



La place de la psychothérapie en psychiatrie

Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC¹; Priyanthy Weerasekera, MD, MEd, FRCPC²;
Paula Ravitz, MD, FRCPC³

La présente déclaration de principe a été révisée substantiellement par le Comité des normes professionnelles et de la pratique de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et la republication en a été approuvée par le Conseil d'administration de l'APC le 13 août 2020. La déclaration de principe originale¹ a été rédigée par le Comité des normes professionnelles et de la pratique et approuvée par le Conseil d'administration le 25 janvier 2003.

Introduction

La prestation d'interventions biologiques, psychosociales et psychothérapeutiques demeure au centre du traitement des patients souffrant de troubles psychiatriques.¹⁻³ Il est donc essentiel de gérer l'exécution des modalités de ces traitements. Par conséquent, la psychothérapie est considérée comme un ensemble de compétences de base pour les psychiatres, et l'Association des psychiatres du Canada (APC) réaffirme la place de la psychothérapie en psychiatrie.

La psychiatrie canadienne a mis l'accent sur une approche biopsychosociale intégrée de l'évaluation et de la prise en charge des problèmes de santé mentale.¹⁻⁷ Les psychiatres doivent posséder des compétences en traitements fondés sur des données probantes, notamment les psychothérapies.⁷⁻⁹ Les stratégies thérapeutiques devraient tenir compte de la pharmacologie, de la psychothérapie, et des interventions systémiques.^{8,9} La

nature privée de la pratique de la psychothérapie, et la concurrence que se livrent souvent certaines écoles de pensée contribuent à l'ambiguïté et aux différentes définitions ou descriptions des thérapies. À ce jour, la plupart des psychothérapies et des facteurs communs ont été définis plus clairement sur le plan opérationnel (p. ex.¹⁰⁻¹³), bien que certains concepts demeurent plus abstraits.¹⁴ Il est nécessaire de démontrer tant l'efficacité que la rentabilité ou les bienfaits des options thérapeutiques en milieu réel, sans égard à leur orientation.¹⁵⁻¹⁸

Dans les quelques dernières décennies, il y a eu une croissance rapide de la recherche en psychothérapie. Les essais randomisés contrôlés et les méta-analyses démontrent que de nombreuses psychothérapies peuvent être efficaces pour les troubles de l'humeur, anxieux, psychotiques, d'abus de substances, alimentaires et de la personnalité (p. ex.¹⁹⁻²⁵). La recherche a contribué aux lignes directrices sur les traitements qui recommandent

¹ Professeur, Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

² Professeure émérite, Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton, Ontario

³ Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario

© Association des psychiatres du Canada, 2003, 2021. Tous droits réservés. Ce document ne peut être reproduit sans la permission écrite de l'APC. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité de l'APC approprié. Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires au Président, Association des psychiatres du Canada, 141, av. Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa ON K1P 5J3; Tél : 613-234-2815; Téléc.: 613-234-9857; courriel: president@cpa-apc.org. No de référence 2004-22s-R1

Avis: L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision des documents. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

des psychothérapies spécifiques tout au long de la vie.^{26–}

²⁸ La recherche démontre également que des facteurs communs à certaines thérapies, notamment l'efficacité interpersonnelle du thérapeute, en prédisent le résultat.²⁹

But de la déclaration de principe

L'APC maintient le rôle de la psychothérapie à titre de composante intégrante et essentielle des soins psychiatriques. Cette position souligne les contributions uniques que peuvent faire les psychiatres lorsqu'ils sont en mesure d'intégrer les approches psychologiques, psychosociales et biologiques à un plan de traitement. De même, cette position est soutenue par la littérature empirique et elle encourage la pratique appuyée par des données probantes. L'APC reconnaît l'importance de la recherche sur l'efficacité de toutes les approches psychothérapeutiques, qui façonnent ensuite la pratique clinique. Elle raffermit la place de la formation en psychothérapies pour les résidents en psychiatrie. L'APC définit également la psychothérapie comme étant un acte médical en psychiatrie. Le besoin d'établir des normes de pratique professionnelle est reconnu dans le cadre de la psychothérapie et de tous les aspects du traitement psychiatrique. Cette déclaration reconnaît l'histoire, l'emploi actuel et le potentiel futur de la psychothérapie. Les définitions et recommandations sont structurées de façon à englober la pratique professionnelle de la vaste communauté psychiatrique. Le présent article propose des principes généraux destinés à guider l'évolution et l'utilisation des psychothérapies comme partie intégrante de la pratique psychiatrique.

Définition et contexte

La psychothérapie est l'application éclairée et intentionnelle des méthodes cliniques et des positions interpersonnelles déduites des principes psychologiques et des approches du traitement qui sont axées sur les comportements, les cognitions, les émotions, les relations et/ou d'autres caractéristiques personnelles. Elle s'appuie sur des cadres conceptuels et des orientations théoriques.¹ Les psychothérapies sont des traitements psychologiques distincts, dont bon nombre ont démontré leur aptitude à aider les patients souffrant de troubles psychiatriques spécifiques et d'autres problèmes psychologiques.^{1,4,10,11,13,14,27,30} Outre les lignes directrices de conformité clinique qui distinguent les différents modèles de psychothérapie, il existe des facteurs communs qui se croisent dans différentes modalités et qui sont importants pour optimiser les résultats. Ce sont notamment l'alliance thérapeutique, le

recours à l'empathie, la gestion du contre-transfert et les attentes du patient de même que le consensus sur les buts du traitement.^{13,27,31–34} Les psychothérapies, intégrées dans la pratique psychiatrique à titre de composantes d'un plan de traitement complet, peuvent améliorer les résultats du patient et son expérience des soins.

Avant l'apparition des thérapies biologiques, les thérapies psychosociales et la thérapie par la parole étaient les principaux outils du psychiatre. Les écoles de pensée ont contribué à approfondir notre compréhension de la psychopathologie des personnes, des familles et des groupes, en favorisant l'élaboration de théories et en définissant la pratique des traitements psychothérapeutiques.³⁵ Au cours des dernières années, la psychothérapie a connu une expansion des approches cognitivo-comportementales, de l'affect, et axées sur l'orientation interpersonnelle ou les relations, les traitements de psychothérapie psychodynamique et les traitements additionnels structurés, centrés sur les buts.^{19–24,36,37} On assiste à une reconnaissance de ce qui se passe d'unique entre le psychiatre et le patient, un processus qui permet à la relation de devenir thérapeutique. Les paramètres et les compétences interpersonnelles favorables du psychiatre y jouent un rôle. L'alliance thérapeutique a continuellement prouvé qu'elle modérait les résultats, ce qui est donc un élément important de la prestation des soins psychiatriques et de psychothérapie.^{12,13,38–40}

Le psychiatre est un médecin spécialiste qui a reçu une formation sur les aspects tant médicaux que sociaux et psychologiques de la psychopathologie. Il possède des compétences additionnelles spécifiques nécessaires au diagnostic et au traitement des troubles médicaux qui entravent et affectent les processus de pensée, l'humeur, les relations ou les comportements. Étant donné le grand nombre des affections médicales et biologiques qui peuvent avoir un effet psychologique sur les patients, les aptitudes à la psychothérapie ajoutent considérablement au processus du traitement pour en améliorer les résultats. Les connaissances d'un psychiatre et sa capacité de prescrire des traitements biologiques pour des troubles psychiatriques lui confèrent le potentiel d'ajouter une valeur à la thérapie. La psychothérapie est intentionnelle et se distingue de la prestation de conseils.

Discussion

Grâce à la relation thérapeutique entre le psychiatre et le patient, un changement peut s'effectuer chez le patient.^{13,41} La manière dont la relation est menée est dictée par les règles qui régissent le contact médecin-patient et la pratique psychothérapeutique

établie. La base théorique de la thérapie et son mode de pratique peuvent varier selon la situation. La psychothérapie devrait être l'une des compétences de traitement du psychiatre et s'appliquer à tous les groupes socio-économiques et cliniques de la population. L'usage en est déterminé par le besoin clinique, justifié par le résultat du traitement et déterminé par choix des parties concernées.^{42,43} Toutefois, l'intervention choisie devrait être soutenue par des données probantes acceptables. En plus de respecter les normes de fidélité, les psychiatres devraient avoir la capacité d'établir une alliance thérapeutique et une entente sur les objectifs.³³ Les psychothérapies peuvent être intégrées aux traitements biologiques et dans bien des cas comme la dépression, l'anxiété, les troubles alimentaires, les troubles de la personnalité, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les traumatismes développementaux non résolus, ce traitement intégré est le traitement de choix.^{20,27,30,37,44-48}

Traditionnellement, la psychothérapie est dispensée par une personne, le *thérapeute*, à une autre personne, le *patient*; de plus en plus, toutefois, des formats en ligne, au téléphone, par télé-vidéo ou sur le Web sont utilisés.⁴⁸

Historiquement, l'alliance thérapeutique représente le transfert et le contre-transfert dans la thérapie psychodynamique.^{33,34} Bien que les thérapies n'adhèrent pas toutes à la notion de la relation thérapeutique en ces termes, il importe de noter que ces concepts peuvent offrir une riche perspective pour comprendre le patient, le thérapeute et la relation thérapeutique, et qu'ils sont particulièrement importants pour faire en sorte que les transgressions des limites soient évitées et abordées avant le début de la thérapie. Fondamentalement, la force de l'alliance thérapeutique peut être liée aux résultats.

À l'instar d'autres traitements, la psychothérapie demande une évaluation initiale appropriée, des indications pour son emploi, une formation et des compétences de la part du psychiatre. Elle devrait prendre en compte les caractéristiques du patient, dont certaines sont réputées prédire parfois différentes réponses à des formes spécifiques de thérapie.^{20,22,29,49-52} Certaines psychothérapies sont plus normatives et structurées tandis que d'autres offrent un environnement moins directif. La plupart des thérapies présentent des outils pour évaluer l'alliance thérapeutique, l'adhésion au traitement et les résultats mesurés pour des soins de qualité.⁵³ Le recours à la psychothérapie comme traitement, ou élément d'un traitement, est délibéré et implique des choix. La décision du type de psychothérapie et de la fréquence des interactions psychothérapeutiques doit se faire en fonction du trouble psychiatrique, de la base des données probantes qui soutiennent l'emploi d'une thérapie en particulier, de la capacité du patient de se servir de la thérapie et de

l'efficacité interpersonnelle du thérapeute ainsi que de son aptitude à dispenser l'intervention. Comme dans le cas de tout traitement doté d'efficacité, une utilisation inappropriée peut avoir des effets nocifs.^{54,55}

Les essais randomisés contrôlés ont établi que les modalités de la psychothérapie sont des traitements efficaces pour des troubles psychiatriques spécifiques, dont les tailles d'effet sont équivalentes et parfois supérieures aux traitements de pharmacothérapie à eux seuls. Chez les enfants et les adolescents, la psychothérapie est considérée comme un traitement de première intention. « Choisir avec soin » a offert une aide précieuse en ce sens.⁵⁴ La psychothérapie est supérieure à la pharmacologie pour le suivi à long terme de certaines affections, surtout les troubles anxieux.^{22,49,50,56-59} Les psychothérapies soutenues empiriquement sont notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC),^{37,60,61} la psychothérapie interpersonnelle (PIP),^{23,62} la psychothérapie de groupe,⁶³ la thérapie dialectique comportementale (TDC),^{24,25,64} les interventions de pleine conscience,⁶⁵ l'entrevue motivationnelle (EM),⁶⁶ et la psychothérapie psychodynamique.^{21,41,67} Les principes psychothérapeutiques peuvent guider l'évaluation et les décisions liées au traitement en vue d'obtenir de meilleurs résultats des dynamiques complexes qui peuvent survenir.¹³ Les avantages du recours à la psychothérapie sont notamment moins de taux de rechute, l'amélioration de la résilience des patients, de l'estime de soi, des relations et de la qualité de vie, la réduction ou le rétablissement des symptômes et un meilleur fonctionnement.

Par consensus, les lignes directrices du traitement recommandent les psychothérapies pour des diagnostics comme les troubles anxieux et de l'humeur, le TSPT, les troubles d'utilisation de substances, les troubles de la personnalité, les troubles alimentaires, et les traumatismes psychologiques, soit comme monothérapie, ou en séquence ou en combinaison avec la médication. La TCC, la PIP, la TDC, l'EM, les interventions de pleine conscience et la psychothérapie psychodynamique sont *recommandées à l'unanimité dans les lignes directrices de traitement nationales et internationales* pour les patients de différentes affections psychiatriques (p. ex. celles de l'Organisation mondiale de la santé,²⁶ des États-Unis,^{68,69} du Canada^{27,28,57} et du Royaume-Uni (NICE)⁷⁰).

Les traitements psychiatriques qui comportent des psychothérapies soutenues par des données probantes devraient être axés sur les diagnostics, les attributs personnels et le contexte social des patients.⁴⁹ Comme dans tous les traitements, la recherche continue sur

l'efficience et l'efficacité demeure essentielle. La gestion de la qualité consiste notamment à trouver la meilleure thérapie pour un trouble ou une affection spécifique. Par le passé, la base théorique abstraite et les psychothérapies ouvertes de longue durée compliquaient la mesure des résultats et des processus, soulevant ainsi des questions sur leur validité.⁵⁴ Les traitements de psychothérapie éclairés par la recherche sur les résultats et les processus ont beaucoup évolué, tant sur le plan méthodologique que conceptuel.⁷¹ La recherche a démontré à ce jour l'efficacité de nombreuses psychothérapies à elles seules, séquencées ou combinées à une médication pour de nombreux troubles psychiatriques.³¹ Malgré les difficultés de mener une recherche dans un domaine aussi complexe que la psychopathologie, des progrès significatifs au cours des dernières années ont produit des instruments robustes aptes à évaluer les concepts complexes importants pour les soins psychiatriques, comme le transfert, l'alliance thérapeutique, la profondeur de l'expérience des séances, les modèles d'attachement dans les relations et d'autres (p. ex.^{72,73}).

Comme dans tout traitement ou intervention, la mesure et l'évaluation des résultats doivent être examinées par les investisseurs dans la santé, les prestataires et les éducateurs. C'est ce type de recherche qui continuera de consolider la place de la psychothérapie dans la médecine fondée sur des données probantes. Durant la formation des futurs psychiatres, nous réclamerons que ces données probantes continuent de s'appliquer à la formation des programmes d'études en psychothérapie. L'efficacité, la mesure et l'évaluation de différents types de psychothérapies influenceront sur le type et la nature de la formation offerte.

La supervision clinique longitudinale des stagiaires basée sur les cas et l'acquisition de compétences mesurables est encouragée, et des méthodes d'instruction efficaces devraient être enseignées dans le processus de formation.⁷⁴ Parmi les approches de formation efficaces, on trouve la modélisation, le mentorat et la rétroaction, l'utilisation d'enregistrements audio ou vidéo durant la formation, évoluant ainsi du processus passé de supervision régi par les notes à la rétroaction formative par observation basée sur le rendement, afin de favoriser l'expertise et la compétence adaptatives.⁷⁵

Conclusion

Les psychothérapies sont des traitements qui peuvent être appliqués par eux-mêmes ou en combinaison avec d'autres traitements. La pratique compétente de la psychothérapie exige de comprendre les concepts théoriques et les facteurs communs, et l'acquisition de

compétences à l'aide des méthodes d'enseignement fondées sur les données probantes. Le recours à la psychothérapie en psychiatrie doit être guidé par la pratique fondée sur les données probantes, semblable à la pratique qui classait les autres traitements médicaux. À titre de professionnels de la santé mentale détenant des compétences tant médicales que psychothérapeutiques, les psychiatres occupent une place de choix pour offrir des traitements médicaux et psychothérapeutiques intégrés qui peuvent bénéficier aux patients aux prises avec des affections comorbides plus complexes. Dans certains cas, le traitement peut être axé sur une psychothérapie spécifique, et dans d'autres cas, la médication peut suffire au besoin. La formation en traitements biologiques et en psychothérapies permettra aux psychiatres de prendre des décisions fondées sur les données probantes qui bénéficieront aux patients.

La psychothérapie peut porter sur des personnes, des couples, des familles ou des groupes tout au long de leur vie. Ces traitements peuvent différer de maintes façons, dont l'orientation, la stratégie, la fréquence, le centre du changement présumé et les objectifs thérapeutiques. La capacité de dispenser de façon compétente une psychothérapie fondée sur les données probantes et les lignes directrices recommandées par consensus dans le contexte d'une alliance thérapeutique positive demeure un ensemble de compétences essentielles des psychiatres canadiens.

La position de l'APC est que les psychothérapies font partie intégrante de *la formation et de la pratique* de la psychiatrie.

Reconnaissance

Les auteurs remercient la Dre Suzane Renaud pour son aide dans la révision de la traduction de cette déclaration de principe.

Références

1. Chaimowitz G. La place de la psychothérapie en psychiatrie. Énoncé de principe de l'Association des psychiatres du Canada. *Can J Psychiatry*. 2004;49(2):1–4.
2. Grant S, Holmes J, Watson J. Guidelines for psychotherapy training as part of general professional psychiatric training. *Psychiatric Bulletin*. 1993;17(11):695–698.
3. Cameron PM, Leszcz M, Bebhuk W, et al. The practice and roles of the psychotherapies: a discussion paper. Working group 1 of the Canadian psychiatric association psychotherapies steering committee. *Can J Psychiatry*. 1999;44(Suppl 1):17S–30S.
4. Katz P. Le rôle des psychothérapies dans l'exercice de la psychiatrie : la position de l'Association des psychiatres du Canada. *Can J Psychiatry*. 1986;31:466–474.

5. Joint Task Force on Standards for Medical (Psychiatric) Psychotherapy. A report to Council of the Ontario Psychiatric Association and to the executive of the section on psychiatry, on the definition, guidelines and standards for medical (psychiatric) psychotherapy. Toronto, ON: OMA; 1995.
6. Ontario Medical Association (OMA), Section of Psychiatry. The definition, guidelines and standards for medical (psychiatric) psychotherapy. Toronto, ON: OMA; 1995.
7. The Coalition of Ontario Psychiatrists. Talk and transformation: recommendations for moving forward with a structured psychotherapy program in Ontario. Toronto, ON: The Coalition of Ontario Psychiatrists; 2017.
8. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Objectifs de la formation spécialisée en psychiatrie. Ottawa, ON: CRMCC; 2015.
9. Shapiro Y, John N, Scott R, et al. Psychotherapy and its role in psychiatric practice: a position paper. II. Objective, subjective, and intersubjective science. *J Psychiatr Pract*. 2016;22(4):321–332.
10. Beck A, Rush AJ, Shaw BF, et al. *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press; 1979.
11. Weissman M, Markowitz J, Klerman GL. *The guide to interpersonal psychotherapy: updated and expanded edition*. New York, NY: Oxford University Press; 2018.
12. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015;14(3):270–277.
13. Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*. 2011;48(1):98–102.
14. Gabbard GO. *Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing; 2010.
15. Lazar SG. The cost-effectiveness of psychotherapy for the major psychiatric diagnoses. *Psychodyn Psychiatry*. 2014;42(3):423–457.
16. Kurdyak P, Newman A, Segal Z. Impact of mindfulness-based cognitive therapy on health care utilization: a population-based controlled comparison. *J Psychosom Res*. 2014;77(2):85–89.
17. Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, et al. The economic impact of psychotherapy: a review. *Am J Psychiatry*. 1997;154(2):147–155.
18. Altmann U, Zimmermann A, Kirchmann HA, et al. Outpatient psychotherapy reduces health-care costs: a study of 22,294 insureds over 5 years. *Front Psychiatry*. 2016;7:98.
19. Karyotaki E, Smit Y, de Beurs DP, et al. The long-term efficacy of acute-phase psychotherapy for depression: a meta-analysis of randomized trials. *Depress Anxiety*. 2016;33(5):370–383.
20. Zhou XY, Hetrick SE, Cuijpers P, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2015;14(2):207–222.
21. 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.
22. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, et al. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;159:118–126.
23. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, et al. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2016;173(7):680–687.
24. Linehan MM, Comtois AA, Murray AM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):757–766.
25. McMair SF, Links PS, Gnam WH, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1365–1374.
26. Organisation mondiale de la santé. Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, programme d'action combler les lacunes en santé mentale (mhGAP). Genève: Organisation mondiale de la santé; 2010.
27. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2. Psychological treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):524–539.
28. Qualité des services de santé Ontario. La dépression clinique. Soins aux adultes et aux adolescents. 2017; À l'adresse: <https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-depression-clinical-guide-1609-fr.pdf>.
29. Norcross J, Lambert M. Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy (Chic)*. 2011;48(1):4–8.
30. Parikh S, Segal ZV, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorders in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord*. 2009;117(Suppl 1):S15–S25.
31. Constantino MJ, Arnkoff DB, Glass CR, et al. Expectations. *J Clin Psychol*. 2011;67(2):184–192.
32. Hayes JA, Gelso CJ, Hummel AM. Managing countertransference. *Psychotherapy*. 2011;48(1):88–97.
33. Safran JD, Muran JC, Eubanks-Carter C. Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*. 2011;48(1):80–87.
34. Hayes JA, Gelso CJ, Goldberg S, et al. Countertransference management and effective psychotherapy: meta-analytic findings. *Psychotherapy*. 2018;55(4):496–507.
35. Norcross JC, VandenBos GR, Freedheim DK. *History of psychotherapy: continuity and change*. 2nd ed. Washington DC: American Psychological Association; 2011.
36. Weissman M, Cuijpers P. Psychotherapy over the last four decades. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(4):155–158.
37. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry*. 2013;58(7):376–385.
38. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):438–450.
39. Horvath A, Del Re AC, Fluckiger C, et al. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*. 2011;48(1):9–16.
40. Fluckiger C, Del Re AC, Wampold BE, et al. The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*. 2018;55(4):316–340.
41. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;7:CD004687.

42. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, et al. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(6):595–602.
43. Magnani M, Sasdelli A, Bellino S, et al. Treating depression: what patients want; findings from a randomized controlled trial in primary care. *Psychosomatics*. 2016;57(6):616–623.
44. Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, et al. Psychotherapy for military-related PTSD a review of randomized clinical trials. *JAMA*. 2015;314(5):489–500.
45. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;12:CD003388.
46. Leichsenring F, Rabung A. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*. 2008;300(13):1551–1565.
47. Fonagy P, Rost F, Carlyle J, 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):312–321.
48. Matsuzaka CT, Wainberg M, Norcini Pala A, et al. Task shifting interpersonal counseling for depression: a pragmatic randomized controlled trial in primary care. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):225.
49. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2005.
50. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, et al. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*. 2013;12(2):137–148.
51. 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.
52. Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J Clin Psychol*. 2005;61(2):155–163.
53. Weerasekera P. The state of psychotherapy supervision: recommendations for future training. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(3):255–264.
54. Urness D, Parker NJ, Rapoport MJ, et al. Choosing Wisely: wise choices in psychiatry. *Can J Psychiatry*. 2016;61(11):700–704.
55. Kraus DR, Castonguay L, Boswell JF, et al. Therapist effectiveness: implications for accountability and patient care. *Psychother Res*. 2011;21(3):267–276.
56. Cuijpers P, Anderssen G, Donker T, et al. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*. 2011;65(6):354–364.
57. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(Suppl 1):S1.
58. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*. 2015;14(2):137–150.
59. Abramowitz JS, Whiteside SR, Deacon BJ. The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Behav Ther*. 2005;36(1):55–63.
60. In-Albon T, Schneider S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2007;76(1):15–24.
61. Reynolds S, Wilson C, Austin J, et al. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(4):251–262.
62. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011;168(6):581–592.
63. Yalom I, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 6th ed. New York, NY: Basic Books; 2020.
64. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;1:CD005652.
65. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):615–623.
66. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Ann Rev Clin Psychol*. 2005;1:91–111.
67. 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):1208–1216.
68. Working Group on Major Depressive Disorder. Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing; 2010. Available from: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
69. The Management of Major Depressive Disorder Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder; 2016. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf>
70. Pilling S, Anderson I, Goldberg D, et al. Guidelines depression in adults, including those with a chronic physical health problem: summary of NICE guidance. *Br Med J*. 2009;339:b4108.
71. Lambert MJ, ed. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th ed. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2013.
72. Hatcher RL, Gillaspay JA. Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychother Res*. 2006;16(1):12–25.
73. Ravitz P, Maunder R, Hunter J, et al. Adult attachment measures: a 25-year review. *J Psychosom Res*. 2010;69(4):419–432.
74. Sholomskas D, Syracuse-Siewert G, Rounsaville BJ, et al. We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(1):106–115.
75. Ravitz P, Lawson A, Fefergrad M, et al. Psychotherapy competency milestones: an exploratory pilot of CBT and psychodynamic psychotherapy skills acquisition in junior psychiatry residents. *Acad Psychiatry*. 2019;43(1):61–66.