

L'effet de détérioration en psychothérapie

Jacques Van Rillaer

Professeur de psychologie émérite

à l'université de Louvain

« Freud entraînait régulièrement en fureur quand je lui disais que la psychanalyse ne pouvait pas faire de mal. Il disait : “Quand vous dites ça, c'est comme si vous disiez qu'elle ne peut pas faire de bien. Car, si vous ne pouvez pas faire de mal, comment pouvez-vous faire du bien ?” »

Abram Kardiner, *Mon analyse avec Freud* ¹

La majorité des psys répètent à l'envi que parler fait toujours du bien et que, dans l'ensemble, les psychothérapies « ça marche », grâce aux fameux facteurs communs². Les psychothérapeutes expérimentés savent qu'en réalité des traitements peuvent faire plus de mal que de bien.

Les psychanalystes ont été les premiers à parler — très discrètement — d'effets de détérioration. Il en est régulièrement question dans les correspondances des freudiens, à commencer par le cas princeps de la psychanalyse : Anna O., dont l'état se dégrada au fil de la « cure par la parole » et qui fut finalement conduite dans une institution psychiatrique³. Ernest Jones, l'ami et biographe attitré de Freud, ayant lu les lettres de Freud à sa fiancée, a dévoilé que « un an après qu'il eût cessé de la soigner, Breuer confia à Freud qu'elle était tout à fait détraquée, et qu'il lui souhaitait de mourir et d'être ainsi délivrée de ses souffrances »⁴.

Un autre exemple célèbre est celui de Horace Frink, psychiatre américain psychanalysé à deux reprises par Freud et membre fondateur de la Société psychanalytique de New York. Jones l'a révélé : « *Freud s'était fait la plus haute opinion à son sujet. C'était de loin l'Américain le plus capable qu'il ait rencontré, soutenait Freud, et le seul dont il espérait quelque chose* »⁵. Ensuite son état s'est progressivement dégradé. Il a fini par délirer et faire des tentatives de suicide. Jones conclut : « *Durant l'été 1924, Frink entra comme patient au Phipps Psychiatric Institute et ne recouvra jamais la raison* ».

Kardiner rapporte une conversation avec Freud concernant ce disciple : « *“Vous avez dit un jour que l'analyse ne pouvait faire de mal à personne. Eh bien, laissez-moi vous montrer quelque chose.” Freud me sortit deux photographies. “Celle-ci représente Frink avant son analyse, et celle-là a été prise après un an d'analyse.” Sur la première photographie, Frink ressemblait à l'homme que j'avais connu. Sur la seconde, il avait un air hagard, il était décharné et accusait vingt ans de plus* »⁶.

Parmi les 31 patients de Freud dont on connaît bien l'identité et l'évolution, trois se sont suicidés et quatre ont fait des tentatives. L'état de la majorité de ces patients a tout simplement empiré.

Kardiner note encore : « *Monroe Meyer et moi discussions un jour avec Freud du suicide de deux analystes à Vienne. Ses yeux pétillaient de malice pour nous dire : "Eh bien, le jour n'est pas loin où l'on considérera la psychanalyse comme une cause légitime de décès" »*⁸. Meyer, analysé par Freud, finira par se suicider comme ces deux analystes et tant d'autres : Federn, Gross, Stekel, Tausk, Silberer, Sokolnicka et alii. Déjà en 1911, quand Jung lui annonça le suicide de son assistant, Freud répondit : « *Je suis frappé de ce qu'en fait nous consommons beaucoup de personnes »*⁹.

Le problème semble devenu encore plus grave avec les lacaniens, comme certains l'ont eux-mêmes évoqué en passant. Marie Balmary écrit : « *Est-ce un hasard si les sociétés psychanalytiques enfouissent dans un épais silence les suicides, toujours, et parfois même les décès moins tragiques, qui ont lieu en leur sein ? [...] Il faut un réel courage pour simplement énoncer dans certains milieux psychanalytiques les noms des "victimes" qui chaque année circulent dans les rumeurs »*¹⁰. Et François Perrier, quelques années après sa lune de miel avec Lacan : « *J'aurais aimé que Lacan publiât ses chiffres : c'est fou ce qu'on se suicidait chez lui ! [...] Seul le cheminement de la pensée l'intéressait. Les êtres humains, il s'en foutait. Et la séduction qu'il exerçait sur eux dépouillait ses malades et ses clients de toute capacité d'autodéfense, ou peu s'en faut »*¹¹.

L'explication freudienne des détériorations

Freud a théorisé l'effet de détérioration sous le nom de « réaction thérapeutique négative ». En 1914, il écrit que « *l'aggravation pendant la cure est souvent inévitable »*¹². Il l'attribue au comportement du patient : « *la volonté d'abuser de la permission d'être malade »* et de montrer à l'analyste le danger de mettre au jour ce qui est inconscient. Quelques années plus tard, il « explique » les détériorations par le masochisme, le besoin de souffrir (*Leidensbedürnis*) et la pulsion de mort. Il note que la situation est désespérante « *lorsque l'analyse se trouve sous la pression de la réaction thérapeutique négative »*. En effet, « *si la construction [que l'analyste énonce] est fautive, rien n'est changé chez le patient ; mais si elle est exacte ou si elle représente un pas vers la vérité, il y réagit par une aggravation évidente de ses symptômes et de son état général »*¹³. Relisons bien : si l'état du patient s'aggrave, c'est que l'analyste a interprété correctement.

Autre explication, largement adoptée par la communauté analytique : la « névrose de transfert », c'est-à-dire le fait que « tout le comportement pathologique du patient vient se recentrer dans sa relation avec l'analyste »¹⁴.

Dans un article paru en 1970 dans le *British Journal of Psychiatry*, Mélitta Schmideberg a dénoncé ces explications. Schmideberg était la fille de Mélanie Klein et l'épouse de Walter Schmideberg, célèbre psychanalyste ami de Freud. Elle a été didacticienne de la Société britannique de psychanalyse avant de se « déconvertir » du freudisme au profit d'une psychothérapie qui ressemble à des TCC. Dans l'article, publié 26 ans après sa démission de cette Société, elle citait des patients dont l'état s'était gravement détérioré suite à une psychanalyse et des patients traités sans succès durant 15, 20 et même 30 ans. Elle terminait par ces propos amers : « *Plusieurs analystes de premier plan ont ouvertement critiqué la psychanalyse, mais ils n'ont jamais tiré toutes les conclusions de ces observations, probablement parce qu'ils n'avaient rien à mettre à la place de la psychanalyse. [...] Il m'a fallu plusieurs années pour comprendre que beaucoup de patients qui m'étaient envoyés par*

leur analyste étaient en fait des échecs de la psychanalyse, et que le traitement antérieur les rendaient plus difficiles à traiter »¹⁵.

Son explication de la détérioration était bien différente de celles de ses ex-confrères : « *On raconte au patient que, pour aller réellement mieux, il doit d'abord aller plus mal, passer par une "névrose de transfert", c'est-à-dire une détérioration temporaire. Cette situation est la conséquence, pour une part, d'interprétations pénibles et, pour une autre, de suggestions négatives. MacAlpine a souligné que le patient ne peut s'ajuster à l'anormalité de la situation analytique que par une anormalisation, c'est-à-dire le développement d'une "névrose de transfert" ; la seule autre possibilité qui lui reste étant de "résister" et d'abandonner le traitement. La détérioration n'est toutefois pas toujours une phase passagère, comme le souhaite l'analyste ; souvent elle se perpétue d'elle-même en exerçant une influence néfaste sur la confiance et l'estime que le patient se porte à lui-même, sur l'environnement et sur la situation réelle. Elle apparaît donc comme du conditionnement pur et simple (sheer conditioning) ».*

Des études méthodiques

L'expression « effet de détérioration » est due au psychologue américain Allen Bergin, un des experts les plus célèbres de la recherche empirique sur les psychothérapies. Il l'a introduite en 1966, suite à une méta-analyse de sept recherches indépendantes¹⁶. Ensuite, sur base d'études beaucoup plus nombreuses aboutissant à la même conclusion, Bergin et des collègues ont fait les recommandations suivantes¹⁷ :

- Il faut utiliser des catégories de troubles plus précises que « névrose » et « psychose ». Des études montrent par exemple que le taux de détérioration est particulièrement élevé dans des thérapies de groupe pour des adolescents délinquants¹⁸.
- Quand on fait des recherches sur les effets d'un type de thérapie — psychanalyse, thérapie comportementale, etc. —, il faut s'assurer que les praticiens agissent conformément aux principes de leur orientation. Il apparaît en effet que les thérapeutes prennent facilement des libertés avec ces règles.
- Les études *méthodiques* de cas individuels (*single case experimental designs*) sont aussi importantes que les études comparant des types de thérapie¹⁹. En effet, dans toutes les orientations, il y a des praticiens efficaces et des praticiens malhabiles, et il est capital de découvrir leurs différences de comportements. Sur cette question, une recherche souvent citée est de David Orlinski et Kenneth Howard²⁰. Vingt-trois thérapeutes ont effectué des « thérapies verbales » avec 143 patientes. Six thérapeutes ont obtenu des améliorations dans plus de 70% de leurs cas, tandis que cinq thérapeutes n'obtenaient que 50% d'amélioration ou moins. Pour l'ensemble il y a eu environ 7% d'effets de détérioration, mais ils étaient dus à un petit nombre de thérapeutes.
- Dès 1971, Bergin a proposé que les Centres de prévention du suicide notent soigneusement si les personnes sont ou ont été en thérapie. La question apparaissait importante au vu de la pratique psychanalytique.

Grosso modo, les méta-analyses concluent qu'environ 10% des patients vont plus mal après leur thérapie qu'avant²¹. Au terme d'une étude auprès de 97 thérapeutes ayant suivi une thérapie *didactique* d'orientation freudienne, la plupart étaient satisfaits (94% disaient que la didactique avait contribué à une meilleure estime de soi et 73% parlaient d'une diminution de troubles), mais 21% estimaient avoir subi des effets négatifs²².

Des facteurs de détérioration

En miroir des « facteurs thérapeutiques communs », il y a des facteurs de détérioration, qui se retrouvent dans toutes les thérapies, mais à des degrés très différents. Certaines pratiques sont manifestement néfastes, comme le *Rebirth*²³, la « communication facilitée »²⁴ ou la « thérapie de la mémoire retrouvée »²⁵.

Des comportementalistes se sont appliqués à comparer méthodiquement diverses procédures en fonction du type de troubles et de patients. En 1983 Edna Foa (université de Pennsylvanie) et Paul Emmelkamp (université de Groningen) ont édité un volumineux ouvrage sur les conduites à éviter en fonction du type de trouble : *Failures in behavior therapy* (Wiley, 446 p.). Il a fait date.

Des psychanalystes ont également publié sur des erreurs à éviter. À titre d'exemple, citons encore M. Schmideberg, qui déclarait en 1938 dans une conférence à la Société britannique de psychanalyse : « *Il faut considérer les effets défavorables de la pression directe ou indirecte exercée sur le patient pour qu'il continue [la cure] ; par exemple, en l'amenant à se sentir coupable d'aspirer à être indépendant de l'analyste, ou en faisant grandir ses préoccupations hypocondriaques eu égard à cet état d'esprit. [...] Le principal danger des analyses longues (six, huit, voire dix ans d'analyse ne semblent plus inhabituels) consiste en cela qu'elles coupent le patient de la réalité. Il existe même le danger que l'analyste perde lui-même contact avec la vraie vie s'il a les mêmes patients (en général, relativement peu) pendant des années* »²⁶.

Il n'existe pas de liste consensuelle des facteurs de détérioration. Nous présentons ici quelques facteurs qui semblent actuellement bien établis.

Les comportements sexuels du thérapeute. Kenneth Pope et Barbara Tabachnick ont mené une vaste enquête sur l'évaluation par des psychologues de leur thérapie didactique, le plus souvent d'orientation analytique²⁷. La majorité s'est dite satisfaite, mais 22% l'ont déclarée nuisible (*harmful*) ! Le facteur négatif le plus souvent cité : des comportements sexuels du thérapeute, son insistance excessive sur la vie sexuelle ou des conduites déplacées. Le problème est connu depuis le début du freudisme. Freud lui-même a plusieurs fois tenté de rappeler à l'ordre des disciples, notamment Jung, Ferenczi et Jones²⁸. Ce dernier a fait un séjour en prison, à Londres, pour avoir abusé d'une petite fille qui était sa patiente²⁹.

Les attentes irréalistes du patient. On sait que l'anticipation de résultats thérapeutiques peut avoir un effet curatif. On sait moins que lorsque des patients s'attendent à des améliorations qui ne viennent pas en dépit de la grande réputation du traitement, ils peuvent attribuer l'absence de progrès à la gravité de leur état ou à son incurabilité. Ils peuvent alors sombrer dans la dépression ou d'autres formes de détérioration, notamment le suicide. On a montré expérimentalement l'effet néfaste d'attentes inadéquates, par exemple dans cette recherche sur des personnes ayant des difficultés à s'endormir. En leur donnant un placebo censé faciliter l'endormissement, certains ont mis davantage de temps à trouver le sommeil. L'inefficacité du soi-disant médicament a sans doute accentué leur sentiment de pathologie³⁰.

Les interprétations inadéquates. Janet Sachs a interrogé 18 étudiants qui avaient suivi une thérapie d'orientation freudienne ou rogérianne. Les principaux reproches ont été des interprétations inappropriées et le manque de structuration de la thérapie³¹.

Des interprétations peuvent amener le patient sur une mauvaise piste, par exemple chercher des souvenirs de la petite enfance au lieu d'agir sur la situation présente. Elles peuvent lui faire abandonner le traitement. Ce fut le cas de Dora, la patiente que Freud qualifia à tort d'« hystérique ». Freud lui avait affirmé qu'elle comprendrait ses troubles si elle avouait ses

pratiques masturbatoires. Dora a répondu ne pas s'en souvenir. Freud lui a alors asséné une interprétation du fait que, couchée sur le divan, elle jouait avec un porte-monnaie accroché à sa ceinture, l'ouvrait, y mettait son doigt et le refermait. Le porte-monnaie, lui a affirmé Freud, « *n'est rien d'autre qu'une présentation de l'organe génital* » et le jeu « *communique ce qu'elle aimerait faire : se masturber* »³². Après quelques autres élucubrations du même acabit, Dora s'en est allée. On imagine les dégâts si elle n'avait pas eu l'intelligence d'interrompre l'« analyse » après onze semaines. Bon nombre de patients en psychanalyse n'ont pas cette lucidité et subissent docilement la rhétorique infernale des interprétations dans l'espoir d'arriver à l'illumination qui transformera leur existence. Pour certains, tout devient interprétable, « significatif », suspect. Déjà en 1912, le neurologue suisse Max Kesslerling accusait le traitement freudien de transformer des névrosés en psychotiques³³. Si l'on en croit Ernest Jones, plusieurs célèbres freudiens ont perdu la raison, notamment Ferenczi, Frink, Gross, Rank, Reich³⁴.

La « corumination ». L'enquête de Janet Sachs mentionne aussi le manque de structuration. Le vagabondage mental, qui caractérise bon nombre de psychothérapies, ne gêne pas tous les patients, mais il ne les fait pas souvent progresser. Des recherches montrent l'effet déprimant de ruminations infinies, répétées seul ou en compagnie d'un thérapeute. Le thérapeute qui écoute et interprète interminablement, au lieu d'aider à modifier des perspectives et d'inciter à expérimenter de nouvelles actions, renforce sa relation avec le patient, mais risque de le maintenir dans un état de passivité ou de dépression. Ce processus concerne davantage les femmes que les hommes³⁵. Il est désastreux en cas de dépression.

La froideur du thérapeute. Plusieurs méta-analyses montrent l'importance du contact affectif et de l'empathie du thérapeute pour son patient³⁶. Citons à titre d'exemple une recherche sur des comportementalistes ayant traité des personnes pour un problème d'alcool (« *problem drinkers* »). Les résultats ont été significativement corrélés avec le degré d'empathie du thérapeute³⁷. Freud a sans doute eu tort d'écrire : « *Je ne saurais recommander avec assez d'insistance aux collègues de prendre pour modèle pendant le traitement psychanalytique le chirurgien qui met de côté tous ses affects et même sa compassion humaine* »³⁸.

Le renforcement de la dépendance du patient. Un trouble mental important diminue le sentiment de contrôle sur sa propre existence et la confiance en soi. Il incite à chercher de l'aide et induit facilement la dépendance à l'égard de celui qui semble l'apporter. Le risque de dépendance est d'autant plus grand que l'on croit en l'efficacité (ou dans la « profondeur ») de la thérapie et qu'on reste longtemps en traitement. Ce facteur joue dans la plupart des thérapies. Il est manifeste dans les cures freudiennes. Freud lui-même l'a constaté : « *Dans les premières années de mon activité psychanalytique, je rencontrais la plus grande difficulté à amener les malades à rester ; ces difficultés se sont depuis longtemps déplacées, à présent je dois m'efforcer avec angoisse de les obliger aussi à s'arrêter* »³⁹. On peut supposer qu'au début de sa carrière les patients perdaient patience et que lorsqu'il devint célèbre les patients continuaient dans leur quête de la guérison.

Au terme d'une enquête sur une trentaine d'analysants parisiens, longuement interviewés, Dominique Frischer note : « *On dirait que tout est fait pour maintenir les analysés dans un état d'infantilisation, d'absolue dépendance et d'insécurité pathologique. [...] Tout se passe comme si l'aliénation créée par l'analyse, l'état de dépendance permanent auquel sont assujettis certains patients, dépassaient et de loin l'aliénation imposée par l'obéissance à toute autre doctrine, religieuse, philosophique ou politique, mais par divers aspects se situait sur le même plan que la subordination imposée par l'emploi régulier de stupéfiants ou d'alcool* »⁴⁰.

La détérioration de relations familiales. Au terme de son enquête sur l'image de la psychanalyse en France, Serge Moscovici a constaté que les proches des analysés soulignaient fréquemment l'augmentation de l'égoïsme. Il résumait les observations en ces termes : « *Le psychanalysé, arrogant, fermé, adonné à l'introspection, se retire toujours de la communication avec le groupe* »⁴¹. De ce changement résultent des dysfonctionnements familiaux, et cela d'autant plus souvent que la source des souffrances psychologiques est attribuée aux parents et que les mots sont désormais pris au mot (le moindre lapsus devient révélateur d'intentions « inconscientes »). Le célèbre psychiatre Henri Baruk écrit avoir souvent observé ce processus : « *Certains sujets psychanalysés deviennent d'une extraordinaire agressivité au point de vue social, car ils sont d'une extrême sévérité pour les autres et les accusent sans cesse, ce qui arrive parfois à créer des individus antisociaux. La religion juive, parlant de la loi de Moïse, proclame : Tous ses sentiers mènent à la paix. On pourrait dire le contraire de la loi psychanalytique : Tous ses sentiers risquent de mener à la guerre* »⁴². La pratique lacanienne génère régulièrement des conflits conjugaux et autres. En effet, comme l'écrivait François Roustang, « *La religion du désir, que Lacan a contribué à instaurer, se résume assez exactement par la possibilité de marcher un peu plus sur les pieds des autres sans en être culpabilisé* »⁴³. Quelques recherches américaines ont confirmé que des thérapies psychodynamiques et « centrées sur la personne », menées avec des enfants et des adolescents, pouvaient détériorer le fonctionnement familial⁴⁴.

* * *

Au II^e siècle, Galien écrivait : « Tous ceux qui absorbent ce remède guérissent en peu de temps, exceptés ceux pour lesquels il est inefficace, qui meurent tous et ne sont aidés par aucun autre médicament. C'est pourquoi il est évident que ce remède échoue seulement dans les cas incurables »⁴⁵. Aujourd'hui, quand un traitement échoue, les thérapeutes et les patients ont tout intérêt à penser qu'il faut essayer un autre. Les facteurs curatifs et de détérioration agissent partout, mais en proportions bien différentes. Il importe que cela se sache.

¹ Trad., Belfond, 1978, p. 105.

² Cf. Les facteurs communs aux psychothérapies. *SPS*, 2015, 312 : 62-66. En ligne : <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2431>>

³ C'est Henri Ellenberger qui a mis au jour ce travestissement de la réalité. Voir : <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1527>>

⁴ *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*. Trad., PUF, 1985, vol. 1, p. 248.

⁵ *Ibidem*, vol. 3, p. 119.

⁶ *Mon analyse avec Freud*. Belfond, p. 101.

⁷ Borch-Jacobsen, M. (2011) *Les patients de Freud*. Éditions Sciences humaines. Présentation dans *SPS* :

<<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1969>>

⁸ *Op. cit.*, p. 105.

⁹ Lettre du 2-4-1911, in *Correspondance Freud-Jung*. Trad., t. 2, p. 163.

¹⁰ *L'Homme aux statues*. Grasset, 1979, p. 365s.

¹¹ *Voyages extraordinaires en Translacanie*. Lieu Commun, 1985, p. 120.

¹² Remémoration, répétition et perlaboration (1914) *Gesammelte Werke*, X 132 ; *Œuvres complètes*. PUF, XII 192.

¹³ Constructions dans l'analyse (1937), *G.W.*, XIV 52 ; *Œuvres complètes*. PUF, XX 68.

¹⁴ Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF, p. 281.

¹⁵ Psychotherapy with failures of psychoanalysis. *Britisch Journal of Psychiatry*, 116 : 195-200.

- ¹⁶ Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71 : 235-246.
- ¹⁷ Bergin, A. & Strupp, H. (1972) *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago : Atherton, 468 p. - Bergin, A. & Garfield, S. (1986) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, 3^d ed., 886 p.
- ¹⁸ Rhule, D. (2005) Take care to do no harm : Harmful interventions for youth problem behavior. *Professional Psychology : Research and Practice*, 36 : 618-625.
- ¹⁹ Un ouvrage majeur sur la question : Hersen, M. & Barlow, D. (2008) *Single case experimental designs : Strategies for studying behavior change*. Pergamon, 3^e éd., 416 p. (1^{ère} éd., 1976).
- ²⁰ Gender and psychotherapeutic outcome. In Brodsky, A. & Hare-Mustin, R. (1980) eds, *Women and psychotherapy*. Guilford, 1980, p. 3-34.
- ²¹ Boisvert, C.M., & Faust, D. (2002) Iatrogenic symptoms in psychotherapy : A theoretical exploration of the potential impact of labels, language and belief systems. *American Journal of Psychotherapy*, 546 : 244-259.
- ²² Buckley, P., Karasu, T.B. & Charles, E. (1981) Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 18 : 299-305.
- ²³ Cf. Nicolas Gauvrit, *SPS* n° 393. En ligne : <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1551>>
- ²⁴ Cf Lawrence Norton & Laurent Jézéquel, *SPS* n° 277. En ligne : <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article743>> <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article744>>
- ²⁵ cf. le dossier du n° 312 de *SPS*. En ligne : <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2438>>
- ²⁶ After Analysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 1938, 7 : 122-142. Trad., Après l'analyse. *Revue française de psychanalyse*, 2012/3, 76 : 808s.
- ²⁷ Therapists as patients : A national survey of psychologists' experiences, problems and beliefs. *Professional Psychology : Research and Practice*, 1994, 25 : 247-258.
- ²⁸ Pour d'autres exemples et des détails : Bénesteau, J. (2002) *Mensonges freudiens*. Éd. Mardaga, p. 66-69.
- ²⁹ Roazen, P. (1996) *Mes rencontres avec la famille Freud*. Trad., Seuil, p. 214.
- ³⁰ Storms, M. & Nisbett, R. (1970) Insomnia and the attribution process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16 : 319-328.
- ³¹ Negative factors in brief psychotherapy : An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51 : 557-564.
- ³² « Fragment d'une analyse d'hystérie » (1905) *Œuvres complètes*. PUF, VI, p. 256.
- ³³ Ellenberger, H. (1974) *A la découverte de l'inconscient*. Éd. Simep, p. 670
- ³⁴ Voir *La vie et l'œuvre de S. Freud*. PUF, vol. III, p. 50, 119s, 204.
- ³⁵ Nolen-Hoeksema, S. (2012) Emotion Regulation and Psychopathology : The Role of Gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8 : 161-187.
- ³⁶ Mohr, D. (1995) Negative outcome in psychotherapy : A critical review. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 2 : 1-27.
- ³⁷ Miller, W.R., Taylor, C.A. & West, J.C. (1980) Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 : 590-601.
- ³⁸ Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique (1912) *Œuvres complètes*. PUF, XI, p. 149.
- ³⁹ Sur l'engagement du traitement (1913) *Œuvres complètes*, PUF, XII, p. 170.
- ⁴⁰ *Les analysés parlent*. Stock, 1977, p. 177 ; 284.
- ⁴¹ *La psychanalyse, son image et son public*. PUF, 2^e éd. 1976, p. 143.
- ⁴² De Freud au néo-paganisme moderne. *La Nef*, 1967, 31 : 143.
- ⁴³ *Elle ne le lâche plus*. Paris : Minuit, 1980, p. 179.
- ⁴⁴ Szapocznik, J. & Prado, G. (2007) Negative effects on family functioning from psychosocial treatments. *Journal of Family Psychology*, 21 : 468-478.
- ⁴⁵ Cité in Eysenck, H. (1960) *Handbook of Abnormal Psychology*. Basic Books, p. 697.