

## LA PSYCHANALYSE EST-ELLE UTILE ? CONSIDÉRATIONS SUR UNE MÉTA-ANALYSE

Roger Perron

Presses Universitaires de France | « [Revue française de psychanalyse](#) »

2009/2 Vol. 73 | pages 534 à 543

ISSN 0035-2942

ISBN 9782130573043

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2009-2-page-534.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

**« Bambi survives Godzilla ? »**  
**Évaluation des Psychothérapies psychodynamiques**  
**(également appelées psychanalytiques)**  
**au long cours**

*La psychanalyse est-elle utile ?*  
*Considérations sur une méta-analyse*

Roger PERRON

Parfois, au terme d'une longue et difficile journée, le psychanalyste blanchi sous le harnois s'interroge : a-t-il, aujourd'hui, contribué, même modestement, au mieux-être de ses patients ? A-t-il honoré sa part du contrat, ce à quoi il s'était engagé lorsqu'il avait invité au traitement par un « Je pense que vous en tirerez bénéfice » (ou toute autre formule du même genre) ? Il pense à cette dame d'un certain âge farouchement cramponnée à une histoire d'enfance malheureuse et qui le met au défi d'y changer quoi que ce soit, puisque c'est arrivé ; à cet homme venu le voir épouvanté de sa propre violence mais qui ne cesse de le provoquer comme il provoquait son père ; à cet autre si persuadé de son insignifiance et de son irrémédiable impossibilité d'approcher une femme... Il se rassure au souvenir d'un autre cas, celui d'une personne dont le destin a réellement été changé par l'analyse ; il se dit qu'un succès de ce genre justifie trois échecs... Cependant, il se demande si ce qu'il fait est réellement utile.

Il aimerait échapper à sa subjectivité en ce domaine : il est si facile de se rassurer en gommant les échecs et en mettant l'accent sur les succès... De temps à autre, il tombe sur un article relatant un travail qui s'est proposé de vérifier *scientifiquement* ce qu'il en est. Scientifiquement, qu'est-ce à dire ? La technicité de ces travaux qui se proposent de vérifier l'efficacité de la cure analytique – ou, plus largement, des psychothérapies psychanalytiques – lui paraît assez rebutante, et passablement hermétique. Il se demande surtout si la méthode ne tue pas l'objet : à voir la façon dont le problème est alors posé et traité, il se demande s'il s'agit encore de psychanalyse.

*Rev. franç. Psychanal., 2/2009*

D'ailleurs, d'une étude à l'autre, les résultats sont discordants : qu'en conclure ? Notre homme a eu un moment d'espoir lorsque, au terme d'un travail important, un groupe d'experts réuni sous l'égide de l'INSERM a publié, en 2004, une étude rassemblant et synthétisant près de 1 000 travaux qui visaient à vérifier l'efficacité des psychothérapies. Ces psychothérapies avaient été classées sous trois grandes rubriques selon qu'elles relevaient d'une approche « cognitivo-comportementale », d'une approche « familiale et de couple », ou d'une approche « psychodynamique (psychanalytique) ». Les résultats semblaient tout à fait nets : les techniques « cognitivo-comportementales » seraient de loin les plus efficaces ; les thérapies « familiales et de couple » feraient un peu moins bien ; quant aux approches dites « psychodynamiques (psychanalytiques) », elles seraient d'une efficacité douteuse ou nulle.

Le psychanalyste, lisant cela, s'interroge (cf. Perron, 2006). Que valent ces conclusions ? Les auteurs de ce rapport insistent beaucoup sur le fait qu'ils ont utilisé une démarche « scientifique ». Pourtant, si on ne se laisse pas impressionner et si on examine la méthodologie de ces travaux, on y perçoit des failles et des biais qui laissent sceptique. Cela pour au moins deux raisons. D'une part, parce que toute la méthodologie utilisée dans ces études et dans la « méta-analyse » qui les regroupe relève de l'univers des thérapies cognitives et comportementales bien plus que de celui de la psychanalyse : c'est jouer avec des cartes biaisées. D'autre part, de quelles pratiques psychothérapeutiques s'agit-il ? Que recouvre la catégorie « approche psychodynamique », et qu'introduit subrepticement la parenthèse « psychanalytique » ? La lecture du Rapport montre que, dans la grande majorité des travaux en cause, il s'agit de psychothérapies brèves, voire ultrabrèves (5 à 25 séances en tout...), conduites selon des procédures parfois fort éloignées de la cure psychanalytique proprement dite (pour, par exemple, « soigner » en ces quelques séances un fâcheux complexe d'Œdipe...). En fait, ont été classées ainsi des activités psychothérapeutiques conduites par des gens qui se disent psychanalystes. S'agissait-il en fait de psychanalystes, et en quel sens ? Quelles étaient leur formation, leur expérience, leur pratique ? Cela n'a pas été et ne pouvait être contrôlé par les auteurs de ce rapport INSERM.

Le psychanalyste lisant cela a donc le sentiment d'avoir été attiré dans un traquenard. Il n'en persiste pas moins dans sa question : ce qu'il fait est-il utile, et y a-t-il d'autres réponses que ses propres réponses, avec toute leur contingence et leur subjectivité ?

C'est alors qu'il reprend espoir en lisant un article récemment paru dans le *Journal of the American Medical Association* (vol. 300, n° 13, octobre 2008, 1551-1565), sous la signature de F. Leichsenring et S. Rabung, sous le titre « Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy ». Ces deux auteurs (qui travaillent à Giessen et Hambourg) ont examiné la littérature sur près d'un

demi-siècle pour y repérer des études de vérification d'efficacité des « psychothérapies psychodynamiques à long terme ».

Le propos est explicitement de vérifier si ces psychothérapies de longue durée sont aussi, plus ou moins efficaces que d'autres techniques thérapeutiques, en général plus brèves. La psychothérapie psychodynamique à long terme (désignée ici « PPLT ») est définie par les auteurs comme « une thérapie qui implique d'être soigneusement attentif à l'interaction thérapeute-patient, avec une interprétation réfléchie et opportune du transfert et de la résistance, dans le cadre d'une appréciation très réfléchie de la contribution du thérapeute à la situation duelle » (« a therapy that involves careful attention to the therapist-patient interaction, with thoughtfully timed interpretation of transference and resistance embedded in a sophisticated appreciation of the therapist's contribution to the two-person field »).

Les travaux visant à vérifier l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques à long terme publiés entre 1960 et mai 2008 ont été systématiquement recherchés dans la littérature, sur la base des critères suivants :

- 1 / psychothérapie psychodynamique à long terme selon la définition ci-dessus ;
- 2 / durée de la thérapie : au moins 1 an ou 50 séances ;
- 3 / évaluation de l'état du patient avant-après, ou étude catamnétique (*follow up*) ;
- 4 / mesures fiables des effets de la thérapie ;
- 5 / description claire de l'échantillon étudié ;
- 6 / patients adultes, plus de 18 ans ;
- 7 / données suffisantes pour évaluer la « taille d'effet » (l'importance du changement) ;
- 8 / institution d'un groupe contrôle pour comparaison au groupe traité en PPLT, ou évaluation des résultats sur un plan clinique.

On admet que d'autres traitements (par exemples pharmaceutiques) aient été donnés au patient en même temps que la psychothérapie, mais en ce cas ces patients sont constitués en échantillon particulier.

23 publications ont été retenues sur ces critères, 11 avec un groupe contrôle et 12 de type clinique, portant en tout sur 1 053 patients, distingués en :

- troubles de la personnalité ;
- troubles mentaux chroniques (durant plus d'un an) ;
- troubles mentaux multiples (au moins 2) ;
- troubles dépressifs et anxieux.

L'efficacité de la thérapie a été évaluée par tout un ensemble de techniques, généralement du type questionnaires ou échelles, et qui varient d'un auteur à

l'autre. Ces évaluations portaient sur les aspects suivants : troubles motivant le traitement (*target problems*), symptômes psychiatriques généraux, fonctionnement de la personnalité, fonctionnement social ; une évaluation globale rassemble ces différents aspects.

Les changements éventuellement produits par le traitement ont été évalués par des « échelles de mesure » appliquées avant et après traitement ; en outre, dans certaines de ces études (catamnétiques), après un certain délai (entre 8 mois et 3 ans dans les deux tiers des cas). Dans 11 des 23 travaux recensés, on a pu comparer à cet égard le groupe princeps, traité en psychothérapie psychodynamique de longue durée, et un groupe contrôle, constitué de patients comparables traités par d'autres méthodes<sup>1</sup>.

Deux types de différences ont été calculées (cf. annexe 1) : avant/après, évaluant l'efficacité du traitement (*within group effect size*) (cf. annexe 2), et entre groupe PPLT et groupe dit « contrôle », traité par d'autres méthodes (*between group effect size*) (cf. annexe 3).

Les résultats, donnés de façon très détaillée, sont concluants : *les psychothérapies psychodynamiques à long terme sont plus efficaces*, pour les divers types de troubles traités, que celles, généralement plus brèves, auxquelles elles ont été comparées dans les 23 études recensées ; cela se vérifie globalement, mais aussi sur les différents aspects considérés, en particulier en ce qui concerne le trouble central (*target problem*) et le fonctionnement de la personnalité.

Le psychanalyste qui lit cette publication se sent assez réconforté, d'autant que les auteurs s'entourent de beaucoup de précautions pour s'assurer de la validité de leurs conclusions.

Cependant, comme il est de nature inquiète, son bonheur n'est pas total.

Il avait récusé la méthodologie utilisée dans le rapport INSERM, comme biaisée d'emblée ; acceptera-t-il celle-ci si elle n'est pas très différente, au motif que la conclusion lui en est plus agréable ? Le travail de ces deux auteurs est incontestablement sérieux, mais ce sérieux même engage encore plus avant dans une vision quantitative des choses, et plus précisément d'une technicité statistique (cf. annexe 4), dont notre psychanalyste persiste à se demander si elle est bien adéquate au problème (ce que je fais, en tant qu'analyste, est-il utile ?). Les diagnostics de prise en charge et les évaluations du progrès thérapeutique sont effectués par le moyen d'échelles de notation livrant des estimations quantitatives, ce qui ouvre la voie à toutes les illusions de la mesure.

1. On relève les techniques suivantes : *cognitive behavior therapy, cognitive-analytic therapy, dialectical-behavioral therapy, family therapy, supportive therapy, short term psychodynamic therapy...* et « *psychiatric treatment as usual* », avec ou sans médication. Ces termes ne sont pas explicités.

De plus, on peut s'interroger sur l'homogénéité des groupes ainsi constitués, et sur leur comparabilité. Les 23 études prises en compte ont toutes renoncé, semble-t-il, à la fâcheuse pratique qui consiste pour d'autres auteurs à constituer un groupe contrôle en tirant au sort, parmi les patients potentiels, ceux qu'on traitera, les autres, laissés en liste d'attente, étant supposés ne plus changer en rien!... Tous les patients sont traités, mais par des techniques thérapeutiques différentes. On peut supposer que le choix du traitement se fait, en partie au moins, sur la base d'une indication de pertinence de la technique choisie. Dans ces conditions, que reste-t-il de la comparabilité des groupes ? (sur ces deux points : illusions de la mesure et comparabilité des groupes, cf. Perron, 2009).

Mais, surtout, s'agit-il de psychanalyse en tout cela ? À la différence du rapport INSERM, qui introduisait le terme en fraude (et entre parenthèses), les auteurs de cette étude ne l'utilisent jamais : il s'agit de « psychothérapies psychodynamiques à long terme », c'est-à-dire de techniques psychothérapeutiques qui impliquent d' « être soigneusement attentif à l'interaction thérapeute-patient, avec une interprétation réfléchie et opportune du transfert et de la résistance, dans le cadre d'une appréciation très réfléchie de la contribution du thérapeute à la situation duelle ». Sans doute le psychanalyste peut-il se reconnaître dans une telle définition ; mais elle ne serait sans doute pas récusée par bien d'autres cliniciens qui ne se disent pas psychanalystes, et qui cherchent aussi ailleurs leurs références théoriques et les règles de leur pratique. Peut-être faut-il de plus compter avec tous ceux qui se disent psychanalystes mais, sans formation sérieuse, s'en targuent abusivement ? La seule chose qu'ont pu faire les auteurs de cette méta-analyse, c'est de s'assurer, au mieux de leurs possibilités, que les auteurs des 23 études retenues souscrivaient à leur définition liminaire. Mais quelles *pratiques* thérapeutiques mettaient-ils en fait en œuvre ? La question reste sans réponse.

1. Également et heureusement absente de cette méta-analyse, la pratique odieuse de constitution de soi-disant « groupes placebo » où l'on fait croire au patient qu'il est soigné, alors qu'on s'applique à n'en rien faire... Voici ce qu'en dit le rapport INSERM, p. 18 : « Plusieurs solutions ont été proposées pour résoudre le problème du placebo en psychothérapie. Le groupe "attention placebo", avec un contact minimum avec un thérapeute qui n'utilise pas les éléments supposés actifs de la thérapie que l'on veut tester, permet d'éliminer les effets simples de prise en charge [...] le contrôle par une pseudo-thérapie ou une anti-thérapie génère aussi des problèmes éthiques et pratiques [...] la comparaison d'une chimiothérapie à une psychothérapie risque d'être biaisée en faveur de la psychothérapie si les patients ont presque tous eu des chimiothérapies inefficaces et peuvent venir pour cette raison chercher un autre traitement [...] il n'y a pas de solution idéale, sinon d'évaluer en début de traitement la croyance des patients et des thérapeutes dans le traitement qui a été tiré au sort, et d'étudier la corrélation de ces mesures avec les résultats. Le placebo de psychothérapie doit avoir des caractéristiques qui le rendent aussi vraisemblable qu'une thérapie véritable : le placebo doit être crédible. » Vous sortez de cette lecture abasourdi ? Rassurez-vous : l'important est de « *suivre consciencieusement le manuel* » (p. 20)...

Notre psychanalyste alors en revient à ce qu'il connaît. Il se dit qu'une cure est réussie quand ses objectifs sont atteints. Si l'on s'écarte d'une vision étroitement symptomatique, on voit bien la difficulté de cette évaluation : car quels objectifs, définis par qui, quand ? On sait bien qu'en général la demande initiale du patient en recouvre d'autres, qui ne se dégagent qu'au cours même du processus thérapeutique, et d'autres encore que ceux que pose et que révisé le psychothérapeute. En définitive, un traitement est réussi – utile, efficace, ou comme on voudra dire – lorsque les relations interpersonnelles s'assouplissent et se déconflictualisent, lorsque les processus intrapsychiques se font eux-mêmes plus souples et plus mobiles, lorsque s'apaise le tumulte des guerres intérieures, lorsque l'énergie est mieux et plus économiquement employée ; bref, quand le patient en vient à être plus heureux – ou moins malheureux, ou encore, comme l'avait dit Freud dès 1895 (dans les *Études sur l'hystérie*), lorsqu'il a pu « transformer sa misère névrotique en malheur banal »... Si tout s'est bien passé, il peut en porter témoignage. Le thérapeute aussi.

Mais comment chiffrer cela ? Et, en l'absence de chiffres qui de nos jours auréolent toute entreprise de scientificité, qui va les croire ? Les questionnaires, les financiers, avides de thérapeutiques brèves et peu coûteuses, faciles à comprendre, risquent hélas de faire la moue ; bien sûr, nous pourrions leur présenter d'autres témoignages, mais nous risquons de les lasser. Ils veulent des preuves, des chiffres, des faits en masse, par exemple que nous leur montrions que 20 séances de psychothérapie coûtent moins cher qu'une journée d'hospitalisation.

Sans doute, des travaux comme cette méta-analyse peuvent être utiles, s'ils sont sérieusement conduits. Mais peut-on ainsi faire la preuve ? On est tenté de répondre, avec Freud : *non liquet*.

Ce que nous savons le mieux faire, en tant que nous sommes des cliniciens, c'est produire des témoignages. Montrer, non pas démontrer. C'est peu et c'est beaucoup.

Alors ajoutons, comme Pangloss à Candide : « Cultivons notre jardin... »

#### ANNEXE 1

Les travaux recensés par ces méta-analyses comparent en général deux distributions, A et B, de valeurs numériques. Cela dans trois cas de figure :

— A et B sont les distributions des valeurs observées pour un même groupe de patients, avant et après traitement ;

— A est la distribution des valeurs après traitement pour le groupe traité, et B celle relative à un groupe contrôle (ou à un « groupe placebo »), évalué une seule fois, les deux groupes étant supposés comparables au début ;

— A et B sont les distributions de deux groupes traités par des méthodes différentes. En ce cas, le schéma est plus complexe, car on peut avoir A1 et B1 avant, A2 et B2 après, d'où plusieurs comparaisons possibles : A1/B1 pour vérifier la comparabilité *a priori* des deux groupes ; A1/A2 et B1/B2 pour vérifier l'évolution avant-après de chaque groupe ; et A2/B2 pour les comparer après traitement.

Dans le cas 2, où intervient un groupe contrôle, il est remarquable que la plupart des auteurs n'évaluent ce groupe qu'une seule fois, supposant que les patients ne changent que si l'on s'en occupe... Le rapport INSERM écrit (pp. 15-16) à propos d'un de ces protocoles expérimentaux : « L'hypothèse qui sous-tend ce protocole est que, si l'amélioration observée est liée au traitement, le retrait plus ou moins prolongé de celui-ci s'accompagnera d'un arrêt des progrès en cours, ou même d'un retour à l'état initial, ou encore d'une aggravation. Inversement, les progrès reprendront à la réintroduction du traitement. » Quel clinicien pourrait souscrire à une si confondante naïveté ? En fait, elle est cohérente avec ce qui préside généralement à ces approches : la maladie mentale y est considérée comme un état stable, donné d'emblée, essentiel au sujet, cela justifiant une approche catégorielle du type DSM.

## ANNEXE 2

Les auteurs de cette méta-analyse, comme les auteurs des travaux qu'ils recensent, utilisent des statistiques paramétriques (c'est-à-dire basées sur l'hypothèse de distributions gaussiennes, ou « normales »). Ce n'est légitime que si les distributions qu'on rapproche pour en estimer la liaison ou la différence sont effectivement gaussiennes. Il peut en aller très différemment. Ainsi, dans le cas des 23 travaux ici recensés, il apparaît que la durée des traitements (en semaines ou en nombre de séances) est distribuée de façon très asymétrique (la moyenne est très supérieure au médian), ce qui signifie que, au sein d'un même échantillon, il s'agit dans un petit nombre de cas de traitements beaucoup plus longs que les autres. Il serait illégitime d'utiliser sur ces données des statistiques paramétriques. Les auteurs ne donnent pas les renseignements nécessaires en ce qui concerne la variable importante dans leur étude, c'est-à-dire l'évaluation (numérique) de l'état du patient ; on peut craindre qu'en certains cas la distribution en soit loin de la courbe gaussienne ; en pareil cas, l'usage de statistiques non paramétriques serait préférable, mais rares sont les auteurs de ce type d'études qui semblent s'en soucier.

## ANNEXE 3

Les comparaisons de groupes définies en annexe 1 sont généralement estimées par une statistique « d », très en honneur dans ce type d'études (ce qui apparaissait déjà dans le rapport INSERM) : la différence des moyennes (moyenne après traitement *moins* moyenne avant, ou différence des moyennes du groupe traité et du groupe contrôle) est divisée par l'écart type de l'une des deux distributions de valeurs (avant traitement, ou groupe contrôle évalué une seule fois). Selon les auteurs, une valeur de 0,80 indique une évolution statistiquement significative, mais cela sans justification. En fait, si répandu que soit cet usage, il étonne : on en perçoit mal la rationalité en termes de probabilités.

Il semblerait plus indiqué, si l'on reste dans le cadre de statistiques paramétriques, d'utiliser le classique « t » de Student-Fisher, qui divise la différence des moyennes par une estimation de la variance de la distribution théorique des valeurs possibles *de cette différence* ; cela revient à diviser la différence des moyennes avant/après, non plus par l'écart types de la seule distribution « avant », mais par une combinaison des deux écarts type des distributions « avant » et « après ». On prendrait ainsi mieux en compte l'état des choses « après ». La moyenne seule, en effet, ne reflète qu'un aspect des choses. Supposons qu'après traitement l'état de certains patients soit amélioré tandis que l'état d'autres patients se soit dégradé : en ce cas, l'estimation numérique *moyenne* peut rester la même ; ce qui change, c'est l'écart type de la distribution, dont l'amplitude a augmenté. Il en résulte qu'une même différence de moyennes peut être ou non significative selon que se modifie ou non l'écart type de la distribution. Or de tels effets sont parfaitement plausibles. Il est même possible que, si des variations dans les deux sens apparaissent en même nombre et en mêmes proportions, la moyenne et l'écart type ne changent pas, alors que les valeurs individuelles changent très sensiblement. En ce cas, seule une statistique non paramétrique (prenant en compte l'ordination des sujets) mettrait le phénomène en évidence. Tout cela n'est pas discuté par les auteurs de cette méta-analyse, pas plus que ne le discutaient les auteurs du rapport INSERM, qui pourtant faisaient grand cas de leur scientificité... On y lit pourtant (p. 26) que, dans les 1 000 études recensées, on a utilisé « *de très nombreuses versions* » de la statistique « d », « *sans véritable consensus sur son utilisation* ». Quand on voit que, sur les mêmes données, des versions différentes de « d » peuvent conduire à des conclusions différentes, que reste-t-il de l'objectivité scientifique ?

ANNEXE 4

Les auteurs calculent les différences entre groupes en utilisant un coefficient de corrélation bisérial, qui estime le degré de liaison entre une dichotomie et une distribution continue. C'est techniquement possible, mais étonne, puisqu'il s'agit d'évaluer une différence (entre types de traitement) et non pas, en fait, une liaison. On reste donc, en réalité, dans le cas discuté ci-dessus dans l'annexe 3.

ANNEXE 5

Le calcul d'un « test sur le biais de publication » est particulièrement significatif de la logique lewiscarrollienne à laquelle on est alors entraîné. Le problème est le suivant. Il est bien connu que les auteurs de tels travaux ont tendance à ne publier que s'ils obtiennent des résultats significatifs ; sans doute, il existe des études qui n'ont rien livré d'intéressant concernant l'efficacité des techniques thérapeutiques, et qui donc restent inconnues. On peut cependant considérer que ces « résultats nuls » devraient être pris en compte ; on a proposé une technique pour estimer leur nombre. Il se trouve que les 23 études ici prises en compte donnent globalement un résultat positif (la psychothérapie de longue durée est efficace, c'est-à-dire provoque un changement, plus précisément un changement plus important qu'avec d'autres techniques). Combien faudrait-il y ajouter d'études donnant un résultat négatif (pas de changement plus important) pour que cette conclusion soit infirmée ? Réponse : à ces 23 études positives il faudrait ajouter 921 autres publications toutes à résultat nul (et encore ne s'agirait-il que de probabilités). La logique est bien lewiscarrollienne...

Roger Perron  
6, rue Damesme  
75013 Paris

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Baruch C., Brusset B., Cupa D., Emmanuelli M., Perron R. (2004), À propos du rapport INSERM « Psychothérapies. Trois approches évaluées », *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris*, n° 73, 118-127.
- Baruch C., Brusset B., Cupa D., Emmanuelli M., Perron R. (2004), Comment évaluer le coût de la souffrance ? *Le Carnet Psy*, n° 90, 23-25.

- Perron R. (2004), Évaluer quoi, pourquoi, comment ?, *Le Journal des psychologues*, n° 222, 34-37.
- Perron R. (2004), *Psychothérapies. Trois approches évaluées*, Paris, INSERM.
- Perron R. (2006), Montrer, démontrer : les apories de la conviction, *Bulletin de psychologie*, 59, 6 (n° 486), 565-569.
- Perron R. (2006), How to do research ? Reply to Otto Kernberg, *Int. J. of Psychoanal.*, n° 87, 919-926.
- Perron R. (2009), Les illusions de la mesure, in D. Fischman (dir.), *Évaluer les psychothérapies et la psychanalyse*, Paris, Elsevier-Masson.
- Thurin J.-M., Thurin M. (2007), *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*, Paris, Dunod.