatt SJ. Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: Retrospect and prospect. Am Psychol 2013;68(3):172–83.
[160] Despland J-N. Drapeau M, de Roten Y. A naturalistic study of the effectiveness of a four-session format: the brief psychodynamic intervention. Brief Treatment and Crisis Intervention 2005;5:368–78.
[161] Abbass AA, Nowoweiski SJ, Bernier D, Tarzwell R, Beutel ME. Review of psychodynamic psychotherapy neuroimaging studies. Psychother Psychosom 2014;83:142–7.
[162] Beutel ME, Stern E, Silbersweig DA. The emerging dialogue between psychoanalysis and neuroscience: neuroimaging perspectives. J Am Psychoanal Assoc 2003;51:773–801.
[163] Marini S, Tizio LD, Dezi S, Armuzzi S, Pelaccia S, Valchera A, et al. The bridge between two worlds: psychoanalysis and fMRI. Rev Neurosci 2016;27:219–29.
[164] Buchheim A, Viviani R, Kessler H, Kächele H, Cierpka M, Roth G, et al. Changes in prefrontal-limbic function in major depression after 15 months of long-term psychotherapy [online]. PloS One 2012;7(3):e33745, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0033745.
[165] Dégeilh F, Bernier A, Leblanc É, Daneault V, Beauchamp MH. Quality of maternal behaviour during infancy predicts functional connectivity between default mode network and salience network 9 years later. Develop Cogn Neurosci 2018;34:53–62.
[166] Winnicott DW. De la pédiatrie a la psychanalyse(1960). Paris: Broché; 1989.
[167] Bion W. Aux sources de l'expérience (1962). Paris: PUF; 2003.
[168] Russo DA, Stochl J, Painter M, Dobler V, Jackson E, Jones PB, et al. Trauma history characteristics associated with mental states at clinical high risk for psychosis. Psychiatry Res 2014;220:237–44.
[169] Bales DL, Timman R, Luyten P, Busschbach J, Verheul R, Hutsebaut J. Implementation of evidence-based treatments for borderline personality disorder: The impact of organizational changes on treatment outcome of mentalization-based treatment. Personal Ment Health 2017;11:266–77.
[170] Oury J. Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Nîmes: Champ social Editions; 2001.
[171] Glass RM. Psychodynamic psychotherapy and research evidence: Bambi survives Godzilla? Jama 2008;300:1587–9.
[172] Parloff MB. Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. Am J Psychiatry 1982;139:718–27.
[173] Leichsenring F, Leweke F, Klein S, Steinert C. The empirical status of psychodynamic psychotherapy-an update: Bambi's alive and kicking. Psychotherap Psychosomat 2015;84:129–48.
[174] Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. Am J Psychiatry 2017;174:943–53.
[175] Erekson DM, Lambert MJ, Eggett DL. The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. J Consult Clin Psychol 2015;83:1097–107.
[176] Ryle A, Kerr IB. Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice. London: Wiley-Blackwell; 2002.
[177] Dalal F. The cognitive behavioural tsunami: managerialism, politics and the corruptions of science. Routledge; 2018.
[178] Ablon JS, Levy RA, Smith-Hansen L. The contributions of the psychotherapy process Q-set to psychotherapy research. Res Psychotherap Psychopathol Process Outcome 2011;14(1):14–48.

[179] Jones EE, Pulos SM. Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. J Consult Clin Psychol 1993;61:306–16.
[180] Ablon J, Jones E. How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. Psychotherapy Res 1998;8:71–83.
[181] Castonguay LG, Goldfried MR, Wiser S, Raue PJ, Hayes AM. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. J Consult Clin Psychol 1996;64:497–504.
[182] Norcross JC. The psychotherapist's own psychotherapy: educating and developing psychologists. Am Psychol 2005;60:840–50.
[183] Høglend P, Amlo S, Marble A, Bøgwald K-P, Sørbye Ø, Sjaastad MC, et al. Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. AJP 2006;163:1739–46.
[184] Hersoug AG, Ulberg R, Høglend P. When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? Main results of the first experimental study of transference work (FEST). Contemporary Psychoanalysis 2014;50:156–74.
[185] Johansson P, Høglend P. Identifying mechanisms of change in psychotherapy: mediators of treatment outcome. Clin Psychol Psychotherap 2007;14:1–9.
[186] Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2010;196:389–95.
[187] Hayes JA, Gelso CJ, Goldberg S, Kivlighan DM. Countertransference management and effective psychotherapy: meta-analytic findings. Psychotherapy 2018;55(4):496–507.
[188] Jennissen S, Huber J, Ehrenthal JC, Schauenburg H, Dinger U. Association between insight and outcome of psychotherapy: Systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2018;175:961–9.
[189] Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman RH, Kernberg OF. The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. J Clin Psychol 2006;62:481–501.
[190] Despland J-N, de Roten Y, Despars J, Stigler M, Perry JC. Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic, investigation. Am J Psychother 2001;10:155–64.
[191] Greenberg LS. Emotions, the great captains of our lives: their role in the process of change in psychotherapy. Am Psychol 2012;67(8):697–707.
[192] Greenberg LS. Emotion–focused therapy. Clin Psychol Psychotherap Int J Theory Practic 2004;11:3–16.
[193] Pascual-Leone A. How clients "change emotion with emotion": a programme of research on emotional processing. Psychotherap Res 2018;28:165–82.
[194] Herrmann IR, Greenberg LS, Auszra L. Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. Psychotherap Res 2016;26:178–95.
[195] Pascual-Leone A. Dynamic emotional processing in experiential therapy: two steps forward, one step back. J Consult Clin Psychol 2009;77(1):113–26.
[196] Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment. Psychoanal Inquiry 2013;33:595–613.
[197] Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: their role in self-organization. Devel Psychopathol 1997;9:679–700.
[198] Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. BJP 2011;199:15–22.
[199] Leichsenring F, Abbass A, Luyten P, Hilsenroth M, Rabung S. The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. Psychody Psychiat 2013;41:361–84.
[200] Woll CFJ, Schönbrodt FD. A series of meta-analytic tests of the efficacy of long-term Psychoanal Psychother. Eur Psychol 2020;25(1):51–72.
[201] Jeffery EH. The mortality of psychoanalysts. J Am Psychoanal Assoc 2001;49:103–11.
[202] Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, et al. Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. Psychol Med 2008;38:689–703.
[203] Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the stockho. Int J Psychoanal 2000;81:921–42.
[204] Lindfors O, Knekt P, Lehtonen J, Virtala E, Maljanen T, Härkänen T. Effectiveness of psychoanalysis and long-term psychodynamic psychotherapy on personality and social functioning 10 years after start of treatment. Psychiatry Res 2019;272:774–83.
[205] de Roten Y, Ambresin G, Herrera F, Fassassi S, Fournier N, Preisig M, et al. Efficacy of an adjunctive brief psychodynamic psychotherapy to usual inpatient treatment of depression: results of a randomized controlled trial. J Affect Disord J 2017;209:105–13.
[206] Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. Am J Psychiatr 2008;165:631–8.
[207] DeWitt N, Milbrath C, Wallerstein S. Scales of psychological capacities: support for a measure of structural change. Psychoanal Contemp Thought 1999;22:453–80.
[208] Lingiardi V, Shedler J, Gazzillo F. Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP–200: a case study. J Pers Assess 2006;86:23–32.
[209] Cogan R, Porcerelli JH. Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. Psychol Psychother 2005;78:235–48.
[210] Beutel ME, Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Bahrke U, Negele A, Haselbacher A, et al. Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial [online]. Trials 2012;26(13):117, http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-13-117.
[211] Leuzinger-Bohleber M, Kaufhold J, Kallenbach L, Negele A, Ernst M, Keller W, et al. How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: symptomatic and structural changes in the

LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. Int J Psychoanal 2019;100:99–127.
[212] Abbass A, Katzman JW. The cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy. Psychiat Ann 2013;43:496–501.
[213] Guthrie E, Moorey J, Margison F, Barker H, Palmer S, McGrath G, et al. Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. Arch Gen Psychiat 1999;56:519–26.
[214] Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. Psychiat Serv 2002;53(5):585–90.
[215] Wampold BE. The great psychotherapy debate: models, methods and findings. Routledge; 2013.
[216] Ioannidis JP. Why most published research findings are false [online]. PLoS Med 2005;2:e124, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124.
[217] Ioannidis JP. Why most clinical research is not useful [online]. PLoS Medicine 2016;13:e1002049, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002049.
[218] Ioannidis JP. Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? Philos Ethics Humanit Med 2008;3:14.
[219] Collaboration OS. Estimating the reproducibility of psychological science [online]. Science 2015;349(6551):aac4716, http://dx.doi.org/10.1126/science.aac4716.
[220] Silberzahn R, Uhlmann EL, Martin DP, Anselmi P, Aust F, Awtrey E, et al. Many analysts, one data set: making transparent how variations in analytic choices affect results. Adv Meth Pract Psychol Sci 2018;1:337–56.
[221] Wampold BE. Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. Psychotherap Res 1997;7:21–43.
[222] Kaptchuk TJ. The double-blind, randomized, placebo-controlled trial: gold standard or golden calf? J Clin Epidemiol 2001;54:541–9.
[223] Ioannidis JP, Most psychotherapies do not really work. but those that might work should be assessed in biased studies. Epidemiol Psychiatrc Sci 2016;25:436–8.
[224] Dragioti E, Karathanos V, Gerdle B, Evangelou E. Does psychotherapy work? An umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. Acta Psychiatrica Scandinavica 2017;136:236–46.
[225] Shedler J, Mayman M, Manis M. The illusion of mental health. Am Psychol 1993;48(11):1117–31.
[226] Freud S. Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal. La vie sexuelle (1917). Paris: PUF; 1969.
[227] Rabeyron T. Du néolibéralisme au Tsunami Cognitivo-Comportemental en Grande Bretagne: est-il encore temps pour la France d'éviter la catastrophe britannique? Rech psychanal 2019;28(2):112–36.
[228] Gilboa-Schechtman E, Foa EB, Shafran N, Aderka IM, Powers MB, Rachamim L, et al. Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: A pilot randomized controlled trial. J Am Academ Child Adolesc Psychiatr 2010;49:1034–42.
[229] Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive–behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. BJP 2010;196:173–8.
[230] Bendat M. In name only? Mental health parity or illusory reform. Psychod Psychiat 2014;42:353–75.
[231] Luborsky L, Diguer L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED, Johnson S, et al. The researcher's own therapy allegiances: a "wild card" in comparisons of treatment efficacy. Clin Psychol Sci Pract 1999;6:95–106.
[232] Munder T, Bruetsch O, Leonhart R, Gerger H, Barth J. Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. ClinPsychol Rev 2013;33:501–11.
[233] Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. Bmj 2003;326:1167–70.
[234] Stiles WB, Honos-Webb L, Surko M. Responsiveness in psychotherapy. Clin Psychol Sci Practice 1998;5:439–58.
[235] Silberschatz G. Improving the yield of psychotherapy research. Psychotherap Res 2017;27:1–13.
[236] Roussillon R. Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie. Paris: Masson; 2014.
[237] Valentino P, de Roten Y, Brodard F, Quartier V. L'étude de cas: Dialogue entre recherche et pratique en psychologie clinique et en psychothérapie. Paris: Antipodes; 2016.
[238] Roussillon R. Manuel de pratique clinique. Paris: Dunod; 2012.
[239] Ciccone A. L'observation clinique. Paris: Dunod; 1998.
[240] Ciccone A. L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. Rev psychotherap psychanal 2014;63:65–78.
[241] Levy R, Ablon JS, Kaechele H. Psychodynamic psychotherapy research: practice based evidence and evidence based practice. New York: Humana Press/Springer; 2012.
[242] Castonguay LG, Castonguay LG, Beutler LE. Principles of therapeutic change that work. New-York: Oxford University Press; 2006.
[243] Lutz W, Lambert MJ, Harmon SC, Tschitsaz A, Schürch E, Stulz N. The probability of treatment success, failure and duration—what can be learned from empirical data to support decision making in clinical practice? Clin Psychol Psychotherap 2006;13:223–32.
[244] Fishman DB. Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: Proposal for a new, electronic"Journal of Pragmatic Case Studies." [online]. Prev Treat 2000;3:8a, http://dx.doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.38a.
[245] Fishman DB. The pragmatic case study method for creating rigorous and systematic, practitioner-friendly research. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy 2013;9:403–25.
[246] Stiles WB. Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. Counsel Psychotherap Res 2007;7:122–7.
[247] Kaës R. L'extension de la psychanalyse: Pour une métapsychologie de troisième type. Paris: Dunod; 2015.
[248] Estellon V, Marty F. Cliniques de l'extrême. Paris: Armand Colin; 2012.
[249] Stern D. Le monde interpersonnel du nourrisson (1989). Paris: Puf; 2006.
[250] Stern D. Change in psychotherapy: a unifying paradigm. New York: W. W. Norton & Company; 2010.
[251] Safran JD, Muran JC, Rothman M. The therapeutic alliance: cultivating and negotiating the therapeutic relationship. Clinical strategies for becoming a master psychotherapist. Issy-les moulineaux: Elsevier; 2006.
[252] Ablon J, Jones E. On analytic process. AmPsychoanal Assoc 2005;53:541–68.

[253] Levy RA, Ablon JS, Thomä H, Kächele H, Ackerman J, Erhardt I, et al. A session of psychoanalysis as analyzed by the Psychotherapy Process Q-set: Amalia X, session 152. In: Raymond A, Levy J, Stuart Ablon, Horst Kächele, editors. Psychodynamic psychotherapy research. Springer; 2012. p. 509–26.
[254] Thurin JM. Évaluation des effets des psychothérapies. Encyclop Medic Chirurg 2009;27–802–1–10:1–14.
[255] Thurin JM, Thurin M. Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques: comprendre et une psychothérapie marche. Ann Medico Psychol 2007;168:135–47.
[256] Thurin M, Thurin JM, Juskewycz N, Dafri F, Gautier JY, Journet F, et al. Données probantes à partir de la psychothérapie de Max, un patient borderline. L'information psychiatrique 2016;92:107–15.
[257] Thurin M, Lapeyronnie B, Thurin JM, Ablon JS. Traduction française du Psychotherapy Process Q-set (PQS). Questionnaire de configuration psychothérapique. Pour La Recherche 2009;61:1–12.
[258] Thurin JM, Thurin M, Cohen D, Falissard B. Approches psychothérapiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2014;62:102–18.
[259] Chouvier B. Matière à symbolisation: art création et psychanalyse. Paris: Delachaux et Niestlé; 1998.
[260] Roussillon R, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A. Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale. Paris: Masson; 2007.
[261] Brun A. Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. La Psychiatrie de l'enfant 2014;57:437–64.
[262] Roussillon R. Paradoxes et situations limites de la psychanalyse. Paris: PUF; 1991.
[263] Brun A, Roussillon R. Formes primaires de symbolisation. Paris: Dunod; 2014.
[264] Di Rocco V. Clinique des états psychotiques chez l'adulte. Paris: Armand Colin; 2014.
[265] Ravit M. Construire sa peine: temporalité et travail psychique en prison, dans un groupe « Photolangage ». Bull psychol 2012;493:63–70.
[266] Dumet N. Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique. Paris: Dunod; 2002.
[267] Furtos J. La précarité et ses effets sur la santé mentale. Le Carnet Psy 2011;7(156):29–34.
[268] Brun A, Chouvier B, Roussillon R. Manuel des médiations thérapeutiques. Paris: Dunod; 2013.
[269] Brun A, Brunet L, Cerclet D, Masson A, Ravit M, Tassin JP, et al. International health practices: a multidisciplinary approach to therapeutic mediations with an artistic medium based on the model of play [online]. Frontiers in Psychology 2020:11, http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00254.
[270] Lilliengren P. Comprehensive compilation of randomized controlled trials (RCTs) involving psychodynamic treatments and interventions [online]. Res Gate 2019. Available from: https://www.researchgate.net/publication/317335876_Comprehensive_compilation_of_randomized_controlled_trials_RCTs_involving_psychodynamic_treatments_and_interventions.
[271] Solms M. The scientific standing of psychoanalysis. Brit J Psychiat Int 2018;15:5–8.
[272] Westen D. The scientific legacy of Sigmund Freud: toward a psychodynamically informed psychological science. Psychol Bull 1998;124:333–71.
[273] Carhart-Harris RL, Friston KJ. The default-mode, ego-functions and free-energy: a neurobiological account of Freudian ideas. Brain 2010;133:1265–83.
[274] Rabeyron T. Processus transformationnels et champ analytique: un nouveau paradigme pour les modèles et les pratiques cliniques. L'Évolution Psychiatrique 2020;85:101–14.
[275] Gabriel M. Pourquoi je ne suis pas mon cerveau. Paris: JC Lattès; 2017.