

CE QUI AGIT EFFECTIVEMENT EN PSYCHOTHÉRAPIE : FACTEURS COMMUNS OU AGENTS SPÉCIFIQUES

Yves de Roten

Groupe d'études de psychologie | *Bulletin de psychologie*

2006/6 - Numéro 486
pages 585 à 590

ISSN 0007-4403

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2006-6-page-585.htm>

Pour citer cet article :

de Roten Yves, « Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques », *Bulletin de psychologie*, 2006/6 Numéro 486, p. 585-590.

Distribution électronique Cairn.info pour Groupe d'études de psychologie.

© Groupe d'études de psychologie. 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.

Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques

DE ROTEN Yves*

La recherche sur l'efficacité des psychothérapies s'est développée en plusieurs phases, répondant à des préoccupations spécifiques. Grawe (1997) en distingue quatre principales : 1° une phase de *légitimation*, correspondant à la question : la thérapie est-elle efficace ? 2° une phase de *compétition* – quelle forme de psychothérapie est la plus efficace ? 3° une phase de *prescription* – quelle forme de psychothérapie est efficace pour quel type de patient ? 4° une phase de *compréhension*, qui marque une certaine rupture avec les questions précédentes, avec comme question : qu'est-ce qui permet à la psychothérapie d'être efficace ?

Au cours des trois premières phases, l'explication ou la prédiction du succès thérapeutique s'est faite essentiellement en fonction de la méthode de traitement et de la catégorie diagnostique. L'expertise collective réalisée par l'Inserm (2004) de trois approches thérapeutiques procède directement de cette logique, dont l'intérêt s'est trouvé renouvelé récemment par le développement, depuis les années 1990, de la médecine basée sur les preuves ou médecine apodictique. Les problèmes méthodologiques posés par cette perspective ont été soulignés à de très nombreuses reprises (par exemple, Fischman, 2005). La phase actuelle de la recherche tend à démontrer qu'une telle focalisation est, au mieux, prématurée, dans la mesure où des éléments du processus thérapeutique comme l'alliance thérapeutique, la qualité du thérapeute ou encore l'allégeance du chercheur constituent des prédicteurs autrement plus importants des résultats. J'y reviendrai.

D'autre part, une grande confusion règne dans la littérature empirique, confusion propice aux conflits. La question de l'efficacité relative de chaque méthode psychothérapeutique génère des travaux qui, bien que fondés sur les mêmes paradigmes (études contrôlées et randomisées, méta-analyses) et, parfois, sur les mêmes études (voir, par exemple, le débat entre Gloagen, Cottraux et coll., 1998 ; Wampold, Minami et coll., 2002), aboutissent à des conclusions radicalement

divergentes. Certains démontrent l'efficacité spécifique de chaque forme de psychothérapie, et plus particulièrement de l'approche cognitive-comportementale (Andersson, 2000 ; Dobson, 1989 ; Gloagen, Cottraux et coll., 1998 ; Malik, Beutler et coll., 2003 ; Shapiro, Shapiro, 1982, par exemple) alors que d'autres, tout aussi nombreux, prouvent une équivalence des résultats (Lambert, Ogles, 2004 ; Lipsey, Wilson, 1993 ; Luborsky, 1999 ; Wampold, Minami et coll., 2002 ; Westen, Morrison, 2001). Pour Wampold (2001), deux modèles de traitement, marqués idéologiquement, s'affrontent. Dans ce qu'il nomme le modèle *médical*, le client présente un trouble, un problème ou une plainte ; le thérapeute se fonde sur une orientation théorique reconnue et une théorie du changement pour en expliquer l'origine et prescrire des actions thérapeutiques spécifiques. Dans le modèle *contextuel*, par contre, le client vit essentiellement une démoralisation pour laquelle il rencontre un thérapeute qui lui propose une relation de confiance, émotionnellement chargée, un contexte de soin professionnalisé, enfin une théorie – un mythe – permettant, à la fois, de comprendre ses difficultés et de proposer des procédures – des rituels – reconnus comme moyens viables de l'aider, moyennant sa participation active.

Impossible, à l'heure actuelle, de trancher ce débat sur la base d'arguments exclusivement empiriques et rationnels. Mais comme le signale Grawe (1997), la recherche en psychothérapie ne se limite pas à la constitution d'un guide des traitements empiriquement validés, et j'aimerais mentionner, dans la suite de cet article, certains éléments du processus thérapeutique ayant démontré leur influence par rapport aux résultats.

* Université de Lausanne. Institut universitaire de psychothérapie, Département de psychiatrie-CHUV, Site de Cery, Bât. les Cèdres, CH-1008 Prilly. <Yves.deRoten@chuv.ch>.

LES FACTEURS DU SUCCÈS THÉRAPEUTIQUE

Pour examiner le poids relatif des différents facteurs mesurables, en relation avec le succès thérapeutique, une recherche fait référence dans la littérature. Il s'agit d'une vaste étude contrôlée randomisée sur le traitement de la dépression (*Treatment of Depression Collaborative Study Program*), réalisée dans les années 1980 par trois centres de recherche américains, et financée par la NIMH (*National Institut of Mental Health*). L'étude est sans équivalent par le nombre et la qualité des différents travaux générés à partir des mêmes données. Deux cent cinquante patients déprimés ont été assignés, au hasard, à l'un des quatre traitements suivants : deux formes de psychothérapies brèves en vingt séances (thérapie cognitive comportementale et thérapie interpersonnelle) ; un traitement médicamenteux (imipramine et prise en charge clinique) ; une condition contrôle (placebo – médicament inerte – et prise en charge clinique). Dans l'article princeps sur les résultats (Elkin, Shea et coll., 1989), l'élément le plus saillant est que les patients, dans les trois formes de traitement, montrent une réduction significative de leur symptomatologie, les différences étant infimes entre les différentes conditions. Quant au groupe placebo, il se révèle également efficace, mais dans une moindre mesure. La différence la plus importante concerne uniquement les patients les plus déprimés qui bénéficient davantage et plus rapidement du médicament que d'une psychothérapie, et davantage d'une psychothérapie que du placebo. Plusieurs autres analyses de ces données, à l'aide de modèles statistiques plus perfectionnés, ont globalement confirmé les premiers résultats. Cette absence de différences observées a eu pour effet positif de stimuler la recherche de variables médiatrices, permettant de l'expliquer et de très nombreuses études ont été réalisées à partir de ces données. Blatt, Sanislow et coll. (1996), par exemple, se sont intéressés à l'influence de la qualité du thérapeute sur les résultats. L'étude incluait vingt huit thérapeutes très expérimentés, bien formés et dont l'adhérence et la compétence étaient contrôlées. Pourtant, le calcul de l'efficacité moyenne de chaque thérapeute met en lumière trois groupes différents : 1° des thérapeutes peu efficaces, 2° des thérapeutes relativement efficaces et 3° des thérapeutes plus efficaces. Chaque groupe comprend environ un tiers des thérapeutes et n'est lié à aucune forme de traitement. Selon Kim, Wampold et coll. (2006), la variance des résultats de cette étude, attribuable à la qualité du thérapeute – ce qui correspond à la valeur explicative de cette variable –, est de l'ordre de 8 % environ, alors que 0 % est attribuable à la forme de traitement délivrée.

De toutes les variables étudiées, l'alliance thérapeutique s'est révélée être la plus prédictive (Krupnick, Sotsky et coll., 1996). La corrélation entre niveau d'alliance et l'évolution symptomatique du patient est du même ordre pour les quatre groupes (les deux psychothérapies, la thérapie médicamenteuse et le groupe placebo). Enfin la participation de l'alliance à la variance des résultats est nettement plus élevée (environ 21 % de la variance expliquée) que la technique thérapeutique proprement dite (seulement 2 % de la variance expliquée). Rien de particulièrement étonnant dans ce résultat. De toutes les variables étudiées par la recherche, l'alliance thérapeutique s'est montrée, de manière consistante et robuste, comme le meilleur prédicteur des résultats pour différentes formes de psychothérapie et différents types de patients, confirmant l'importance des processus relationnels en psychothérapie. C'est également ce qui a conduit l'association psychologique américaine (APA), lorsqu'elle s'est préoccupée, bien avant le rapport Inserm, de la base scientifique sur laquelle étayer l'efficacité des psychothérapies, de diligenter parallèlement deux groupes de travail : l'un sur les formes de traitement empiriquement validés (groupe de travail de la division 12), l'autre sur les éléments relationnels empiriquement validés (groupe de travail de la division 29). Ce dernier groupe a mis en évidence les éléments généraux de la relation thérapeutique (regard positif, empathie, alliance, par exemple) ainsi que les caractéristiques du patient qui nécessitent de construire une relation thérapeutique « sur mesure » (résistance, style d'attachement, étape du changement, etc.) ayant démontré empiriquement leur rôle dans l'efficacité des psychothérapies (Norcross, 2002).

Cependant, pour reprendre l'exemple de l'alliance, ce n'est pas une intervention en soi – particulièrement dans le domaine des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse – et son émergence reflète plutôt l'utilisation appropriée d'autres composants du processus thérapeutique (Stiles, 1999). Les exemples de formation clinique directe à l'alliance thérapeutique n'ont pas donné de résultats très positifs (Horvath, 2005), voire même ont mis en évidence une péjoration des résultats après la formation (Henry et coll., 1993). Impossible, apparemment, de se contenter de privilégier les aspects relationnels au détriment des aspects techniques, les facteurs communs par opposition aux agents spécifiques. Comprendre ce qui se passe en psychothérapie, comme le préconise la phase actuelle de la recherche, nécessite des modèles qui intègrent ces deux dimensions dans un modèle de compréhension à la fois plus global et mieux contextualisé.

LA TECHNIQUE EN QUESTION

Les recherches sur le processus ont également permis de questionner plus directement la théorie clinique des thérapeutes, en la comparant avec l'observation des pratiques « réelles ». Que sait-on, en effet, de ce que font les thérapeutes ? et font-ils bien ce qu'ils disent qu'ils font ?

Revenons une fois encore sur l'étude NIMH du traitement de la dépression. Ablon et Jones (2002) se sont attachés à décrire le processus thérapeutique des deux formes de thérapies dispensées (thérapie cognitive-comportementale et thérapie interpersonnelle) à l'aide d'un instrument spécifique (*Psychotherapy Process Q-Set*) dont l'une des caractéristiques est de permettre la comparaison entre les pratiques observées à partir de séances enregistrées et des prototypes théoriques idéaux de ces pratiques, construits par des experts à partir de leur expérience et de leur théorie de la pratique (voir également Kramer, De Roten et coll., 2006, pour une description de l'instrument). Deux éléments saillants apparaissent dans les résultats : 1° le prototype cognitif-comportemental correspond davantage aux pratiques observées dans les deux formes de psychothérapie et 2° plus le degré de correspondance avec le prototype cognitif-comportemental est élevé, meilleurs sont les résultats pour la thérapie cognitive-comportementale et la thérapie interpersonnelle. Bien que chaque traitement ait été dispensé par des thérapeutes expérimentés et formés à partir d'un manuel spécifique, les deux traitements partagent beaucoup d'éléments qui correspondent à ce que les experts décrivent comme des processus cognitifs-comportementaux. Il ne s'agit donc pas de la conséquence d'un facteur non spécifique – comme l'alliance thérapeutique, par exemple – mais bien de l'effet spécifique provenant de processus communs. Ces similarités au niveau du processus permettent d'expliquer l'absence de différences dans les résultats. Les théories divergent là où les pratiques se rejoignent.

Ces résultats sont cependant difficilement généralisables. En appliquant le même instrument à des séances de thérapie cognitive-comportementale et de thérapie psychodynamique brève pour des patients présentant différents types de troubles, Ablon et Jones (1998) ont trouvé cette fois une corrélation entre l'adhérence au prototype psychanalytique et les résultats positifs pour les deux formes de traitement. Il faut donc se garder d'en tirer des conclusions trop rapides sur l'efficacité de certaines techniques. De plus, des validations dans d'autres contextes et avec d'autres instruments sont également nécessaires.

S'il n'est pas aussi facile que prévu de distinguer différentes interventions en fonction de leur

référentiel théorique, ne peut-on pas mettre, néanmoins, en évidence les éléments minimaux nécessaires et suffisants à une forme de psychothérapie pour amener un changement ? Dans le domaine de la dépression, l'étude de Jacobson, Dobson et coll. (1996) est exemplaire à ce sujet. En se fondant sur la théorie du changement thérapeutique du modèle comportemental et cognitif de Beck, ces auteurs ont comparés l'efficacité de trois modules de traitement. Dans le premier, la thérapie était uniquement centrée sur l'activation comportementale (AC) ; dans le deuxième module, la thérapie comprenait AC ainsi qu'un travail sur les pensées automatiques (PA) ; enfin un troisième module comprenait AC, PA ainsi qu'un travail spécifique sur les pensées de base (PB). Une fois encore les résultats n'ont pas été ceux attendus : en contradiction totale avec la théorie, les trois modules (AC), (AC + PA) et (AC + PA + PB) ont démontré une efficacité similaire, que ce soit à la fin de la thérapie ou après six mois. Plus troublant encore, le module (AC) se montre tout aussi efficace, pour changer les pensées négatives, que le module (PA) supposé agir spécifiquement à ce niveau. De même, pour le style d'attribution dysfonctionnel spécifique du module (PB). Une fois de plus, la preuve semble faite : considérer les psychothérapies d'après leur marque de fabrique peut se révéler trompeur, et l'établissement d'un lien empirique clair entre un trouble, une forme de traitement et des résultats suppose, *a minima*, le contrôle préalable d'un grand nombre de variables du processus thérapeutique.

LE MODÈLE DE L'ADÉQUATION

Depuis plusieurs années, le groupe de recherche sur l'alliance de Lausanne (GRAL) s'est intéressé à la relation entre la technique du thérapeute et l'alliance thérapeutique dans des psychothérapies psychanalytiques (De Roten, Michel et coll., 2005) en partant du constat suivant : l'alliance thérapeutique semble échapper, en première intention, au thérapeute lui-même, qui est en quelque sorte pris dans la relation : comme l'amour, le désir de soigner est aveugle. Dès lors, est-il possible d'avoir comme objectif de développer activement l'alliance ? Elle apparaît davantage comme la conséquence d'un travail thérapeutique adéquat qu'un paramètre dont le soignant pourrait garantir la présence en première intention. Pour y répondre, commençons par examiner les différents modèles de construction de l'alliance développés dans la littérature.

Le premier, qui nous intéresse le moins, consiste à considérer certaines qualités propres à chacun des partenaires comme la capacité empathique du thérapeute ou la capacité d'auto-observation du patient. Au mieux, ce critère fonctionne par

exclusion : il marque les limites – plutôt larges, toujours mouvantes – en dehors desquelles la question du changement ne s'applique plus.

Le deuxième reconnaît le caractère co-construit de l'alliance, et en fait un élément général, commun à toutes les formes de psychothérapie et non-spécifique de toute rencontre. Ce critère fonctionne par inclusion : quelle que soit la technique du thérapeute ou les caractéristiques du patient, seule l'alliance qui se construit entre eux garantit la validité du processus. Dans cet esprit, nous avons développé la notion « d'alliance communicationnelle » pour rendre compte des conditions nécessaires – mais pas suffisantes – à toute interaction thérapeutique (De Roten, Fivaz-Depeursinge et coll., 2000).

Le troisième modèle, au contraire du précédent, fait de l'alliance un élément *très spécifique* d'un processus thérapeutique donné, créé par l'application de techniques adéquates au modèle théorique auquel se réfère le thérapeute, en fonction des caractéristiques du patient. En d'autres termes, l'établissement d'un cadre thérapeutique rigoureux crée une forme particulière de relation dont l'une des caractéristiques est de faire émerger et de maintenir une bonne alliance thérapeutique.

Les résultats convergents de deux recherches, l'une sur la construction de l'alliance au cours des premiers entretiens d'une psychothérapie psychodynamique ultra-brève (De Roten, 2000 ; Despland, De Roten et coll., 2001 ; Junod, De Roten et coll., 2005 ; Stigler, De Roten et coll. ¹), l'autre sur les changements d'alliance dans des psychothérapies limitées dans le temps (De Roten, Michel et coll., 2005) tendent à confirmer la pertinence du dernier modèle. Nous mesurons certaines caractéristiques dynamiques du patient (les mécanismes de défense et les conflits, en particulier) ainsi que le type et la qualité des interventions du thérapeute. Prises individuellement, ces mesures se montrent toutes indépendantes du degré d'alliance (exprimé par le patient après la séance étudiée). En revanche, en examinant l'adéquation des interventions du thérapeute au fonctionnement défensif du patient, ou au type de conflit évoqué par le patient, des corrélations significatives apparaissent avec le niveau d'alliance. Du point de vue du thérapeute, ce n'est donc pas l'adaptation directe de ses interventions au niveau perçu de l'alliance mais bien l'adéquation de ses interventions, en fonction des caractéristiques dynamiques du patient, qui

constitue un contexte favorable à l'établissement et au maintien d'une bonne alliance thérapeutique. Faire son travail d'analyste implique de se focaliser sur les conflits et les défenses du patient, et, dans ses interventions, de s'y ajuster. On peut imaginer – nous travaillons actuellement à le mettre en évidence – qu'il en est de même pour d'autres formes de psychothérapies, en fonction de processus différents.

POUR UNE ALLIANCE ENTRE CLINIQUE ET RECHERCHE

L'un des reproches majeurs adressés à la recherche touche à son manque de lien avec la pratique clinique. Malgré quelques notables exceptions, chercheurs et cliniciens travaillent dans des mondes séparés. Ce fossé est dû, en partie, au fait que, traditionnellement, les connaissances tirées de la clinique et de la recherche sont mises en compétition. Lorsque les résultats sont compatibles, la recherche valide et offre la caution de la preuve ; dans le cas contraire, elle sanctionne. Cependant, en tant que mise à l'épreuve d'hypothèses, la recherche ne peut apporter une contribution à la pratique qu'en dépréciant les démarches qui ne réussissent pas à satisfaire ses exigences. Sont alors évaluées comme plus efficaces les psychothérapies qui sont plus facilement analysables à l'aide des outils scientifiques disponibles et pour lesquelles on dispose, de fait, des résultats les plus nombreux et les plus fiables. Le rapport Inserm en est l'illustration. D'où le sentiment, pour les pratiquants des autres formes de psychothérapies, moins compatibles avec les canons de la science, d'être dévalués plutôt qu'évalués, et qui correspond avec ce que Melander, Ahlqvist-Rastad et coll. (2003) décrivent comme une évaluation basée sur des preuves biaisées.

Comme j'ai essayé de le montrer, la question de l'efficacité est complexe et ne se résume pas à catégoriser des traitements et des troubles. La science bien comprise procède de l'intégration critique et judicieuse de résultats mis en évidence par différentes méthodes, dans différents contextes. Pour avancer dans notre connaissance de la psychothérapie, construire une bonne alliance entre chercheur et clinicien me paraît indispensable, de manière tout à fait comparable à l'alliance de travail qui doit se construire, quelle qu'en soit la manière, entre patient et thérapeute. Le concept de « double description » (Bateson, 1984), qui repose sur le principe coopératif selon lequel « deux descriptions valent mieux qu'une », me semble parfaitement représenter l'esprit de collaboration qui devrait prévaloir. Dans ce cadre, les données de la clinique et de la recherche représentent deux descriptions différentes d'une même réalité, et l'élaboration de

1. Stigler (Michael), De Roten (Yves), Despland (Jean-Nicolas).- A combined measure for accuracy and conflictuality of interpretations, *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, parution prévue au début 2007.

ces différences permet de créer une description complémentaire, plus complexe et d'ordre logique supérieur. Gregory Bateson donne l'exemple de la vision binoculaire : la comparaison entre deux images planes produit la perception du relief. Une relation interpersonnelle peut également être envisagée comme le résultat d'une double description, où les partenaires confrontent sans cesse leur point de vue. Cette conception, pluraliste et ouverte, enterme l'idée qu'il existe une seule vérité derrière tout comportement humain, donc qu'il existe une seule méthode pour découvrir et valider cette

vérité. Sont ainsi rejetées l'attitude sectaire (je suis le seul à avoir raison) et l'attitude anarchiste (tout marche).

On a l'habitude d'opposer recherche quantitative et évaluative, à la recherche qualitative (ou l'étude de cas) centrée sur la pratique clinique. Les quelques exemples présentés sur les liens entre processus thérapeutique et résultats démontrent que la question de l'évaluation n'est pas – ou n'est plus – la seule finalité de la recherche quantitative en psychothérapie. Qui s'en plaindra ?

RÉFÉRENCES

- ABLON (J. Stuart), JONES (Enrico E.).– How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavior therapy, *Psychotherapy Research*, 8, 1998, p. 71-83.
- ABLON (J. Stuart), JONES (Enrico E.).– Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, *American Journal of Psychiatry*, 159, 2002, p. 775-783.
- ANDERSSON (Gerhard).– On Alice in Wonderland, statistics, and whether CBT should take the prize, *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29, 2000, p. 1-4.
- BATESON (Gregory).– *La nature et la pensée*, Paris, Seuil, 1984.
- BLATT (Sidney J.), SANISLOW (Charles A.), ZUROFF (David C.), PILKONIS (Paul A.).– Characteristics of effective therapists : further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1996, p. 1276-1284.
- DE ROTEN (Yves).– Processus de co-construction de l'alliance thérapeutique, *Psychothérapies*, 20, 2000, p. 243-248.
- DE ROTEN (Yves), FIVAZ-DEPEURSINGE (Elisabeth), STERN (Daniel J.), DARWISH (Joëlle), CORBOZ-WARNERY (Antoinette).– Body and gaze formations and the communicational alliance in couple-therapist triads, *Psychotherapy Research*, 10, 2000, p. 30-46.
- DE ROTEN (Yves), MICHEL (Luc), DESPLAND (Jean-Nicolas).– La recherche sur le processus psychothérapeutique : l'exemple du modèle de l'adéquation, *Pour la recherche*, 44, 2005, p. 11-13.
- DESPLAND (Jean-Nicolas), DE ROTEN (Yves), DEPARS (Josée), STIGLER (Michael), PERRY (J. Christopher).– Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 2001, p. 155-164.
- DOBSON (Keith S.).– A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 1989, p. 414-419.
- ELKIN (Irene), SHEA (M. Tracie), WATKINS (John T.), IMBER (Stanley D.), SOTSKY (Stuart M.), COLLINS (Joseph F.), GLASS (David R.), PILKONIS (Paul A.), LEBER (William R.), DOCHERTY (John P.), et coll.– National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments, *Archives of General Psychiatry*, 46, 1989, p. 971-982.
- FISHMAN (Georges).– Évaluation des psychothérapies selon les principes de l'Evidence-based medicine. Enjeux et scientificité du rapport de l'Inserm, *Annales médico-psychologiques*, 163, 2005, p. 769-779.
- GLOAGEN (Valérie), COTTRAUX (Jean), CUCHERAT (Michel), BLACKBURN (Ivy-Marie).– A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients, *Journal of Affective Disorders*, 49, 1998, p. 59-72.
- GRAWE (Klaus).– Research-informed psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 7, 1, 1997, p. 1-19.
- HENRY (William P.), SCHACHT (Thomas E.), STRUPP (Henry H.), BUTLER (Stephen F.), BINDER (Jeffrey L.).– Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy : mediators of therapists' responses to training, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1993, p. 441-447.
- HORVATH (Adam O.).– The therapeutic relationship : research and theory : an introduction to the special issue, *Psychotherapy Research*, 15, 2005, p. 3-7.
- INSERM Collectif.– *Psychothérapie. Trois approches évaluées*, Paris, les éditions de l'Inserm, 2004.
- JACOBSON (Neil S.), DOBSON (Keith S.), TRUAX (Paula), ADDIS (Michael E.), KOERNER (Kelly), GOLLAN (Jackie K.), GORTNER (Eric), PRINCE (Stacey E.).– A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1996, p. 295-304.

JUNOD (Olivier), DE ROTEN (Yves), MARTINEZ (Elena), DRAPEAU (Martin), DESPLAND (Jean-Nicolas).— How to address patients' defenses : a pilot study on the Accuracy of Defense Interpretations and Alliance, *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 78, 2005, p. 419-430.

KIM (Dong-Min), WAMPOLD (Bruce E.), BOLT (Daniel M.).— 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, 2006, p. 182-187.

KRAMER (Ueli), DE ROTEN (Yves), DESPLAND (Jean-Nicolas).— Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire ? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques d'investigation, *Pratiques psychologiques*, 11, 2006, p. 359-370.

KRUPNICK (Janice L.), SOTSKY (Stuart M.), SIMMENS (Sam), ELKIN (Irene), MOYER (Janet).— The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome : findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1996, p. 532-539.

LAMBERT (Michael J.), OGLES (Benjamin M.).— The efficacy and effectiveness of psychotherapy, dans Lambert (M. J.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley, 2004, p. 139-163.

LIPSEY (Mark W.), WILSON (David B.).— The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis, *American Psychologist*, 48, 1993, p. 1181-1209.

LUBORSKY (Lester), DIGUER (Louis), LUBORSKY (Ellen), SCHMIDT (Kelly A.).— The efficacy of dynamic versus other psychotherapies : is that true that « everyone has won and all must have prizes ? » – An update, dans Janowsky (D. S.), *Psychotherapy indications and*

outcomes, Washington, American Psychiatric Press, 1999, p. 3-22.

MALIK (Marry L.), BEUTLER (Larry E.), ALIMOHAMED (Shabia), GALLAGHER-THOMPSON (Dolores), THOMPSON (Larry).— Are all cognitive therapies alike ? A comparison of cognitive and noncognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 2003, p. 150-158.

MELANDER (Hans), AHLQVIST-RASTAD (Jane), MEIJER (Gertie), BEERMANN (Björn).— Evidence b(i)ased medicine – selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry : review of studies in new drug applications, *British Medical Journal*, 326, 2003, p. 1171-1176.

NORCROSS (John C.).— *Psychotherapy relationships that work*, New York, Oxford University Press, 2002.

SHAPIRO (David A.), SHAPIRO (Diana).— Meta-analysis of computative therapy outcome studies. A replication and refinement, *Psychological Bulletin*, 92, 1982, p. 581-604.

STILES (William B.) Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 1, 1999, p. 1-21.

WAMPOLD (Bruce E.).— *The great psychotherapy debate : models, methods and findings*, Mahwah, Lawrence Erlbaum, 2001.

WAMPOLD (Bruce E.), MINAMI (Tayuka), TIERNEY (Sandra C.), BASKIN (Thomas W.), BHATI (Kuldhir S.).— A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus « other therapies » for depression, *Journal of Affective Disorders*, 68, 2002, p. 159-165.

WESTEN (Drew), MORRISON (Kate).— Multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder : an empirical examination of the status of empirically supported therapies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 2001, p. 875-899.