

CONCLUSION

Déplacer les enjeux pratiques relatifs aux critères de l'évaluation du travail psychothérapeutique vers une appréciation des règles qui organisent la technique de l'écoute témoigne selon nous de l'intrication étroite entre théorie et pratique qui fonde la tradition de métier. Parce que la psychothérapie est un travail dont la visée porte précisément sur la perlaboration du clivage, les principes qui orientent son évaluation demandent aux cliniciens de soutenir les conditions de la délibération portant sur la pratique et les efforts de justification qui la sous-tendent. Les conditions d'exercice du métier relèvent en effet d'un rapport à la tradition du métier qui s'oppose, par principe, à la posture « athéorique ». Un moyen modeste mais nécessaire de résistance face à la domination de l'évaluation standardisée. ■■

NOTE

1. Ici le terme de travail est employé au sens de l'activité déployée par le sujet pour mener à bien une tâche et combler l'écart irréductible entre les prescriptions et le travail effectif. Cette activité suppose un engagement subjectif spécifique qui fait l'objet d'investigations cliniques menées dans le champ de la psychodynamique du travail. Pour une approche plus détaillée de ces propositions, voir le dossier « La clinique et la psychodynamique du travail » n° 193, 2015, et Gernet, I., « À la recherche du plaisir perdu. Dépression et travail », n° 271, 2024 précédemment publiés dans la revue.

2. « J'ai laissé presque tout le positif de ce que l'on doit faire à la discrétion du « tact » de chacun, dont vous proposez de débattre. Le résultat en fut que les analystes dociles ne perçurent pas l'élasticité des règles que j'avais posées et s'y soumirent comme si elles avaient été tabou », Freud cité par Roazen (1989, p. 2).

BIBLIOGRAPHIE

- Dejours, C., 2001. *Le Corps d'abord. Corps biologique, corps érotique et sens moral*, Paris, Payot.
- Dejours, C., 2003. *L'Évaluation à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, Paris, Quae.
- Dejours, C., 2006. « Évaluation et institution en psychanalyse », *Revue française de psychanalyse*, Vol. 70 (4).
- Dejours, C., 2008. « Psychosomatique et troisième topique », *Le Carnet Psy*, n° 126 (4).
- Demaegdt, C., 2015. « Le plaisir au travail et la sublimation à la lumière de la psychodynamique du travail », *Le Carnet Psy*, n° 193 (8), 22-26.
- Freud, S., 1933. « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse », *Œuvres Complètes de Freud, XIX*, Paris, PUF, 1995.
- Roazen, P., 1989. *Comment Freud analysait*, Paris, Navarrin.

ÉVALUER LA PSYCHANALYSE : POUR QUOI FAIRE ? EFFICACITÉ, EFFICIENCE ET OPÉRATIVITÉ



GUÉNAËL VISENTINI

Maître de conférences en psychologie à l'Université de Strasbourg,
psychologue clinicien au CAMUS (Strasbourg) et psychanalyste

Cela reste peu diffusé auprès des cliniciens français, mais la psychanalyse – depuis son invention – s'attache à évaluer ses pratiques. De 1917 jusqu'aujourd'hui, des générations d'analystes-chercheurs ont en effet essayé de comprendre les causes des améliorations psychiques de leurs patients. Ces travaux se sont

d'abord arrimés – suivant le geste freudien – à la méthode du récit de cas.

Très vite, ensuite, les psychanalystes anglo-saxons ont intégré les standards scientifiques de l'après-guerre et produit des séries d'études structurées de cas. Pour finir, à partir des années 1990, des essais contrôlés randomisés (ECR) – étalon-or

de la recherche contemporaine – ont été mis en œuvre. Nous rappellerons ici les principaux résultats de ces études, leurs limites, puis nous mettrons l'accent sur ce qu'elles ont permis de localiser comme programme de recherche fécond pour la suite, soit la ressaie au cas par cas des ressorts de l'opérativité thérapeutique – seul efficace qui vaille.

BILAN D'UN SIÈCLE DE TRAVAUX SUR L'EFFICACITÉ DE LA PSYCHANALYSE

Les acquis

Si l'on en fait la synthèse, les centaines d'études consacrées à l'évaluation de la psychanalyse ont conduit les chercheurs aux trois grandes conclusions suivantes :

1. les psychothérapies psychanalytiques sont efficaces, et aussi efficaces que les autres formes de psychothérapies testées (TCC, thérapies systémiques, thérapies interpersonnelles, etc.) quant aux troubles répertoriés par le DSM (Visentini, 2021b);

2. les ECR ne permettent pas de comprendre les mécanismes sous-jacents du changement chez les patients (Kazdin, 2007);

3. il s'agira donc moins, à l'avenir, d'étudier l'efficacité statistique d'une thérapie pour un patient moyen (modèle médical), que son efficacité réelle, c'est-à-dire les ingrédients précis de son efficacité circonscrite pour tel type de patient (modèle psychothérapique) (Fishman, 2000); à ce titre, les recherches contemporaines « en contexte » renouent avec les travaux pionniers des psychanalystes du siècle dernier (Wallerstein, 2001).

Depuis lors, les études s'étant attachées à comprendre les ingrédients contextuels de l'efficacité n'ont pas réussi à en dégager qui soient propres à tel ou tel type de thérapie (Wampold, 2001/2015). Ceux-ci ont pour cela été qualifiés de facteurs « non spécifiques » de l'efficacité.

Aux États-Unis, quinze ans après le grand ECR multisite du National Institute of Mental Health sur la dépression (Elkin, Shea, Watkins & al., 1989), une étude a ainsi montré que les différences d'efficacité les plus significatives ne tenaient pas tant aux types de thérapies testées qu'aux sites de test eux-mêmes – les sites où les thérapeutes avaient le plus d'expérience obtenant les meilleurs effets thérapeutiques quels que soient les types de thérapie en jeu (Kim, Wampold & Bolt, 2006). Ces résultats convergent avec ceux de recherches similaires démontrant que, pour un même type de thérapie, les qualités personnelles du thérapeute peuvent multiplier par dix les résultats obtenus auprès des patients

(Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003). Parmi ces qualités imputables aux thérapeutes s'avérant « efficaces », l'écoute, la souplesse psychique, la capacité de jeu, le tact ou les compétences relationnelles étaient déjà connues (Garfield, 1992; Borkevec & Miranda, 1996), de même que l'importance de la croyance à son propre référentiel théorique (Luborsky, Diguier, Seligman & al., 1999). D'autres facteurs « non spécifiques » ont néanmoins pu être repérés: le choix du thérapeute par le patient, déterminant son adhérence au traitement (Leichsenring, 2005); le simple fait d'être pris en charge (Franck, 1993); les ressources psychiques du patient (Duncan, Miller & Sparks, 2004); la dynamique actuelle des souffrances et symptômes (Luborsky, Diguier, Luborsky & al., 1993), les facteurs de vie (Vaillant & Vaillant, 1990; Seligman, 1995).

Questions en suspens

Toutes ces recherches n'ont cependant pas permis d'éclairer les psychologues cliniciens et psychanalystes sur la manière de faire mieux avec chaque patient, autrement dit d'affiner les « buts de traitements » en vue de satisfaire les « buts de vie » des personnes en souffrance (Widlöcher, 2009). Au-delà des facteurs spécifiques (grands principes de chaque thérapie) et des facteurs non spécifiques (ingrédients contextuels, communs à toutes les thérapies), la clinique – analytique ou pas – se joue en effet au cas par cas. Savoir que nos qualités en tant que thérapeute sont en cause dans les effets que nous pouvons co-produire avec le patient (ou que les ressources de celui-ci sont des leviers) est certes intéressant du point de vue de la compréhension du processus

thérapeutique – et l'on peut, de manière générale, cultiver notre souplesse psychique, notre tact et affiner notre écoute – mais comment penser au plus près les ingrédients de l'efficacité pour tel patient?

On touche ici à la question des ingrédients uniques d'une cure, valant pour ce patient et non pour tel autre. Sur ce point, la recette, à chaque fois, doit être réinventée. Cela ouvre un champ de recherche spécifiquement psychanalytique, puisque les autres formes de psychothérapie sont en quête de leviers d'action avant tout génériques.

L'À-VENIR DE LA RECHERCHE EN PSYCHANALYSE

Privilégier l'évaluation clinique des ingrédients uniques de l'efficacité implique – en situation de soin – de se recentrer sur la singularité des cas de patients (Visentini, 2021a; 2024) et – pour la recherche – de mettre l'unicité du cas au centre de tout modèle d'évaluation de la psychanalyse (Visentini, Blanc & Laufer, 2020), car ce qui s'avère opérant pour un cas n'est jamais identique à ce qui opère pour un autre.

Vers une évaluation multi-strates

Sans prôner l'exclusive, il convient donc de faire place à trois formes d'évaluation de la psychanalyse :

- la première – d'esprit médico-psychologique – concerne l'efficacité moyenne (statistique) pour un trouble diagnostiqué au moyen des classifications standard (CIM, DSM); à ce titre, on dispose de plus de 300 ECR incluant la psychanalyse (Lilliengren, 2017); ils ont prouvé une efficacité supérieure de la psychanalyse par ●●●

Toutes ces recherches n'ont cependant pas permis d'éclairer les psychologues cliniciens et psychanalystes sur la manière de faire mieux avec chaque patient, autrement dit d'affiner les “buts de traitements” en vue de satisfaire les “buts de vie” des personnes en souffrance.

Privilégier l'évaluation clinique des ingrédients uniques de l'efficacité implique – en situation de soin – de se recentrer sur la singularité des cas de patients et – pour la recherche – de mettre l'unicité du cas au centre de tout modèle d'évaluation de la psychanalyse.

rapport à l'effet placebo et une efficacité globalement égale par comparaison avec les autres formes de thérapies;

- la seconde – concernant toutes les formes de psychothérapie – vise à évaluer l'efficacité réelle (et non seulement potentielle); ces études d'« efficience » (Chambless & Hollon, 1998), les plus nombreuses aujourd'hui, en France comme à l'international, ont attesté que la psychanalyse aide les patients à rendre plus vivables de nombreux aspects de leur vie psychique (relation d'objet, conflits internes, capacité de jeu, etc.) (Thurin & Thurin, 2007; Falissard, 2008; Brun, Roussillon & Attigui, 2016);
- la troisième et dernière forme d'évaluation ne vaut que pour la psychanalyse et concerne ce qui opère de façon singulière en psychothérapie analytique, soit ces représentations issues de la psyché du patient qui, plus que d'autres, condensent de l'investissement psychique (tels des points de gravité subjectifs) et qui permettent – si elles sont précisément ressaisies et mises au travail – d'accélérer l'ensemble des processus mutatifs. Nous avons proposé d'appeler ce type de représentations psychiques des « unicités thérapeutiquement opérantes » (Visentini, 2024): les récits psychanalytiques traditionnels prouvent au cas par cas l'existence de telles représentations subjectives faisant cliniquement la différence, comme le complexe associatif lié au signifiant « Ratten » extrait par Freud lors de la cure d'Ernest Lanzer (Freud, 1909/1998, p. 187), pour cela usuellement désigné comme « l'homme aux rats ».

Questions de méthode

Il nous semble important, ici, de souligner ce que ces différentes formes d'évaluation de la psychanalyse impliquent au plan méthodologique. Une méthode, par définition, doit pouvoir être reproduite et sert elle-même à reproduire une catégorie de phénomènes de façon qu'un collectif de chercheurs puisse se constituer autour d'eux. Quels sont donc – en ce sens – les enjeux épistémologiques des différentes méthodes d'évaluation de la psychanalyse? Pour évaluer l'efficacité moyenne, il importe de pouvoir reproduire méthodiquement les types de psychothérapie elles-mêmes. Ces dernières doivent ainsi être supposées identiques d'un thérapeute à l'autre comme le seraient des pilules médicamenteuses (clause du « toutes choses étant égales par ailleurs » fondant la méthode expérimentale), ce qui explique pourquoi – dans les ECR – elles sont « manualisées » (protocolisées).

Pour évaluer l'efficacité réelle, il importe de ne pas artificialiser les thérapies. On laisse donc au thérapeute, au patient et à leur rencontre leur singularité spontanée. Dès lors, faute de pouvoir reproduire les actes psychothérapeutiques eux-mêmes, il s'agit de reproduire méthodiquement les opérations d'évaluation. Celles-ci – réitérées en cours de thérapie – sont standardisées au moyen d'échelles et grilles d'évaluation. Ce respect partiel de la clause « toutes choses étant égales par ailleurs » permet des comparaisons intra-cas (quelle variation d'intensité du refoulement en début et en fin de thérapie?) et inter-cas (quelle variation moyenne de l'intensité du

refoulement pour une série de cas à l'issue d'une psychothérapie psychanalytique?). Enfin, pour évaluer l'opérativité singulière de la psychanalyse, il s'agit a minima de reproduire méthodiquement un « dispositif analysant » (Roussillon, 2005) – niveau le plus élémentaire du « toutes choses étant égales par ailleurs ». Il existe différents types de dispositifs (divan/fauteuil; face à face; psychodrames individuels et de groupe, etc.), chacun ayant son cadrage propre de la rencontre; mais tous ont le mérite de donner accès à un riche matériel psychique. À partir de là, les thérapies n'étant pas protocolisées – et les évaluations non plus – il s'agit en quelque sorte de déplacer la question de la reproduction en étant attentif à la manière dont elle opère du côté de l'objet de recherche lui-même (c'est-à-dire chez le patient). Tout dispositif analysant – par l'ouverture qu'il met en place – permet en effet que se reproduise en cours de séance – et de séances en séances – ce qui, chez le patient, fait problème (souffrances, symptômes). Et dans le mouvement même où il permet à la problématique subjective de se réactiver, tout dispositif analysant offre les conditions de son repérage, notamment à partir de ce qui insiste au niveau du discours, sous transfert. En définitive, c'est à partir des répétitions (reproductions psychiques côté patient) permises par la reproduction du dispositif que le clinicien référé à la psychanalyse peut ressaisir les « unicités thérapeutiquement opérantes » et les retraduire à destination du patient à des fins d'élaboration psychique – et donc, *in fine*, de mutation subjective.

L'« unique en son genre » et son évaluation en séance

Par définition, les « unicités thérapeutiquement opérantes » sont à nulles autres pareilles, tant chez un même patient (elles sont multiples et hétérogènes) qu'entre différents patients. On peut donc se demander comment, en pratique, les apprécier.

Allons à la chose même: c'est dans les *Études sur l'hystérie* que Freud livre ses premières élaborations sur les ingrédients uniques de l'opérativité clinique. Il rappelle par exemple qu'avec Elisabeth von R. il est amené à « se servir [d'une] douleur réveillée comme d'une boussole » (Freud, 1895/2009, p. 169), soit un signe à usage unique lui permettant de

creuser le filon conduisant à sa problématique subjective: le surinvestissement inconscient (et inconsciemment interdit) de son père. Dans « Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans », c'est la fantaisie de la « *Badewanne* » (baignoire) qui mène tout droit au complexe associatif alimentant la phobie du petit Hans (Freud, 1908/1998, p. 57-58, 87-88, 93, 112, 115).

Si l'« unique en son genre » n'est pas susceptible de déterminations chiffrées (comme dans les autres modalités d'évaluation), il n'en relève pas moins – on le voit – d'une forme de précision et donc d'exactitude: à savoir, celle qui en passe par la parole. Ce qui est dit est dit, subjectivement tout autant qu'objectivement; n'est-ce d'ailleurs pas en ce sens que Freud (1924/1992, p. 128) postulait que les « choses psychiques admettent un traitement scientifique exact » ?

En thérapie, il s'agit ainsi d'évaluer la significativité des mots qui nous sont adressés pour – le cas échéant – les remettre en jeu d'une façon opérante. Par la parole, on touche au cœur de la vie subjective, laquelle associe des représentations de mots et de choses à des affects, c'est-à-dire – au-delà – à des pulsions, donc au corps même. On peut ainsi se donner les moyens – à la condition de s'y repérer finement – d'initier de véritable processus de changements chez les patients. À cette fin, comme le rappelle Freud, pas d'autre moyen que de « se mettre à l'école [du] malade » (Freud, 1910/1993, p. 266) au sens où seul ce dernier peut finalement dire quelque chose de ce qui sera susceptible d'opérer pour lui – et pour lui seul.

Ajoutons que l'accumulation des insights – fruits d'une co-élaboration entre le patient et l'analyste – finit toujours par déplacer des quanta d'investissement dans la vie psychique du sujet; ce sont ces « quantités » qui, à certains tournants de la thérapie analytique, franchissent des « valeur-seuil » (Freud, 1895/1989, p. 78) au-delà desquelles l'ensemble du rapport à soi, aux autres et au monde prend soudain des tournures différentes pour le patient. Si l'évaluation des « unicités thérapeutiquement opérantes » n'en passe donc pas par les nombres, elle ne doit pas être pensée comme coupée de toute dimension quantitative – ce pour quoi Freud a fini par accorder à la dimension

« économique » une place prépondérante (Freud, 1915-1917/2000, p. 14) ayant historiquement permis une jonction avec l'évaluation quali-quantitative (cf. *supra*).

Opérativités contemporaines : un exemple tiré de notre pratique

Arrivée des urgences psychiatriques parce qu'elle ne mangeait plus et ne dormait plus suite à la découverte d'un cadavre dans la chambre d'hôtel où elle faisait le ménage, une jeune patiente – bénéficiant d'un dispositif analysant en face-à-face – peut rapidement cesser d'émarger aux critères conduisant au diagnostic DSM de « trouble de stress post-traumatique ». Derrière le trauma actuel – rapidement élaboré – se fait jour un événement plus décisif de son adolescence où, sur le chemin du lycée, elle est un jour violemment agressée physiquement. Dans un deuxième temps de la cure, une demande plus précise de la patiente est d'en finir avec sa phobie des insectes qui s'aggrave d'année en année. Le tournant de cette thérapie psychanalytique a lieu lorsque le lien est fait – par l'analyste puis par la patiente – entre sa phobie des insectes et son agression à l'adolescence: à la question de savoir quel insecte lui vient en premier en termes d'intensité d'angoisse, elle répond « la sauterelle ». Or la patiente a préalablement décrit la scène de l'agression ainsi: « je marchais tranquillement pour aller au lycée lorsque soudain, sorti de nulle part, un type m'a sauté dessus ».

Derrière le mot « sauterelle » – j'en fais l'hypothèse – s'entend pour cette patiente le syntagme « saute sur elle », et donc bien plus qu'un insecte: un type d'événement imprévisible pouvant soudain toucher à son corps sans préparation ni consentement préalable. Tel est l'objet véritable de sa phobie, au-delà du plan manifeste. Mis

en série, on trouve certes les punaises et autres insectes ailés (pas les araignées, par exemple, parce qu'elles « on peut les avoir à l'œil »), mais tout autant une éponge soudain jetée sur elle par son compagnon (pour jouer) ou le fait que, par inadvertance, il tire sur ses cheveux au lit: toutes ces fois, panique, crise de tétanie, pleurs – soit la reproduction d'une même symptomatologie qui, au cœur de l'analyse, prend valeur de répétition discursive dans le transfert, pour peu que l'analyste y soit attentif.

Une approche de type TCC n'aurait accordé au signifiant « sauterelle » que le statut de sous-classe d'« insecte » et aurait en conséquence tenté de traiter une phobie des insectes ou, plus focalement, une phobie des sauterelles – laissant dans l'ombre l'ensemble des manifestations d'angoisse phobique non liées aux insectes mais, plus profondément, aux événements imprévisibles pouvant toucher au corps et lui faire mal. Le modèle psychanalytique d'une pensée « par cas » – en ce qu'il permet d'évaluer ce qui opère pour chaque sujet un à un – rend au contraire possible d'être attentif à la valeur singulière d'un signifiant pour le sujet, par recoupement de ses dires (Visentini, 2024). Dès lors, la référence à la sauterelle comme insecte – avec cette patiente-là – peut assez rapidement être écartée au profit de l'objet psychique « saute sur elle », cœur du trauma adolescent, lui-même relié à d'autres expériences effractantes – mais ce n'est pas le propos ici. À l'issue de ce co-repérage, la phobie des insectes disparaît par étapes: la patiente peut d'abord ne pas paniquer en présence d'une punaise, puis elle réussit à en chasser une autre hors de son appartement; enfin, elle s'étonne de pouvoir en écraser une troisième qu'elle ramasse et jette à la poubelle. Parallèlement, l'effraction vécue à l'adolescence est réélaborée, ce dont attestent ●●●

En thérapie, il s'agit ainsi d'évaluer la significativité des mots qui nous sont adressés pour – le cas échéant – les remettre en jeu d'une façon opérante.

la production onirique et le déplacement de son intérêt vers d'autres zones plus archaïques encore de sa vie psychique.

CONCLUSION

À l'issue de ces quelques réflexions sur l'évaluation de la psychanalyse, le lecteur aura sans doute noté un jeu sémantique dans notre usage du terme, au sens où nous sommes passés de l'évaluation scientifique extérieurement produite par des

tiers – cf. ECR, études structurées de cas mis en série – à l'évaluation scientifique intérieurement produite par l'analyste au moyen d'une tiercéité méthodologique propre à son style de raisonnement « par cas » – cf. ce que l'on peut appeler la « démonstration par cas » (Visentini, 2024). C'est que l'« évaluation de la psychanalyse » enveloppe un double sens, en lien aux génitifs objectif et subjectif de l'expression. En conséquence, n'est-il pas crucial que les cliniciens comme les cher-

cheurs investissent tout le spectre évaluatif de la psychanalyse, du niveau logique où elle est le sujet de ses propres évaluations (le plus essentiel) jusqu'aux niveaux plus éloignés où elle devient un objet évalué par d'autres? Sans cette articulation épistémique, on couperait le processus évaluatif (scientifiquement requis) de ce qui fait le cœur éthique des pratiques: l'appréciation au cas par cas de ce qui opère en séance pour tel sujet et non tel autre. ■■

BIBLIOGRAPHIE

- Borkovec, T., et Miranda, J., 1996. « Between-group psychotherapy outcome research and basic science », *Psychotherapy and Rehabilitation Research Bulletin*, 5.
- Brun, A., Roussillon, R. et Attigui, P., 2016. *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels*, Paris, Dunod.
- Chambless, D. & Hollon, S., 1998. « Defining empirically supported therapies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66.
- Duncan, B., Miller, S., et Sparks, J., 2004. *The heroic client: A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J., Imber, S. & al., 1989. « National Institute of mental health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments », *Archives of General Psychiatry*, 46.
- Freud, S., 1908. « Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans », in *Œuvres complètes*, Paris, Puf, 1998.
- Freud, S., 1910. « Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (dementia paranoïde) décrit sous forme autobiographique », in *Œuvres complètes*, Paris, Puf, 1993.
- Freud, S., 1895. « Études sur l'hystérie », in *Œuvres complètes*, Paris, Puf, 2009.
- Freud, S., 1915-1917. « Leçons d'introduction à la psychanalyse », in *Œuvres complètes*, Paris, Puf, 2000.
- Freud, S., 1924. « Les résistances contre la psychanalyse », in *Œuvres complètes*, Paris, Puf, 1992.
- Freud, S., 1909. « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », in *Œuvres complètes*, Paris, Puf, 1998.
- Freud, S., 1895. « Sur la critique de la "névrose d'angoisse" », in *Œuvres complètes*, Paris, Puf, 1989.
- Falissard, B., 2008. *Mesurer la subjectivité en santé: perspective méthodologique et statistique*, Paris, Masson.
- Fishman, D., 2000. « Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: proposal for a new, electronic "Journal of Pragmatic Case Studies" », *Prevention and Treatment*, 3/8.
- Garfield, S., 1992. « Major issues in psychotherapy research », in Freedheim, D., (dir.) *History of Psychotherapy, A Century of Change*, Washington, American Psychological Association.
- Kazdin, A., 2007. « Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research », *Annual Review of Clinical Psychology*, 3/1.
- Kim, D.-M., Wampold, B., et Bolt, D., 2006. « Therapist effects in psychotherapy: a random effects modelling of the National institute of mental health treatment of depression collaborative research program data », *Psychotherapy Research*, 16.
- Leichsenring, F., 2005. « Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data », *International Journal of Psychoanalysis*, 86.
- Lilliengren, P., 2020. « Comprehensive compilation of randomized controlled trials (RCTs) involving psychodynamic treatments and interventions », *Research Gate*.
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D. & al., 1999. « The researcher's own therapeutic allegiances: a "wild card" in comparisons of treatment efficacy », *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6.
- Luborsky, L., Diguer, L., Luborsky, E. et al., 1993. « Psychological health-sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61.
- Okiishi, J., Lambert, M., Nielsen, S. & Ogles, B., 2003. « Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapists effects », *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10.
- Roussillon, R., 2005. « La "conversation" psychanalytique: un divan en latence », *Revue française de psychanalyse*, 69/2.
- Seligman, M., 1995. « The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study », *American Psychologist*, 50/12.
- Thurin, J.-M & Thurin, M., 2007. *Évaluer les Psychothérapies: méthodes et pratiques*, Paris, Dunod.
- Vaillant, G. & Vaillant, C., 1981. « Natural history of male psychological health, X: work as a predictor of positive mental health », *American Journal of Psychiatry*, 138.
- Visentini, G., 2021a. « Descendre en singularité pour agir. Le cas-limite de la psychanalyse dans le champ clinique », *Rue Descartes*, 100.
- Visentini, G., 2024. *Penser et écrire par cas en psychanalyse. L'invention freudienne d'un style de raisonnement*, Paris, Puf.
- Visentini, G., 2021b. *L'Efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverses*, Paris, Puf.
- Visentini, G., Blanc, A. & Laufer, L., 2019. « Psychoanalysis and evaluation: a stratified model focused on the uniqueness of the case », *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 42/1-2.
- Wallerstein, R., 2001. « The generations of psychotherapy research. An overview », *Psychoanalytic Psychology*, 18/2.
- Wampold, B. & Imel, Z., 2015. *The Great Psychotherapy Debate: the Evidence for what Makes Psychotherapy Work*, New York (NY), Routledge/Taylor & Francis Group.
- Widlöcher, D., 2009. « Les deux voies », *Annuel de l'APF*, 1.