L'Encéphale 47 (2021) 49–57

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

Revue de la littérature

L'efficacité des psychothérapies inspirées par la psychanalyse : une revue systématique de la littérature scientifique récente

Efficacy of psychodynamic therapies: A systematic review of the recent literature

F. Gonon[a,*], P.-H. Keller[b]

[a] *Institut des maladies neurodégénératives, université de Bordeaux, Bordeaux, France*
[b] *Département de psychologie, université de Poitiers, Poitiers, France*

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 5 février 2020
Accepté le 23 avril 2020
Disponible sur Internet le 11 septembre 2020

Mots clés :
Psychothérapie
Psychanalyse
Troubles mentaux
Revue systématique
Évaluation
Méta-analyse

RÉSUMÉ

Objectif. – Le rapport de l'Inserm, évaluant les psychothérapies, date de février 2004. Notre article propose, à un lectorat francophone, une revue systématique des travaux publiés, depuis 2003, et concernant l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques sur les troubles mentaux.
Méthodes. – Une recherche systématique sur le site *PubMed* a identifié 71 articles de méta-analyses, publiés entre 2004 et 2019, inclus. Parmi eux, 25 articles ont été jugés pertinents et sont présentés en détail. Nous avons aussi recherché des études de long terme, publiées depuis 2013 et non inclues dans les méta-analyses. Trois études contrôlées et randomisées, comparant une thérapie psychanalytique à des traitements actifs, ont été identifiées.
Résultats. – Onze articles de méta-analyses ont évalué l'amélioration des symptômes à l'issue du traitement. Ils concluent tous que l'effet des psychothérapies psychanalytiques est robuste. Dix articles de méta-analyses ont comparé une psychothérapie psychanalytique à un traitement actif (e.g. autre psychothérapie, médication). Un seul rapporte une infériorité cliniquement significative des psychothérapies psychanalytiques par rapport aux psychothérapies cognitivo-comportementales. Cinq articles de méta-analyse et trois études randomisées ont comparé des psychothérapies psychanalytiques de long terme (plus d'un an) à divers traitements actifs. Tous ont conclu à une efficacité des psychothérapies psychanalytiques égale ou supérieure à celle des traitements actifs de comparaison.
Conclusion. – Les études concernant les psychothérapies psychanalytiques se sont multipliées depuis 2003 dans les revues biomédicales. Elles montrent que, pour la plupart des troubles mentaux fréquents, les psychothérapies psychanalytiques sont aussi efficaces que les psychothérapies cognitivo-comportementales. Cette absence de différence est discutée.

© 2020

Keywords:
Psychodynamic
Psychotherapy
Common mental disorders
Systematic review
Assessment
Meta-analysis

ABSTRACT

Aim. – A French governmental institute published, in February 2004, a report assessing the efficacy of psychotherapies in the light of the biomedical literature. It concluded that cognitive psychotherapies effectively cure common mental disorders, while the efficacy of psychodynamic therapies is not proven by scientific studies. Because many French mental health professionals are practicing with reference to psychoanalysis, this conclusion stirred up heated controversy. Since February 2004, numerous studies assessing psychodynamic therapies have been published in peer-reviewed biomedical journals. Moreover, these primary studies have been meta-analyzed in dozens of review articles. Here, we systematically review these meta-analysis articles.
Methods. – A systematic search for meta-analyses assessing psychodynamic therapies was performed using *PubMed* and identified 71 articles published from January 2004 to December 2019. Among them, 25 articles were judged to be relevant because they reported meta-analyses assessing the symptoms of common mental disorders in at least three distinct cohorts of adult patients. Although the primary studies

* Auteur correspondant : Institute of Neurodegenerative Diseases, Centre national de la recherche scientifique, Bordeaux, Aquitaine, France.
Adresse e-mail : francois.gonon@u-bordeaux.fr (F. Gonon).

https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.020
0013-7006/© 2020

included in these 25 meta-analysis articles often overlap, the selection criteria, calculation methods and results always differ between them. Therefore, we reviewed all of them without further selection. From all the meta-analyses reported in these 25 articles, we systematically present here the most compelling ones, i.e. those calculated from the largest number of primary studies. Results were quantified in terms of effect size (i.e. standardized mean difference). Effect sizes below 0.25 were considered as without clinical significance, whereas those superior to 0.8 were regarded as robust. Because short-term psychodynamic therapies had been assessed in 20 meta-analysis articles published until 2017, we did not search for more recent primary studies. However, because the most recent meta-analysis article about long-term psychodynamic therapies was published in 2013, we also searched, using *PubMed,* for primary studies assessing psychodynamic therapies lasting for at least one year and published from January 2013 to December 2019. Among the 57 publications retrieved by *PubMed*, three were identified as randomized controlled trials not included in meta-analyses and were extensively described here.

Results. – Eight meta-analysis articles have assessed symptom improvement at treatment termination by comparing with baseline symptoms. According to all of them, psychodynamic therapies alleviate symptoms and their effect sizes are always robust. Three meta-analysis articles compared psychodynamic therapies with inactive treatments (e.g. placebo medication, waiting list) and reported clinically significant differences in favor of psychodynamic therapies. Ten meta-analysis articles compared, at treatment termination, psychodynamic therapies to active treatments, including medication and cognitive psychotherapies. Nine of them reported no difference. Only one article concluded that psychodynamic therapies are clinically inferior to cognitive psychotherapies ($d = -0.28$). Seven meta-analysis articles compared psychodynamic therapies to active treatment at follow-up (i.e. months or years after treatment termination). Five of them reported no significant difference, one reported a medium effect size in favor of psychodynamic therapies over various active treatments ($d = 0.38$), while the other reported a clinically significant difference in favor of cognitive psychotherapies ($d = -0.55$). Because short-term treatments are often insufficient to prevent relapse, investigations about long-term treatments (i.e. more than one year) are needed, but such published studies are still scarce. Five meta-analysis articles and three primary studies published since 2013 compared long-term psychodynamic therapies to various active treatments of similar duration. According to them, psychodynamic therapies were at least as effective as other active treatments.

Conclusion. – A systematic review about psychodynamic therapies, published in 2015 in *Lancet Psychiatry*, included 64 randomized controlled trials of which 37 were published after 2003. Therefore, most quality studies assessing psychodynamic therapies have been published since 2003 and have been reviewed in recent meta-analysis articles. All together, this recent literature leads to the conclusion that psychodynamic therapies are as effective as active treatments, including cognitive psychotherapies, to help patients suffering from common mental disorders (unipolar depression, anxiety disorders, eating disorders and personality disorders). Beside this overall conclusion, it appears that randomized controlled trials are not well suited for answering why psychotherapies work in some patients but not in others, and how they work in general. Other approaches are needed, including case studies.

© 2020

Introduction

En février 2004, l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) a publié un rapport évaluant l'efficacité de trois approches psychothérapeutiques vis-à-vis des troubles mentaux : les thérapies cognitives et comportementales (TCC), les thérapies familiales et les thérapies psychanalytiques (TP) [1]. Les médias ont souvent présenté ce rapport comme une preuve de la « supériorité des TCC sur les approches psychanalytiques » (*Le Monde*, 26 février 2004), mais sa conclusion est plus nuancée. Les auteurs ont analysé environ 1000 études scientifiques, principalement réalisées aux USA. Pour la plupart des troubles mentaux, ils ont constaté que le nombre d'études, évaluant les TCC, était très supérieur à celui portant sur les TP. Cependant, pour les troubles de la personnalité, les auteurs ont retenu une méta-analyse compilant les résultats de 26 études primaires (15 pour les TP et 11 pour les TCC) et concluant que les TP sont aussi efficaces que les TCC [2]. Selon le rapport de l'Inserm, les troubles de la personnalité représentent donc la seule pathologie pour laquelle les TP présentent une efficacité certaine [1]. Ces troubles incluent des psychopathologies très diverses qui vont de la timidité excessive aux états limites en passant par les personnalités narcissiques, évitantes ou paranoïdes. De plus, certains de ces patients sont particulièrement difficiles à prendre en charge. Pourquoi alors, pour des troubles moins complexes et plus fréquents, comme la dépression unipolaire, les TP ne seraient-elles pas efficaces ?

Fin 2003, la réponse à cette question était encore incertaine en raison du peu de publications évaluant les TP, mais de telles études se sont multipliées ces 17 dernières années. La présente revue a donc, pour but, de proposer aux lecteurs francophones un état des connaissances concernant l'efficacité des TP vis-à-vis des troubles mentaux les plus fréquents. Le regain d'intérêt pour les TP ces dernières années ne s'est pas limité aux études primaires d'évaluation puisque plusieurs dizaines d'articles de méta-analyse ont aussi été publiés. Nous présentons donc ici une revue systématique des méta-analyses publiées entre janvier 2004 et décembre 2019.

Méthodes

Recherche des articles rapportant des méta-analyses

Notre objectif étant de présenter les études pertinentes au sens de la « médecine par les preuves », nous avons utilisé le site *PubMed* pour identifier tous les articles rapportant au moins une méta-analyse concernant l'efficacité des TP. Pour cela, nous avons utilisé la combinaison de mots clés suivante : *psychodynamic or psychoanalysis or psychoanalytic*. Nous avons ensuite utilisé les filtres « *meta-analysis* », « *English* » et « *abstract* » fournis par le site *PubMed* afin de ne conserver que ceux rédigés en anglais, avec un résumé et présentant au moins une méta-analyse. Des

80 références ainsi obtenues, nous avons systématiquement analysé les 70 articles publiés entre janvier 2004 et décembre 2019. De plus, nos recherches nous ont fait découvrir et ajouter un autre article non identifié par *PubMed*, mais indiscutablement pertinent au vu des mots clés du titre et du résumé [3]. Parmi ces 71 articles de méta-analyse, nous avons limité notre présentation systématique à ceux qui évaluaient l'efficacité des TP vis-à-vis de l'amélioration des symptômes des troubles mentaux chez les patients adultes. Les articles de méta-analyse, portant sur les enfants ou les personnes âgées, ainsi que ceux qui évaluaient des symptômes somatiques, ont fait l'objet d'une présentation plus sommaire. Enfin, notre présentation s'est limitée aux méta-analyses compilant au moins trois études primaires réalisées sur des populations distinctes.

Recherche des études primaires de long terme

Nous avons utilisé le site *PubMed* pour identifier les études primaires évaluant l'efficacité des TP de long terme (TPLT) (i.e. au moins un an de traitement). Pour cela, nous avons utilisé la combinaison de mots clés suivante : (*psychodynamic or psychoanalysis or psychoanalytic) and long-term and randomized*. En utilisant les filtres « *English* » et « *abstract* », nous n'avons conservé que ceux rédigés en anglais avec un résumé. Nous avons ensuite collecté les 57 références publiées entre 2013 et 2019, inclus.

Sélection et présentation des données

Les limites de ce texte interdisent de présenter, dans les tableaux, l'ensemble des données rapportées dans les 25 articles de méta-analyses retenus. Nous avons donc sélectionné, dans chaque article, les méta-analyses basées sur le plus grand nombre d'études primaires. Toutes les tailles d'effet sont présentées en différence standard (d de Cohen) où la moyenne des différences entre deux mesures (e.g. intensité des symptômes avant et après traitement) est divisée par l'écart-type combiné des deux mesures. Les tableaux donnent aussi, pour chaque taille d'effet, son intervalle de confiance à 95 %. Dans le domaine biomédical, une taille d'effet inférieure à 0,25 est considérée comme faible et, le plus souvent, sans signification clinique, alors qu'une taille d'effet supérieure à 0,8 est considérée comme robuste.

Résultats

Sélection des articles discutés

En utilisant *PubMed*, nous avons identifié 71 articles de méta-analyses rapportant une évaluation d'une TP et publiés entre 2004 et 2019, inclus. Parmi eux, 21 articles ont fait l'objet d'une présentation détaillée car ils concernaient des patients adultes souffrant de troubles mentaux [3–23]. De plus, quatre articles ciblaient des populations spécifiques : un article était consacré aux patients souffrant de troubles somatiques [24], un autre concernait les enfants et adolescents [25] et deux articles ciblaient les patients âgés souffrant de dépression [26,27]. Ces quatre articles sont discutés plus brièvement dans le texte. Les 46 autres articles n'ont pas été discutés pour les raisons suivantes. Cinq articles rapportaient des méta-analyses qui ont été mises à jour dans un article ultérieur publié par la même équipe. Quatre articles étaient consacrés aux méthodes en méta-analyse des psychothérapies. Douze articles ne basaient leurs méta-analyses que sur une ou deux études primaires impliquant une TP. De plus, toutes ces études primaires ont aussi été incluses dans l'un, au moins, des 21 articles présentés de manière détaillée. Enfin, 25 articles ont été jugés non pertinents pour diverses raisons. On trouvera en Annexe A une liste des 46 articles non discutés dans le texte avec pour chaque article la raison de cette exclusion.

Les méta-analyses, rapportées par les 25 articles discutés dans le texte, ont été calculées à partir d'études primaires qui sont souvent prises en compte simultanément dans plusieurs articles. Cependant, ce recoupement n'est jamais complet, les méthodes de calcul diffèrent, ainsi que les conclusions. Pour ces raisons, nous avons préféré présenter au lecteur l'ensemble de ces 25 articles plutôt qu'un sous-ensemble dont les critères de sélection seraient contestables.

Comme le plus récent des articles de méta-analyses, portant sur les TPLT [22], remonte à septembre 2013, nous avons recherché des études primaires publiées entre 2013 et 2019, inclus. Parmi les 57 références proposées par *PubMed*, nous avons identifié trois essais randomisés et contrôlés (RCT selon l'acronyme anglais) rapportant l'effet d'une TPLT d'une durée supérieure à un an et non inclus dans les méta-analyses. La liste des 54 publications non retenues, ainsi que les raisons de cette exclusion, sont données en annexe B.

Évaluation des TP brèves d'une durée inférieure à un an

L'effet d'une psychothérapie peut être mesuré en comparant l'intensité des symptômes avant et à la fin du traitement (effet « pré-post »). La taille de cet effet peut être présentée, soit telle quelle [4–11], soit en comparant avec un traitement contrôle réputé inactif (e.g. un traitement placebo) [3,12,13]. Les deux formes de cet effet « pré-post » sont présentées dans le Tableau 1. Il montre que toutes les tailles d'effet mesurées à partir de l'évolution des symptômes (effet « pré-post ») dépassent, pour les TP et les TCC, la valeur de 0,8. Lorsqu'une TP a été comparée à un traitement inactif, la taille d'effet de la différence est évidemment plus modeste (de 0,62 à 0,72) en raison de l'effet placebo et de la guérison spontanée [28]. Cependant, cette différence reste statistiquement et cliniquement significative, puisque les intervalles de confiances excluent un effet faible et sans signification clinique ($d = 0{,}25$). Ces 11 méta-analyses permettent de conclure que l'effet des TP sur les symptômes est robuste et supérieur à un traitement réputé inactif.

De plus, quatre articles donnaient aussi les tailles d'effet d'une TCC. L'un d'eux se distingue en rapportant une taille d'effet nettement supérieure pour des TCC ($d = 1{,}19$) que pour les TP ($d = 0{,}62$) [3]. Cependant, cette méta-analyse des TP ne portait que sur trois études primaires alors que celle des TCC en incluait 15. Les trois autres articles rapportent des tailles d'effet similaires pour les TP et les TCC (Tableau 1).

La taille d'effet de l'amélioration des symptômes à la fin du traitement peut aussi être exprimée en comparant une TP à un traitement réputé actif [4,5,7,11,12,14–18]. Dans ce deuxième cas, les études primaires compilées dans ces méta-analyses sont nécessairement des RCTs. Les tailles d'effet des différences entre TP et traitements actifs sont souvent négatives, suggérant une moindre efficacité des TP (Tableau 2). Cependant, des 16 tailles d'effet collectées dans 10 articles distincts, seulement deux pourraient avoir une signification clinique. La première ($d = -0{,}25$) a été rapportée par Driessen et al. [4] et compilait 15 RCTs comparant une TP à une autre psychothérapie. Ces auteurs notent que deux de ces 15 RCTs concernaient des TP en groupes de patients. Pour les 13 RCTs portant sur des psychothérapies individuelles, la taille d'effet de la différence entre une TP et une autre forme de psychothérapie était moindre et sans signification clinique ($d = -0{,}14$ [$-0{,}34$; $-0{,}06$]).

L'autre taille d'effet suggérant une infériorité cliniquement significative des TP, par rapport aux TCC, a été rapportée par Tolin ($d = -0{,}28$) [16]. Inversement, pour les troubles de la personnalité, Cristea et al. [15] rapportent une efficacité des TP significativement supérieure à divers traitements actifs ($d = 0{,}41$, voir Tableau 2), alors que ce n'est pas le cas pour les TCC, car la taille d'effet de la différence avec divers traitements actifs présente un intervalle de confiance incluant zéro ($d = 0{,}24$ [$-0{,}01$; 0,49], $k = 5$) [15]. Enfin,

Tableau 1
Amélioration des symptômes après traitement par une TP brève et comparaison avec une TCC quand les données sont disponibles.

Pathologie1er auteur	Année	[Référence] pays	Traitement et type de mesure	*k*	Taille d'effet (*d*) Intervalle de confiance
Dépression unipolaire					
Barth	2013	[12] Suisse	TP/inactif	16	0,72 [0,41 ; 1,02]
			TCC/inactif	139	0,78 [0,64 ; 0,91]
Driessen	2015	[4] Hollande	TP pré-post	41	1,15 [0,98 ; 1,31]
Troubles anxieux					
Keefe	2014	[5] USA	TP pré-post	13	1,06 [0,79 ; 1,33]
Mayo–Wilson	2014	[3] UK	TP/inactif	3	0,62 [0,31 ; 0,93]
			TCC/inactif	15	1,19 [0,81 ; 1,56]
Bandelow	2015	[6] Allemagne	TP pré-post	5	1,17 [0,81 ; 1,54]
			TCC pré-post	93	1,30 [1,19 ; 1,41]
Troubles de la personnalité					
Abbass	2011	[7] Canada	TP pré-post	6	1,13 [0,87 ; 1,39]
Town	2011	[8] Canada	TP pré-post	7	0,92 [0,43 ; 1,41]
Méta-analyses d'études primaires concernant différents troubles mentaux					
Leichsenring	2004	[9] Allemagne	TP pré-post	17	1,39 [0,56 ; 2,22]
			TCC pré-post	11	1,38 [0,89 ; 1,87]
Town	2012	[10] Canada	TP pré-post	45	1,01 [0,86 ; 1,16]
Abbass	2014	[13] Canada	TP/inactif	19	0,71 [0,41 ; 1,00]
Lilliengren	2016	[11] Suède	TP pré-post	26	1,11 [0,89 ; 1,33]

k : nombre d'études primaires ; pré-post : mesure des symptômes avant et à la fin du traitement ; TP/inactif : TP comparée à un traitement inactif (e.g. médicament placebo, liste d'attente). Caractères en gras : pathologies.

Tableau 2
Comparaison entre TP brèves et traitements actifs (autres psychothérapies ou médication) à la fin du traitement.

Pathologie 1er auteur	Année	[Référence] pays	Thérapie de comparaison	*k*	Taille d'effet (*d*)
Dépression unipolaire					
Barth	2013	[12] Suisse	TCC	9	−0,22 [−0,59 ; 0,06]
Braun	2013	[14] Autriche	Diverses psychothérapies	6	−0,18 [−0,38 ; 0,02]
Driessen	2015	[4] Hollande	Diverses psychothérapies	15	−0,25 [−0,49 ; −0,02]
			Antidépresseurs	4	0,05 [−0,40 ; 0,51]
Fonctionnement psychosocial			Diverses psychothérapies	5	−0,05 [−0,34 ; 0,23]
			Antidépresseurs	3	0,10 [−0,30 ; 0,50]
Troubles anxieux					
Keefe	2014	[5] USA	Divers traitements actifs	13	0,02 [−0,21 ; 0,26]
Troubles de la personnalité					
Abbass	2011	[7] Canada	2 TCC et une thérapie de soutien	3	−0,04 [−0,44 ; 0,36]
Cristea	2017	[15] Italie	Divers traitements actifs	7	0,41 [0,12 ; 0,69]
Méta-analyses d'études primaires concernant différents troubles mentaux					
Tolin	2010	[16] USA	TCC	24	− 0,28 [−0,44 ; −0,12]
Kivlighan	2015	[17] USA	Divers traitements actifs	20	−0,05 [−0,18 ; 0,07]
Lilliengren	2016	[11] Suède	Divers traitements actifs	14	0,01 [−0,13 ; 0,15]
			TCC seulement	5	0,02 [−0,24 ; 0,28]
Steinert	2017	[18] Allemagne	21 TTC et 2 médications	23	−0,15 [−0,23 ; −0,08]
			TCC seulement	21	−0,16 [−0,24 ; −0,08]
Fonctionnement psychosocial			TCC seulement	15	−0,09 [−0,20 ; 0,02]

k : nombre d'études primaires. Une taille d'effet négative signifie que les TP ont été jugées moins efficaces que le traitement actif de comparaison. Caractères en gras : pathologies.

deux articles rapportaient aussi l'efficacité des traitements vis-à-vis du fonctionnement psychosocial [4,18]. Selon ce critère, aucun article ne signale de différence entre une TP et un autre traitement actif (Tableau 2).

L'amélioration associée aux TP brèves persiste-t-elle après la fin du traitement ?

Cinq articles de méta-analyses ont comparé les effets d'une TP à ceux de divers traitements actifs après la fin du traitement et ceci pendant des suivis de durée variable (Tableau 3). Trois de ces cinq articles rapportent une absence de différence significative entre une TP et un traitement actif [4,5,18]. Lilligren et al. [11] prennent en compte 10 RCTs et concluent que les TP sont supérieures à divers traitements actifs ($d = 0{,}38$). Par contre, la méta-analyse restreinte aux 5 RCTs comparant une TP à une TCC conclut à une absence de différence [11]. L'article de Tolin [16] se distingue à nouveau en rapportant une très nette infériorité des TP par rapport aux TCC à l'issue d'un suivi d'environ un an ($d = -0{,}55$). Enfin, deux autres articles [14,17] rapportent des méta-analyses proposant une comparaison entre une TP et un traitement actif et concluent aussi à une absence de différence à l'issue des suivis. Ces deux articles ne sont pas inclus dans le Tableau 3, car le premier [14] ne donne pas la taille d'effet à la fin du suivi et le deuxième [17] exprime l'évolution pendant les suivis en mesurant la pente d'une régression linéaire. Au total, 7 articles de méta-analyse ont comparé les effets d'une TP brève à ceux d'un traitement actif à l'issue d'un suivi post-traitement. Seul l'article de Tolin [16] conclut à une infériorité des TP par rapport aux TCC. Enfin, Steinert et al. [18] suggèrent qu'à l'issue du suivi, les TP pourraient être supérieures aux TCC vis-à-vis du fonctionnement social, sans que cette supériorité ne soit statistiquement significative.

Tableau 3
Comparaison entre TP brèves et autres psychothérapies à la fin du suivi après traitement.

Pathologie 1er auteur	Année	[Référence] pays	Thérapie de comparaison	Suivi ; mois	*k*	Taille d'effet (*d*)
Dépression unipolaire						
Driessen	2015	[4] Hollande	Diverses psychothérapies	2 ; 8	12	−0,08 [−0,32 ; 0,17]
Troubles anxieux						
Keefe	2014	[5] USA	Divers traitements actifs	< 12	10	−0,11 [−0,45 ; 0,23]
Méta-analyses d'études primaires concernant différents troubles mentaux						
Tolin	2010	[16] USA	TCC	12	7	−0,55 [−0,81 ; −0,30]
Lilliengren	2016	[11] Suède	Divers traitements actifs	3 ; 48	10	0,38 [0,06 ; 0,69]
			TCC seulement	3 ; 48	4	0,07 [−0,22 ; 0,36]
Steinert	2017	[18] Allemagne	TCC seulement	3 ; 24	15	−0,05 [−0,14 ; 0,04]
Fonctionnement psychosocial			TCC seulement	3 ; 24	9	0,17 [−0,03 ; 0,36]

k : nombre d'études primaires. Caractères en gras : pathologies.

Tableau 4
Méta-analyses étudiant l'efficacité des TP de long terme (au moins un an). Sauf spécifiée : la mesure porte sur l'efficacité globale.

1er auteur	Année	[Référence] pays	Méthode « pré-post »' ou traitements de comparaison	Durée (mois)	*k*	Taille d'effet (*d*)
Leichsenring	2008	[19] Allemagne	TPLT seule : « pré-post »	12 à 54	20	1,03 [0,84 ; 1,22]
Leichsenring	2011	[20] Allemagne	5 TCC, 2 AP, 1 TPB, 2 TS	12 à 39	10	0,54 [0,41 ; 0,67]
Smit	2012	[21] Hollande	5 TCC, 2 AP, 1 TPB, 1 AD, 1 TS	12 à 48	10[a]	0,33 [−0,31 ; 0,96]
			5 TCC, 1 AP, 1 TPB, 1 AD, 1 TS	12 à 48	9[b]	−0,05 [−0,55 ; 0,46]
			3 TCC, 2 AP, 1 TPB, 1 AD, 1 TS	12 à 36	8[c]	0,69 [−0,19 ; 1,57]
Leichsenring	2013	[22] Allemagne	6 TCC, 3 AP, 1 TPB, 1 AD, 1 TS	12 à 39	12	0,40 [0,05 ; 0,74]
De Maat	2013	[19] Hollande	TPLT seule : « pré-post »	30 à 78	10	1,27 [1,03 ; 1,50]

k : nombre d'études primaires ; AD : antidépresseur avec suivi ; AP : autre psychothérapie (i.e. non TCC) ; « pré-post » : amélioration des symptômes mesurés avant et à la fin du traitement ; TPB : TP brève ; TS : traitement standard.

[a] Mesure de l'efficacité globale.

[b] Mesure des symptômes cibles de la pathologie principale.

[c] Mesure générale des symptômes psychiatriques.

Évaluation des TP de long terme (TPLT) selon les articles de méta-analyse

Cinq articles décrivent des méta-analyses évaluant des TPLT et sont présentés dans le Tableau 4. Ils incluent, tous dans leurs méta-analyses, des études primaires portant sur divers troubles mentaux. Deux articles ne présentent que les tailles d'effet décrivant l'amélioration des symptômes entre le début et la fin du traitement [19,23]. Ces tailles d'effet sont robustes (*d* = 1,03 et 1,27). Les trois autres proposent une comparaison entre des TPLT et divers traitements actifs [20–22]. La taille d'effet de ces comparaisons est en général modérément favorable à la TPLT par rapport à d'autres traitements actifs prodigués pendant des durées similaires, mais de moindre intensité. Par exemple, pour 11 des 12 RCTs retenus par Leichsenring et al. [22], les durées de traitement sont identiques, mais le nombre de sessions de psychothérapie est plus élevé pour la TPLT que pour les psychothérapies de comparaison (ratio de 1,61).

Pour la méta-analyse de Smit et al. [21], nous avons présenté trois types de mesure et leurs tailles d'effet correspondantes en raison de leurs divergences. En effet, la méta-analyse, portant sur la mesure des symptômes de la pathologie principale, rapporte une taille d'effet (*d* = −0,05) beaucoup plus faible que celle portant sur l'ensemble des symptômes psychiatriques (*d* = 0,69). Selon Leichsenring et al. [22], cette différence s'explique du fait qu'une étude très défavorable à la TPLT par rapport à la TCC de comparaison [29] a été prise en compte dans la première méta-analyse, mais pas dans la deuxième.

Évaluation des TP de long terme selon trois études randomisées récentes

Nous avons identifié trois RCTs qui portaient sur des patients en dépression chronique [30–32]. Dans la première, Bastos et al. ont réparti en trois groupes 272 patients brésiliens et ont suivi leur évolution pendant deux ans de traitement. Le premier groupe bénéficiait d'une TP (une séance par semaine), le deuxième recevait un antidépresseur et le troisième une combinaison de ces deux traitements. À six mois, aucune différence dans l'amélioration des symptômes n'était observée entre les trois groupes. Par contre, à 12 mois, et encore plus à 18 et 24 mois, la TP seule s'est avérée nettement plus efficace que l'antidépresseur (taille d'effet de la comparaison à 24 mois entre les deux traitements : *d* = 2,82 [2,02 ; 3,66]) et aussi efficace que la combinaison des deux [30].

La deuxième étude a impliqué 129 patients anglais divisés en deux groupes recevant, pendant 18 mois, soit une TPLT à une séance de 50 minutes par semaine, soit le traitement standard proposé par leur médecin référent [31]. Des experts, n'ayant pas connaissance de l'assignation à chaque groupe, ont examiné les patients tous les 6 mois pendant le traitement et ensuite pendant deux ans de suivi. Les différentes mesures du niveau de dépression n'ont pas révélé de différences significatives entre les deux groupes pendant les 12 premiers mois du traitement. Par contre, la différence, entre la TPLT et le traitement standard, est apparue de plus en plus importante ensuite. Par exemple, 24 mois après la fin du traitement, 22 des 50 patients, ayant bénéficié de la TPLT, ne répondaient plus aux critères d'une dépression unipolaire, selon le DSM-IV, contre 5 sur 50 dans le groupe du traitement standard [31].

Enfin, la troisième étude a comparé une TPLT à une TCC, toutes deux mises en œuvre pendant au moins un an [32]. Comme cette étude visait à reproduire des conditions expérimentales aussi réalistes que possible, elle a inclus 252 patients allemands répartis en 4 groupes : 164 patients ont été autorisés à choisir leur forme de psychothérapie et 88 patients ont été randomisés entre TPLT et TCC. Les psychothérapeutes avaient une égale compétence dans leurs domaines respectifs. Par contre, l'intensité était différente : pendant la première année, les patients ont bénéficié, en moyenne,

de 80 séances de TP ou de 33 séances de TCC. Trois ans après le début du traitement, 61 % des patients étaient en rémission, sans différence significative entre les 4 groupes et les deux psychothérapies [32].

Discussion

Efficacité des TP brèves (moins d'un an)

Nous avons analysé 16 articles évaluant l'efficacité des TP vis-à-vis des troubles mentaux les plus fréquents. Mis à part l'article de Tolin [16], les 15 autres concluent que les TP sont efficaces et ne rapportent aucune différence cliniquement significative entre les TP et un traitement réputé actif, en particulier les TCC. L'article de Tolin [16] concluait que les TCC sont supérieures à toutes les autres formes de psychothérapies, mais il a fait l'objet de nombreuses critiques méthodologiques [33].

Le plus récent de ces 16 articles [18], publié en 2017, dans *The American Journal of Psychiatry*, est également le plus convaincant. Premièrement, l'équipe qui l'a rédigé comprenait des psychothérapeutes formés aux TP et d'autres formés aux TCC. Deuxièmement, Steinert et al. n'ont retenu que des études comparant deux à deux des traitements pratiqués par des thérapeutes de même niveau de compétence pendant la même durée. Troisièmement, ils n'ont retenu que les études méthodologiquement solides. En accord avec le fait souvent constaté que la qualité méthodologique des RCTs a augmenté ces dernières années, 15 des 23 études retenues ont été publiées après 2003. Quatrièmement, les auteurs ont évalué les biais possiblement induits par les effets d'allégeance. Les auteurs ont conclu à une efficacité équivalente des TP et des TCC [18]. En particulier, parmi les 8 études primaires concernant la dépression, les deux RCTs, qui ont inclus le plus grand nombre de patients par groupe (170 et 118, respectivement), ont été publiées dans des revues prestigieuses et ont toutes deux conclu à une absence de différence entre TP et TCC [34,35]. Au total, les preuves de l'efficacité des TP sont maintenant nombreuses et convergentes : elles présentent, vis-à-vis des troubles mentaux fréquents, une efficacité équivalente à d'autres traitements actifs, dont les TCC.

Efficacité des TP de long terme (plus d'un an)

Les traitements brefs, qu'ils soient médicamenteux ou psychothérapeutiques, sont rarement suffisants pour la plupart des patients, en particulier concernant le risque de rechute. Par exemple, après un traitement de 16 semaines [36], le suivi de patients dépressifs montre que, 18 mois après la fin du traitement, seulement un quart pouvait être considéré comme en rémission [37]. Même parmi les patients considérés comme en rémission à la fin du traitement, le taux de rechute était de 38 % 18 mois plus tard. Le type de traitement (TCC, psychothérapie interpersonnelle, antidépresseur ou placebo) n'avait aucune influence significative sur ces proportions [36,37]. De plus, en pratique clinique ordinaire, les durées de traitement sont souvent importantes. Ainsi, des chercheurs ont contacté 145 psychothérapeutes ayant au moins 5 ans d'expérience. Ils les ont questionnés sur leur plus récente patiente souffrant de boulimie et ayant terminé avec succès sa psychothérapie. En moyenne, ce traitement a nécessité 69 séances hebdomadaires de TCC ou 116 de TP [38]. On voit qu'on est loin des situations testées dans les études de court terme.

Il y a donc de bonnes raisons d'évaluer l'efficacité des psychothérapies poursuivies sur plus d'un an, mais cette évaluation se heurte à des difficultés méthodologiques considérables. Dans les RCTs, il n'est plus éthique d'inclure un groupe de patients en liste d'attente ou en traitement placebo. De plus, la comparaison avec un traitement standard perd son sens si les durées de traitement sont très différentes. Notre recherche systématique nous a permis de collecter cinq articles de méta-analyses publiés entre 2008 et 2013 et trois RCTs publiés depuis 2013. À une exception près, ces travaux concluent à une efficacité égale ou supérieure des TPLT par rapport à des traitements réputés actifs et de durée similaire.

L'article de méta-analyses de Smit et al. [21] se distingue par sa conclusion. Les auteurs écrivent à la fin du résumé : « Le taux de guérison de divers troubles mentaux était équivalent après une TPLT ou divers traitements contrôles, traitement standard inclus. . . Contrairement à des revues précédentes, nous constatons que les preuves en faveur d'une efficacité des TPLT sont faibles et, au mieux, contradictoires » (p. 81). Dans cette conclusion, les auteurs retiennent un paramètre, le taux de guérison, calculé à partir de cinq études primaires seulement. Par ailleurs, le paramètre calculé par les auteurs sur la base du plus grand nombre d'études retenues ($k = 10$) est la taille d'effet de l'efficacité globale et celle-ci est favorable à la TPLT. De plus, les auteurs concluent que les TPLT ne seraient pas plus efficaces que des traitements standards n'incluant pas de psychothérapies spécifiques. Comme le soulignent Leichsenring et al. [22], c'est loin d'être le cas : des 10 études primaires retenues par Smit et al. [21], un seul des traitements de comparaison est considéré par ces auteurs comme un traitement standard [39] et les 9 autres sont des traitements réputés actifs (5 TCC, un traitement par antidépresseur, une TP brève et deux traitements combinés incluant différentes formes de psychothérapie). De plus, dans l'unique comparaison avec un traitement dit standard, les patients étaient autorisés à poursuivre une psychothérapie ce qu'ils ont effectivement fait dans leur grande majorité [39]. Par conséquent, contrairement à sa conclusion, les résultats de Smit et al. [21] sont en accord avec les autres articles de méta-analyse concernant les TPLT [22].

Au total, les cinq articles de méta-analyse et les trois études primaires concernant les TPLT suggèrent une efficacité équivalente à d'autres traitements actifs. Cependant, les cinq articles de méta-analyse concluent aussi que le nombre d'études de long terme reste insuffisant [19–23].

Autres publications

Notre recherche systématique nous a permis de collecter deux articles de méta-analyse évaluant l'efficacité des TP chez des patients âgés souffrant de dépression [26,27]. Ils sont basés l'un et l'autre sur trois études primaires de petite taille. Le premier confirme que les TP sont modérément efficaces dans les mesures pré-post [26] et le deuxième rapporte une absence de différence entre TP et TCC, mais sur la base de seulement deux RCTs [27]. Un autre article de méta-analyse a évalué l'efficacité des TP chez l'enfant et l'adolescent [25]. En compilant 11 études primaires, les auteurs concluent à une robuste efficacité des TP et à leur équivalence avec divers traitements actifs [25]. Enfin, un article a analysé 14 études primaires évaluant l'efficacité des TP sur divers troubles somatiques [24]. Parmi ces 14 études, six concernaient des patients souffrant de douleurs chroniques. Abbass et al. ne présentent pas de méta-analyse spécifique de ces six études, mais quatre d'entre elles suggèrent que les TP pourraient être efficaces [24]. Ce résultat encourageant devrait stimuler d'autres études, tout particulièrement dans le contexte actuel de la crise sanitaire induite par la surconsommation d'antalgiques opioïdes aux USA et qui menace aussi les pays européens.

Notre revue systématique s'est surtout appuyée sur des articles de méta-analyse. Une autre revue systématique, publiée en 2015,

dans *Lancet Psychiatry*, a suivi une autre approche [40]. Les auteurs ont collecté 64 RCTs où une TP était comparée à un traitement actif. Six de ces études primaires avaient inclus un nombre suffisant de patients pour affirmer, ou exclure, avec une suffisante probabilité statistique, une équivalence clinique entre les deux traitements [40]. Parmi ces six études, une seule rapportait que la TP et la TCC étaient inférieures à une thérapie de soutien pour les patients toxicomanes. Les cinq autres RCTs ont comparé une TP à une TCC et conclu à leur équivalence pour la dépression, la phobie sociale et l'anorexie mentale [40]. Les auteurs concluent à une efficacité équivalente des TP par rapport à d'autres traitements actifs. Ils reconnaissent qu'une approche par méta-analyse, malgré les biais qu'elle peut introduire, permet de combiner utilement des études primaires lorsque chacune d'elles est de trop petite taille [40]. Ces chercheurs ont d'ailleurs suivi cette voie alternative dans leur article de 2017 [18].

Remarques

TP et psychanalyse

Dans les études discutées, ici, l'appellation « TP » désigne des pratiques diverses, souvent assez éloignées de la cure psychanalytique classique. Cependant, conformément à notre but d'exhaustivité, nous avons systématiquement respecté la catégorisation proposée par les auteurs. Un seul article a distingué entre TPLT et psychanalyse [23] et la seule distinction avancée par les auteurs a porté sur le nombre de séance par semaine. Les méta-analyses, de cet article, montrent une efficacité équivalente entre une TPLT à deux séances par semaine et une psychanalyse à trois séances ou plus [23].

Un regain d'intérêt pour les TP depuis 2003

Parmi les 81 articles de méta-analyse collectés par notre recherche systématique, 71 ont été publiés entre 2004 et 2019. Parmi ceux-ci, les 25 articles que nous avons examinés en détail ont été rédigés par des équipes de neuf pays distincts. De même, parmi les 64 RCTs impliquant une TP et retenus par Leichsenring et al. [40], 37 ont été publiés après 2003. Certains d'entre eux ont été publiés dans des revues biomédicales prestigieuses et ont été commentés de manière élogieuse par leurs éditeurs [41–44]. Aux USA, les psychothérapeutes travaillant en référence à la psychanalyse n'ont pas disparu, bien au contraire. Des enquêtes ont été réalisées tous les dix ans auprès des psychothérapeutes affiliés à l'association américaine des psychologues [45]. En 2012, 32 % des 393 psychothérapeutes, ayant répondu à l'enquête, disaient pratiquer la psychanalyse ou une psychothérapie orientée par la psychanalyse et 20 % se réclamaient d'une thérapie cognitive ou comportementale. Enfin, 25 % pratiquaient une psychothérapie intégrative se référant aussi bien à la psychanalyse qu'aux TCC. Ces pourcentages étaient sensiblement les mêmes en 2001 [45].

Comment interpréter l'absence de différence entre TP et TCC ?

Premièrement, lorsqu'une étude rapporte une différence en faveur d'une TP par rapport à un traitement actif, celle-ci n'apparaît qu'au bout d'un an de traitement [30,31]. Il est donc logique que les études d'évaluation des psychothérapies d'une durée de quelques mois concluent à une équivalence d'efficacité de tous les traitements actifs. Malheureusement, pour des raisons de faisabilité, ces études de court terme sont de loin les plus nombreuses.

Deuxièmement, la comparaison entre TP et TCC suppose une frontière nette entre ces deux formes de psychothérapie. En pratique, ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, une étude, portant sur les troubles de la personnalité [29] et reprise par deux méta-analyses [21,22], oppose une thérapie centrée sur les schémas (SFT), et classée comme une TCC, à une psychothérapie focalisée sur le transfert (TFP) et considérée comme une TP [29]. Selon Jeffrey Young, le psychothérapeute qui a supervisé l'étude, la SFT est « une psychothérapie réellement intégrative qui s'inspire, entre autres, de certains concepts « issus de la psychanalyse, comme la relation d'objet » [46]. Pour la SFT, « l'amélioration des patients est obtenue par un ensemble de techniques comportementales, cognitives et expérientielles centrées sur : i) la relation avec le thérapeute ; ii) la vie quotidienne du patient ; et iii) les expériences traumatiques passées » (p. 650) [29]. La SFT aide le patient à prendre conscience qu'il répète des schémas relationnels destructeurs issus de l'enfance [46]. Un tel objectif pourrait être partagé par bien des psychanalystes [28]. Présentée en contraste avec la SFT, la TFP cherche à aider le patient « en analysant et interprétant la relation transférentielle en se focalisant sur l'ici et maintenant » (p. 650) [29]. Le transfert est bien évidemment une forme de relation entre le patient et le thérapeute à laquelle les psychanalystes attachent une attention particulière, mais ils seront nombreux à estimer que la focalisation des séances sur l'interprétation du transfert peut être contre-productive. La comparaison entre SFT et TFP a montré une très nette supériorité de la première [29]. Cette conclusion a été considérée par Smit et al. comme une preuve de la supériorité des TCC sur les TP [21], mais cette interprétation semble discutable quand on considère le détail de l'étude [29].

Troisièmement, l'utilisation des RCTs pour évaluer les psychothérapies a fait l'objet de nombreuses critiques portant sur : i) la validité et la fiabilité des diagnostics en santé mentale ; ii) le fait que chaque thérapeute adapte ses interventions à chaque patient singulier et à son évolution en cours de traitement ; et iii) le fait que les progrès du patient sont fortement corrélés à son engagement dans sa psychothérapie [47,48]. Dans une certaine mesure, peu importe l'orientation théorique du thérapeute puisque c'est le patient qui puise dans l'interaction ce dont il a besoin [47,48]. Enfin, les résultats des RCTs sont difficilement transposables aux conditions de la clinique ordinaire car ils sélectionnent les patients afin de former des cohortes homogènes. Par conséquent, beaucoup de patients examinés avant le traitement sont exclus des RCTs, notamment en raison de leurs comorbidités.

Pour toutes ces raisons, les études de type RCT n'ont pas permis de répondre à la question suivante : quelle psychothérapie est efficace pour quel patient ? Plusieurs auteurs proposent des alternatives aux RCTs, y compris des compilations d'études de cas individuels [48]. Par exemple, une étude récente a comparé le processus thérapeutique dans 10 cas de réussite et 10 cas d'échec. Les patients souffraient de troubles de la personnalité et appartenaient à une cohorte de 50 patients soignés pendant 40 séances soit par une TCC soit par une TP. Ce RCT n'avait révélé aucune différence d'efficacité entre TCC et TP. Selon l'étude de cas réalisée ultérieurement, à partir des enregistrements des séances, le facteur le plus favorable à la réussite a tenu à l'engagement actif du patient alors que la directivité excessive du thérapeute a été le facteur le plus fortement associé à l'échec [49].

Conclusion

La première conclusion qu'on peut tirer de ces travaux peut sembler banale : pour les troubles mentaux les plus fréquents, un traitement qui engage la parole est indiscutablement efficace. De plus, les psychothérapies sont au moins aussi efficaces que les antidépresseurs vis-à-vis des symptômes dépressifs sans en avoir les inconvénients : effets secondaires, syndrome de sevrage. Pour les troubles anxieux, les benzodiazépines sont très efficaces à court

terme, mais sont déconseillées en raison des risques d'addiction. Là encore les psychothérapies sont donc recommandées. Enfin, pour les troubles de la personnalité ou du comportement alimentaire, il n'y a pas de médicament spécifique. Dans l'état actuel de la psychopharmacologie, un traitement fondé sur la parole reste donc souvent la meilleure option. Les études publiées ces 17 dernières années comblent en grande partie le manque de preuve souligné par le rapport de l'Inserm, car elles montrent que les TCC et les TP apparaissent également efficaces pour la plupart des troubles mentaux fréquents. Elles le sont d'autant plus que la durée du traitement ne se réduit pas à quelques séances. Une méta-analyse suggère que si le patient est autorisé à choisir sa psychothérapie, l'issue est plus favorable aussi bien en termes d'adhésion au traitement que d'amélioration des symptômes [50]. Dans l'état actuel des connaissances, il est donc souhaitable d'offrir aux patients la possibilité de choisir librement leur psychothérapie.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Supplément en ligne. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.06.020.

Références

[1] Expertise collective Inserm. Psychothérapie, trois approches évaluées. Paris: Les éditions Inserm; 2004.
[2] Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. Am J Psychiatry 2003;160(7):1223–32.
[3] Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranezouli I, et al. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2014;1(5):368–76.
[4] Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA, et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis update. Clin Psychol Rev 2015;42:1–15.
[5] Keefe JR, McCarthy KS, Dinger U, et al. A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. Clin Psychol Rev 2014;34(4):309–23.
[6] Bandelow B, Reitt M, Rover C, et al. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. Int Clin Psychopharmacol 2015;30(4):183–92.
[7] Abbass A, Town J, Driessen E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. Psychiatry 2011;74(1):58–71.
[8] Town JM, Abbass A, Hardy G. Short-term psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a critical review of randomized controlled trials. J Pers Disord 2011;25(6):723–40.
[9] Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 2004;61(12):1208–16.
[10] Town JM, Diener MJ, Abbass A, et al. A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: evaluating the effects of research-specific procedures. Psychotherapy (Chic) 2012;49(3):276–90.
[11] Lilliengren P, Johansson R, Lindqvist K, et al. Efficacy of experiential dynamic therapy for psychiatric conditions: a meta-analysis of randomized controlled trials. Psychotherapy (Chic) 2016;53(1):90–104.
[12] Barth J, Munder T, Gerger H, et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. PLoS Med 2013;10(5):e1001454.
[13] Abbass AA, Kisely SR, Town JM, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2014;7:CD004687.
[14] Braun SR, Gregor B, Tran US. Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. PLoS ONE 2013;8(6):e68135.
[15] Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, et al. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2017;74(4):319–28.
[16] Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2010;30(6):710–20.
[17] Kivlighan 3rd DM, Goldberg SB, Abbas M, et al. The enduring effects of psychodynamic treatments vis-a-vis alternative treatments: a multilevel longitudinal meta-analysis. Clin Psychol Rev 2015;40:1–14.
[18] Steinert C, Munder T, Rabung S, et al. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. Am J Psychiatry 2017;174(10):943–53.
[19] Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. JAMA 2008;300(13):1551–65.
[20] Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. Br J Psychiatry 2011;199(1):15–22.
[21] Smit Y, Huibers MJ, Ioannidis JP, et al. The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy – a meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Psychol Rev 2012;32(2):81–92.
[22] Leichsenring F, Abbass A, Luyten P, et al. The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. Psychodyn Psychiatry 2013;41(3):361–84.
[23] de Maat S, de Jonghe F, de Kraker R, et al. The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. Harv Rev Psychiatry 2013;21(3):107–37.
[24] Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials. Psychother Psychosom 2009;78(5):265–74.
[25] Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F, et al. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013;52(8):863–75.
[26] Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. Aging Ment Health 2007;11(6):645–57.
[27] Wilson KC, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. Cochrane Database Syst Rev 2008;1:CD004853.
[28] Keller PH, Giroux-Gonon A, Gonon F. Effet placebo et antidépresseurs : une revue de la littérature éclairée par la psychanalyse. Evol Psychiatr 2013;78:327–40.
[29] Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 2006;63(6):649–58.
[30] Bastos AG, Guimaraes LS, Trentini CM. The efficacy of long-term psychodynamic psychotherapy, fluoxetine and their combination in the outpatient treatment of depression. Psychother Res 2015;25(5):612–24.
[31] Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). World Psychiatry 2015;14(3):312–21.
[32] Leuzinger-Bohleber M, Hautzinger M, Fiedler G, et al. Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term therapy with chronically depressed patients: a controlled trial with preferential and randomized allocation. Can J Psychiatry 2019;64(1):47–58.
[33] Wampold BE, Fluckiger C, Del Re AC, et al. In pursuit of truth: a critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. Psychother Res 2017;27(1):14–32.
[34] Driessen E, Van HL, Don FJ, et al. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. Am J Psychiatry 2013;170(9):1041–50.
[35] Connolly-Gibbons MB, Gallop R, Thompson D, et al. Comparative effectiveness of cognitive therapy and dynamic psychotherapy for major depressive disorder in a community mental health setting: a randomized clinical noninferiority trial. JAMA Psychiatry 2016;73(9):904–11.
[36] Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al. National institute of mental health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry 1989;46(11):971–82 [discussion 83].
[37] Shea MT, Elkin I, Imber SD, et al. Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. Arch Gen Psychiatry 1992;49(10):782–7.
[38] Thompson-Brenner H, Westen D. A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa, part 1: comorbidity and therapeutic outcome. J Nerv Ment Dis 2005;193(9):573–84.
[39] Gregory RJ, Chlebowski S, Kang D, et al. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. Psychotherapy (Chic) 2008;45(1):28–41.
[40] Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, et al. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. Lancet Psychiatry 2015;2(7):648–60.
[41] Glass RM. Psychodynamic psychotherapy and research evidence: Bambi survives Godzilla? JAMA 2008;300(13):1587–9.
[42] Clarkin J. Raising the bar in the empirical investigation of psychotherapy. Am J Psychiatry 2014;171(10):1027–30.
[43] Abbass AA, Town JM. Bona fide psychotherapy models are equally effective for major depressive disorder: future research directions. JAMA Psychiatry 2016;73(9):893–4.
[44] Milrod B. The evolution of meta-analysis in psychotherapy research. Am J Psychiatry 2017;174(10):913–4.

[45] Norcross JC, Rogan JD. Psychologists conducting psychotherapy in 2012: current practices and historical trends among division 29 members. Psychotherapy (Chic) 2013;50(4):490–5.
[46] Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. J Clin Psychol 2006;62(4):445–58.
[47] Budd R, Hughes I. The Dodo Bird Verdict – controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. Clin Psychol Psychother 2009;16(6):510–22.
[48] Carey TA, Stiles WB. Some problems with randomized controlled trials and some viable alternatives. Clin Psychol Psychother 2016;23(1):87–95.
[49] Lilliengren P, Philips B, Falkenstrom F, et al. Comparing the treatment process in successful and unsuccessful cases in two forms of psychotherapy for cluster C personality disorders. Psychotherapy (Chic) 2019;56(2):285–96.
[50] Swift JK, Callahan JL, Cooper M, et al. The impact of accommodating client preference in psychotherapy: a meta-analysis. J Clin Psychol 2018;74(11):1924–37.