

Les facteurs psychothérapeutiques communs

Jacques Van Rillaer

Professeur émérite de psychologie
à l'Université de Louvain
et à l'Université Saint-Louis (Bruxelles)

Pendant des millénaires, malgré l'absence de traitements réellement efficaces, des guérisseurs et des médecins ont bénéficié d'un statut élevé. Arthur Shapiro (Université Cornell) note que les matières les plus diverses leur ont servi de remède : « Les malades ont absorbé quasi toutes les espèces de substances organiques et inorganiques. [...] Presque toutes les excréments humains et animaux ont été utilisés. [...] Les traitements étaient primitifs, non scientifiques, en grande partie inefficaces, souvent affreux et dangereux »¹. Gaston Bachelard, dans *La formation de l'esprit scientifique*, donne de nombreux exemples, dont l'*album graecum*, la crotte de chien séchée, célébrée comme sudorifique, atténuant, fébrifuge, vulnéraire, émollient, hydragogue, spécifique dans les écrouelles, l'angine et toutes les maladies du gosier². Au XVIII^e siècle, l'*Encyclopédie* se déclarait réservée seulement quant au nombre des usages : « On ne s'en sert guère parmi nous que dans les maladies du gosier à la dose d'un demi-gros ou d'un gros, dans un gargarisme approprié ». Notons en passant la difficulté d'opérer des « coupures épistémologiques » : « un reste de valeur, écrit Bachelard, traîne longtemps sur des idées fausses valorisées ».

Trois types de guérisons somatiques

• Les guérisons spontanées

Chacun sait qu'un rhume, avec ou sans médicament, guérit à peu près au même rythme. Moins connu est le fait que des maladies comme le cancer, qui évoluent généralement vers la mort, peuvent guérir spontanément. Un des premiers ouvrages de synthèse sur le sujet est de Tilden Everson et Warren Cole, paru en 1966. Il présente 176 cas de régression spontanée de cancers (bien établis histologiquement) observés entre 1900 et 1961³.

La perception d'un malaise physique est une expérience banale. Une enquête américaine donne une idée de l'ampleur du problème. Sur un échantillon de 1000 personnes, 800 ont dit avoir éprouvé au moins un symptôme leur donnant l'impression d'être malade, au cours du mois passé, 217 ont consulté un médecin, 8 ont été hospitalisés, dont un seul dans un hôpital universitaire. Jean-Louis Vanherweghem, qui rapporte cette étude, commente : « La sensation d'«être malade» est extrêmement fréquente et, dans la toute grande majorité des cas, la «maladie» disparaît spontanément. Lorsqu'elle amène une intervention médicale, celle-ci est le plus souvent légère »⁴.

• Les facteurs actifs non spécifiques

Bon nombre de maux disparaissent grâce à des facteurs physiques non spécifiques : manger autrement, se reposer, rester au chaud, faire de l'exercice physique. Des facteurs psychologiques favorisent également des guérisons. On les appelle « effets placebo ». Montaigne avait noté le fait : « Pourquoi les médecins cherchent-ils à gagner d'avance la confiance de leur patient avec tant de promesses trompeuses de sa guérison si ce n'est afin que l'action de l'imagination supplée à l'imposture de leur décoction ? Ils savent que l'un des maîtres de ce métier leur a laissé par écrit qu'il s'est trouvé des hommes à qui la seule vue du remède faisait de l'effet »⁵.

La première démonstration scientifique d'un effet placebo remonte aux expériences sur des guérisons de Mesmer à l'aide d'instruments « magnétisés ». En 1784, une commission composée d'illustres savants (notamment Franklin et Lavoisier) a comparé, chez des malades convaincus de la thérapie mesmérisme, l'effet d'objets « magnétisés » et d'objets prétendument magnétisés. La principale conclusion : « L'imagination sans magnétisme produit des convulsions et le magnétisme sans l'imagination ne produit rien »⁶.

Il a fallu attendre les années 1950 pour des recherches d'envergure. Le célèbre article que Henry Beecher a publié en 1955, conclut à des effets placebo pour des douleurs, de l'anxiété, des troubles de l'humeur, des céphalées, des nausées et des rhumes ⁷. Il mentionne une moyenne de 35 % d'effet pour ces affections. Il n'en cite pas d'autres, comme les septicémies ou les cancers, où l'effet placebo ne s'observe pas objectivement. Par la suite, les recherches sont allées bon train. En 1980, on comptait déjà plus de 1000 références ⁸. Aujourd'hui, on a démontré l'importance de variables relatives aux types de maladies, de traitements et de patients ⁹.

• Les facteurs actifs spécifiques

Au XVII^e siècle, des jésuites ramenèrent, du Pérou en Europe, du quinquina. La quinine extraite de l'écorce est un des premiers médicaments réellement efficace (contre la fièvre et la malaria). En fait, jusqu'au XIX^e siècle, l'histoire de la médecine c'est essentiellement l'histoire des placebos, même si quelques remèdes étaient efficaces (et bien d'autres néfastes). Depuis, de véritables médicaments et des connaissances scientifiques sur l'hygiène ont permis un allongement impressionnant de l'espérance de vie. En France, cette espérance est passée de 45 ans en 1900 à 82 ans en 2012 ¹⁰.

Trois types d'améliorations psychologiques

Certains troubles psychologiques, comme les démences, sont l'expression de maladies cérébrales. D'autres, comme de graves rituels compulsifs, sont favorisés par des dysfonctionnements physiologiques. D'autres enfin, comme les phobies, résultent avant tout de facteurs psychosociaux. Des traitements psychologiques conviennent pour les trois types de troubles, mais évidemment surtout pour le troisième.

L'histoire des psychothérapies commence par des pratiques magiques et religieuses. Des traitements sécularisés sont apparus dans la Grèce antique, parallèlement au développement de la médecine hippocratique. Le christianisme — avec ses confesseurs et ses directeurs spirituels — a entravé ce développement. Il a fallu attendre la fin du XIX^e siècle pour que la psychothérapie se développe comme une profession à part entière.

• Les guérisons spontanées

Des émotions violentes, comme l'angoisse, la colère et la passion amoureuse ont tendance à diminuer d'intensité au fil du temps, surtout si l'environnement vient à changer. Ainsi, la majorité des personnes qui subissent un état de stress aigu ne développent pas un état de stress post-traumatique et, si c'est le cas, beaucoup évoluent favorablement sans recourir à un traitement ¹¹. Toute une série de troubles diminuent ou disparaissent avec le temps, à la faveur du phénomène d'extinction de réactions émotionnelles, de changements environnementaux (par exemple de nouveaux intérêts et engagements) et de « rencontres thérapeutiques informelles » (conversations avec un ami, un prêtre, un enseignant) ¹².

• Les facteurs actifs non spécifiques

En 1801, Philippe Pinel écrivait dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* : « Des aliénés transférés dans l'hospice, et désignés à leur arrivée comme très emportés et très dangereux, parce qu'ils ont été exaspérés ailleurs par des coups et de mauvais traitements, semblent tout-à-coup prendre un naturel opposé, parce qu'on leur parle avec douceur, qu'on compatit à leurs maux, et qu'on leur donne l'espoir consolant d'un sort plus heureux. La convalescence fait ensuite des progrès rapides sans aucun autre artifice »¹³. Le célèbre aliéniste énonçait ainsi trois facteurs psychothérapeutiques non spécifiques : le contact affectif, l'écoute empathique, l'espoir d'un progrès. Ils sont parmi les plus cités aujourd'hui.

Les promoteurs d'une nouvelle thérapie s'imaginent mettre en œuvre des principes actifs équivalents ou supérieurs à ceux d'autres traitements. Citons trois exemples. Moriz Benedik, un neurologue viennois, élabora dans les années 1860 un traitement fondé sur la mise au jour de « secrets pathogènes » tels que des traumatismes sexuels de l'enfance, des frustrations sexuelles, des passions contrariées et des ambitions déçues. Son ami Joseph Breuer, lui, pensait que le ressouvenir d'incidents à forte tonalité affective devait s'accompagner d'une « catharsis », une « décharge des affects coincés ». Freud croyait que le facteur essentiel de guérison était le ressouvenir de scènes sexuelles de l'enfance, vécues réellement ou imaginées, et ensuite refoulées. Freud finira toutefois par accorder une place prépondérante à un facteur actif non spécifique : la tonalité de la relation affective. Il dira en 1925, au sujet de ses premières années de pratique : « Les plus beaux résultats étaient brusquement comme effacés si le rapport personnel au patient s'était brouillé. Il est vrai qu'ils se rétablissaient si l'on trouvait le chemin de la réconciliation »¹⁴. Dans son dernier livre, après avoir rappelé sa définition du transfert – « la reproduction de la relation aux parents » –, il écrira : « Les succès thérapeutiques qui se sont produits sous la domination du transfert positif encourent le soupçon d'être de nature suggestive. Si le transfert négatif prend le dessus, ces succès sont balayés comme fétus de paille au vent. On constate avec effroi que toute la peine et le travail dépensés jusque-là ont été vains. Oui, même ce que l'on avait pu considérer comme un gain intellectuel durable pour le patient, sa compréhension de la psychanalyse, sa confiance en son efficacité, ont subitement disparu »¹⁵.

En 1936, le psychologue américain Saul Rosenzweig a défendu l'idée que les succès des psychothérapies procédaient de facteurs qui leur étaient communs : un thérapeute expérimenté, la libération d'émotions, une théorie de référence cohérente et la reformulation d'événements psychologiques en fonction de la théorie. Des psychologues appellent cette thèse « le verdict du dodo ». Dans *Alice au pays des merveilles*, l'oiseau dodo, ayant arbitré une course, décrète : « tous ont gagné et tous doivent recevoir un prix ».

Carl Rogers, un des plus célèbres psychothérapeutes du XXe siècle, a conforté cette conception. Dans un article paru en 1957 et qui sera très largement diffusé — « Les conditions nécessaires et suffisantes du changement thérapeutique de la personnalité »¹⁶ —, il a soutenu

que le thérapeute efficace (a) est une personne authentique, cohérente, consciente de ses sentiments, (b) témoigne à son client une considération positive inconditionnelle (ce qui n'implique pas d'approuver tous ses actes) et (c) fait preuve d'empathie, c'est-à-dire tente d'éprouver ce que vit le client. (Pour diverses raisons, Rogers parlait de « client » plutôt que de « patient », un usage qui s'est généralisé chez les psychologues anglo-saxons).

En 1952, Hans Eysenck – le directeur du département de psychologie de l'Institut Maudsley à l'université de Londres – a publié ce qui deviendra son plus célèbre article : « The effects of psychotherapy : An evaluation »¹⁷. Sur la base de 24 études statistiques – 5 freudiennes et 19 « éclectiques » –, portant sur plus de 8000 patients, il concluait que les améliorations et guérisons étaient d'environ deux tiers après deux ans de traitement, quel que soit le traitement (si l'on ne tient pas compte des abandons).

• Les facteurs actifs spécifiques

En 1919, Freud avouait ne pas pouvoir traiter efficacement les phobies : « Notre technique a grandi avec le traitement de l'hystérie et elle ne cesse d'être toujours réglée sur cette affection. Mais déjà les phobies nous obligent à aller au-delà de ce qui est jusqu'à présent notre comportement. On ne devient guère maître d'une phobie si l'on attend que le malade soit amené par l'analyse à l'abandonner. Il n'apporte alors jamais à l'analyse ce matériel qui est indispensable à la résolution convaincante de la phobie ». Pour les agoraphobes, il précisait : « On n'obtient de succès que si l'on peut les amener à aller dans la rue et, pendant cette tentative, à combattre contre l'angoisse »¹⁸.

Le psychiatre-psychanalyste Alexandre Herzberg est un des rares freudiens à avoir mis en œuvre la suggestion de Freud. Après avoir quitté l'Allemagne nazie pour Londres, il a développé une « psychothérapie active »¹⁹. Pour traiter les phobies, il proposait des exercices qui augmentent progressivement difficulté jusqu'à pouvoir affronter les situations les plus redoutées. Il affirmait faire disparaître les phobies en une vingtaine de séances. Quand Eysenck, à la fin des années 1950, a cherché à élaborer une psychothérapie fondée sur la psychologie scientifique, il s'est rappelé des exposés de Herzberg (décédé en 1945). Il y a trouvé l'inspiration pour un traitement par confrontations progressives. Cette technique sera appliquée avec succès par ses assistants. En 1955, Joseph Wolpe, un psychiatre sud-africain, qui avait développé de son côté une méthode comparable, est venu voir Eysenck. Quelques années plus tard se développaient les thérapies comportementales, avec des résultats spectaculaires pour le traitement des phobies. Parmi beaucoup d'autres publications, le rapport de l'INSERM de 2004 a confirmé ces résultats²⁰. Le facteur actif spécifique du traitement des phobies est la confrontation progressive à des situations anxiogènes. La procédure s'appelle « exposition » ou « désensibilisation systématique ». Des comportementalistes ont mis en évidence une série d'autres facteurs spécifiques, par exemple la façon de gérer les idées intrusives qui mènent à des obsessions²¹. Soulignons que les comportementalistes, par principe soucieux de scientificité, tiennent compte des recherches sur les facteurs communs et les mettent en œuvre dans leur pratique, complémentaires à des techniques spécifiques.

Aujourd'hui, on peut dire que des thérapeutes compétents de beaucoup d'Écoles ont gagné un prix, mais pas tous les mêmes. Il faut ici souligner le mot « compétents » car, comme il y a des médecins qui font plus de tort que de bien, il y a des psychothérapeutes de toutes orientations qui génèrent la détérioration de l'état de leurs patients.

Les facteurs psychothérapeutiques communs

Depuis l'article de Rosenzweig, des praticiens et des chercheurs ont tenté de définir les facteurs communs essentiels. En 1990, Lisa Grencavage et John Norcross ont publié une liste de 89 facteurs trouvés dans 50 publications ²². Les quatre les plus cités, par ordre de fréquence : la catharsis (l'opportunité d'exprimer des émotions), l'acquisition et la pratique de nouveaux comportements, l'explication « rationnelle » des troubles (pas nécessairement correcte, mais ayant le mérite de remplacer une conception démoralisante), le sentiment de mieux se comprendre.

Il semble vain de vouloir établir une liste consensuelle, car les facteurs communs ne peuvent pas être manipulés expérimentalement, contrairement à ce qui est possible pour des composantes spécifiques (par exemple comparer des thérapies de phobies avec ou sans « exposition »). Nous présentons ici des facteurs classiquement cités, en soulignant qu'ils apparaissent dans beaucoup de thérapies, mais pas dans toutes, et que lorsqu'ils sont présents c'est à des degrés différents. Ainsi, l'analyse freudienne confronte les patients à l'objet de leurs anxiétés (en en parlant et en les « analysant »), mais ne le fait pas de façon active et systématique comme dans le cas des thérapies comportementales et cognitives (TCC).

• La foi dans le traitement

En 1897, J.-M. Charcot affirmait, dans *La foi qui guérit*, que « la *faith-healing* opère souvent lorsque tous les autres remèdes ont échoué » ²³. Ce facteur peut être cité en premier lieu pour trois raisons : il est évoqué depuis longtemps, il détermine l'engagement dans la thérapie et de nombreuses recherches ont montré son importance ²⁴. Les patients qui, avant une thérapie, croient qu'ils vont changer, évoluent mieux que ceux qui ont des doutes. Déjà le fait de se trouver sur une liste d'attente entraîne des améliorations significatives.

• L'alliance de travail

Cette expression désigne la confiance du patient dans le thérapeute, ainsi que leur accord sur les objectifs et les moyens à mettre en œuvre. De nombreuses recherches ont montré une corrélation particulièrement élevée entre ce facteur et les résultats de psychothérapies ou de traitements psychopharmacologiques ²⁵.

• Le contact affectif

L'être humain est un mammifère social. Comme d'autres animaux, il a tendance à rechercher du contact affectif (et physique) quand il est angoissé. La majorité des psychothérapeutes offre une relation sécurisante et plus ou moins chaleureuse. La qualité de la relation dépend aussi des patients. Elle est en corrélation (à vrai dire faiblement) avec des événements antérieurs à la thérapie : les patients qui ont eu de mauvaises relations avant le traitement développent une moins bonne relation avec le thérapeute que ceux qui ont bénéficié de relations de qualité ²⁶.

Carl Rogers, dont le nom reste attaché à l'importance de la rencontre – au sens fort du terme – , a souligné les dangers de faire montre d'un excès de chaleur. Le thérapeute d'emblée très chaleureux s'expose à ne pas pouvoir maintenir cette attitude ou risque de favoriser des relations amoureuses ou sexuelles. On peut ajouter qu'une relation très affectueuse risque de s'éterniser. Elle dispense d'établir d'autres relations et induit la « corumination » : le thérapeute écoute interminablement les mêmes doléances au lieu d'inciter à expérimenter de nouveaux comportements.

• L'écoute empathique

La plupart des psychothérapeutes encouragent à parler librement de questions embarrassantes ou angoissantes. C'est parfois la première occasion de parler de secrets humiliants ou culpabilisants. Les thérapeutes font alors preuve de compréhension du vécu des patients et s'abstiennent de jugements moraux.

Dans une recherche comparant diverses techniques comportementales pour réduire la consommation d'alcool, les auteurs ont demandé aux patients d'évaluer le degré d'empathie du thérapeute à leur égard. Six à huit mois après le traitement, les changements de comportement apparaissaient fortement corrélés avec leur évaluation de l'empathie ($r = 0.82$)²⁷.

• La modification de significations

Les psychothérapies sont l'occasion de prises de conscience et de nouvelles façons d'envisager les problèmes. Les nouvelles significations sont loin d'être toujours bien fondées, mais leur adéquation à la réalité importe moins que le sentiment de compréhension et de contrôle qu'elles apportent. La principale composante de la « thérapie cognitive » — inaugurée par Albert Ellis et Aaron Beck — est précisément de modifier activement et méthodiquement des façons de percevoir et de penser.

Parmi les types de restructurations cognitives, notons la prise de distance et la dédramatisation. Freud a reconnu que c'était un de ses principaux outils. En concluant les *Études sur l'hystérie*, il écrivait qu'il répondait aux patients qu'il ne parvenait pas à aider : « Il devrait être plus facile au destin qu'à moi d'enlever votre souffrance, mais vous pourrez vous convaincre que beaucoup a été acquis si nous réussissons à transformer votre misère hystérique en malheur commun »²⁸.

• L'expérience de nouveaux comportements

La psychothérapie fonctionne comme une sorte de brainstorming et est ainsi l'occasion d'imaginer de nouvelles actions. Or l'expérimentation de nouvelles façons d'agir est une voie royale pour découvrir de nouvelles significations et changer en profondeur. C'est un des principes essentiels des thérapies comportementales. Albert Bandura, un des plus célèbres chercheurs sur les effets des thérapies, concluait son article sur la « self-efficacy », selon lui le facteur le plus important : « Le changement comportemental est médiatisé par des processus cognitifs, mais ce qui induit et modifie le plus rapidement ces processus cognitifs, ce sont des actions menant à l'expérience d'un contrôle effectif »²⁹.

Les facteurs communs vus par les patients

Lambert, Shapiro et Bergin ont fait une revue de recherches sur les explications données par des patients pour la réussite de leur traitement (psychanalytique, comportemental, rogerien, etc.)³⁰. Ils concluent que, du point de vue des patients, l'efficacité du traitement est attribuée principalement à des facteurs non spécifiques : le sentiment d'être accepté par le thérapeute, son implication active et son aide pour mieux comprendre les troubles.

Les constatations de Paul Roazen, qui a interrogé plusieurs anciens patients de Freud, vont en ce sens. Citons l'exemple d'Albert Hirst, un des rares patients satisfaits de sa cure. Roazen écrit : « Selon la théorie de Freud, le transfert devrait permettre de susciter des souvenirs et l'évocation du passé libérerait le patient des ombres de la névrose. Mais Hirst déclarait clairement que le simple fait de parler à Freud avait eu plus d'effet thérapeutique que tout ce

qu'il avait pu lui dire. Autrement dit, c'est la relation elle-même, et non le contenu des interprétations de Freud, qui avait été l'élément thérapeutique essentiel »³¹.

Ce qui s'est passé réellement dans le cabinet de Freud – et de ses disciples – semble très éloigné des films hollywoodiens où le ressouvenir d'un événement refoulé apporte la guérison comme par miracle.

-
- ¹ Placebo effects in medicine, psychotherapy and psychoanalysis. In Bergin A. & Garfield (eds) *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. J. Wiley, 1971, p. 441.
- ² Éd. Vrin, 1947, rééd., 1972, p. 179.
- ³ *Spontaneous Regression of Cancer*. Philadelphia : JB Saunder, 560 p.
- ⁴ *De l'usage du placebo dans l'art de guérir*. Éd. EME, 2012, p. 70.
- ⁵ *Essais*. Livre I, chap 21. Adaptation A. Lanly. Éd. Honoré Champion, 1989, p. 124.
- ⁶ Pour une présentation de l'histoire du mesmérisme et son impact sur l'histoire de la psychothérapie : F. Rausky (1977) *Mesmer ou la révolution thérapeutique*. Payot, 262 p.
- ⁷ The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association*, 159: 1602-1606.
- ⁸ Turner, J.L. et al. (1980) *An annotated bibliography of placebo research*. American Psychological Association, 296 p.
- ⁹ Des synthèses récentes : Aulas, J.-J. (2009) *Placebo et effet placebo en médecine*. Book-e-Book, 62 p. — Vanherweghem, J.-P. (2012) *De l'usage du placebo dans l'art de guérir*. Éd. EME, 85 p.
- ¹⁰ Institut national d'études démographiques (www.ined.fr)
- ¹¹ Kolassa, I.T. et al. (2010) Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma*, 3 : 169-174.
- ¹² Lambert, M. (1976) Spontaneous remission in adult neurotic disorders : A revision and summary. *Psychological Bulletin*, 83 : 107-119.
- ¹³ Paris : Richard, Caille et Ravier. Rééd., éd. Tchou, 1965, p. 65.
- ¹⁴ *Selbstdarstellung*. G.W., XIV, p. 52 ; *Œuvres complètes*, PUF, XVII, p. 74.
- ¹⁵ *Abriss der Psychoanalyse* (1940) G.W., XVII, p. 101s ; *Œuvres complètes*, PUF, XX, p. 269.
- ¹⁶ The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21: 97-103.
- ¹⁷ *Journal of Consulting Psychology*, XVI : 319-324.
- ¹⁸ Wege der psychoanalytischen Therapie, G.W., XII, p 191 ; *Œuvres complètes*, PUF, XV, p. 106.
- ¹⁹ *Active Psychotherapy*, Londres : Routledge & Kegan Paul. — Van Rillaer J. (1999) Alexandre Herzberg. Un ancêtre méconnu de la thérapie comportementale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 9 : 62-64.
- ²⁰ Inserm (2004) *Psychothérapie. Trois approches évaluées*. Paris: Éditions de l'Inserm, 568 p.
- ²¹ Van Rillaer, J. (2010) Le trouble obsessionnel-compulsif. SPS, n° 292. <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1491>>
- ²² Where are the commonalities among the therapeutic common factors ? *Professional Psychology: Research and Practice*, 1990, 21: 372-378.
- ²³ Félix Alcan, 48 p.
- ²⁴ Shapiro, A. & Shapiro, E. (1984) Patient-provider relationships and the placebo effect. In J. Matarazzo et al. (eds) *Behavioral Health*. Wiley, p. 371-383.
- ²⁵ Pour une revue : B. Wampold (2012) Résultats de la recherche en faveur des modèles des facteurs communs. In B. Duncan et al., *L'essence du changement*. Trad., De Boeck, p. 79-111.
- ²⁶ Moras, R. & Strupp, H. (1982) Pretherapy, interpersonal relations, patients' alliance and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39:405-409.
- ²⁷ Miller, W.R., Taylor, C. & West, J.C. (1980) Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48: 590-601.
- ²⁸ *Studien über Hysterie* (1895). *Œuvres complètes*. PUF, 2009, Vol. II, p. 332.
- ²⁹ Bandura, A. (1977) Self-efficacy : Toward an unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, p. 191.
- ³⁰ Lambert, M., Shapiro, D. & Bergin, A. (1986) The effectiveness of psychotherapy. In S. Garfield & A. Bergin (Eds) *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. Wiley, 3^d ed., p. 173s.
- ³¹ *How Freud worked*. Ed. Jason Aronson, 1995. Trad., *Dernières séances freudiennes. Des patients de Freud racontent*. Seuil, 2005, p. 59s.