Cet ouvrage présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour répondre aux questions posées par la Direction générale de la santé (DGS) concernant l'évaluation des psychothérapies.

Il s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du dernier semestre 2003. Environ 1 000 articles et documents ont constitué la base documentaire de cette expertise.

Le Centre d'expertise collective de l'Inserm a assuré la coordination de cette expertise collective avec le Département animation et partenariat scientifique (Daps) pour l'instruction du dossier et avec le service de documentation du Département de l'information scientifique et de la communication (Disc) pour la recherche bibliographique.

Groupe d'experts et auteurs

Olivier CANCEIL, service hospitalo-universitaire de santé mentale et thérapeutique, secteur 75G14, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris

Jean COTTRAUX, unité de traitement de l'anxiété, hôpital neurologique Pierre Wertheimer, centre hospitalier universitaire de Lyon

Bruno FALISSARD, laboratoire innovation méthodologique en santé mentale, université Paris XI, AP-HP, Villejuif

Martine FLAMENT, institut de recherche en santé mentale de l'université d'Ottawa, Ottawa, Canada

Jacques MIERMONT, fédération de services en thérapie familiale, centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud, Villejuif

Joel SWENDSEN, laboratoire de psychologie clinique et psychopathologie, université Victor Segalen Bordeaux 2, Institut universitaire de France

Mardjane TEHERANI, service de psychiatrie, centre hospitalier universitaire Bichat-Claude-Bernard, Paris

Jean-Michel THURIN, psychiatre, Paris

Ont été auditionnés

Daniel WIDLÖCHER, université Pierre et Marie Curie, Paris

David SERVAN-SCHREIBER, psychiatrie clinique, faculté de médecine, université de Pittsburgh, États-Unis

Ivy BLACKBURN, cognitive and behavioural therapies centre, Newcastel Upon Tyne, Royaume-Uni

Coordination scientifique et éditoriale

Fabienne BONNIN, attachée scientifique au centre d'expertise collective de l'Inserm, faculté de médecine Xavier-Bichat

Catherine CHENU, chargée d'expertise au centre d'expertise collective de l'Inserm, faculté de médecine Xavier-Bichat

Jeanne ETIEMBLE, directeur du centre d'expertise collective de l'Inserm, faculté de médecine Xavier-Bichat

Catherine POUZAT, attachée scientifique au centre d'expertise collective de l'Inserm, faculté de médecine Xavier-Bichat

Assistance bibliographique et technique

Chantal RONDET-GRELLIER, documentaliste au centre d'expertise collective de l'Inserm, faculté de médecine Xavier-Bichat

Sommaire

Avant-Propos XI

Analyse

Données générales sur l'évaluation de l'efficacité

1. Réflexion sur l'évaluation 3
2. Aspects méthodologiques de l'évaluation 11
3. Étapes historiques de l'évaluation 35

Approche psychodynamique (psychanalytique)

4. Présentation de l'approche psychodynamique 49
5. Aspects méthodologiques de l'approche psychodynamique 71
6. Études d'évaluation de l'approche psychodynamique 105

Approche cognitivo-comportementale

7. Présentation de l'approche cognitivo-comportementale 169
8. Études d'évaluation de l'approche cognitivo-comportementale 185

Approche familiale et de couple

9. Présentation de l'approche familiale et de couple 257
10. Études d'évaluation de l'approche familiale et de couple 279

Données sur les trois approches

11. Bilan des études comparatives 381
12. Bilan des études d'évaluation par pathologie 429

Synthèse 475

Annexes 531

Avant-propos

Les psychothérapies sont des traitements d'utilisation largement répandue dans la pratique du soin pour les troubles mentaux chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant. Elles accompagnent une médication pour certains troubles sévères (schizophrénie, trouble bipolaire…). Elles sont pratiquées comme alternative à un traitement pharmacologique pour d'autres troubles moins sévères ou qui ne relèvent pas de celui-ci (exemple, troubles de la personnalité).

En France, les psychothérapies sont généralement conseillées aux patients par des médecins psychiatres, des psychologues, des médecins généralistes ou d'autres professionnels de santé, mais il existe aussi des demandes spontanées, en pourcentage non quantifiable car il n'y a pas de données disponibles dans ce domaine. Les psychothérapies sont le plus souvent pratiquées en « ville », dans le cadre du soin, par les psychiatres et les psychologues, et en institution par différents intervenants (infirmiers, psychologues…), souvent sous la responsabilité d'un psychiatre. Dans la réglementation des soins en France, les psychothérapies ne sont pas inscrites à la nomenclature des actes techniques, à l'exception des thérapies de groupe ; il existe néanmoins une cotation « consultation psychiatrique » qui ne spécifie pas le type de soin pratiqué par le psychiatre dans cette consultation.

Au plan international, d'après les travaux scientifiques publiés, les psychothérapies sont pratiquées par des psychiatres et des psychologues, et dans une moindre mesure, au Royaume-Uni et aux États-Unis, par des infirmiers spécialisés (*nurse therapist*), des travailleurs sociaux, ou des conseillers spécialisés (*counselors*), ainsi que par des étudiants dans le cadre de projets de recherche en psychothérapie sous supervision étroite. Enfin, dans certains travaux de recherche, il est fait mention de généralistes formés brièvement à appliquer des méthodes déjà testées et adaptées à la pratique médicale de l'omnipraticien dans un but de soin ou de prévention.

Comme d'autres traitements, les différentes méthodes de psychothérapie ont fait l'objet de nombreux travaux scientifiques. Certains de ces travaux se sont attachés à évaluer l'efficacité des pratiques dans différentes conditions.

Dans le cadre du Plan santé mentale mis en place par le ministère de la Santé en 2001, la Direction générale de la santé (DGS) a sollicité l'Inserm pour

établir un état des lieux de la littérature internationale sur les aspects évaluatifs de l'efficacité de différentes approches psychothérapiques. Deux associations françaises, l'Unafam[1] et la Fnap-psy[2], se sont jointes à la DGS dans cette démarche. En accord avec ces partenaires, le champ de l'expertise s'est appliqué à trois grandes approches psychothérapiques – l'approche psychodynamique (psychanalytique), l'approche cognitivo-comportementale, la thérapie familiale et de couple – fréquemment pratiquées pour le soin de troubles caractérisés de l'adulte, de l'adolescent ou de l'enfant.

Pour répondre à la demande, l'Inserm a, dans le cadre de la procédure d'expertise collective, réuni un groupe d'experts comprenant des psychiatres, psychologues, épidémiologistes et biostatisticiens. Le groupe d'experts a structuré l'analyse de la littérature internationale autour des questions suivantes :

- Comment envisager une évaluation des psychothérapies en termes d'efficacité ?
- Quels sont les différents types d'études permettant d'évaluer l'efficacité des psychothérapies ?
- Quelles sont les difficultés méthodologiques rencontrées pour cette évaluation ?
- Quelles sont les étapes historiques de l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies ?
- Quelles sont les références théoriques des approches psychodynamiques (psychanalytiques), cognitivo-comportementales et familiales ?
- Quelles sont les données de la littérature sur l'évaluation de l'efficacité des approches psychodynamiques (psychanalytiques), cognitivo-comportementales et familiales ?
- Quelles sont les données de la littérature sur l'évaluation comparative de l'efficacité de ces différentes approches psychothérapiques ?
- Quelles sont les données de la littérature sur l'évaluation de l'efficacité de ces trois approches psychothérapiques pour différentes pathologies ?
- Quelles sont les données de la littérature sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies chez l'enfant et l'adolescent ?

Une interrogation indépendante des bases de données internationales, menée par le centre d'expertise collective, a conduit à rassembler plus de 1 000 articles. Les experts ont été sollicités pour compléter cette bibliographie dans leur propre champ de compétence en relation avec les objectifs de l'expertise. Au cours de onze séances de travail organisées entre les mois de mai 2002 et décembre 2003, les experts ont présenté une analyse critique et une synthèse des travaux publiés aux plans international et national sur les différents aspects du cahier des charges de l'expertise.

1. Unafam : Union nationale des amis et familles de malades psychiques
2. Fnap-psy : Fédération nationale des associations de patients et ex-patients en psychiatrie

I

Données générales sur l'évaluation de l'efficacité

1

Réflexion sur l'évaluation

Ce document s'intéresse à l'évaluation scientifique de l'efficacité des psychothérapies, mais peut-on évaluer scientifiquement l'efficacité d'une psychothérapie ? En effet, la situation psychothérapeutique met en jeu des êtres humains dans leur singularité subjective. Comment envisager alors de réduire scientifiquement un tel contexte sans en perdre l'essence ? Ces questions ont bien entendu été abordées au cours de cette expertise collective.

On peut considérer en première approximation que la démarche scientifique consiste à tester des hypothèses réfutables au moyen d'expériences reproductibles. Nous trouvons ici trois concepts clés à approfondir dans le cadre particulier de l'évaluation des psychothérapies : hypothèse, expérience reproductible, réfutabilité. Dans le cas présent, la ou les hypothèses à tester sont clairement identifiées : telle modalité de psychothérapie est plus efficace que telle autre modalité thérapeutique. La possibilité de mettre en œuvre des expériences reproductibles permettant de réfuter ces hypothèses est moins évidente. En effet, peut-on réaliser des « expériences » dans un cadre psychothérapeutique sans interférer avec le processus de soin et donc sans biaiser les résultats ? De telles « expériences » devront le plus souvent évaluer le sujet dans sa subjectivité ; peut-on réaliser des mesures subjectives de la même façon que l'on réalise des mesures objectives, et ces mesures ont-elles la même valeur ? Ces « expériences » porteront sur des sujets singuliers dans leur trajectoire de vie et dans leur fonctionnement mental ; comment envisager alors des expériences reproductibles ? Enfin à propos de la notion de réfutabilité, elle fait écho, en recherche clinique, à celle d'inférence statistique au travers notamment des tests statistiques d'hypothèses. Mais peut-on avoir recours à la statistique dans le cadre de l'évaluation de psychothérapies comme on le fait dans le cadre de l'évaluation des médicaments ?

« Expériences » dans un cadre psychothérapeutique

Ce point concerne en fait la recherche thérapeutique en général et pas seulement le domaine des psychothérapies. Ainsi, dans un essai thérapeutique comparant l'efficacité d'un antiulcéreux à un placebo à l'aide d'une méthodologie de « double aveugle » et d'allocation aléatoire du traitement, il

y a effectivement une modification du contexte de soin par rapport à la situation clinique habituelle : ni le médecin ni le malade ne savent quel traitement est administré. Rien ne dit alors que la différence d'efficacité constatée en situation expérimentale est véritablement superposable à la différence d'efficacité existant en pratique clinique quotidienne. Certains champs de la clinique sont plus sensibles que d'autres à ce biais potentiel, la psychiatrie en est sûrement un, mais elle n'est pas la seule. Les autorités de santé sont conscientes de ce problème et suggèrent, pour apporter des éléments de réponse à cette question, la réalisation d'études observationnelles de terrain, il est vrai moins rigoureuses et plus difficilement interprétables, mais dont les résultats permettent de corroborer utilement les données issues des essais thérapeutiques classiques.

L'évaluation des psychothérapies relève de la même logique : l'essai thérapeutique comparatif apporte une information capitale du fait de la rigueur et de la transparence de la méthodologie mise en jeu. Cette information ne se suffit néanmoins pas à elle-même, elle doit toujours être interprétée à la lumière des spécificités de la pratique clinique réelle et pourra éventuellement gagner à être étayée par des études complémentaires, qualitatives ou épidémiologiques.

Mesures objectives, mesures subjectives

Pour évaluer une psychothérapie, il faut le plus souvent évaluer le sujet dans sa subjectivité. Peut-on réaliser des mesures subjectives (tristesse ou intensité d'un délire par exemple) de la même façon que l'on réalise des mesures objectives (tension artérielle ou cholestérolémie par exemple) et ces mesures ont-elles la même valeur ?

Cette question est essentielle. L'expérience montre en effet que, spontanément, le plus grand nombre considère comme une évidence que « la tristesse, ça ne se mesure pas… », ou que « vouloir mesurer la tristesse, c'est perdre *de facto* sa substance, sa complexité ».

Il y a là en réalité un quiproquo concernant la définition du mot mesure. Ce mot, d'usage parfaitement courant, est pourtant très difficile à définir. Si les physiciens utilisent implicitement une théorie opérationnelle de la mesure (les résultats des mesures peuvent être manipulés à l'aide de formules et de lois décrivant avec une grande précision les relations unissant les corps physiques), une telle approche est difficile à envisager dans le domaine des mesures subjectives comme la tristesse. En réalité, la mesure dans le domaine de la subjectivité s'entend comme « la représentation numérique d'une caractéristique ». Le sens commun nous invite en effet à constater que l'on peut être « plus » ou « moins » triste. On peut alors envisager de recourir au système symbolique numérique pour représenter cette intuition que nous avons de l'intensité de la tristesse d'un sujet. Le recours à ce système symbolique a ses

avantages et ses inconvénients : il permet d'une part de bénéficier des formidables outils que les mathématiciens ont développé au cours des temps pour manipuler les nombres, il nous fait perdre d'autre part un peu de cette intimité que le langage naturel nous procure à partir de l'évocation du mot « tristesse ».

Quand on considère donc que « la tristesse, ça ne se mesure pas… », ce que l'on exprime simplement c'est que le mode de représentation numérique de la tristesse est un système symbolique différent du langage naturel que nous utilisons en permanence. Cette différence n'implique nullement que l'un des systèmes de représentation soit plus ou moins performant que l'autre. Ils ont chacun leur particularité, celle du nombre étant de permettre le recours plus immédiat à une méthodologie d'investigation de type scientifique. Cela ne nous indique pas pour autant si la mesure d'une caractéristique subjective peut être comparée à la mesure d'une caractéristique objective. Là aussi, alors que spontanément il pourrait sembler évident qu'une mesure de tristesse est de nature fondamentalement différente d'une mesure de cholestérolémie, l'examen un peu plus approfondi de cette question laisse en réalité perplexe. Voyons cela à partir de quelques exemples.

À propos des différences entre mesures subjectives et mesures objectives, certains pourraient remarquer qu'un attribut subjectif ne correspond à rien de concret, tout juste à un mot, qui plus est au sens généralement imprécis. Prenons la tristesse. Il est vrai que, curieusement, il est difficile d'en obtenir une définition[1], mais est-ce pour cela que le sens de ce mot est imprécis ? Bien au contraire. La tristesse est un sentiment élémentaire que tout être humain a déjà éprouvé. Il suffit, en fait, que je dise : « je suis triste… » pour que n'importe quelle personne sache exactement ce que je ressens. Pour le moins, on ne peut voir ici aucune imprécision. À l'opposé, le temps est une variable objective que chacun mesure quotidiennement. Mais comment définir le temps ? Philosophes ou physiciens ont en pratique bien des difficultés pour répondre à cette question.

À propos des ressemblances entre mesures subjectives et mesures objectives, on remarquera une évolution parallèle des paradigmes[2] de mesure dans les

1. Bien souvent, des synonymes tels que « chagrin » ou « mélancolie » sont proposés, termes eux-mêmes définis à partir des mots « triste » ou « attristé ». Le dictionnaire « Le Robert » évite cet écueil en suggérant la définition : « état affectif pénible, calme et durable ». On remarquera cependant que le remords, par exemple, obéit à la même définition, or remords et tristesse sont des sentiments clairement distincts. Enfin, on propose parfois : « état affectif associé à la perte d'objet » ; très séduisante, cette approche a néanmoins le désavantage de recourir implicitement à une théorie (psychanalytique), ce qui ne va pas sans poser problème pour une définition.

2. Dans son sens courant, le terme paradigme désigne un « mot-type » qui est donné comme modèle pour une déclinaison, une conjugaison (le paradigme de la conjugaison des verbes du premier groupe est le verbe « chanter ») ; il est, en ce sens, synonyme de modèle ou d'exemple. En épistémologie, il a été utilisé par Kuhn pour désigner les « accomplissements passés pouvant servir d'exemples et remplacer les règles explicitées, en tant que bases de

disciplines de la subjectivité et dans les sciences les plus « objectives », la physique notamment. En effet, si l'on prend l'exemple de la mesure d'une longueur, l'approche métrologique la plus élémentaire consiste à donner une impression de la grandeur de l'objet à mesurer : c'est « très grand », « assez grand »… Dans le domaine des mesures subjectives, on notera qu'il existe des instruments relevant du même paradigme ; on citera par exemple l'échelle d'impression clinique globale (CGI).

La mesure d'une longueur ne se limite bien sûr pas à des impressions, il existe un étalon, le mètre. Dans le domaine de la psychopathologie, il existe aussi des instruments que l'on peut associer au paradigme de l'étalonnage. Il en est ainsi des items de l'échelle de dépression de Hamilton. Chacun des items de cette échelle est constitué d'une succession de modalités de références parmi lesquelles il faut choisir celle qui semble être la plus proche du patient à évaluer. Par exemple, pour l'item de culpabilité, nous avons : « S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé des préjudices à des gens » ; « Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables » ; « La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité »… Nous avons bien là une succession de jalons permettant d'étalonner la mesure, un peu à la manière du mètre étalon défini à la Révolution française.

Les physiciens ont cependant abandonné une définition du mètre fondée sur un simple jalon de référence. Ainsi, depuis 1983, le mètre est défini par « la longueur du trajet parcouru dans le vide par la lumière pendant une durée de 1/299 792 458 de seconde ». Cette nouvelle définition marque une rupture épistémologique majeure en métrologie : le processus de mesure fait maintenant partie intégrante d'une théorie au sens fort du terme. En effet, cette définition du mètre implique que la vitesse de la lumière dans le vide est une constante, ce qu'il est indispensable de vérifier expérimentalement. Cette vérification se fait en observant des interférences de franges lumineuses, ce qui fait appel à la théorie ondulatoire de la lumière…

De nombreux instruments de mesure utilisés en psychopathologie relèvent d'un tel paradigme, où l'instrument est étroitement lié à une théorie. C'est notamment le cas des instruments à plusieurs items, dépendant d'une théorie définitoire (celle qui a présidé au choix des items constituant l'instrument).

Pour conclure sur ce point, si nous venons de voir que les différences entre les mesures subjectives et les mesures objectives ne sont pas aussi évidentes que l'on pouvait le penser a priori, nous avons aussi constaté que les instruments de mesure utilisés le plus fréquemment en psychopathologie (les instruments

solution pour les énigmes qui subsistent dans la science normale » ; par exemple, l'expérience dite du labyrinthe en « T » est un paradigme de la théorie du conditionnement opérant de Skinner, l'auscultation est le paradigme de l'examen clinique tel qu'on le pratique depuis Laennec. C'est en ce sens que ce mot est utilisé ici.

constitués d'une liste d'items) dépendaient fortement d'un système théorique. Or d'une part ces systèmes théoriques ne sont pas toujours bien explicités, mais d'autre part ils peuvent ne pas être congruents avec les théories psychopathologiques sous-jacentes aux psychothérapies évaluées. Ainsi, il n'est pas rare de voir des thérapies d'inspiration psychanalytique évaluées à l'aide d'instruments développés dans un cadre purement symptomatique. Les résultats de telles études sont donc nécessairement à interpréter avec prudence, même si certains pourraient alors argumenter que l'objectif n'est pas tant d'évaluer la psychothérapie en tant que telle, mais plutôt ses effets (son efficacité). Les instruments développés pour étudier les changements symptomatiques seraient alors adaptés aux examens de toute forme de psychothérapie, à la condition que le contexte de cette comparaison soit bien admis.

Reproductibilité statistique

Les études permettant d'évaluer les psychothérapies porteront sur des sujets singuliers dans leur trajectoire de vie et dans leur fonctionnement mental. Comment envisager alors des expériences reproductibles ? Cette question se pose, elle aussi, de la même façon dans les autres domaines de la recherche thérapeutique. En effet, si l'on évalue l'efficacité d'une antibiothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, compte tenu du cycle du bacille de Koch, l'essai devra s'étaler sur une ou plusieurs années. Si un investigateur souhaite reproduire l'essai une fois les résultats publiés, il est possible que l'écologie du germe ait changé et que l'expérience ne soit plus tout à fait la même.

En recherche clinique, la notion de reproductibilité est donc affaiblie par rapport aux sciences expérimentales classiques comme la physique, la chimie ou la biologie.

Enfin, les résultats des thérapeutiques n'étant que rarement superposables d'un patient à l'autre, la reproductibilité des études cliniques ne peut être que statistique. Cela nous amène au dernier point.

Peut-on avoir recours à la statistique de la même façon dans le cadre de l'évaluation de thérapeutiques somatiques et dans le cadre de l'évaluation de psychothérapies ?

La réponse à cette question est de nouveau affirmative. En effet, dans un essai thérapeutique avec allocation aléatoire des traitements, la statistique ne fait que chiffrer la part possiblement attribuable au hasard dans la différence d'efficacité observée entre les traitements comparés. Plus précisément, chaque patient a, sans que l'on puisse généralement le savoir a priori, une aptitude particulière à répondre à un traitement donné. Il est possible que le tirage au sort attribue, par le simple fait du hasard, un plus grand nombre de

fois un traitement particulier à des patients au potentiel de guérison le plus élevé. Les tests statistiques évaluent dans quelle mesure ce phénomène aléatoire pourrait aboutir à lui seul à la différence d'efficacité observée entre les traitements. Ce calcul se fait de la même façon que le traitement soit médicamenteux ou psychothérapeutique.

La reproductibilité statistique des résultats issus des essais thérapeutiques en psychiatrie repose en grande partie sur l'adoption de critères diagnostiques comme ceux du DSM ou CIM-10. Ces critères obeissent cependant à une logique interne qui n'est pas sans conséquences sur les interprétations que l'on peut réaliser de ces résultats.

En effet, la démarche du DSM obéit à une recherche légitime de consensus syndromique en psychiatrie. Elle correspond à une induction scientifique, c'est-à-dire au repérage statistique de régularités d'occurrences des signes pathologiques, avec un degré de précision aussi grand que possible quant aux syndromes ainsi différenciés. Dans l'introduction au DSM-IV, il est pourtant mentionné que « le système de classification catégorielle a ses limites », qu'on ne postule pas que chaque trouble mental est une entité circonscrite, aux limites absolues l'isolant des autres troubles mentaux ou de l'absence de trouble mental. De plus, les individus qui partagent le même diagnostic sont susceptibles d'être hétérogènes, même en ce qui concerne les critères de définition du diagnostic. Enfin, les cas limites sont difficiles à diagnostiquer ou ne peuvent l'être que de manière probabiliste.

Mais il existe alors un problème méthodologique incontournable : si l'induction est la méthode de vérification expérimentale par excellence, celle-ci ne peut, à elle seule, élaborer les hypothèses permettant de confronter d'éventuelles théories concurrentes pour rendre compte des faits observés. De fait, même aux États-Unis, le DSM-IV n'a pas fait disparaître les traités de psychiatrie, qui reposent sur un point de vue nosologique (l'étude des maladies) et non plus seulement syndromique (l'étude des troubles). Le passage de la constatation d'un syndrome à l'établissement d'un diagnostic ne peut relever d'une catégorisation inductive (inclusion du cas observé dans la classe de tous les cas présentant les mêmes caractères), mais d'une hypothèse abductive (recherche risquée de la classe nosologique non connue a priori qui rendra le mieux compte du cas singulier observé). Par exemple, un syndrome de discordance ou d'influence ne signifie pas automatiquement qu'il s'agit d'une maladie schizophrénique (et inversement, une personne souffrant d'une maladie schizophrénique peut ne pas présenter l'un ou l'autre de ces syndromes). Par ailleurs, il se peut que la « classe nosologique » ne soit pas la plus appropriée à l'interprétation des troubles comportementaux et mentaux regroupés en syndromes, d'où les hypothèses (abductives) psychodynamiques, éco-systémiques, humanistes et comportementales-cognitives.

En conclusion, nous venons de voir qu'il n'existe pas de frein conceptuel évident à l'évaluation scientifique de l'efficacité d'une psychothérapie. Il est

en effet possible d'envisager de tester l'hypothèse d'efficacité de ces traitements dans le cadre d'expériences reproductibles réfutables. Des nuances doivent cependant être apportées à cette affirmation : tout d'abord la reproductibilité de ces études n'est pas totale, mais ce problème n'est pas propre au domaine des psychothérapies. Ensuite, ces études ne sont interprétables que si les mesures réalisées sont valides. Or, dans le cadre des psychothérapies ces mesures portent souvent sur un phénotype subjectif. Si nous avons vu que de telles mesures ne sont pas conceptuellement très différentes des mesures habituelles, plus objectives, la question de la validité des instruments utilisés se pose, elle, de façon plus aiguë. En effet, les instruments de mesure les plus sophistiqués ne trouvent de sens véritable que quand ils sont insérés dans un champ théorique. Une situation idéale serait que l'instrument retenu dans l'étude soit compatible avec le support théorique utilisé par la ou les psychothérapie(s) évaluée(s). Il faudrait alors disposer d'une théorie du fonctionnement mental permettant de situer les différentes stratégies psychothérapeutiques les unes par rapport aux autres mais, malheureusement, s'il existe un grand nombre de théories parcellaires du fonctionnement mental, une théorie globale est bien loin d'exister aujourd'hui. Une alternative plus modeste (et limitée) est alors de recourir à un critère clinique.

2

Aspects méthodologiques de l'évaluation

Paul (1969) a présenté d'une façon lapidaire l'ensemble des questions que soulève l'évaluation des effets thérapeutiques et des processus en jeu dans les psychothérapies : « Quel traitement, par quel thérapeute, est le plus efficace, pour quel sujet, à propos de quel problème, dans quelles circonstances, et comment ? » Ce qui peut donner lieu à sept grandes directions de recherche :

- définir avec précision les traitements ;
- définir l'efficacité thérapeutique ;
- définir en termes opérationnels les problèmes psychologiques ;
- définir les sujets en termes opérationnels ;
- définir les comportements et les attitudes psychologiques qui sont psychothérapiques ;
- définir comment agissent les traitements : quels sont le ou les processus thérapeutiques ?
- définir dans quelles conditions de milieu agissent les traitements.

Cet abord pragmatique de la question pose des problèmes généraux d'ordre épistémologique et méthodologique.

Problèmes épistémologiques

Il s'agit d'examiner tout d'abord le problème de la pertinence d'une évaluation des phénomènes psychothérapiques, qui par nature sont subtils, individuels, souvent intersubjectifs et de ce fait se prêtent peu à une quantification sur le modèle des sciences expérimentales, qu'elles soient d'obédience médicale ou psychologique.

On peut se demander, en effet, si la psychothérapie et ses différents modèles ne relèvent pas des sciences idiographiques : autrement dit les sciences qui s'occupent de phénomènes uniques, non répétables et dont on ne peut donner qu'une description individualisée. Les sciences idiographiques sont, par exemple, l'histoire, la géographie et l'archéologie. Et l'on sait l'importance de la métaphore archéologique dans la description par Freud du

processus psychanalytique. En revanche, les sciences nomothétiques s'efforcent de définir des lois, d'établir des relations répétables, de tester des hypothèses de plus en plus générales et de proposer des modèles du fonctionnement psychologique et des modèles d'intervention. Le cas individuel est supposé « porter en lui-même la forme entière de l'humaine condition » que l'on peut dégager par induction et repérer dans d'autres individus, au cours d'études statistiques (Cottraux, 1988).

La recherche en psychothérapie oscille en fait entre les pôles nomothétique et idiographique. Freud (1917) a passé une grande partie de sa vie à essayer d'établir des lois générales issues de l'expérience analytique, alors qu'il pensait pourtant que le travail analytique individuel ne pouvait être soumis à l'enquête statistique.

Protocoles de recherche

À la suite de Claude Bernard (1865), les psychologues américains ont développé des protocoles expérimentaux de cas individuels pour évaluer les effets et les processus des psychothérapies, en disant que ces protocoles étaient la pierre de touche de l'évaluation, pour ensuite développer des études contrôlées sur un nombre élevé de cas, afin de valider leur approche en fonction de critères méthodologiques universels.

La croyance de chaque psychothérapeute en la valeur du système auquel il adhère, croyance dont le fondement est rarement rationnel, représente un autre problème. Développer un programme de recherche, autrement dit formuler un système psychothérapique sous la forme d'un ensemble d'hypothèses testables, consiste à prendre le risque de voir ses croyances s'effondrer, et d'être obligé de modifier sa pratique.

Comme l'a montré Karl Popper (1963), la recherche scientifique est beaucoup moins la quête de la « Vérité » que la mise en place de dispositifs de contrôles susceptibles d'éliminer progressivement les erreurs. C'est « la falsifiabilité » (au sens anglais), autrement dit la « testabilité », qui implique une méthodologie susceptible de démontrer qu'une hypothèse ou une théorie est vraie ou fausse. Cette oscillation de l'individuel au général, et de la « croyance » à la « falsifiabilité », va se retrouver constamment dans les problèmes méthodologiques soulevés par l'évaluation des psychothérapies. Un protocole a pour but d'établir les règles logiques qui sont nécessaires à la sélection et à l'interprétation objective des données recueillies dans le dessein de répondre aux questions posées. La méthodologie consiste, de la manière la plus objective possible, à poser les questions, à élaborer un protocole qui permette de répondre à celles-ci, tout en sélectionnant des mesures fiables et adaptées à la question.

La formulation d'hypothèses de recherche consiste à se poser des questions et à se donner les moyens d'y répondre. Nombre de facteurs peuvent influencer

le cours d'une psychothérapie : la nature et le degré du trouble, des événements de vie, l'effet placebo, la méthode thérapeutique utilisée, la relation thérapeutique, une bonne ou mauvaise alliance thérapeutique ou des changements biologiques. Dans les travaux les plus expérimentaux effectués chez l'animal, il existe un effet expérimentateur : l'effet Rosenthal (Rosenthal, 1966 ; Rosenthal et Rosnow, 1975). De plus, le choix des variables étudiées est intrinsèquement lié aux hypothèses et aux résultats obtenus.

Notions d'efficacité et d'utilité clinique

Tout projet de recherche est donc lié à une procédure impliquant à la fois un groupe contrôle et des mesures ce qui le rend réducteur, par nécessité. De nombreuses variables sont prises en compte dans les projets : en particulier les mesures des symptômes et syndromes, de la personnalité, de l'ajustement, du handicap, de la qualité de vie, des processus thérapeutiques, ou de variables indépendantes ayant valeur de prédiction. Les méta-analyses des essais contrôlés se centrent souvent sur la réduction des syndromes et des symptômes les plus représentatifs des troubles étudiés. Les méta-analyses les plus récentes et les mieux faites évaluent les différents aspects du changement et certaines se penchent sur les processus. Cette manière multimodale de considérer le problème du changement est rarement prise en compte. Beaucoup de revues institutionnelles récentes envisagent seulement le problème de l'efficacité, dans la mesure où la définition d'un rapport coût/efficacité favorable est devenue le point nodal dans les politiques de santé. Pourtant, la notion même d'efficacité doit être nuancée.

De nombreux auteurs ont insisté sur le fait qu'il ne suffit pas de modifier les symptômes et les syndromes pour obtenir un résultat satisfaisant pour le patient. Déjà, dans un rapport de l'OMS (Sartorius et coll., 1993), un certain nombre de critères ont été proposés pour évaluer les résultats des traitements psychiatriques :

- utilité pratique (*effectiveness*) : réduction des symptômes ; amélioration de la capacité à tenir des rôles sociaux et professionnels ; qualité de vie des patients et de leur famille ;
- sécurité ;
- effets secondaires ;
- problèmes éthiques ;
- rapport coût/efficacité comparé à d'autres traitements ;
- possibilité d'être appliqué dans des situations sociales variées et par différentes catégories de professionnels de santé mentale ;
- risque de mésusage (par exemple dépendance à un médicament).

Aujourd'hui, il apparaît de plus en plus qu'à la notion d'efficacité (*efficacy*), qui peut être mise en évidence par les études contrôlées randomisées sur des populations souvent très sévèrement sélectionnées et peu représentatives de la pratique, doit se substituer celle d'utilité clinique (*effectiveness*), c'est-à-dire de l'application pratique du savoir-faire psychothérapique (Clarkin et coll.,

1996 ; Gabbard, 1997). Des méta-analyses récentes ont essayé de répondre à cette question.

Shadish et coll. (1997) ont reclassé des études incluses dans 15 méta-analyses des psychothérapies en fonction de leur représentativité des conditions cliniques habituelles et abouti à la conclusion que les résultats sont les mêmes sur un terrain clinique proche des conditions habituelles que dans des projets de recherche portant sur des populations de sujets très sélectionnés.

Méthodes d'évaluation

L'évaluation des psychothérapies a suivi l'évolution de la recherche clinique qui est passée progressivement des études de cas individuels aux protocoles randomisés.

Études de cas individuels

L'histoire de la psychothérapie a débuté par des études de cas individuels rapportées par Charcot, Janet, Freud et leurs successeurs immédiats. Les études de cas ont une valeur heuristique irremplaçable. Les psychothérapies modernes doivent toutes quelque chose à « L'automatisme psychologique » de Pierre Janet (1889) et aux « Études sur l'hystérie » de Freud et Breuer (1895). Tous les travaux en psychothérapie, quel qu'en soit le type, commencent par des études de cas individuels, puis des séries, pour se poursuivre par des études contrôlées. Les statistiques sur des séries de cas peuvent évaluer les résultats d'un thérapeute ou d'une institution. Mais ces statistiques globales, si elles étudient certains aspects du processus thérapeutique au cours de recherches corrélationnelles, ne permettent pas de conclure à l'efficacité d'un traitement par rapport à l'évolution spontanée ou par rapport à un autre traitement. Les protocoles de cas individuels cherchent à quantifier une démarche fondée sur des cas uniques.

Protocoles de cas individuels dans la recherche en psychothérapie

Ces protocoles, qui allient démarche quantitative et démarche qualitative, sont issus d'un modèle physiologique destiné à étudier le fonctionnement d'un organisme mis dans différents environnements ou soumis à différent(e)s interventions ou traitements. La démarche quantitative est assurée par des mesures répétées, la démarche qualitative par le fait que le sujet est son propre témoin. Claude Bernard (1865) est le premier auteur à avoir mis l'accent sur cette méthode.

Les protocoles de cas individuels ont été initiés par Shapiro en Angleterre dans les années 1960, puis décrits dans un ouvrage fondamental par Hersen et Barlow (1976) aux États-Unis. Les travaux de Kazdin (1982), Barlow et coll.

(1984) et Bellack et Hersen (1984) ont suivi. En langue française, on peut citer l'ouvrage de Ladouceur et Bégin (1980), et des chapitres dans les ouvrages de Cottraux et coll. (1985), et Bouvard et Cottraux (1996).

Les protocoles de cas individuels représentent une manière simple de promouvoir la recherche clinique. Ils consistent à prendre le sujet comme son propre témoin et à l'évaluer au cours de phases tantôt d'intervention tantôt de non-intervention. Ils représentent un moyen rapide de tester une hypothèse sans engager les frais d'une étude contrôlée. Ils ont aussi été utilisés dans la recherche animale sur le conditionnement opérant. À condition d'avoir un grand nombre de points de mesure, une analyse statistique comparative des différentes phases est possible (Hersen et Barlow, 1976).

Protocole A-B quasi expérimental

Il comporte au moins trois phases :
- une ligne de base (ou de référence) qui apprécie le comportement avant tout traitement (phase A). Sa durée varie suivant la nature du problème étudié, ou le caractère éthique de la non-intervention. Une phase de liste d'attente peut être mise en place pour demander au patient de faire des mesures répétées d'un comportement cible ;
- une phase de traitement où est mise en place la procédure thérapeutique (phase B) ;
- une phase de suivi où est évalué le maintien des changements comportementaux obtenus.

La comparaison par inspection des courbes représentant la variable choisie permet d'émettre l'hypothèse que c'est l'intervention thérapeutique qui a été responsable des résultats obtenus.

Pour cette analyse de tendance, il faut au moins trois points par phase pour analyser le protocole (car par trois points passe une courbe et par deux points seulement, une droite).

Protocole expérimental A-B-A-B

Le protocole A-B a été critiqué, il est simplement quasi-expérimental et ne permet pas d'établir un lien causal entre le changement et l'intervention.

Le protocole de retrait A-B-A-B est l'un des protocoles les plus utilisés ; il est considéré comme un véritable protocole expérimental. Il fait succéder par exemple une phase de liste d'attente, une phase d'intervention, suivie d'une phase de non-intervention, puis d'une nouvelle phase d'intervention (protocole A-B-A-B dans lequel A = intervention, B = non-intervention). Des mesures répétées des variables à l'étude permettent de voir s'il y a chez le sujet des changements importants durant les phases d'intervention, ou s'il s'améliore spontanément durant les phases sans intervention. L'hypothèse qui sous-tend ce protocole est que si l'amélioration observée est liée au traitement, le retrait plus ou moins prolongé de celui-ci s'accompagnera d'un

arrêt des progrès en cours, ou même d'un retour à l'état initial, ou encore d'une aggravation. Inversement, les progrès reprendront à la réintroduction du traitement. Lorsqu'un traitement (B) mis en place ne donne pas les résultats escomptés, il est possible d'adjoindre un autre traitement (C) et d'évaluer ainsi l'action combinée des deux traitements (BC) en réalisant un protocole A-B-BC-B ou, au contraire, de supprimer l'un des deux ingrédients d'un « package » thérapeutique pour voir s'il participe effectivement aux bons résultats (protocole AB-C-A-B-C par exemple).

Protocole B-A-B

Dans ce protocole qui est utile lorsqu'il est nécessaire d'effectuer une intervention, pour des raisons pratiques et éthiques, on intervient, puis on retire l'intervention, pour la réinstaurer ensuite, si le comportement ou problème réapparaît de manière intense.

Protocole de lignes de base multiples à travers les comportements

La méthode utilisée ne fait pas appel à la présentation suivie du retrait du traitement. Elle consiste, après avoir effectué la mesure simultanée de plusieurs comportements lors de lignes de base (A), à introduire, pour chacun des comportements problèmes que l'on mesure, l'intervention thérapeutique (B) à des moments différents. Les changements comportementaux devront apparaître après l'intervention, pour que l'on puisse affirmer qu'il y a eu un effet spécifique du traitement sur chacun des comportements.

Protocole de lignes de base multiples à travers les sujets

Il consiste à effectuer le relevé d'un comportement donné chez plusieurs sujets et à introduire pour chacun d'eux le traitement à des temps différents.

Statistiques des cas à n = 1

Au-delà de la simple analyse de tendance par inspection, trois types de statistiques ont été proposés :

- Comparaison des phases de ligne de base et d'intervention. Tous les logiciels de statistiques actuels peuvent effectuer ces calculs simples. Par exemple A1 + A2 sont comparées à B1 + B2 avec un test t apparié. Il faut au moins dix points de mesure par phase. Quand il s'agit d'un protocole A-B-C, il est nécessaire d'utiliser une ANOVA. En cas de protocole à plusieurs sujets, on peut faire une ANOVA évaluant l'effet sujet et l'effet phase et leurs interactions. Ces statistiques sont discutées car elles ne tiennent pas compte de la corrélation des mesures intra-sujet et elles ne reflètent qu'un effet moyen et ne prennent pas en compte les tendances (la pente).
- Analyses de séries temporelles (*time series analysis*). Elles permettent de comparer les moyennes et les pentes de chaque phase en tenant compte des corrélations. Elles nécessitent un logiciel spécialisé. Il faut au moins dix points de mesure par phase.

• Rn de Revusky : protocoles à lignes de base multiples à travers les sujets. C'est une forme de statistique non paramétrique qui est surtout utile dans les protocoles à travers les sujets (un effectif d'au moins quatre est requis) avec introduction de la phase B de manière aléatoire pour chaque sujet. On évalue les changements de rang des sujets à l'introduction de B. Une somme des rangs est calculée et rapportée à une table de probabilité (Hersen et Barlow, 1976). Le Rn peut être fait « à la main ».

Passage du cas individuel au groupe

Ces protocoles peuvent être pratiqués sur des groupes de sujets en prenant chaque sujet comme son propre témoin et en additionnant les résultats. Il suffit par exemple de mesurer une ligne de base de non-intervention (A) chez tous les sujets et d'effectuer le traitement de manière identique (B). On se trouve alors devant un protocole à mesures répétées A-B. Une ANOVA à mesures répétées permettra d'évaluer l'évolution du groupe à travers les phases. Un tel protocole a été utilisé de cette façon par Clark et coll. (1985) pour montrer l'efficacité de la thérapie cognitive dans un groupe de 18 patients avec un trouble panique. Ce type d'étude permet en partie de concilier les exigences du cas individuel et de l'étude contrôlée et également de résoudre le problème de la comparabilité des sujets, souvent difficile à établir.

Limites des protocoles de cas individuels

La limite des protocoles de cas individuels reste la généralisation de leurs conclusions à l'ensemble d'une population pathologique. Ils représentent avant tout un moyen simple et peu coûteux pour tester des hypothèses thérapeutiques et s'initier à la recherche clinique en apprenant à sélectionner des mesures, à observer et à enregistrer sur des courbes des événements cliniques évalués jusque-là de façon intuitive. Pour le chercheur confirmé c'est un prélude nécessaire aux études contrôlées, qui permet de rester au niveau de l'individu et de générer des hypothèses qui pourraient ne pas apparaître dans les études de groupes parallèles, en double aveugle et randomisées, effectuées trop rapidement.

Protocoles randomisés dans la recherche en psychothérapie

Le noyau dur de la recherche sur le comportement humain est représenté par les études comparatives, contrôlées (Meyers et Grossen, 1974). Cependant, constituer un groupe contrôle pour évaluer une méthode de psychothérapie ne va pas sans problèmes. Il est pratiquement impossible de comparer après randomisation et en double aveugle une psychothérapie active à un « placebo » inerte de psychothérapie sur le modèle des études pharmacologiques. En effet, les phénomènes relationnels et situationnels ainsi que les attentes des thérapeutes et des patients sont des ingrédients actifs de tout système psychothérapique.

Placebo en psychothérapie

Plusieurs solutions ont été proposées pour résoudre le problème du placebo en psychothérapie. Le groupe « attention placebo » avec un contact minimum avec un thérapeute qui n'utilise pas les éléments supposés actifs de la thérapie que l'on veut tester permet d'éliminer les effets simples de prise en charge. La liste d'attente durant plusieurs mois avec simple contact téléphonique pose des problèmes éthiques et risque d'aboutir à des sorties d'essai vers une autre thérapie. Le contrôle par une pseudo-thérapie ou une anti-thérapie génère aussi des problèmes éthiques et pratiques. La comparaison d'une thérapie de référence à la thérapie testée entraîne des problèmes d'interprétation, dans la mesure où la nouvelle thérapie risque d'avoir les bénéfices de la nouveauté et une prime au changement (« *band-wagon effect* » des auteurs américains). De même, la comparaison d'une chimiothérapie à une psychothérapie risque d'être biaisée en faveur de la psychothérapie si les patients ont presque tous eu des chimiothérapies inefficaces, et peuvent venir pour cette raison chercher un autre traitement.

Le double aveugle est impossible, sauf en cas de comparaison d'une thérapie à elle-même, associée à un médicament actif ou à un placebo. C'est dire l'importance d'une évaluation indépendante et aveugle aux hypothèses testées. Il n'y a pas de solution idéale, sinon d'évaluer en début de traitement la croyance des patients et des thérapeutes dans le traitement qui a été tiré au sort et d'étudier la corrélation de ces mesures avec les résultats. Le placebo de psychothérapie doit avoir des caractéristiques qui le rendent aussi vraisemblable qu'une thérapie véritable : le placebo doit être crédible.

Variables du thérapeute

Un certain nombre de facteurs liés à l'attitude et au comportement du thérapeute vis-à-vis du patient ont été longtemps considérés comme thérapeutiques. Ainsi, la force de persuasion, la possibilité de créer une atmosphère amicale, l'action anti-démoralisatrice, la chaleur, l'empathie, l'authenticité des sentiments et la considération positive inconditionnelle du patient ont été invoquées. Il faut leur ajouter la compétence, le statut socioprofessionnel, la crédibilité, le décor et la célébrité (Parloff et coll., *in* Garfield et Bergin, 1978). Ces facteurs, souvent invoqués, ont été peu étudiés de manière empirique. On tend à leur préférer, actuellement, l'étude de l'alliance thérapeutique qui renvoie à l'interaction de deux personnes et non à des qualités personnelles.

Alliance thérapeutique

Le concept d'alliance thérapeutique est dû à Freud (1913) : « compréhension sympathique, affection et amitié sont les véhicules de la psychanalyse ». En thérapie analytique, l'alliance thérapeutique réfère aux aspects les plus rationnels de la relation thérapeutique. Elle est en contraste avec les éléments plus transférentiels et donc irrationnels. L'accent a été mis sur ce

processus particulier par Luborsky et coll. (1985) qui ont réalisé une étude comparant la thérapie cognitive associée au conseil, la thérapie analytique associée au conseil et le conseil seul chez des toxicomanes sevrés. La thérapie cognitive et la thérapie analytique étaient égales entre elles et supérieures au conseil seul. Les qualités du thérapeute n'étaient pas corrélées aux résultats. Les prédicteurs de réussite en thérapie cognitive ou en thérapie analytique étaient l'alliance thérapeutique et la pureté technique : c'est-à-dire suivre consciencieusement le manuel.

Relation de collaboration empirique

Alford et Beck (1997) ont défini la relation thérapeutique en thérapie cognitive comme une relation de collaboration empirique qui serait comparable à celle de deux savants travaillant ensemble sur un problème. Elle sert de fondement à l'apprentissage qui est lié aussi à la relation thérapeutique et aux changements cognitifs du sujet. Cependant, le changement en thérapie est dû aux capacités du sujet et non uniquement à la relation et doit se généraliser dans d'autres contextes que la thérapie. Les auteurs conseillent donc de laisser la responsabilité du changement au sujet sans exagérer l'importance du rôle du thérapeute. La relation thérapeutique ainsi définie est une condition nécessaire mais non suffisante.

Dans une perspective voisine, Cottraux et coll. (1995) ont essayé d'évaluer la relation thérapeutique avec une échelle faite de douze paires d'adjectifs bipolaires qui permettaient d'évaluer sur six points : le thérapeute vu par le patient et le patient vu par le thérapeute. Cette échelle a été utilisée dans un essai randomisé comparant la thérapie cognitivo-comportementale soit avec buspirone, soit avec placebo, en double aveugle dans le trouble panique avec agoraphobie. Les résultats ont montré un effet supérieur de la buspirone sur l'anxiété généralisée mais non sur le trouble panique et l'agoraphobie. Les thérapeutes ont été évalués plus positivement par les patients que les patients par les thérapeutes. Les prescripteurs ont été moins bien évalués que les thérapeutes par les patients. Mais il n'y a pas eu d'effet de la relation thérapeutique, ainsi mesurée, sur la réponse thérapeutique lorsque l'on comparait les répondeurs aux non-répondeurs dans les deux groupes.

Méthodes de mesure

Il existe de nombreuses échelles d'évaluation des symptômes, des comportements et des processus psychothérapiques qui actuellement ont reçu une validation et rendent possible l'étude de problèmes psychopathologiques variés (Guy, 1976 ; Cottraux et coll., 1985 ; Guelfi, 1993 ; Cottraux et Blackburn, 1995 ; Cottraux et coll., 1995 ; Bouvard et Cottraux, 1996 ; Yao et coll., 1996 et 1998 ; Bouvard, 1999 ; APA, 2000 ; Ventureyra et coll., 2002). Il n'est pas possible de détailler ici toutes les échelles : nous renvoyons donc le lecteur aux références citées ci-dessus qui regroupent les instruments disponibles. Il faut, de plus, souligner que cette liste est loin d'être exhaustive.

Ces échelles doivent être complétées par des questionnaires de personnalité ou des mesures adaptées, en fonction des hypothèses testées.

Les tests comportementaux *in vivo* permettent une mesure directe des performances d'un sujet et peuvent différer notablement des échelles d'évaluation.

Le tableau 2.I présente les principales échelles d'évaluation et questionnaires disponibles en français.

La vidéo ou les enregistrements au magnétophone permettent d'évaluer aussi bien les patients que les thérapeutes. Malgré les résistances qu'ils suscitent, ils servent à mettre en évidence aussi bien les processus thérapeutiques que les résultats. En différé, deux juges indépendants et « aveugles » peuvent coter les progrès des patients, le contenu de l'interaction psychothérapique et l'adhésion des thérapeutes aux hypothèses et aux techniques thérapeutiques.

Sur le plan des résultats et de leur analyse, deux points sont essentiels et spécifiques à l'évaluation des psychothérapies : une évaluation bien conduite doit avoir des critères et des mesures multiples, de façon à ne pas trop limiter la portée des conclusions ; elle doit aussi analyser en détail les éléments du processus thérapeutique.

Critères de jugement

À côté de la variation des scores d'échelles continues, l'évaluation doit utiliser des critères généraux, discontinus de bons résultats ou « critères de jugement ». Il peut exister un critère dichotomique unique de jugement (succès, échec) ou un critère principal et des critères secondaires.

En effet, des changements statistiquement significatifs d'une échelle sur un groupe peuvent ne refléter que des résultats cliniques médiocres dont la moyenne suffit à rendre significatifs les tests statistiques, si la puissance statistique est élevée du fait du nombre d'inclusions. Inversement, l'absence de changement moyen des scores d'échelles peut, plus rarement, s'accompagner de changements cliniques intéressants pour certains patients ou un sous-groupe de patients.

Donner la « taille d'effet », qui représente la magnitude de l'effet obtenu pour le sujet moyen de l'étude selon qu'il a le traitement ou son comparateur (placebo ou autre traitement), représente un complément nécessaire aux analyses statistiques classiques. On trouvera plus loin, au paragraphe sur la méta-analyse, la définition de la taille d'effet.

Sélection des sujets

Quelles que soient les méthodes utilisées pour le recrutement des patients : annonces, médias, recrutement dans une consultation hospitalière, étudiants ou volontaires payés comme aux États-Unis, elles sélectionnent un échantillon. L'établissement de critères comme ceux du DSM-III puis du DSM-IV (APA, 1994) et leur compatibilité avec les critères de l'ICD-10 (CIM-10,

Tableau 2.I : Principales échelles d'évaluation et questionnaires disponibles en français et dates de leur publication

Dépression
Échelle de dépression d'Hamilton, HAM-D ou HRSD (1967) ; Inventaire de dépression de Beck, BDI (1979) ; MADRS, échelle d'évaluation de la dépression de Montgomery et Asberg (1979) ; Échelle de désespoir (Beck, 1974) ; Échelle d'attitudes dysfonctionnelles (Beck et Weissman, 1980) ; Questionnaire des pensées automatiques (Hollon et Kendall, 1985) ; Échelle de sociotropie-autonomie, SAS (Beck, 1983) ; Échelle de ralentissement de Widlöcher (1981) ; Diagramme HARD (Rufin et Ferreri, 1984)

Anxiété globale et anxiété généralisée
Échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton, HAM-A (1969) ; Échelle HAD, anxiété et dépression en milieu hospitalier (Zigmond, 1983) ; Échelle de Covi (1984) ; Échelle d'anxiété de Beck, BAI (1988) ; Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (1990)

Phobies
Échelle des peurs III, FSS III (Wolpe et Lang, 1967) ; Questionnaire des peurs (Marks et Matthews, 1969)

Attaque de panique et agoraphobie
Phobie, panique, anxiété généralisée, PPAG (Cottraux, 1985) ; Questionnaire des cognitions agoraphobiques (Chambless, 1984) ; Échelle de sévérité du trouble panique, PDSS (Shear, 1992)

Obsessions et compulsions
Liste des obsessions-compulsions, CAC (Marks, 1977) ; Test comportemental d'évitement (Marks, 1977) ; Liste de pensées obsédantes, LPO (Bouvard, 1980) ; Échelle des quatre rituels cibles (Marks, 1980) ; Échelle de Yale-Brown, Y-BOCS (Goodman, 1989) ; Questionnaire des pensées intrusives et de leurs interprétations, QPII (Yao, 1996) ; Questionnaire sur les croyances obsessionnelles, QCO-87 (*Obsessive compulsive cognitions working group*, 2003) ; Inventaire des interprétations des pensées intrusives (*Obsessive compulsive cognitions working group*, 2003)

Phobie sociale
Échelle d'affirmation de soi de Rathus (1973) ; Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (1987) ; Test des pensées en interaction sociale, TAPIS (Glass, 1982) ; Échelle d'infériorité, EDI (Yao, 1998)

Stress post-traumatique
PCL-S (Wheathers, 1993)

États psychotiques
BPRS, échelle abrégée d'évaluation psychiatrique (Overall, 1962) ; CPRS, échelle d'évaluation psychopathologique générale (Asberg, 1978) ; Échelle NOSIE, *Nurse observation scale for inpatient evaluation* (Honigfeld, 1969) ; SANS et SAPS, Symptômes positifs et négatifs dans la schizophrénie (Andreasen, 1982)

Handicap
Échelle de handicap de Sheehan

Qualité de vie
Échelle de qualité de vie de Marks (1993, *In :* Cottraux, 1995) ; *Functional status questionnaire*, FSQ (Jette, 1986 ; Martin, 1993)

Personnalité
Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota, version abrégée – Minimult – (Hathaway et Mc Kinley, 1991) ; *Toronto alexithymia scale*, TA 20 (Bagby, 1994) ; PAS, *Personality assessment Schedule* (Tyrer, 1992) ; SCIDII-PQ (First et coll., 1997) ; PDQ-4 *Personality disorder questionnaire* (Hyler, 1994) ; *International personality disorders examination*, IPDE (Loranger, 1991) ; Inventaire de personnalité d'Eysenck, EPI (1968) ; Entretien diagnostic structuré pour la personnalité borderline, DIB-R (Zanarini et Gunderson, 1989) ; Inventaire de personnalité de Cloninger, TCI (1993) ; Questionnaire des schémas, SQI et SQII (Young, 1990 et 1994) ; Échelle d'impulsivité de Barrat (1993) ; NEO-PIR, les cinq grands facteurs (Costa et Mc Rae, 1990)

Tableau 2.I (suite) : Principales échelles d'évaluation et questionnaires disponibles en français et dates de leur publication

Relation thérapeutique Questionnaire d'alliance thérapeutique, Haq II (Luborsky et coll., 1996 ; traduction Cottraux, non publiée) ; Échelle de relation thérapeutique, ERT (Cottraux, 1995)
Attentes thérapeutiques Échelles d'attentes thérapeutiques : thérapeute/patient (Cottraux, 1995)
Instruments d'évaluation du fonctionnement global et de la détresse symptomatique *Mini international neuropsychiatric interview* (Sheehan et coll., 1998 ; Lecrubier et coll., 1998) ; Santé-maladie psychologique, HSRS (Luborsky et coll., 1962-1991) ; *Global assessment scale*, GAS (Spitzer, 1976) ; Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (axe V du DSM-IV) ; Adaptation sociale, SAS (Weissman, 1976) ; Questionnaire de santé (Goldberg, 1978) ; Liste de symptômes, HSCL-90-R (Derogatis, 1973) ; CGI, Impression clinique globale (Guy, ECDEU, 1976)
Ces échelles sont disponibles en français dans les ouvrages suivants : Cottraux et coll., 1985 ; Guelfi, 1993 ; Cottraux et Blackburn, 1995 ; Cottraux et coll., 1995 ; Bouvard et Cottraux, 1996 ; Bouvard, 1999

OMS, 1992) ont été vivement critiqués dans notre pays. Pourtant, ils représentent la meilleure approximation provisoire qui permette la sélection relativement homogène de sujets pour une étude.

Critères de qualité des essais thérapeutiques : les règles d'or

Dès 1975, Luborsky et coll. avaient défini un ensemble de critères permettant de juger de l'adéquation de conception d'une étude comparative (tableau 2.II).

Tableau 2.II : Critères d'évaluation d'études comparatives (d'après Luborsky et coll., 1975)

Les patients de chaque groupe ont été répartis de façon aléatoire (ou stratifiée sur les variables pronostiques)
Ce sont de vrais patients qui sont utilisés, et non pas des acteurs ou des étudiants volontaires
Les thérapeutes de chaque groupe sont compétents de façon équivalente
Les traitements sont évalués de façon équivalente par les patients et les thérapeutes de chaque groupe
Les mesures de résultats prennent en compte les objectifs cibles du traitement
Les résultats du traitement sont évalués par des mesures indépendantes
Une information a été obtenue à propos de l'utilisation concurrente d'autres traitements que ceux qui sont évalués, qu'ils soient formels ou informels
Des échantillons de chacun des traitements comparés sont évalués de façon indépendante pour savoir à quel point les thérapeutes adhèrent à la forme de traitement décrite dans le manuel
Chacun des traitements comparés a été administré à des niveaux égaux en termes de longueur ou de fréquence
Chaque traitement a été administré à un niveau raisonnable et approprié à la forme de traitement
La taille de l'échantillon est raisonnable

Une échelle d'évaluation, construite par Foa et Meadows (1997), comprenant 7 items (tableau 2.III), permet de noter les essais thérapeutiques sur 3 points. Plus la note est haute plus l'essai est de qualité. Maxfield et Hyer (2002) ont proposé une version plus élaborée de cette échelle en ajoutant 3 items supplémentaires (les trois derniers du tableau).

Tableau 2.III : Évaluation des essais thérapeutiques contrôlés (d'après Foa et Meadows, 1997 ; révisée par Maxfield et Hyer, 2002)

Critères	Notation
Symptômes clairement définis	0 0,5 1
Mesures validées	0 0,5 1
Évaluateur indépendant et aveugle	0 0,5 1
Évaluateur entraîné et fiable	0 0,5 1
Traitement présenté dans un manuel	0 0,5 1
Randomisation	0 0,5 1
Fidélité au traitement	0 0,5 1
Pas d'autre traitement concomitant	0 0,5 1
Mesures et entretiens d'évaluation multimodaux	0 0,5 1
Durée du traitement optimale	0 0,5 1

Méta-analyse des essais contrôlés sur les effets des psychothérapies

Le principe de la méta-analyse consiste à considérer que l'ensemble des études sur un sujet donné représente une quantité d'informations en liaison avec l'objectif de la recherche, chaque étude y apportant sa contribution. Il existe deux parties dans chaque étude, l'une commune à toutes les études qui servira à tester l'hypothèse, l'autre spécifique à chaque étude. Cette dernière est liée à l'environnement et aux sujets. En outre, on prend pour hypothèse que l'ensemble des études est un échantillon de toutes les études possibles sur le thème donné.

La méta-analyse a été inventée pour étudier les effets des psychothérapies (Glass, 1976), même si sa pratique s'est ensuite diffusée à l'ensemble de la médecine. Smith et Glass (1977) ont développé une méthode d'analyse de la littérature concernant les études contrôlées sur les effets des psychothérapies. Elle consiste à regrouper les études, coder les résultats, et calculer l'ampleur ou la « taille de l'effet thérapeutique » (*effect size*). Celle-ci correspond, pour un critère donné que l'on étudie en fin de traitement, à la différence de distribution entre le groupe à l'étude et son comparateur (groupe contrôle ou autre traitement).

Le critère est en général le score d'une échelle d'évaluation. La taille d'effet correspond à la valeur moyenne du groupe traité moins la valeur moyenne du groupe contrôle, divisée par l'écart-type du groupe contrôle. Toutes les

valeurs qui entrent dans l'équation sont celles de la fin du traitement. La taille d'effet reflète la différence entre les deux groupes en fin de traitement et le gain éventuel du groupe traité par rapport au groupe contrôle. Entre 0,20 et 0,50 une taille d'effet est petite, elle est moyenne entre 0,50 et 0,80, et grande au-delà de 0,80.

Si l'on admet que la distribution est normale dans les deux groupes, on peut estimer le percentile du groupe contrôle auquel se situe le sujet moyen du groupe traité (figure 2.1). Pour une taille d'effet de 0,00, il se situera dans la moyenne du groupe contrôle. Pour une taille d'effet de 1,00, le sujet traité sera plus amélioré que 84 % du groupe contrôle et pour une taille d'effet de 2,00, il sera plus amélioré que 97 % du groupe contrôle. Le tableau 2.IV donne les conversions des tailles d'effet en percentiles (Roth et Fonagy, 1996).

En cas de variable binaire (succès/échec), on utilise l'*odds ratio* (OR) qui permet de comparer les groupes dans les limites d'un intervalle de confiance. La méga-analyse est une variante de la méta-analyse qui prend en compte tous les sujet de toutes les études incluses au lieu de se contenter d'un calcul fondé sur le résultat de chaque étude (DeRubeis et coll., 1999).

Le but de la méta-analyse est essentiellement de résoudre les problèmes des résultats discordants en fournissant une information plus précise sur l'intensité des effets. Elle devrait aussi être utile pour l'identification des répondeurs. En partant de ces prémisses, on peut définir les critères de qualité d'une méta-analyse (Jenicek, 1987 ; Boissel et coll., 1989 ; Cucherat et Cialdella, 1996).

Inclusion de tous les essais de qualité

Ceci implique une recherche extensive des études publiées dans l'ensemble des bases de données et également des études non publiées auprès des auteurs ou des structures de recherche et de soins. Toutes les études du domaine concerné doivent être considérées. Les critères d'inclusion (et d'exclusion) dans une méta-analyse doivent être clairement énoncés. Les études rejetées doivent être indexées à la bibliographie et les raisons de l'exclusion justifiées dans le texte de l'article. La sélection des études doit rester indépendante de leurs résultats, ce qui en principe évite les pseudo-méta-analyses sélectives qui sont des plaidoyers « *pro domo* ».

Idéalement, deux évaluateurs indépendants doivent sélectionner les études et ne conserver que les essais contrôlés randomisés sans biais importants. La qualité des essais doit donc être prise en compte, ce qui ne va pas sans discussion et compromis entre totalité et qualité (Greenwald et Russel, 1991). L'utilisation de règles d'or définissant la qualité des essais thérapeutiques comme celles de Maxfield et Hyer (2002) ou celles appliquées par l'organisation Cochrane, qui sont voisines, peut réduire le bruit de fond créé par des études de basse qualité méthodologique.

Figure 2.1 : Distribution des scores et taille d'effet
La courbe permet de visualiser les différences pour une taille d'effet égale à un.

Tableau 2.IV : Conversion des tailles d'effet en percentiles (d'après Roth et Fonagy, 1996)

Taille d'effet	Percentile
0,0	50
0,1	54
0,2	57,9
0,3	61,8
0,5	69,1
0,7	75,8
1,0	84,1
1,5	93,3
2,0	97,7

Critères de jugement

Il peut s'agir d'un critère binaire succès/échec par exemple : dans ce cas, on rapportera l'*odds ratio* (OR) ou le risque relatif (RR) du groupe traité par rapport au groupe de comparaison. Dans le cas d'un critère quantitatif, ce qui est le plus souvent le cas en psychiatrie, on rapportera la taille d'effet sur le critère de jugement principal : par exemple une échelle d'anxiété ou de

dépression. La conclusion tient compte de l'inflation du risque alpha, c'est-à-dire des faux positifs. On donne un seuil de sensibilité plus élevé que $p < 0{,}05$: $p < 0{,}01$ est le seuil habituel des méta-analyses.

Utilisation de méthodes statistiques adéquates

Plusieurs méthodes ont été proposées. Au début des méta-analyses des psychothérapies, on utilisait le « d » de Glass calculé selon la formule suivante qui utilise les valeurs obtenues en fin de traitement.

$$\text{d (taille d'effet)} = \frac{\text{moyenne du groupe traité} - \text{moyenne du groupe de comparaison}}{\text{écart type du groupe de comparaison}}$$

Le groupe traité est le groupe chez lequel on veut étudier l'ampleur de l'effet, le groupe de comparaison peut être un groupe contrôle (placebo, attention placebo, liste d'attente) ou un groupe recevant un traitement déjà validé qui sert de référence. Le « d » a été utilisé dans les premières méta-analyses en particulier celle de Smith et Glass (1977). Certains auteurs ont utilisé une formule voisine, le « d » de Cohen (1988).

$$\text{d (taille d'effet)} = \frac{\text{moyenne du groupe traité} - \text{moyenne du groupe de comparaison}}{\text{écart type «poolé» des deux groupes}}$$

Il existe de très nombreuses versions de ce « d », sans véritable consensus sur son utilisation.

Dans certaines études, la taille d'effet est calculée par la comparaison des scores pré-post-traitement. Elle est égale à la différence du score après traitement moins le score avant traitement divisée par l'écart-type. Cette taille d'effet tend à avoir une valeur supérieure à celle de la taille d'effet du traitement actif *versus* le contrôle puique l'effet placebo n'est pas soustrait.

Comparaison des tailles d'effet

Il faut rapporter non seulement les tailles d'effet mais aussi leurs intervalles de confiance à 95 % et comparer les différentes tailles d'effet pour voir si elles se recoupent ou non.

Homogénéité des études

La méta-analyse prend pour hypothèse que la taille d'effet représente la somme de toutes les études rassemblées en une seule grande étude. Cependant, certaines études peuvent aller dans un sens et d'autres en sens inverse. Par exemple, une partie des études peut montrer que le traitement à l'étude est supérieur au placebo, alors que d'autres études trouvent une égalité avec le placebo. Les moyennes peuvent ne donner qu'un reflet imparfait des résultats. Il faut donc compléter la méta-analyse, même si elle est en faveur de l'efficacité du traitement, par une statistique qui définit si les études sont homogènes ou non, pour, ensuite, rechercher les facteurs d'hétérogénéité. Par exemple, lorsque des études divergent fortement sur un graphique (« *outliers* »), on peut refaire l'analyse sans ces études et étudier en détail leurs

modalités. Pour déterminer l'hétérogénéité, on utilise en pratique une version particulière du χ^2 la statistique d'hétérogénéité « Q ». On trouvera le détail de ces calculs dans des travaux spécialisés (Hedges et Olkin, 1985 ; Boissel et coll., 1989 ; Gloaguen et coll., 1998).

Estimation des études non publiées

Une méta-analyse doit couvrir l'ensemble des données publiées. Or certaines études ne sont pas publiées pour des raisons diverses (« *file drawer problem* »). Certaines études présentées en détail dans les congrès et dont il existe des données écrites sous forme de posters ou de résumés ne sont jamais publiées. Dans ce dernier cas, les études peuvent être recherchées. Il est possible de calculer une statistique (*failsafe*) qui tient compte de l'absence potentielle d'un certain nombre d'essais non publiés. Cette statistique calcule le nombre d'études publiées qui réduirait les tailles d'effet moyennes obtenues selon une formule : k[(dk/dc) – 1], « k » représente le nombre d'essais publiés, « dk » la moyenne des tailles d'effet, « dc » la valeur selon laquelle l'effet obtenu deviendrait insignifiant : cette valeur est fixée habituellement à 0,05 ; certains ont même suggéré une valeur plus restrictive à 0,20 (Whittal et coll., 1999).

Règles d'or pour évaluer les méta-analyses

On peut, à partir des données de la littérature, créer une échelle mesurant la qualité d'une méta-analyse (tableau 2.V).

Tableau 2.V : Proposition de règles d'or pour évaluer la qualité des méta-analyses

Critères	Notation
Inclusion de tous les essais de qualité sur le sujet	0 0,5 1
Critères de jugement clairement définis	0 0,5 1
Utilisation de méthodes statistiques adéquates	0 0,5 1
Prise en compte de la puissance statistique	0 0,5 1
Comparaison des tailles d'effet	0 0,5 1
Test de l'homogénéité des études	0 0,5 1
Estimation des études non publiées	0 0,5 1

Les sept critères notés de 0 à 1 permettent de donner une estimation globale de la qualité d'une méta-analyse.

Médecine fondée sur les preuves et efficacité des psychothérapies

C'est la possibilité de reproduire un travail expérimental par une équipe de recherche indépendante de l'équipe initiale qui en prouve la validité. Les psychothérapies n'échappent pas à l'analyse de leur efficacité en fonction des preuves de celle-ci. Les principes de l'« *evidence based medicine* », ou médecine fondée sur des preuves, s'y appliquent. La règle est d'analyser la littérature d'une manière hiérarchisée. Dans cette perspective, on étudie dans

l'ordre : les méta-analyses ; les études contrôlées ; les études non contrôlées. En l'absence de méta-analyses et d'études contrôlées ou non contrôlées, l'existence d'un consensus fort chez les professionnels concernant les traitements est prise en compte. Plusieurs systèmes qui permettent d'établir des preuves de l'efficacité des psychothérapies ont été proposés.

Niveaux de preuve : Van Tulder et coll. (2002) *(Cochrane review)*

- Niveau 1 : une preuve forte est apportée par des résultats cohérents dans de nombreuses études contrôlées randomisées de haute qualité ;
- Niveau 2 : une preuve moyenne est apportée par des résultats généralement cohérents dans une étude contrôlée de haute qualité et une, ou plusieurs, étude(s) contrôlée(s) de basse qualité ou par des résultats généralement cohérents dans de multiples études contrôlées de basse qualité ;
- Niveau 3 : preuves limitées ou équivoques : seulement une étude contrôlée randomisée, soit de haute soit de basse qualité, ou des résultats contradictoires dans des études contrôlées multiples.
- Niveau 4 : pas de preuve lorsqu'il n'y a aucune étude contrôlée.

Force de la preuve : Eccles et coll. (1998)

Une autre méthode voisine est celle de la « force de la preuve » qui est due à Eccles et coll. (1998) citée et utilisée dans : « *Department of Health. Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based practice guideline* » (London, February 2001). Cet ouvrage est le plus récent sur le sujet de l'évaluation des psychothérapies. La force de la recommandation d'une méthode est fondée sur des preuves :

- Force A : directement basée sur la catégorie I ;
- Force B : directement basée sur la catégorie II de preuves ou extrapolée de la catégorie I ;
- Force C : directement basée sur la catégorie III de preuves ou extrapolée de la catégorie II ;
- Force D : directement basée sur la catégorie IV de preuves ou extrapolée de la catégorie III.

Catégories I à IV

- Ia : preuve établie d'après des études méta-analytiques et randomisées ;
- Ib: preuve établie d'après au moins une étude contrôlée ;
- IIa : preuve établie d'après au moins une étude contrôlée sans randomisation ;
- IIb : preuve établie d'après au moins un autre type d'études quasi-expérimentales ;
- III : preuve établie d'après des études descriptives comme les études comparatives, des études corrélationnelles et des études cas-témoins ;
- IV : preuves venant des opinions des experts ou de comités d'experts ou de l'expérience clinique ou d'une autorité respectée ou des deux.

Niveaux de preuve scientifique fournis par la littérature selon l'Anaes

Ces niveaux sont proches des niveaux de preuve que nous avons précédemment envisagés. Les critères de l'Anaes (2001) représentent bien cette opérationnalisation des données disponibles concernant un problème de santé publique précis. Ils permettent un classement facile des données de la recherche aussi bien que de la clinique pour éclairer les décisions. Le tableau 2.VI représente les niveaux de preuve selon l'Anaes.

Tableau 2.VI : Niveau de preuve scientifique et grades des recommandations selon l'Anaes (2001)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision fondée sur des études bien menées	**A : Preuve scientifique établie**
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	**B : Présomption scientifique**
Niveau 3 Études cas-témoins	**C : Faible niveau de preuve**
Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	

Critères d'évaluation des psychothérapies chez l'enfant et l'adolescent

À la suite d'une « *task force* » de l'*American psychological association* aux États-Unis faisant le point de la recherche sur les psychothérapies pour les troubles mentaux de l'adulte (*American psychological association*, 1995 ; Chambless et coll., 1996 et 1998), une *task force* similaire a été mise en place par l'*American psychological association*, à la fin des années 1990, pour expertiser les données existantes sur l'efficacité des interventions psychosociales dans les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Des critères, adaptés de ceux élaborés par Chambless et coll. (1996) pour l'adulte, ont été proposés pour définir deux niveaux d'évidence empirique ; ils sont présentés dans le tableau 2.VII.

Tableau 2.VII : Critères retenus pour l'évaluation des psychothérapies chez l'enfant et l'adolescent définis par l'*American psychological association* (Lonigan et coll., 1998)

Critères pour les interventions « d'efficacité bien établie »
Au moins 2 essais intergroupe, bien conduits, par des investigateurs différents, démontrant l'efficacité d'un traitement de l'une des deux manières : le traitement est supérieur à un placebo ou à un traitement alternatif, ou le traitement est équivalent à un traitement d'efficacité déjà établie, avec une puissance statistique suffisante (n = 30 par groupe)
Ou série importante (par exemple, plus de 9) d'études de cas unique utilisant un bon plan expérimental et comparant l'intervention à un autre traitement
Et manuels de traitement utilisés pour les interventions, de préférence
Et les caractéristiques de l'échantillon d'étude sont clairement spécifiées
Critères pour les interventions « probablement efficaces »
Deux études montrant que l'intervention est plus efficace qu'une condition contrôle de non-traitement (ex. liste d'attente)
Ou 2 études intergroupe conduites selon les mêmes critères que pour les traitements bien établis, mais par le même investigateur
Ou petite série (par exemple, plus de 3) d'études de cas unique utilisant un bon plan expérimental et comparant l'intervention à un autre traitement
Et manuels de traitement utilisés pour les interventions
Et les caractéristiques de l'échantillon d'étude sont clairement spécifiées

Le terme « cas unique » se réfère à un plan expérimental dans lequel le traitement est alternativement appliqué et interrompu, soit à un individu, soit à un groupe d'individus.

BIBLIOGRAPHIE

ALFORD BA, BECK AT. The integrative power of cognitive therapy. The Guilford Press, New York 1997

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Task force on psychological intervention guidelines. Template for developing guidelines : Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders. Washington DC 1995

ANAES (AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ). Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé. Recommandations pour la pratique clinique. Paris, 2002. Résumé publié sur Internet : http://www.anaes.fr

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Diagnostic statistical manual of mental disorders (Fourth edition) DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington DC 1994. Traduction GUELFI JD, Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, Masson, Paris 1996

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Handbook of psychiatric measures. Washington DC 2000

BARLOW D, HAYES SC, NELSON RO. The scientist practitioner. Research and accountability in clinical and educational settings. Pergamon, New York 1984

BELLACK AS, HERSEN M. Research methods in clinical psychology. Pergamon, New York 1984

BERNARD C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Garnier-Flammarion, Paris (1865) 1980

BOISSEL, JP, BLANCHARD, J, PANAK E, PEYRIEUX JC, SACKS H. Considerations for the meta-analysis of randomized clinical trials. Summary of a panel discussion. *Control Clin Trials* 1989, **10** : 254-281

BOUVARD M. Questionnaires et échelles d'évaluation de personnalité. Masson, Paris 1999

BOUVARD M, COTTRAUX J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Masson, Paris 1996, troisième édition 2002

CHAMBLESS D, SANDERSON W, SHOHAM V, JOHNSON S, POPE K et coll. An update on empirically validated therapies. *Clin Psychol* 1996, **49** : 5-18

CHAMBLESS DL, BAKER MJ, BAUCOM DH, BEUTLER LE, CALHOUN KS et coll. Update on empirically validated therapies II. *Clin Psychol* 1998, **51** : 3-15

CLARK D, SALKOVSKIS P, CHALKLEY AJ. Repiratorty control as a treatment for panic attacks. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1985, **16** : 23-30

CLARKIN JF, PILKONIS PA, MAGRUDER KM. Psychotherapy of depression. Implications for the reform of the health care system. *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 717-723

COHEN D. Statistical power analysis for behavioral sciences (2nd edition). Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale NJ 1988

COTTRAUX J. Problèmes posés par l'évaluation des psychothérapies. *Psychol Med* 1988, **20** : 199-206

COTTRAUX J, BOUVARD M, LÉGERON P. Méthodes et échelles d'évaluation des comportements. Éditions d'application psychotechniques, Issy-les-Moulineaux 1985

COTTRAUX J, BLACKBURN IM. Thérapies cognitives des troubles de la personnalité. Collection médecine et psychothérapie, Masson, Paris 1995

COTTRAUX J, NOTE ID, CUNGI C, LÉGERON P, HEIM F et coll. A controlled study of cognitive-behavior therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia. A one year follow-up. *Br J Psychiatry* 1995, **167** : 635-641

CUCHERAT M, CIALDELLA P. La méta-analyse des essais thérapeutiques : application en psychiatrie. *Encephale* 1996, **XXII** : 378-387

DERUBEIS RJ, GELFAND LA, TANG TZ, SIMONS AD. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients : Meta-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1007-1013

ECCLES M, FREEMANTLE N, MASON J. North of England evidence based guidelines development project : methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. *BMJ* 1998, **316 :** 1232-1235

FOA EB, MEADOWS EA. Psychological treatments for posttraumatic stress disorder : a critical review. *Annu Rev Psychol* 1997, **48** : 449-80

FREUD S. On beginning the treatment : further recommendations on the technique of psychoanalysis. *In* : Standard edition of the complet psychological works of Sigmund Freud (vol. 12). STRACHEY J ed, Hogarth Press, London (1913) 1958

FREUD S. Introductory lectures on psycho-analysis. Standard Edition, vol. 15. Hogarth Press, London (1917) 1961

FREUD S, BREUER J. Études sur l'hystérie. Presses Universitaires de France, Paris (1895) 1956

GABBARD GO. The economic impact of psychotherapy : a review. *Am J Psychiatry* 1997, **154** : 147-155

GARFIELD AE, BERGIN SL. Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York 1978

GLASS GV. Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educ Res* 1976, **5 :** 3-9

GLOAGUEN V, COTTRAUX J, CUCHERAT M, BLACKBURN IM. A meta-analysis of the effects of Cognitive Therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998, **49** : 59-72

GREENWALD S, RUSSELL RL. New school for social research. Assessing rationales for inclusiveness in meta-analysis samples. *Psychotherapy Research* 1991, **1** : 17-24

GUELFI JD (ed). L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie (deux volumes). Éditions médicales Pierre Fabre, Castres 1993

GUY W. ECDEU, Assessment manual for psychopharmacology. NIMH, Rockville MD 1976

HEDGES LV, OLKIN I. Statistical methods for meta-analysis. Academic Press, New York 1985

HERSEN M, BARLOW D. Single-case experimental designs. Pergamon Press, New York 1976

JANET P. L'automatisme psychologique. Alcan, Paris 1889. Rééd. Odile Jacob, Paris 1998

JENICEK, M. Méta-analyse en médecine. Évaluation et synthèse de l'information clinique et épidémiologique. Edisem & Maloine, Paris 1987 : 99-145

KAZDIN A. Single-case research designs : Methods for clinical and applied settings. Oxford University Press, New York 1982

LADOUCEUR R, BEGIN G. Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales. Edisem, Maloine, Paris 1980

LONIGAN CJ, ELBERT JC, JOHNSON SB. Empirically supported psychosocial interventions for children : an overview. *J Clin Child Psychol* 1998, **27** : 138-145

LUBORSKY L, SINGER B, LUBORSKY L. Comparative studies of psychotherapies : is it true that everyone has won and all must have prizes ? *Arch Gen Psychiatry* 1975, **32 :** 995-1008

LUBORSKY L, MCLELLAN AT, WOODY GE, O'BRIEN CP, AUERBACH A. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 602-611

LUBORSKY L, BARBER JP, SIQUELAND L, JOHNSON S, NAJAVITS LM et coll. The revised helping alliance questionnaire (Haq-II) : psychometric properties. *J Psychother Pract Res* 1996, **5** : 260-271

MAXFIELD L, HYER L. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol* 2002 ; **58** : 23-41

MARTIN P, PERETTI S. La qualité de vie : le point de vue du psychiatre. *Psychiatrie* 1999, **16** (Suppl. 2) : 16-27

MEYERS LS, GROSSENS NE. Behavioral research. Theory, procedure and design. WH Freeman and Company, San Francisco 1974

OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP. Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. Part I. *Behav Res Ther* 2003, **41** : 863-878

OMS. The ICD classification of mental and behavioral disorders. WHO, Genève 1992

PAUL GL. Behavior modification research : Design and tactics. *In* : Behavior therapy : Appraisal and status. FRANCKS CM ed, McGraw Hill, New York 1969

POPPER K. Conjectures and refutations. The growth of scientific knowledge. Routledge and Kegan Paul, London 1963

ROSENTHAL RL. Experimenter Effects in Behavioral Rescarch. Appleton Century Crofts, New York 1966

ROSENTHAL RL, ROSNOW R. Primer of methods for the behavioral sciences. Wiley, New York 1975

ROTH A, FONAGY P. What works for whom ? A critical review of psychotherapy research. The Guilford Press, New York, London 1996

SARTORIUS N, DE GIROLAMO G, ANDREWS G, GERMAN A, EISENBERG L (eds). Treatment of mental disorders. A review of effectiveness. WHO, American Psychiatric Press, Washington 1993

SHADISH RW, MATT GE, NAVARRO AM ET COLL. Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 355-365

SMITH ML, GLASS GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977, **32** : 752-760

VAN TULDER MW, OSTELO RW, VLAEYEN JW, LINTON SJ, MORLEY SJ, ASSENDELFT WJ. Behavioural treatment for chronic low back pain (Cochrane Review). *In* : The Cochrane Library, Issue 4, 2002

VENTUREYRA VA, YAO SN, COTTRAUX J, NOTE I, DE MEY-GUILLARD C. The validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale in posttraumatic stress disorder and non-clinical subjects. *Psychother Psychosom* 2002, **71** : 47-53

WHITTAL ML, AGRAS WS, GOULD RA. Bulimia nervosa : a meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behav Ther* 1999, **30** : 117-135

YAO SN, COTTRAUX J, MARTIN J, BOUVARD M. Etude de validation d'un questionnaire des pensées intrusives et de leurs interprétations (QPII) dans les troubles obessionnels-compulsifs : importance de l'infériorité. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* 1996, **1** : 14-24

YAO SN, COTTRAUX J, MARTIN R, MOLLARD E, BOUVARD M et coll. Inferiority in social phobics, obsessive-compulsive and non-clinical controls. A controlled study with the inferiority scale. *In* : Behaviour and cognitive therapy today : essays in honour of Hans J. Eysenck. SANAVIO E ed, Pergamon, Elsevier, London 1998

3

Étapes historiques de l'évaluation

On peut définir la psychothérapie comme un ensemble de « méthodes psychologiques dont le but est de soulager une souffrance dans un cadre contractuel » (Gerin, 1984). Les méthodes d'évaluation qui, au début des psychothérapies, étaient fondées sur des études de cas plus ou moins nombreux, regroupant des patients semblables ou comparables par des auteurs ayant une grande notoriété, ont progressivement été complétées par des essais contrôlés qui ont connu un essor considérable ces trente dernières années dans tous les secteurs de soins : le registre des essais contrôlés de la « *Cochrane collaboration* » compte en 2003 plus de 37 000 entrées ayant trait aux essais contrôlés. Cette « médecine fondée sur des preuves » a cependant des antécédents lointains que l'on peut retrouver à la fin du dix-huitième siècle.

Antécédent aux travaux actuels

Un antécédent lointain aux travaux actuels de recherche contrôlée sur les psychothérapies peut être retrouvé à l'époque des Lumières.

Évaluation du baquet de Mesmer (1784)

En 1784, le roi Louis XVI désigna une commission pour étudier le magnétisme animal de Mesmer qui permettait des cures spectaculaires des troubles psychologiques et physiques, dus, selon Mesmer, à un blocage des fluides dans le corps. Le magnétisme était transmis par des baquets d'eau aimantée selon une procédure secrète impliquant des morceaux de fer. La commission, composée d'Antoine Lavoisier, Joseph Guillotin et Benjamin Franklin, effectua une étude en double aveugle : les sujets qui croyaient que l'eau était magnétisée avaient les réponses cathartiques attendues au fluide magnétique que l'eau fut magnétisée ou non. Il s'agissait donc d'un simple effet de suggestion. Mesmer affirma haut et fort que la magnétisation de l'eau n'avait pas été conduite dans les règles. Le « mesmerisme » continua à jouir d'un grand succès et survécut à ce camouflet expérimental. En effet, il conservait de nombreux partisans, parmi lesquels Lafayette, la reine Marie-Antoinette et Mozart (McNally, 1999).

Ceci confirme le point de vue de Max Planck (1949) et Roland Kuhn (1962), rapporté par Mahoney (1976). Selon Max Planck et Roland Kuhn, les idées erronées ne disparaissent pas parce qu'on a démontré à la fois leur fausseté et la valeur d'idées nouvelles, mais bien parce que leurs défenseurs sont morts et qu'une nouvelle génération a pris leur place pour instaurer un nouveau paradigme qui, à son tour, devra disparaître après une lutte plus ou moins longue, pour laisser la place à un paradigme meilleur.

Premiers travaux sur les effets des psychothérapies analytiques

Dès 1917 Coriat publiait un travail : « Quelques résultats statistiques concernant le traitement psychanalytique des névroses ». Mais le travail le plus important remonte à 1920, à Berlin, sous l'impulsion d'Otto Fenichel, qui avait entrepris, malgré le scepticisme de Freud, des travaux systématiques destinés à préciser la technique psychanalytique. La publication la plus citée est celle de Knight (1941), qui effectua une étude rétrospective chez 592 patients traités par psychanalyse dans les instituts de Berlin, Londres et Chicago, ayant eu au moins six mois d'analyse. Knight proposa les critères d'évaluation suivants :

- amélioration symptomatique ;
- productivité accrue ;
- adaptation meilleure, et meilleur plaisir sexuel ;
- capacité à faire face aux conflits psychologiques ordinaires et à les résoudre ;
- amélioration des relations interpersonnelles.

Knight aboutit à la conclusion que 55,9 % des sujets ainsi traités avaient été guéris ou grandement améliorés. Cependant, en incluant les perdus de vue au cours des six premiers mois, il aboutissait à un taux de résultats positifs de 30 % seulement.

Évaluation globale de la littérature (Eysenck, 1952)

Le véritable début des recherches contrôlées est le fait d'Eysenck (1952), qui regroupa 19 études publiées. Eysenck aboutit à la conclusion que 44 % des patients en analyse présentaient une amélioration, alors que le taux d'amélioration spontanée des problèmes névrotiques était de 66 % sur deux ans. En outre, la psychothérapie dite éclectique n'améliorait que 64 % des patients, tandis que 72 % des patients névrotiques hospitalisés ou traités par des généralistes étaient améliorés. Il y avait donc, selon cette statistique, une relation négative entre la psychothérapie et la guérison. La méthodologie rudimentaire d'Eysenck, qui consistait en un regroupement d'études ayant trait à des problèmes disparates et une comparaison à un groupe contrôle arbitraire, a été critiquée par Garfield et Bergin (1978). Ces auteurs considèrent que le

taux d'amélioration spontanée serait de 30 % et varierait beaucoup selon la nature des problèmes psychopathologiques étudiés. Quelles que soient ses limites, et ses partis pris, l'étude d'Eysenck eut le mérite d'ouvrir la voie à cinquante années de recherche contrôlée féconde.

Étude contrôlée randomisée (Paul, 1967)

L'étude de Paul (1967) représente une avancée du fait de sa méthodologie rigoureuse. Elle était effectuée sur une population d'étudiants ayant un déficit en compétences sociales et une anxiété sociale diffuse dont l'expression la plus commune était la peur de parler en public. Le protocole randomisé comparait quatre groupes :

- thérapie comportementale (désensibilisation systématique, Wolpe (1961 et 1975) : n = 15 ;
- thérapie psychodynamique : n = 15 ;
- attention placebo sous la forme d'une pseudothérapie n'apportant qu'un soutien relationnel : n = 15 ;
- contrôle : 44 sujets servaient de contrôles non traités.

Le traitement était administré en groupes de trois patients durant cinq séances pendant six semaines par des thérapeutes expérimentés.

L'évaluation était multimodale et indépendante. Elle comprenait une batterie de six mesures évaluant l'anxiété, la personnalité et des tests comportementaux. Ces derniers mesuraient la réponse de stress social *in vivo*, c'est-à-dire l'effet sur le symptôme cible. Enfin, après un suivi de deux ans, les effets étaient évalués par une analyse de variance à plusieurs facteurs, suivie de comparaisons multiples sur chacune des mesures. Cette étude a montré que le groupe soumis à une désensibilisation systématique avait 85 % de répondeurs. Le groupe en thérapie psychodynamique présentait des résultats équivalents au groupe attention placebo (50 % de répondeurs). Ces deux derniers groupes présentaient des résultats supérieurs au groupe contrôle non traité (22 % de répondeurs). Sur le suivi de deux ans, il n'apparut pas de rechute ni de substitution de symptômes dans le groupe qui avait reçu la désensibilisation systématique, d'après les mesures comportementales, d'anxiété et de personnalité.

Dans le groupe attention placebo, l'effet observé, particulièrement important (50 %), permettait d'éliminer le rôle, dans les résultats de la désensibilisation systématique, d'une relation thérapeutique non spécifique. La conclusion des auteurs était que la désensibilisation systématique représentait un traitement spécifique de l'anxiété sociale. Il s'agissait donc de ce qu'on appelle aujourd'hui une étude « pivotale », abordant aussi bien les aspects pragmatiques que les problèmes théoriques. L'étude de Paul (1967) présente également l'intérêt d'avoir fixé des standards pour l'ensemble de la recherche en psychothérapie.

Étude contrôlée randomisée avec des patients ambulatoires (Sloane, 1975)

À la différence de l'étude de Paul (1967), qui avait recruté des étudiants, l'étude de Sloane (1975a et b) portait sur 94 patients ambulatoires qui consultaient dans une clinique universitaire pour des troubles variés. Un tiers présentaient des troubles qui aujourd'hui seraient classés parmi les troubles de la personnalité, les autres souffraient par ordre croissant de plaintes corporelles, de soucis généralisés, d'une estime de soi abaissée, de difficultés relationnelles (surtout avec le sexe opposé), de difficultés interpersonnelles et d'anxiété généralisée.

La randomisation assigna 31 patients à la thérapie comportementale, 30 à la thérapie d'orientation analytique et 33 à une liste d'attente. Les deux groupes actifs reçurent environ 14 séances de psychothérapie sur une durée de quatre mois. L'évaluation comportait une mesure d'amélioration globale, des mesures de trois symptômes cibles, de personnalité et d'adaptation. Les thérapeutes étaient expérimentés et suivaient des lignes directrices écrites qui différenciaient clairement les deux formes de psychothérapie. Le groupe contrôle recevait un coup de téléphone par semaine pour s'assurer que rien de grave ne s'était produit et pour annoncer une prise en charge prochaine.

Après quatre mois, la thérapie analytique et la thérapie comportementale montraient une amélioration des symptômes cibles chez les patients supérieure à celle des patients du groupe contrôle, sans différence entre elles. En ce qui concerne l'amélioration globale, 93 % des patients en thérapie comportementale, *versus* 77 % des patients aussi bien en thérapie analytique qu'en liste d'attente étaient améliorés ($p < 0,05$). Les trois groupes étaient améliorés sans différence sur les mesures d'adaptation sociale.

À un an de suivi, les patients ayant eu la thérapie comportementale présentaient plus d'améliorations des symptômes cibles que les patients en liste d'attente. Ceux qui avaient eu la thérapie analytique ne se différenciaient pas de ceux de la liste d'attente. Cependant, les traitements additionnels reçus durant un an dans les deux groupes rendaient la comparaison difficile. Un autre fait intéressant est que 14 patients du groupe contrôle (42 %) avaient décliné l'offre de tout traitement après quatre mois, car ils s'étaient spontanément améliorés. Une des conclusions de l'étude, après le suivi d'un an, était que la thérapie comportementale avait des effets à la fois spécifiques et plus profonds et diffus. Ce phénomène est comparable à la propagation d'une onde : l'effet de diffusion (*ripple effect*) des thérapies comportementales est retrouvé dans de nombreuses études en particulier dans notre pays (Mollard et Cottraux, 1984). À partir de cette période, la recherche sur les thérapies comportementales devait se développer considérablement, pour aborder à peu près tous les troubles psychopathologiques.

Revue générale de la littérature (Luborsky, 1975)

Luborsky et coll. (1975), après une analyse statistique de 40 études, aboutirent à la conclusion de l'efficacité de la psychothérapie en général et l'équivalence des différents types de psychothérapie. Toutes les écoles de psychothérapie « avaient gagné et méritaient un prix », verdict de l'oiseau Dodo dans « Alice au pays des merveilles ». En effet, dans cette revue, les résultats obtenus avec les différentes formes de thérapie étaient supérieurs à ceux obtenus dans le groupe contrôle. En fait, la méthodologie de Luborsky apparaît assez rudimentaire : elle consistait à établir des « boîtes de scores » pour inspecter les fréquences de résultats. Par exemple, pour la comparaison entre psychothérapies en général et contrôle, on pouvait observer la configuration suivante de la boîte de score :

- thérapie à l'étude meilleure que le comparateur : 20 ;
- thérapie à l'étude et comparateur égaux : 13 ;
- comparateur meilleur que la thérapie à l'étude : 0.

La revue de Luborsky incluait des études randomisées de recherches portant sur de « vrais » patients, recevant de « vrais » traitements (« *bona fide patients and treatments* ») qui étaient codés par deux évaluateurs indépendants, ce qui pour l'époque représentait un progrès. Mais aucun calcul n'est rapporté et les conclusions sont un simple commentaire sur ces fréquences. On peut aussi observer que la revue portait sur un mélange de divers troubles et de diverses formes de psychothérapie.

Luborsky, cependant, aboutit à quelques conclusions spécifiques : la thérapie comportementale apparaissait meilleure pour les phobies spécifiques que les autres méthodes, la pharmacothérapie était meilleure que la psychothérapie en général, et la combinaison pharmacothérapie plus psychothérapie était supérieure à la psychothérapie seule. La tentative de synthèse effectuée par Luborsky avait le mérite d'ouvrir la voie à une méthode plus sophistiquée : la méta-analyse.

Méta-analyse des effets psychothérapeutiques (Glass, 1976 ; Smith et Glass, 1977)

L'évaluation des effets et des résultats des psychothérapies s'est ensuite développée de manière exponentielle, ce qui obligea les évaluateurs à inventer une méthode statistique pour effectuer une analyse quantitative de l'ensemble des études disponibles : la méta analyse (Glass, 1976 ; Smith et Glass, 1977 ; Smith et coll., 1980). Devant la nécessité de rendre compte des effets des psychothérapies aux instances officielles et aux compagnies d'assurances, de nombreux travaux ont essayé d'évaluer, aussi bien globalement que par trouble psychopathologique, les résultats de la littérature. On peut observer, qu'à partir de cette époque, qui suit le premier choc pétrolier

(1973), c'est le « tiers payant » qui représentera le demandeur social le plus pressant d'évaluation des psychothérapies. Un autre facteur est l'éducation du public par les médias et le fait que les patients, en général, demandent de plus en plus de comptes aux soignants. La méta-analyse, ainsi que les classifications des maladies psychiatriques comme le DSM et l'ICD, a pour objectif de répondre à cette demande sociale. Cette époque a été marquée par des méta-analyses globales qui ont été fortement critiquées

Le travail initial le plus important reste celui du groupe de Smith et Glass (Smith et Glass, 1977 ; Smith et coll., 1980) qui, après avoir regroupé 475 études portant sur 25 000 sujets, a calculé la taille d'effet (*effect size*). Ils aboutirent à la conclusion que pour l'ensemble de ces études, elle était de 0,68 ; autrement dit, chez des personnes ayant eu une psychothérapie, l'amélioration moyenne était de 75 % supérieure à celle observée chez des sujets du groupe témoin. Ils regroupèrent les différents types de thérapies en deux grandes sous-classes :

- désensibilisation systématique, implosion, modification du comportement et Gestalt-thérapie ;
- thérapie psychanalytique, thérapie non directive de Carl Rogers, psychanalyse d'Adler, thérapie cognitive, analyse transactionnelle et thérapie éclectique.

Smith et Glass aboutirent à la conclusion qu'il n'y avait pas de différence entre ces deux sous-classes.

Critiques de la méta-analyse de Smith et Glass

Une des nombreuses critiques adressées à Smith et Glass était que le regroupement d'études disparates mettant sur le même plan des travaux effectués avec des étudiants volontaires et de véritables patients faisait que leurs conclusions ne reflétaient pas la réalité de la pratique clinique courante (Rachman et Wilson, 1980). De plus, certaines études importantes avaient été négligées et le regroupement des thérapies cognitives avec les thérapies psychanalytiques plutôt qu'avec la thérapie comportementale apparaissait comme une erreur importante. En fait, si l'on représente les tailles d'effet méthode thérapeutique par méthode thérapeutique, on s'aperçoit, comme le montre le tableau 3.I, que trois méthodes cognitivo-comportementales présentent les meilleurs résultats. Et que la seule méthode à avoir une taille d'effet importante, c'est-à-dire supérieure à 0,80, est la désensibilisation systématique.

Prioleau et coll. (1983), reprenant 32 études contre placebo de l'étude de Smith et Glass (1977), tout en obtenant la même taille d'effet que Smith et Glass, ont abouti à la conclusion qu'il n'y avait pas de différence entre un regroupement de diverses formes de psychothérapie et placebo. Les études étaient principalement des études ayant trait à la thérapie psychanalytique et aux thérapies humanistes, principalement rogerienne (82 %) ; seulement

Tableau 3.I : Résultats de la méta-analyse de Smith et Glass par méthode thérapeutique (d'après Rachman et Wilson, 1980)

Méthode	Taille d'effet
Désensibilisation systématique (TCC)	0,91
Thérapie cognitive (Ellis) (TCC)	0,77
Modification du comportement (TCC)	0,76
Thérapie adlérienne	0,71
Exposition en imagination (TCC)	0,64
Thérapie rogerienne (Thérapie humaniste)	0,63
Thérapie psychanalytique	0,59
Analyse transactionnelle (Thérapie humaniste)	0,58
Gestalt-thérapie (Thérapie humaniste)	0,26

6 études sur 32 (18 %) portaient sur des thérapies cognitives ou comportementales.

Le fait que dans la revue de Smith et Glass il n'y avait que 22 % de « vrais » patients a entraîné d'autres travaux.

Andrews et Harvey (1981) ont repris, dans l'étude de Smith et Glass, 81 études ayant trait aux problèmes névrotiques de 2 202 vrais patients et ont classé les thérapies en trois catégories : comportementale (regroupée avec la thérapie cognitivo-comportementale), psychanalytique (regroupée avec la thérapie cognitive et la Gestalt-thérapie) et humaniste (thérapie non directive de Carl Rogers regroupée avec le conseil). Ils ont abouti à la conclusion qu'il y avait des différences entre les trois catégories. La thérapie comportementale, avec une taille d'effet de 0,97, était supérieure au placebo, à la thérapie analytique brève (taille d'effet de 0,74 par rapport au placebo) et à la thérapie humaniste (taille d'effet de 0,35 par rapport au placebo). La thérapie humaniste ne différait pas significativement du placebo (étude australienne).

Limites des méta-analyses globales : problèmes méthodologiques

La principale pierre d'achoppement des études méta-analytiques est le regroupement d'études concernant des pathologies ou des problèmes psychologiques variés et aussi les biais d'inclusion tenant à l'allégeance idéologique des auteurs. L'analyse de l'étude méta-analytique de Wampold et coll. (1997) permet de comprendre les conclusions abusives qui peuvent être tirées de méta-analyses qui, à la fois, sont globales et présentent des biais importants d'inclusion. Wampold et coll. (1997) comparaient des thérapies dite « de bonne foi » à des thérapies représentant de simples contrôles sans véritable intention de traiter. Selon ces auteurs, une thérapie de bonne foi est une thérapie dans laquelle le thérapeute, ayant un bon niveau de maîtrise et un manuel, développe une relation et adapte le traitement au patient. Il existait

cependant une importante limitation à cette étude : elle n'incluait pas la totalité des données, contrairement aux règles habituelles de la méta-analyse. Seulement six journaux publiés aux États-Unis entre 1970-1995 étaient pris en compte. Les résultats exprimés en taille d'effet sont présentés dans le tableau 3.II.

Tableau 3. II : Résultats après regroupement de thérapies (d'après Wampold et coll., 1997)

Comparaisons	Taille d'effet
Thérapie *versus* pas de traitement	0,82
Thérapie *versus* placebo	0,48
Placebo *versus* pas de traitement	0,42
Différences entre thérapies « de bonne foi »	0,00-0,21

Mais on peut observer que sur les 114 études incluses, 79 (69 %) comparaient des formes différentes de thérapie cognitive et comportementale entre elles (Crits-Christoph, 1997). De plus, il est habituel de trouver une équivalence dans les essais contrôlés randomisés de ces méthodes qui se recoupent en bien des points (Cottraux et coll., 2001). En outre, seulement quatre impliquaient la thérapie analytique, aucune la thérapie familiale, trois incluaient des enfants et adolescents. Wampold et coll. soulignent d'ailleurs eux-mêmes qu'ils n'envisagent pas les catégories diagnostiques une par une, et ne peuvent donc conclure au sujet de l'efficacité de chaque type de thérapie pour chaque problème spécifique. Mais les auteurs ne devraient pas non plus parler de « psychothérapie » en général, puisque plus des deux tiers des études entrées dans la méta-analyse appartiennent au même courant psychothérapique, les thérapies cognitivo-comportementales, et représentent de ce fait la source de variation la plus importante.

On voit ici comment on peut faire dire à la méta-analyse ce qu'on souhaite entendre. Aussi, la recherche s'est maintenant centrée sur l'étude de traitements spécifiques appliqués à des troubles aussi définis que possible et les méta-analyses modernes s'efforcent d'inclure tous les essais de qualité, y compris ceux qui ont été publiés dans des revues obscures, présentés dans des congrès ou encore oubliés par leurs auteurs dans les tiroirs.

Historique des travaux sur l'évaluation des thérapies familiales

Concernant l'évaluation des thérapies familiales, les dix premières études d'évaluation ont été publiées entre 1972 et 1983, recensant 178 articles, dont

83 non contrôlés. Ces premières études n'ont pas abouti à un consensus clair concernant l'efficacité des thérapies familiales. Mais les revues de la littérature soulignent les défauts méthodologiques des études (caractères inadéquat des groupes contrôles, non fiabilité des mesures, absence de délai suffisant avant l'appréciation du suivi, aspect mal défini des fondements théoriques permettant les comparaisons. Au cours des années 1980, plusieurs méta-analyses et revues (Gurman et coll., 1986 ; Hahlweg et Markman, 1988 ; Hazelrigg et coll., 1987 ; Shadish et coll., 1993) fournissent plusieurs arguments pour conclure à l'efficacité des thérapies de couple et de famille mais sans apporter des résultats très précis. La méta-analyse de Shadish et coll. (1993) marque une étape dans l'évolution des travaux. Les auteurs proposent en effet des indications plus circonstanciées, des comparaisons entre différentes orientations théoriques en thérapie familiale et une analyse de la signification clinique des résultats en fonctions des orientations et des problèmes traités. Ils soulignent également l'importance de la prise en compte des méthodologies des études pour l'appréciation des résultats. Un autre aspect qui vient progessivement à l'ordre du jour dans les études est l'étude du maintien des résultats positifs sur le long terme. Enfin, l'effet des thérapies familiales est apprécié non seulement sur le trouble du patient concerné mais aussi sur le fonctionnement global de la famille. Pour les troubles de l'enfant, les thérapies familiales occupent une place de choix. Les travaux les plus conséquents se sont intéressés aux techniques psycho-éducationnelle qui mobilisent la famille et qui ont obtenu des résultats significatifs pour certains troubles (autisme en particulier). Les travaux les plus récents sont évoqués dans le chapitre sur l'évalution des thérapies familiales

Historique des travaux d'évaluation de thérapies chez l'enfant

La première recherche publiée sur l'évaluation des psychothérapies chez l'enfant est probablement celle d'Evelyne Alpern en 1946, comparant deux approches thérapeutiques courantes : l'une dans laquelle l'enfant et ses parents sont vus et traités ensemble, l'autre dans laquelle l'enfant et ses parents sont vus et traités séparément. Les résultats de l'étude étaient exprimés en termes d'impression du clinicien sur les progrès de l'enfant, sans considération de catégories diagnostiques, ni randomisation aux deux conditions de traitement, ni évaluation standardisée pré- et post-traitement.

Dix ans plus tard, la revue de Levitt (1957) sur l'évaluation des psychothérapies chez l'enfant, contemporaine de celle d'Eysenck (1952) chez l'adulte, aboutissait, comme cette dernière, à la même conclusion pessimiste : les formes traditionnelles de psychothérapie ne sont pas plus efficaces que l'absence de traitement. Dans les années 1950 et 1960, la première génération d'études sur l'efficacité des psychothérapies posait la question de leur

capacité à induire une modification de la personnalité, sans spécification ni différenciation des formes de psychothérapie utilisées, ni des problèmes cliniques à traiter. L'essor de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans les années 1960 et 1970 a par la suite fortement contribué à promouvoir une approche plus scientifique, tant de la pratique clinique que de la recherche thérapeutique. La question « Est-ce que la psychothérapie marche ? » est alors remplacée par « Quelles procédures spécifiques sont les plus efficaces pour traiter tel ou tel problème clinique ? ». C'est le début des études avec allocation randomisée à l'un des différents traitements posés en comparaison. Depuis les années 1980, la troisième génération de recherches en psychothérapie utilise le modèle des essais cliniques contrôlés issu de la pharmacothérapie, les diagnostics DSM et des manuels décrivant précisément les traitements utilisés.

En conclusion, l'ère des comparaisons globales de méthodes psychothérapiques, s'appliquant à des troubles psychopathologiques variés regroupés et impliquant des volontaires, est révolue. La stratégie actuelle est de comparer pour chaque trouble selon l'ICD ou le DSM, des types de psychothérapie bien définis de manière opérationnelle entre elles, au placebo ainsi qu'à des traitements médicamenteux. Vu le nombre des essais thérapeutiques contrôlés portant sur des troubles précis, il est relativement facile d'étudier les thérapies cognitives et comportementales et la thérapie interpersonnelle. Il s'avère plus difficile d'étudier les thérapies familiales non cognitivo-comportementales, les thérapies psychanalytiques, l'hypnose ou les thérapies humanistes (Gestalt thérapie, analyse transactionnelle, thérapie rogerienne) bien qu'il existe des essais contrôlés pour ces différentes méthodes dans différentes indications. Il est de toute façon illusoire de vouloir étudier scientifiquement toutes les formes de psychothérapie étant donnée leur prolifération : 200 à 400 selon les diverses estimations.

Bibliographie

ALPERN E. Short clinical services for children in a child guidance clinic. *Am J Orthopsychiatry* 1946, **26**

ANDREWS G, HARVEY R. Does psychotherapy benefit neurotic patients ? A reanalysis of the Smith, Glass and Miller data. *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 1203-1208

CORIAT IH. Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses. *Psychoanal Rev* 1917, **4** : 209-216

COTTRAUX J, NOTE ID, CUNGI C, LÉGERON P, HEIM F et coll. A controlled study of cognitive-behavior therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia. A one year follow-up. *Br J Psychiatry* 1995, **167** : 635-641

COTTRAUX J, NOTE I, YAO SN, LAFONT S, NOTE B et coll. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behaviour therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychother Psychosom* 2001, **70** : 288-297

CRITS-CHRISTOPH P. Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research : comment on Wampold et al., 1997. *Psychol Bull* 1997, **122** : 216-220

EYSENCK HJ. The effects of psychotherapy : An evaluation. *J Consult Psychol* 1952, **16** : 319-324

GARFIELD AE, BERGIN SL. Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York 1978

GERIN P. L'évaluation des psychothérapies. Presses universitaires de France, Paris 1984

GLASS GV. Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educ Res* 1976, **5** : 3-9

GURMAN AS., KINSKERN DP, PINSOF WM. Research on marital and family therapies. *In* GARFIELD SL, BERGIN AE. eds, Handbook of psychotherapy and behavior changes, 3rd edition, Wiley, New York, 1986 : 565-624

HAHLWEG K, MARKMAN HJ. Effectiveness of behavioral marital therapy : Empirical status of behavioral techniques in preventing and allieviating marital distress. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56** : 440-447

HAZELRIGG MD, COOPER HM, BORDUIN CM. Evaluating the effectiveness of family therapies : An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin* 1987, **101** : 428-442

KNIGHT RP. Evaluation of the results of the psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941, **96** : 434-446

KUHN R. The structure of scientific revolutions. University of Chicago Press, Chicago 1962

LEVITT EE. The results of psychotherapy with children : an evaluation. *J Consult Psychol* 1957, **21** : 189-196

LUBORSKY L, SINGER B, LUBORSKY L. Comparative studies of psychotherapies : is it true that everyone has won and all must have prizes ? *Arch Gen Psychiatry* 1975, **32** : 995-1008

MAHONEY MJ. Scientist as a subject. The psychological imperative. Ballinger Publishing Company, Cambridge Massachussets 1976

MCNALLY RJ. EMDR and Mesmerism : A comparative historical analysis. *J Anxiety Disord* 1999, **13** : 225-236

MOLLARD E, COTTRAUX J. Changements positifs de l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI) chez 70 sujets traités par thérapie comportementale. *Psychol Med* 1984, **16** : 2385-2394

PAUL G. Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. *J Consult Psychol* 1967, **31** : 333-348

PLANCK M. Scientific autobiography and other papers. Philosophical Library, New York 1949

PRIOLEAU L, MURDOCH M, BRODY N. Analysis of psychotherapy versus placebo studies. *Behav Brain Sci* 1983, **6** : 275-285

RACHMAN S, WILSON GT. The effects of psychological therapy, Pergamon, London, 1980

SHADISH WR, MONTGOMERY LM, WILSON P, WILSON MR, BRIGHT I, OKWUMABUA T. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 992-1002

SLOANE RB, STAPLES FR, CRISTOL A, YORKSTON NJ, WHIPPLE K. Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. *Am J Psychiatry* 1975a, **132** : 373-377

SLOANE RB, STAPLES FR, CRISTOL A, YORKSTON NJ, WHIPPLE K. Psychotherapy versus behavior therapy. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts 1975b

SMITH ML, GLASS GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977, **32** : 752-760

SMITH ML, GLASS GV, MILLER TI. The benefits of psychotherapy. John Hopkins University Press, Baltimore 1980

WAMPOLD BE, MONDIN GW, MOODY M, STICH F, BENSON K, AHN HN. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies : empirically, « All must have prizes ». *Psychol Bull* 1997, **122** : 203-215

WOLPE J. The systematic desensitization treatment of the neuroses. *J Nerv Ment Dis* 1961, **132** : 189-203

WOLPE J. The practice of Behavior Therapy. Stanford University Press, 1969. *In :* La pratique de la thérapie comportementale. Traduction J. Rognant, Masson, Paris 1975

II

Approche psychodynamique (psychanalytique)

4

Présentation de l'approche psychodynamique (psychanalytique)

L'approche psychodynamique regroupe des pratiques qui vont de la psychanalyse traditionnelle aux psychothérapies psychanalytiques longues ou brèves. La théorie générale sous-jacente à ces pratiques psychothérapiques est commune mais différentes variantes se sont progressivement distinguées. Elles se réfèrent plus spécifiquement à différents sous-modèles, et s'appliquent à des troubles impliquant à des niveaux divers les événements actuels, l'histoire individuelle et familiale, et les conditions du développement de la personne.

Évolution de la théorie et des pratiques psychanalytiques

La contribution de la psychanalyse aux soins en psychiatrie a maintenant un siècle d'histoire. Son activité s'est développée considérablement après la Seconde Guerre mondiale. Plusieurs modèles et variantes cliniques associés à divers aspects nosologiques et aux différentes étapes de la psychothérapie se sont progressivement construits.

La naissance de la psychanalyse se situe à la fin du XIXe siècle avec les publications successives des ouvrages suivants : « Études sur l'hystérie » (Freud et Breuer, 1895), « L'interprétation des rêves » (Freud, 1900), « Psychopathologie de la vie quotidienne » (Freud, 1901) et « Fragments d'une analyse d'hystérie » (Freud, 1905a ; Bonaparte et coll., 1956). Ces textes soulignent l'importance du conflit psychique entre exigences internes contraires et de la censure, ainsi que celle de leurs liens avec l'histoire infantile, dans l'origine de l'angoisse et des symptômes. Freud apporte à cette notion déjà présente dans les œuvres philosophiques et littéraires, notamment celles des XVIIe et XVIIIe siècles, une méthode d'observation et d'investigation sur laquelle se fonde le traitement. La psychanalyse s'inscrit ainsi dès son origine comme une description et une approche de la réalité psychique et des conditions dans lesquelles certaines de ses particularités peuvent être à l'origine d'un processus pathologique.

L'approche générale de Freud peut être considérée comme biologique, au sens large du terme, et dynamique même si elle ne vise pas à situer les bases structurelles et physiologiques cérébrales des phénomènes psychiques (Freud, 1895). Cette approche postule que le sujet et ses fonctions psychiques, soumis à des demandes externes et internes (Freud, 1915a), recherchent des solutions bien au-delà de la conscience (Freud, 1900) et des tendances spontanées de l'organisme (l'interruption du déplaisir) (Freud, 1895 et 1920) et que les organisations mentales – et même neuronales – sont susceptibles de se reconfigurer au cours de ce processus. Ces demandes peuvent être conflictuelles et l'aboutissement peut être la résolution ou l'échec, sous la forme de l'expression d'un symptôme. L'approche thérapeutique découle directement des éléments précédents qui relèvent de l'observation commune. Elle consiste à apporter une aide psychologique externe et à organiser un cadre particulier dans lequel la pensée va pouvoir se déployer et ses principaux traits pourront être décrits « grâce à l'emploi d'un petit nombre de formules psychologiques » (Freud et Breuer, « Études sur l'hystérie », cas d'EvR, 1895). Cette démarche narrative, interactionnelle avec le psychanalyste qui complète et interprète – « co-pense » avec l'analysant – (Widlöcher, 2001), ouvre à une prise de conscience (l'*insight*) d'éléments pré-psychiques (au sens des sciences cognitives actuelles). Cette prise de conscience s'accompagne d'une ré-expérience thérapeutique (le transfert) de certaines modalités de relation à soi et aux autres.

L'intervention du psychanalyste dans ce processus est loin d'être passive. Sa « co-pensée » est en permanence adaptée au matériel qui lui est livré. Elle lui permet de considérer comment les pulsions, les mécanismes de défense (Freud, 1894, 1895 et 1896 ; Freud et Breuer, 1895), les fantasmes (Freud, 1900 et 1915b), les comportements et les symptômes se sont élaborés jusqu'à produire de véritables organisations pathologiques, elles-mêmes sources de vulnérabilités et de difficultés secondaires et tertiaires. Surtout, elle lui permet d'évaluer sur quel mode la relation que le patient entretient avec lui (et souvent parallèlement avec son entourage) est engagée (le transfert) et d'y répondre au bon niveau.

La théorie du conflit psychique et les pratiques psychanalytiques qui en découlent (portant en particulier sur l'activité associative) sont issues de la cure des névroses. Cette théorie s'est complétée d'un second axe majeur : celui des différentes étapes du développement psychologique, de ses conditions et de ses avatars potentiels (sous la forme de « fixations » à une étape particulière, ou d'un véritable déficit développemental). La conceptualisation de ce second axe et ses applications dans la pratique clinique se sont faites au fur et à mesures que se posait la question de nouvelles indications : troubles du développement, narcissiques et borderline, psychoses, affections psychosomatiques. On trouve une première typologie du développement conçu dans une perspective psychodynamique dans les « Trois essais sur la sexualité » (Freud, 1905b). Elle sera progressivement enrichie par de

nombreux travaux, émanant notamment de psychanalystes d'enfants confrontés à des troubles graves concernant l'accès à la symbolisation (Klein, 1932), la dépression anaclitique et la construction de l'individualité (Spitz, 1965), l'importance des espaces transitionnels dans la construction du rapport à la réalité (Winnicott, 1977), celle des premières relations interindividuelles et leurs conséquences dans l'élaboration du sentiment de sécurité et des liens avec autrui (Bowlby, 1969)..., plus récemment le rôle de l'accordage affectif dans l'élaboration du sentiment de soi (Stern, 1985) et celle du fantasme intergénérationnel dans les relations familiales (Lebovici et Mazet, 1989). Il faut citer également ici l'apport de psychologue comme Wallon (1949) et de psychanalystes d'adultes comme Bion (1962) soulignant le rôle du psychanalyste comme contenant des identifications projectives du patient, Lacan soulignant le rôle du stade du miroir et des relations affectives qui l'accompagnent dans la formation du « Je » (1949), ainsi que la distinction de trois registres (symbolique, imaginaire, réel) d'appréhension de la réalité, Kohut (1978) et Kernberg (1984) précisant la place des déficits de l'individualisation du *self* et du moi dans la compréhension des états limites. Les relations psychosomatiques ont été explorées par Alexander (1950) sur la base d'un modèle bio-psycho-environnemental, impliquant la dimension du conflit entre tendances régressives et actives, par l'École de Paris (Marty, Fain, Kreisler...) qui a décrit les conduites démentalisées et leurs conséquences vitales et par l'École de psychosomatique (Thurin, 1997) qui prolonge les hypothèses précédentes en soulignant les conséquences du traumatisme et de la négligence sur la construction du soi et du rapport au monde.

Il existe ainsi trois modèles principaux dans l'approche psychodynamique : le concept conflit-défense-symptôme, le concept de déficience de l'individuation et de structuration du moi, et le concept d'interaction des représentations de soi et de l'objet (Bachmann et coll., 2003). La compréhension de l'origine des troubles, la focalisation de l'évaluation diagnostique et la définition des objectifs thérapeutiques découlent de ces trois modèles.

Les circonstances et les événements de l'histoire individuelle (sexuelle au sens large du terme, c'est-à-dire concernant les investissements et désinvestissements psychiques, qu'ils soient narcissiques, de personnes ou concernant différentes fonctions corporelles notamment génitales), déterminent la valeur affective des représentations. L'organisation psychique qui en résulte présente des traits saillants, mais également déficitaires, qui conditionnent la lecture du monde (la réalité psychique). Cette réalité individuelle se trouve particulièrement mobilisée quand les facteurs actuels (événement du jour, incident d'ordre sexuel, surmenage, confrontation interindividuelle) ou certaines situations vitales (deuil, séparation, exclusion) rappellent des événements traumatiques, évoquent des fantasmes ou se heurtent à des carences fonctionnelles. Des symptômes, voire des « décompensations »

(rupture de l'efficacité de l'ensemble des stratégies psychiques et comportementales mises en place jusqu'à cet événement pour éviter la souffrance), s'expriment alors et révèlent la précarité de l'équilibre antérieur longtemps maintenu avec peine.

La psychanalyse appréhende ainsi les troubles psychiques comme la manifestation, plus ou moins durable et masquée, d'une difficulté du sujet dans son rapport à lui-même et au monde. Cette difficulté peut s'exprimer de multiples façons, du plus simple au plus dissimulé, sous une forme active ou au contraire déficitaire. Cette expression est susceptible, chez un même sujet, d'évoluer dans le temps. L'apparition d'un trouble peut également avoir plusieurs origines. Initialement, par exemple, l'angoisse a une valeur de signal indiquant au sujet une situation qu'il ne peut maîtriser en raison de la charge émotive qu'elle provoque. Ultérieurement, ce symptôme indiquera une situation qui n'est plus seulement réelle, mais qui constitue un rappel symbolique d'une situation de détresse (la séparation, par exemple, et la crainte d'abandon et de mort qui l'accompagne). Par ailleurs, des mécanismes de substitution et de défense peuvent progressivement se mettre en place et contribuer à l'organisation de la personnalité et des modes de relation à la réalité.

C'est dire la complexité de l'évaluation psychodynamique, notamment dans les cas dépistés tardivement, à un moment où une véritable organisation pathologique s'est constituée. Cette évaluation vise la compréhension d'une structure fonctionnelle saisie en tant que telle (Perron, 1998) et s'appuie sur une analyse précise des fonctionnements psychiques pour en situer les traits principaux (notamment dans leur expression relationnelle), leur possible origine, leurs interactions et la façon de les aborder. L'identification précoce de difficultés chez l'enfant et dans les périodes de crise chez l'adulte offre la possibilité d'un abord plus simple et direct. Une autre implication du caractère évolutif des organisations pathologiques est qu'il est exceptionnel que les troubles soient isolés (sauf à un stade encore très précoce ou dans une situation particulière comme le deuil). Dans la majorité des cas, ils sont associés et l'on parle alors de comorbidités.

Cette compréhension de la dynamique psychopathologique organise la pratique. Non seulement la verbalisation peut permettre une réduction de la souffrance et des symptômes, par la prise de conscience, la distance et la possibilité d'action qu'apporte le passage du vécu et du représenté spontané à une approche réflexive structurée, mais elle constitue également la base d'un véritable réaménagement, voire d'une (re)construction de dimensions qui conditionnent l'être au monde (comme l'individuation).

La dimension associative et historique est particulièrement sollicitée dans le traitement des névroses. Elle est accompagnée d'une perspective développementale dans celui des troubles psychotiques et de la personnalité (narcissique ou borderline, notamment). Dans ces cas, la prise de conscience est

nécessairement associée à une véritable reconstruction des modes de représentation de soi et de l'autre, et de leurs rapports. La relation thérapeutique est alors conçue pour constituer un cadre d'interaction où peut se dérouler une expérience non pathologique des principales tendances de la personne, ouvrant à l'intégration au moi de nouvelles représentations.

De façon très résumée, la théorie et la pratique ont toujours été indissociables dans l'approche psychanalytique. La théorie a été influencée par de multiples champs de la connaissance, mais la clinique est restée le cadre dans lequel elle pouvait se confronter et progresser. Il est à noter que les données actuelles issues des neurosciences ouvrent la possibilité d'un dialogue entre cliniciens et chercheurs dans lequel l'analyse des trajectoires et des processus aura une place majeure (Kandel, 2002).

Actuellement, en France, les psychanalystes se réfèrent à plusieurs de ces cadres théoriques (freudien, adlerien, jungien, kleinien, lacanien…). Pour une part, ces praticiens se regroupent en deux associations qui font partie de l'Association psychanalytique internationale : société psychanalytique de Paris et l'Association psychanalytique de France. Par ailleurs, les lacaniens se regroupent dans différentes associations dont une association internationale regroupant environ 1 000 personnes (Widlöcher et Miller, 2003). Cette diversité se retrouve au niveau de certaines modalités spécifiques de formation et de pratique dans un cadre général qui est commun. Ce rapide tour d'horizon peut être complété par la visite des sites Internet des différentes écoles[3].

Formation

La « psychothérapie psychanalytique » recouvre un champ de pratiques très étendu, allant de certaines pratiques que beaucoup d'auteurs identifient comme des variantes de la cure psychanalytique elle-même jusqu'à des formes empreintes de directivité. Cette diversité des « techniques », avec la flexibilité qu'elle implique, sont au cœur de la formation (Widlöcher, 2001).

Objectifs de la formation

Le terme de formation se réfère ici beaucoup plus à la transmission d'une pratique qu'à la communication d'un savoir. Il existe un certain nombre de capacités essentielles que le praticien, qu'il s'oriente vers la conduite de psychanalyses ou de psychothérapies psychanalytiques, doit acquérir :

3. Association psychanalytique internationale : www.ipa.org.uk ; Société psychanalytique de Paris : www.spp.asso.fr ; Ecole de la cause freudienne : www.causefreudienne.org ; Ecole lacanienne de psychanalyse : www.ecole-lacanienne.net ; Quatrième groupe : www.quatrieme-groupe.org ; Société française de psychologie analytique : www.sfpa.asso.fr ; Société française de psychologie individuelle : www.adler-sfpi.net…

• l'écoute associative, qui doit l'aider à s'adapter à la flexibilité technique, est l'objectif principal de cette formation ;
• la conception d'un cadre le plus propice au développement d'un travail psychodynamique pour lequel la définition de critères techniques doit se référer aux processus psychiques attendus ;
• l'indication (pratique du diagnostic et décision thérapeutique) qui se rapporte à la fois à l'évaluation de la structure psychique et à la capacité du thérapeute de concevoir ce qui pourra se jouer dans la relation transférentielle et son habileté à y répondre. Ces deux derniers points impliquent dans les faits un enseignement théorique et une sérieuse expérience clinique initialement supervisée.

Moyens de la formation

La formation des psychanalystes repose sur un trépied classique : analyse personnelle, supervisions de cas traités par le candidat, enseignement théorique au sein d'instituts de formation. Ces instituts sont plus ou moins liés aux sociétés de psychanalyse qui assurent l'animation de la vie scientifique.

L'Association psychanalytique internationale, créée en 1910, avait au départ pour objectif de définir une formation reconnue par tous ses membres. De nombreuses scissions et une vue plus décentralisée des règles de formation au sein de l'association ont introduit une certaine variabilité dans l'application de ces principes.

Analyse personnelle

Elle demeure une condition rigoureusement nécessaire, bien que sa finalité et sa pratique présentent de notables différences d'une institution à l'autre. Ces différences portent en particulier sur sa nature, thérapeutique ou strictement didactique ou destinée à favoriser l'expérience psychanalytique. Elle est étroitement liée à la pratique générale de la psychanalyse telle qu'elle est exercée dans le groupe qui assure la formation. Ces écarts entre les groupes ont pris avec le temps une telle ampleur que les différentes institutions ne se reconnaissent plus nécessairement dans une commune formation.

Supervisions

Elles ont pour but de familiariser le candidat à la pratique de la psychanalyse. L'objectif n'est ni un pur enseignement technique, ni une forme de psychothérapie, mais de permettre au candidat de transposer dans sa pratique d'analyste l'expérience qu'il a acquise comme analysant.

Enseignement théorique

Si, en France, la règle générale est de s'écarter de tout cadre académique – libre choix des enseignements, séminaires de recherche et d'étude de textes, absence de validation des connaissances –, l'enseignement est, dans

d'autres pays, souvent inspiré étroitement des méthodes universitaires, voire intégré dans un enseignement universitaire.

Évaluation

L'évaluation avant le début de l'analyse personnelle n'est plus guère de mise, en particulier en France. Les évaluations avant la pratique des cures supervisées, au décours de chacune des cures et à la fin du cursus conduisent habituellement à l'admission du candidat au sein de l'association. Toutefois, c'est dans ce domaine que les différences les plus notables s'observent d'un groupe à l'autre.

L'ensemble de la formation, en tenant compte de l'analyse personnelle, s'étale sur cinq à huit ans. Il assure une qualification à des personnes qui ont déjà une formation universitaire et clinique.

Définitions de la psychanalyse et des psychothérapies psychanalytiques

Les différentes définitions évoquées ci-dessous sont conçues dans une perspective pratique qui permet au lecteur de situer le cadre de la psychothérapie, les aspects théoriques particuliers à laquelle elle se réfère et les objectifs plus précisément visés. Durant la première période de la recherche évaluative, les particularités techniques et théoriques étaient rarement précisées. Cela a conduit à présenter les résultats de « la psychanalyse » dans des troubles aussi divers que les psychonévroses, les troubles sexuels, les troubles psychosomatiques et les psychoses (Fenichel, 1930), sans que l'on puisse avoir finalement une idée précise de ce que recouvrait la technique associée à ce terme. Dès lors, les différences observées dans les résultats reflétaient-elles les caractéristiques des troubles ou le fait que la technique était adaptée à certains d'entre eux et pas aux autres ? Les objectifs et la technique en jeu dans le traitement d'une hystérie ne sont pas les mêmes que pour un patient borderline ou schizophrène. Vouloir aborder la question de l'efficacité de la psychanalyse et de ses variantes implique donc, au-delà de la référence au cadre théorique général, de définir ses principaux aspects dans des applications particulières.

La recherche sur les indications (indissociable de celle sur les résultats) pose concrètement le problème des conditions d'usage de concepts communs (Widlöcher, 1986) (par exemple, le cadre thérapeutique, l'interprétation ou le transfert) dans des situations cliniques particulières, ainsi que celui de l'attitude générale du psychothérapeute (par exemple, soutenant, actif ou neutre). Il s'agit donc d'un travail sur les modalités techniques mises en œuvre dans les différents troubles, pour une définition précise des interventions les mieux adaptées à un patient donné, et au cours des différentes phases de sa psychothérapie. Ainsi, des études concernant la définition et

l'usage de l'interprétation ainsi que l'adhésion aux différents protocoles ont été réalisées. Par ailleurs, le débat sur la durée de la thérapie révèle toute la complexité du travail psychanalytique et la nécessité de mieux définir l'indication de psychothérapies longues ou brèves selon la probabilité d'obtenir un résultat favorable.

Définition de la psychanalyse

La psychanalyse peut être définie comme :

- une méthode d'investigation consistant dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires d'un sujet (rêves, fantasmes, délires) ;
- une méthode psychothérapique fondée sur cette investigation et spécifiée par l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir ;
- un ensemble de théories psychologiques et psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique d'investigation et de traitement (Laplanche et Pontalis, 1973).

Suivant les normes formelles françaises, une psychanalyse nécessite un nombre de séances au moins égal à trois par semaine, d'une durée d'environ 45 minutes, le patient étant allongé. Une cure psychanalytique s'étale sur plusieurs années (Widlöcher et Abel Prot, 1996). Les caractéristiques utilisées par le groupe Cochrane sont sensiblement les mêmes : un ensemble de séances régulières avec un psychanalyste entraîné, d'une durée d'au moins 30 minutes, 3 à 5 fois par semaine. La psychanalyse doit avoir été planifiée pour durer au moins un an (Malmberg et Fenton, 2002). Du point de vue de ses objectifs, la psychanalyse *stricto sensu* est orientée vers les fantasmes inconscients, alors que les psychothérapies psychanalytiques travaillent aussi sur la subjectivité, mais sont également tournées vers le monde. Le transfert n'a pas la même fonction s'il se situe par rapport à soi-même ou par rapport au monde.

Définition des psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique sont des variantes de la cure type qui se sont constituées à partir des besoins spécifiques de patients présentant des formes de pathologies graves ou circonscrites. Elles comprennent les psychothérapies à long terme (*long-term psychodynamic psychotherapy*), les psychothérapies brèves (*short-term psychodynamic psychotherapy)*, ainsi que les psychothérapies psychanalytiques d'enfants. L'analyse des études montre que cette distinction par la durée est aussi associée à une distinction des populations traitées.

Ces psychothérapies se définissent selon un certain nombre de critères :

- la théorie sous-jacente de l'approche est psychodynamique ou psychanalytique ;

- l'objectif établi du traitement est l'acquisition d'une prise de conscience (*insight*) et/ou l'obtention d'un changement de personnalité ;
- les techniques spécifiques appliquées mettent l'accent sur le travail d'interprétation et d'analyse du transfert (Svartberg et Stiles, 1991). C'est ainsi que les conflits, les défenses, l'anxiété et les impulsions sont activement abordés, clarifiés et interprétés. La psychothérapie se concentre sur la confrontation du comportement défensif et de l'affect qui se manifeste dans un contexte interpersonnel, de telle façon que les souvenirs réprimés et les idées qui les accompagnent puissent être pleinement vécus dans un cadre de travail intégré affectif et cognitif.

Selon le groupe Cochrane, la psychothérapie psychodynamique se définit comme un ensemble de séances régulières de psychothérapie avec un psychothérapeute entraîné ou sous supervision. Les séances de psychothérapie sont définies suivant un modèle psychodynamique ou psychanalytique. Les séances peuvent s'appuyer sur un ensemble de stratégies, parmi lesquelles l'exploration avec prise de conscience, l'activité de soutien ou de direction, une flexibilité appliquée. Cependant, les psychothérapeutes peuvent utiliser une technique moins stricte que la psychanalyse. Pour être considéré comme une psychothérapie psychodynamique bien définie, le travail doit inclure celui du transfert.

Psychothérapies à long terme

Elles concernent des pathologies complexes, telles que par exemple les troubles graves de la personnalité, en particulier les patients borderline (Adler, 1989 ; Ogrodniczuk et Piper, 1999), les névroses chroniques et les troubles psychotiques. Dans le premier cas, la psychothérapie portera une attention particulière aux déficits qui ont marqué les phases initiales du développement (séparation, individuation, intégration des qualités et défauts de l'objet). Ces déficits se traduisent par des troubles de l'identité et de la relation, qui se répètent dans les situations courantes de la vie et dans la psychothérapie. Celle-ci a dès lors clairement une orientation développementale constructrice. La technique est « expressive », « analytique modifiée », « exploratoire ». Elle fait intervenir l'expression chez le patient et différentes modalités techniques du thérapeute : contenir, confronter, interpréter et soutenir quand c'est nécessaire. Un consensus existe sur l'importance de la stabilité du cadre thérapeutique qui conditionne la possibilité du traitement, ainsi que sur celle des manifestations intenses de transfert et de contre-transfert, que le thérapeute doit être capable de supporter et de manier. Le degré de « soutien » ou de « prise en main » que ces patients requièrent, ainsi que l'usage de la confrontation et de l'interprétation, sont très soigneusement discutés à partir de principes généraux (une psychothérapie psychodynamique ne se limite pas au soutien) ou théoriques (l'intervention sera centrée sur le clivage – Kernberg, 1984 –, la relation d'attachement – Horowitz et coll., 1993 –, le narcissisme – Lazarus, 1982 –) ou pratiques, selon le type de pathologie et le moment de la thérapie. Ainsi, pour Kernberg (1984), le

soutien est réservé à des patients qui ont de sévères problèmes antisociaux, qui sont sérieusement désorganisés par les circonstances de l'existence, qui ont une pauvreté des relations interpersonnelles dans leur vie réelle ou une fragilité du moi évidente (cela correspond à un manque de capacités à tolérer l'anxiété ou à contrôler les impulsions). L'interprétation peut être contre-indiquée initialement (vécu persécutif, sorties du traitement) et efficace ultérieurement. Des limites doivent être posées par le psychothérapeute par rapport au passage à l'acte externe. Les actes internes à la thérapie doivent être soulignés et le processus de leur déclenchement soigneusement analysé.

Les névroses chroniques représentent une part importante des cas traités en psychothérapie analytique. Elles s'expriment souvent par des conduites d'échec, des manifestations anxieuses et dépressives et également par des névroses de caractère que l'on retrouve sous le titre de troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive ou histrionique dans le DSM. Structurellement, les patients névrotiques ont un « moi » constitué et ont accédé à la relation d'objet, mais l'organisation des relations sociales et la gestion de la sexualité restent immatures, sources de conflits et de symptômes (difficultés d'identification et culpabilité sexuelle, fantasmes incestueux, angoisse de castration, ambivalence pulsionnelle dans les relations objectales…). Les objectifs principaux de leur traitement ont été formulés au cours du congrès international de Marienbad (Knight, 1941) : disparition des symptômes ; réelle amélioration du fonctionnement mental ; meilleure adaptation du patient dans sa vie affective et sociale, à partir de relations personnelles plus consistantes et loyales avec des personnes choisies, meilleure utilisation de ses compétences, des capacités de sublimation dans les loisirs et la défense de causes.

Les névroses traumatiques et les états de stress post-traumatiques sont des troubles complexes où l'événement actuel, l'histoire personnelle et familiale, les vulnérabilités particulières qu'ils ont produites ainsi que le champ pulsionnel contribuent non seulement à renforcer l'impact du stress, mais également à produire des conduites défensives très pathologiques. La dimension traumatique est une caractéristique très fréquente des patients traités en psychanalyse, comme en témoigne l'étude de Doidge et coll. (1994). Parmi les 580 patients traités par 117 psychanalystes, 23 % avaient souffert de séparation traumatique durant l'enfance, 23 % avaient été victimes d'agression sexuelle, 22 % d'agression physique et 21 % avaient vécu la mort d'un de leurs parents ou frères et sœurs. L'état de stress post-traumatique n'a pas été systématiquement recherché. En revanche, ils présentaient au début de leur traitement une moyenne de plus de 3 troubles de l'axe I au DSM-III-R, les troubles de l'humeur étant les plus fréquemment retrouvés, et pratiquement tous avaient un trouble de la personnalité. L'approche thérapeutique de ces cas complexes est multimodale. Elle concerne non seulement la dépression et l'anxiété, mais à un niveau plus profond une restauration des capacités de mentalisation et souvent d'établissement de liens avec les autres et le monde.

Dans ce dernier cas, elle présente de nombreuses similitudes avec celle des troubles graves de la personnalité.

Les psychothérapies à long terme sont également utilisées dans les troubles psychotiques. Leur approche théorique s'appuie sur le principe général d'une perturbation primaire de la relation libidinale à la réalité et de l'établissement des liens objectaux. De nombreux courants de pensée ont contribué à préciser la théorie et les questions techniques concernant l'approche de psychoses (Kapsambelis, 1996). D'un point de vue pratique, les cliniciens s'accordent sur le fait qu'elles nécessitent une adaptation des méthodes psychothérapeutiques individuelles, suivant dix principes qui ont été résumés à partir de la littérature de la façon suivante (Thurin, 1994) : assurer un cadre thérapeutique stable et durable ; établir une relation de confiance avec le patient schizophrène et une communication conduisant à l'instauration d'un véritable dialogue ; être particulièrement attentif aux éléments cliniques verbaux et non verbaux, et à leurs variations ; prendre en compte et comprendre la réalité actuelle, où s'expriment de multiples difficultés avec le monde extérieur et les autres à l'origine d'une grande souffrance et de peurs extrêmes ; étayer, aider à la mise en contexte et à la distanciation des événements ; soutenir l'assise narcissique et l'intégration des mouvements affectifs ; relativiser la nature idéale (bonne ou mauvaise) des introjections et des relations ; utiliser la psychothérapie comme un espace d'acquisition en interface avec la réalité externe ; n'utiliser l'interprétation qu'avec prudence, et dans une perspective de clarification et de mise en relation, jamais comme des assertions définitives ; respecter la famille et lui proposer une aide si nécessaire. Czermak (2000) insiste également sur l'attention du psychothérapeute à la souffrance du patient et l'ouverture au dialogue qu'elle permet. L'approche est donc phénoménologique, compréhensive et structurante. Roux (2001) et Letarte (2001) soulignent les spécificités de la psychothérapie dans le cadre d'une équipe hospitalière et de soins institutionnels. Bachmann et coll. (2003) précisent que la fréquence des séances ne doit pas excéder une à trois séances par semaine, avec une durée totale minimum de deux ans et que les thérapeutes ont besoin d'un haut niveau de tolérance à la frustration et d'indépendance vis-à-vis de satisfactions narcissiques.

Psychothérapies brèves

Les psychothérapies brèves sont peu utilisées en France. Il est nécessaire néanmoins de les définir brièvement car une grande partie des études d'évaluation des résultats des psychothérapies psychanalytiques se réfèrent précisément à leur pratique. Par ailleurs, le lecteur trouvera dans leur présentation la transposition clinique de différents aspects théoriques qui interviennent dans le déroulement d'une psychothérapie dynamique. Leurs indications (et contre-indications) très précisément définies et leurs objectifs volontairement limités correspondent presque à des cas d'école. On pourrait même se demander (Gillieron, 1996) si chaque thérapeute n'a pas créé sa propre méthode en fonction de son économie personnelle, en choisissant les

patients correspondants. Elles varient des formes les plus directives et centrées sur l'événement (Bellak et Small, 1965 ; Horowitz et coll., 1984), jusqu'à celles qui sont plus typiquement interprétatives et centrées sur la personnalité (Davanloo, 1978 ; Sifneos, 1981). Ursano et Hales (1986) distinguent ainsi cinq catégories de psychothérapies psychodynamiques brèves, auxquelles il faut ajouter celles de Strupp et Binder (1984) et les psychothérapies interpersonnelles psychodynamiques, ainsi que l'investigation psychodynamique brève de Gillieron (1996).

Concernant la psychothérapie focale de David Malan, élève de Balint (Tavistock Group ; Malan, 1980), et dont l'indication est un conflit interne présent depuis l'enfance, le début du traitement est précédé d'une phase d'évaluation très importante. Celle-ci concerne notamment la congruence entre le conflit actuel et le « noyau » ou le conflit de l'enfance. L'identification des facteurs précipitants, des expériences traumatiques précoces ou de patterns répétitifs conduit à la définition du conflit interne qui doit être le point focal du traitement. Plus grande est la probabilité que l'aire de conflit se manifeste au cours du transfert, plus le résultat sera positif. Le « triangle du transfert » (le transfert, la relation actuelle et la relation passée) conduit à la restauration de la santé du patient. Les critères d'exclusion concernent différents troubles : tentative de suicide, toxicomanie, hospitalisation à long terme, plus d'une série d'électro-convulsivo-thérapie (ECT), alcoolisme chronique, symptômes obsessionnels sévères chroniques avec incapacité, symptômes phobiques sévères, importants passages à l'acte d'autodestruction ou de violence. Les patients sont également exclus de la psychothérapie focale si le thérapeute anticipe certaines aires de problèmes telles que : impossibilité de contact avec le patient ; nécessité de travail prolongé pour générer la motivation du patient ; nécessité de travail prolongé pour pénétrer des défenses rigides ; inévitable implication dans des questions complexes ou situées profondément ; dépendance sévère ou autre forme de transfert intense non favorable (tentative permanente de détruire le cadre thérapeutique, par exemple) ; intensification anticipée de troubles dépressifs ou psychotiques. Le nombre de séances recommandé est généralement de 30, et même de 20 pour les patients avec un résultat favorable. Dans quelques cas publiés, la thérapie a été étendue à un an.

La psychothérapie brève par provocation d'anxiété de Sifneos au *Massachusetts general hospital* de Boston (Sifneos, 1966), se concentre exclusivement sur le conflit œdipien. Durant la phase initiale du traitement, le thérapeute doit établir un bon rapport avec le patient afin de créer une bonne alliance thérapeutique. Le thérapeute utilise des confrontations provoquant l'anxiété pour clarifier les questions qui concernent le patient à propos de la situation de sa vie précoce et du conflit actuel. L'utilisation de confrontations dans une perspective d'attaque directe des défenses du patient distingue cette catégorie de psychothérapie des autres psychothérapies à court terme. Le patient doit avoir une intelligence au dessus de la moyenne et avoir eu au moins une

relation significative avec une autre personne durant sa vie. Ce critère tend à exclure les patients présentant des troubles narcissiques. De plus, le patient doit être très motivé pour changer – et non seulement pour obtenir une réduction des symptômes – et exprimer une plainte principale spécifique. Durant l'évaluation, il doit se montrer capable d'interagir avec le psychiatre qui l'évalue, d'exprimer ses sentiments et de montrer une certaine flexibilité. La « motivation » est définie comme la capacité du patient à reconnaître la nature psychologique de ses symptômes, une tendance à l'introspection et une honnêteté par rapport aux difficultés émotionnelles, ainsi qu'une volonté de participer à la situation de traitement. En plus, la motivation inclut la curiosité, une volonté de changer, une volonté de faire des sacrifices raisonnables et une attente réaliste des résultats de la psychothérapie. Les traitements par provocation d'anxiété comportent généralement de 12 à 16 séances, et ne vont jamais au delà de 20 séances. Les séances durent 45 minutes.

La psychothérapie en temps limité de Mann et Golman (1982) est généralement précédée de 2 à 4 séances d'évaluation avant de commencer véritablement. Ces séances sont consacrées à formuler au patient sa problématique centrale, et à spécifier le contrat thérapeutique et le but de la thérapie. Mann et Golman utilisent les techniques classiques de psychothérapie psychanalytique : analyse des défenses, interprétation du transfert et reconstruction génétique (développementale). Les critères d'exclusion sont la dépression grave, la psychose aiguë, une organisation de la personnalité borderline et l'incapacité d'identifier une question centrale. Ultérieurement, Mann et Golman ont ajouté à ces critères la force du « moi ». Les patients qui ont de la difficulté à s'engager et à se désengager rapidement du traitement sont exclus. Cela concerne les patients schizoïdes, certains patients obsessionnels, certains patients narcissiques et certains patients dépressifs qui ne sont pas capables de former une alliance thérapeutique rapide, ainsi que des patients avec des troubles psychosomatiques qui ne tolèrent pas facilement la perte. La psychothérapie est limitée à un total de 12 heures de traitement, distribuées selon les besoins du patient. Elle peut se dérouler sous la forme de séances hebdomadaires d'une demi-heure pendant 24 semaines ou de séances d'une heure deux fois par semaine pendant 6 semaines.

La psychothérapie dynamique à court terme et à large focus de Davanloo (1978) s'adresse aux patients avec un point central œdipien, de perte ou multiple. En particulier, elle s'adresse aux patients souffrant de névroses obsessionnelles et autres névroses. Ses données indiquent que 30 à 35 % de la population ambulatoire souffrant de troubles psychiatriques peut bénéficier de ce mode de traitement. Le premier entretien est consacré à la formulation d'une évaluation diagnostique clinique, dynamique et génétique, ainsi que des possibilités thérapeutiques. Le traitement comprend entre 5 et 40 séances, selon l'aire de conflit du patient (œdipienne *versus* focus multiple). En général, les traitements durent de 15 à 25 séances. Il n'est pas

recommandé de situer une date de terminaison spécifique, mais plutôt de dire clairement au patient que le traitement sera court. Des périodes de temps plus courtes (5 à 15 séances) sont choisies pour des patients avec un conflit essentiellement œdipien, des durées plus longues (de 20 à 40 séances) pour des patients plus sérieusement atteints.

La psychothérapie adaptative brève est une thérapie plus cognitive qui se concentre sur l'identification du pattern le plus inadapté et son élucidation dans les relations passées et actuelles, et tout particulièrement dans la relation entre le patient et le thérapeute. L'objectif est de rendre le patient capable de développer une prise de conscience sur les origines et les déterminants de ce pattern, de façon à produire des relations interpersonnelles mieux adaptées.

La psychothérapie de Strupp et Binder (1984) porte sur les transactions interpersonnelles et se focalise sur une analyse linguistique du récit de leurs relations en distinguant quatre catégories d'actions : les actions propres, la réaction des autres attendue, la réaction des autres réelle, les actions propres retournées contre soi.

Les psychothérapies interpersonnelles (psychodynamiques) issues de l'école interpersonnelle de psychiatrie qui s'est constituée avec Meyer et Stack Sullivan se concentrent sur les événements interpersonnels plutôt que sur les événements intrapsychiques ou cognitifs. De ce fait, elles occupent une place un peu particulière, avec une approche théorique qui peut être plutôt dynamique ou cognitive. Dans son approche psychodynamique, cette psychothérapie interpersonnelle est étroitement reliée à la perspective des relations d'objet : la compréhension des objets internes s'appuie sur l'analyse des relations interpersonnelles actuelles du patient, incluant la relation avec le praticien. De plus, cette psychothérapie est particulièrement attentive au retrait et au détachement, aires qui sont rapportées à des défenses dans le modèle psychodynamique. Cependant, le travail est centré sur les déficits interpersonnels plutôt que sur le conflit intrapsychique.

Dans la technique de Gillieron (1996), l'investigation psychodynamique brève est centrée sur les premiers entretiens de psychothérapie. Elle a pour objectif de mettre en évidence, avec le patient, la nature du changement psychique recherché et les meilleurs moyens pour y parvenir. Ses premières conséquences sont de permettre au patient d'élaborer une demande de soins adaptée aux origines du conflit, de renforcer l'alliance thérapeutique et quelquefois de résoudre la crise qui a amené le patient à consulter (Lescourgues et coll., 2000).

Traitements psychodynamiques de l'enfant

Le développement de la psychanalyse a été très différent dans ses applications chez l'adulte et chez l'enfant.

La première analyse d'enfant a été celle du petit Hans entreprise par Freud en 1909 et les premiers développements de la psychanalyse des enfants sont dus aux travaux d'Anna Freud (1895-1982), de Mélanie Klein (1882-1960), de Spitz (1887-1974) et de Winnicott (1896-1971).

Avant la fin du XIXe siècle, les troubles mentaux de l'enfant sont toujours référencés à ceux de l'adulte ; il ne leur est pas reconnu de vraie spécificité. Ce n'est qu'après 1860 que des services sont réservés aux enfants et que des mesures pédagogiques sont mises place grâce aux initiatives de certains psychiatres.

En France, on peut dater le début de la psychiatrie infantile à 1925 avec la création de la clinique annexe de neuropsychiatrie (rue de Vaugirard à Paris). Georges Heuyer, qui en a la charge, devient le rassembleur de tous ceux qui, venus de disciplines diverses, ont en commun le souci de l'enfance inadaptée. Il est le premier à introduire la psychanalyse dans un service de pédopsychiatrie à partir de 1926 tout en prenant en compte l'aspect psychosocial des troubles de l'enfant. Édouard Richet (1890-1940) a également joué un rôle essentiel en introduisant la psychanalyse dans le domaine de la psychiatrie infantile, se refusant à séparer la psychanalyse de la médecine, de la psychologie et de la psychiatrie. Ainsi, une discipline nouvelle prend forme dans son manuel d'étude, « Le développement psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent » qu'il nomme « Psychopédeutique » à laquelle collaborent médecins, pédagogues et psychologues. Il s'y réfère à la psychanalyse avec laquelle il prend néanmoins quelques distances. Georges Heuyer organise en 1937 la première conférence internationale de psychiatrie de l'enfant à Paris dans le cadre de la Conférence internationale de l'hygiène mentale.

En 1946 est créé le premier centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) au sein du lycée Claude Bernard. Il est construit sur le modèle des centres de guidance infantile se développant depuis les années 1920 aux États-Unis. Ce CMPP s'appuie sur les préceptes d'Anna Freud sur l'éducation psychanalytique avec un fonctionnement associant médecins, psychologues et membres de l'Éducation nationale. Le second est créé en 1949 par Henri Sauguet : c'est l'Institut Claparède (prototype des CMPP actuels) fonctionnant avec une équipe multidisciplinaire (psychiatres, psychologues, assistantes sociales, rééducateurs). Ces centres pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux. Leur existence sera officiellement reconnue en 1956.

Les écoles psychanalytiques ont largement discuté la possibilité de réaliser des psychanalyses chez l'enfant. Anna Freud estime que l'analyse des enfants doit être utilisée uniquement dans les cas où les chances de guérison spontanée sont faibles. Pour Mélanie Klein, les indications de la psychanalyse chez l'enfant sont moins précises et s'opposent aux conceptions d'Anna Freud. Elle signale qu'on ne doit pas hésiter à pratiquer des cures psychanalytiques « précoces » (avant l'âge de 3 ans). Mélanie Klein considère les jeux

de l'enfant comme la traduction extérieure de ses fantasmes. Dans la situation psychanalytique, ils permettent une interprétation de son agressivité primordiale et de la culpabilité qu'elle déclenche.

La distinction entre la psychanalyse authentique et les nombreuses psychothérapies qui s'en inspirent est difficile à établir lorsqu'on traite l'enfant. Par ailleurs, on ne peut séparer pour l'enfant les techniques psychothérapiques des conceptions psychanalytiques. Beaucoup de psychanalystes mettent en œuvre des psychothérapies courtes dont les principes et la technique s'éloignent des cures qui méritent le nom de psychanalyse. Cependant, dans leurs travaux les auteurs ne distinguent pas nécessairement la psychanalyse proprement dite et les psychothérapies psychanalytiques.

Procédures techniques : méthodes de la psychanalyse infantile

Les conditions de prise de contact avec l'enfant sont souvent délicates car ce dernier peut se voir imposer par ses parents un traitement dont il ignore le but alors qu'il ne souffre pas de son propre comportement. Auprès de l'enfant, le psychanalyste doit rechercher les moyens de créer le transfert. La méthode fondamentale que représente la règle des associations libres chez l'adulte ne peut s'appliquer à l'enfant. C'est ainsi que la valeur symbolique du jeu de l'enfant a été prise en considération. De même, les diverses phases du jeu peuvent être rapprochées des différentes idées exprimées par l'adulte au cours des associations libres.

Ainsi le jeu devient l'instrument de prédilection en psychothérapie, incluant les dessins, les jouets représentant êtres humains, animaux, voitures, maisons… Le jeu est également un moyen pour l'enfant de se défendre contre les affects qu'il éprouve dans la situation thérapeutique. Un des phénomènes les plus fréquents observé en psychanalyse d'enfant est ce qu'on appelle « l'identification narcissique ». La compréhension du transfert et son expression même sont le fruit de l'élaboration thérapeutique. On peut distinguer trois niveaux d'intervention :

- le thérapeute, par sa présence même, contribue à la structuration des éléments du transfert ;
- par ses remarques et interventions, il fait ressortir auprès de l'enfant les caractéristiques de la situation de transfert ;
- enfin, il peut interpréter le transfert, c'est-à-dire remonter de la situation actuelle, vécue avec lui, à la situation passée, revécue en fonction des phénomènes répétitifs. Ces interprétations de transfert n'ont qu'une valeur élaborative.

Une étude approfondie de la situation de départ est nécessaire et il convient d'apprécier dans quelle mesure agressivité et angoisse, déterminant des régressions, sous-tendent les symptômes pour lesquels l'enfant est amené à consulter.

Quel que soit l'âge de l'enfant et même dans les analyses les plus précoces (depuis l'âge de 2 ans et demi), l'enfant vit ses relations avec ses parents en

donnant à chacun d'eux un rôle. La première séance a souvent un rôle capital. Il convient de montrer à l'enfant qu'il s'agit là d'un traitement et de lui en faire sentir la nécessité, non pas en fonction de ses symptômes mais en fonction des difficultés qu'il a dans ses relations avec son entourage. Ce premier entretien permet, la plupart du temps, de décider du type de matériel à employer. Pendant tout le déroulement du traitement, l'attitude de l'analyste est la neutralité.

L'analyste peut intervenir de plusieurs façons :
- il sollicite des associations, soit sur le plan du jeu, soit sur le plan du langage ;
- par des interventions verbales discrètes, il peut souligner auprès de l'enfant tel aspect du matériel et lui en révéler ainsi les points importants ;
- il peut rapprocher certains points d'une même séance ou de séances différentes, ou encore un détail particulier d'une séance d'un événement vécu par l'enfant.

L'interprétation vraie consiste en une élucidation d'une position conflictuelle qui a été revécue dans le transfert en l'explicitant en fonction du passé vécu du sujet. D'autres analystes d'enfants ne donnent pas seulement des interprétations du transfert, mais expliquent des situations extra-transférentielles par des événements passés du caractère conflictuel et de tendance répétitive.

Les séances doivent être en principe fréquentes. Dans les pays anglo-saxons ou d'Amérique latine, il est habituel de prendre un enfant 5 à 6 fois par semaine. En France, beaucoup considèrent que 3 ou 4 séances hebdomadaires seraient indispensables, mais il est souvent impossible de conserver longtemps un tel rythme. Il est courant de voir des analyses d'enfants menées à bien à raison de 2 séances par semaine.

La terminaison de l'analyse détermine des phénomènes groupés sous le nom de « sevrage ». Cette période de sevrage est un véritable raccourci de l'analyse et doit permettre de montrer à l'enfant toutes les projections fantasmatiques et illusoires qu'il avait faites sur la personne de son analyste (Lebovici et coll., 1967).

Les psychanalystes peuvent utiliser des méthodes psychothérapiques plus simples mais qui sont toutes inspirées par la psychanalyse. On peut distinguer parmi les techniques psychothérapiques dérivées de la psychanalyse, tout en rappelant qu'elles sont toutes incluses dans la cure classique, les méthodes suivantes :
- la psychothérapie d'expression, qui fait essentiellement appel au jeu de l'enfant. Le jeu mené en présence d'un adulte a une fonction « régressive » qu'il ne faut pas négliger ;
- la psychothérapie relationnelle, qui joue un rôle essentiel avec tous les enfants ;

- les interprétations psychanalytiques, qui se placent dans le cadre des différentes interventions psychothérapiques qui ont toujours en vue la verbalisation des affects.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER G. Psychodynamic therapies in borderline personality disorder. In : American Psychiatric Press Review of Psychiatry. TASMAN RE, HALES MD FRANCES AJ eds, American Psychiatric Press, 1989

ALEXANDER F. Psychosomatic medicine. Norton, New York 1950. Traduction HORINSON S, STERN E. La médecine psychosomatique. Payot, Paris 1962, 243 p

BACHMANN S, RESK F, MUNDT C. Psychological treatments for psychosis : history and overview. *J Am Acad Psychoanal Dynam Psychother* 2003, **31** : 155-176

BELLAK L, SMALL L. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy. Grune & Stratton, New York 1965

BION WR. Learning from experience. Heinemann, London 1962

BONAPARTE M, FREUD A, KRIS E. Introduction. *In* : La naissance de la psychanalyse. FREUD S. PUF, Paris 1986 (1956) : 1-43

BOWLBY J. Attachment and loss. Tavistock Institute of Human Relations, 1969. Attachement et perte I. PUF, Paris 1978 : 540 p

CZERMAK M. L'approche psychanalytique et psychodynamique présente un intérêt. *In* : Les troubles schizophréniques. DE CLERCQ M, PEUSKENS J eds, De Boeck & Larcier, Paris, Bruxelles 2000 : 249-255

DAVANLOO H. Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy. Spectrum Publications, New-York 1978

DOIDGE N, SIMON B, GILLIES LA, RUSKIN R. Characteristics of psychoanalytic patients under a nationalized health plan : DSM-III-R diagnoses, previous treatment, and childhood trauma. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 586-590

FENICHEL O. Ten years of the Berlin Psychoanalytic Institute, 1920-30. Report of therapeutic results, 1930 : 28-40

FREUD S. Les névropsychoses de défense (Die Abwehr-Neuropsychosen, 1894). *In* : Œuvres complètes. Vol. III. PUF, Paris 1989 : 1-18

FREUD S. Esquisse d'une psychologie scientifique (1895). *In* : La naissance de la psychanalyse. PUF, Paris 1986 (1956) : 313-396

FREUD S. Nouvelles remarques sur les névropsychoses de défense (Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen, 1896). *In* : Œuvres complètes. Vol. III. PUF, Paris 1989 : 121-146

FREUD S. L'interprétation des rêves (Die Traumdeutung, 1900). PUF, Paris 1967 (1926)

FREUD S. Psychopathologie de la vie quotidienne (1901). Payot, Paris 1969 : 297 p

FREUD S. Fragments d'une analyse d'hystérie (1905a). *In* : Cinq psychanalyses. Denoël & Steele, Paris 1935 : 7-109

FREUD S. Trois essais sur la théorie de la sexualité (Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, 1905b). Gallimard, coll. « Idées », Paris 1962

FREUD S. Pulsions et destin des pulsions (Triebe und Triebschicksale, 1915a). *In* : Œuvres complètes. Vol. XIII. PUF, Paris 1988 : 161-185

FREUD S. L'inconscient (Das Unbewusste, 1915b). *In* : Œuvres complètes. Vol. XIII. PUF, Paris 1988 : 203-242

FREUD S. Au-delà du principe de plaisir (Jenseits des Lustprinzips, 1920). *In* : Essais de psychanalyse. Payot, Paris 1951 : 5-75

FREUD S, BREUER J. Études sur l'hystérie (Studien über Hysterie, 1895). PUF, Paris 1981

GILLIERON E. Psychothérapie psychanalytique brève : notre méthode. *In* : Psychanalyse et psychothérapies. WIDLÖCHER D, BRACONNIER H eds, Flammarion Médecine/Sciences, Paris, 1996 : 18-29

HOROWITZ MJ, MARMAR C, WEISS DS, DEWITT KN, ROSENBAUM R. Brief psychotherapy of bereavement reactions. The relationship of process to outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1984, **41** : 438-448

HOROWITZ LM, ROSENBERG SE, BARTHOLOMEW K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 549-560

KANDEL ER. La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée. (Biology and the future of psychoanalysis : a new intellectual framework for psychiatry revisited) *Evol Psychiatr* 2002, **67** : 40-82

KAPSAMBELIS V. Psychothérapie psychanalytique des psychoses. *In* : Psychanalyse et psychothérapies. Flammarion Médecine/Sciences, Paris 1996 : 200-222

KERNBERG O. Severe personality disorders. Yale University Press, New Haven 1984

KLEIN M. La psychanalyse des enfants (Die Psychoanalyse des Kindes, 1932). PUF, Paris 1959 : 318 p

KNIGHT R. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941, **98** : 434-446

KOHUT H. Selected problems of self psychological theory. *In* : Reflections on self psychology. LICHTENBERG J, KAPLAN S eds, Analytic Press, Hillsdale NJ 1978

KREISLER L, FAIN M, SOULE M. La clinique psychosomatique de l'enfant. A propos des fonctionnements du nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant* 1966, **9** : 138-156

LACAN J. Le stade du miroir. 1949. *In* : Ecrits. Le Seuil, Paris 1966 : 93-100

LAPLANCHE J, PONTALIS JB. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris 1973 : 526 p

LAZARUS LW. Brief psychotherapy of narcissistic disturbances. *Psychother Theory Res Prac* 1982, **19** : 228-236

LEBOVICI S, DIATKINE R, FAVEREAU JA, LUQUET P, LUQUET-PART J. La psychanalyse des enfants. *In* : La psychanalyse d'aujourd'hui. NACHT S ed, PUF, Paris 1967 : 170-235

LEBOVICI S, MAZET PH. À propos de l'évaluation fantasmatique. *In* : L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. LEBOVICI S, MAZET PH, VISIER JP eds, Eshel, 1989 : 472 p

LESCOURGUES L, BIRMES PH, STERCK G, GILLIERON E, SCHMITT L. Interventions psychodynamiques brèves et dépression en milieu hospitalier. *Ann Med Psychol* 2000, **158** : 648-655

LETARTE P. Une psychothérapie psychanalytique dans le cadre d'une équipe hospitalière. *In* : Les psychothérapies psychanalytiques en institution : approche psychologique et clinique. BOUCHERAT-HUE V, WIDLOCHER D, COURNUT J eds, Dunod, Paris 2001 : 140-152

MALAN D. Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. Butterworth, London 1980

MALMBERG L, FENTON M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane review). *In* : The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford : Update Software

MANN J, GOLMAN R. A case book in time limited psychotherapy. Harvard University Press, Cambridge Mass 1982

MARTY P. Les mouvements individuels de vie et de mort. Payot, Paris 1976 : 244 p

OGRODNICZUK JS, PIPER WE. Use of transference interpretations in dynamically oriented individual psychotherapy for patients with personality disorders. *J Personal Disord* 1999, **13** : 297-311

PERRON R. La recherche en psychanalyse et l'Association Psychanalytique internationale. *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris* 1998, **50** : 39-51

ROUX ML. Dans quelles mesures les psychoses sont-elles accessibles à la psychothérapie psychanalytique hospitalière ? *In* : Les psychothérapies psychanalytiques en institution : approche psychologique et clinique. BOUCHERAT-HUE V, WIDLOCHER D, COURNUT J eds, Dunod, Paris 2001 : 187-206

SIFNEOS PE. Psychoanalytically oriented short-term dynamic or anxiety-provoking psychotherapy for mild obsessional neuroses. *Psychiatr Q* 1966, **40** : 271-282

SIFNEOS P. Short-term anxiety provoking psychotherapy : its history, technique, outcopme and instruction. *In* : Forms of brief psychotherapy. BUDMAN S ed, Guildford Press, New York 1981

SPITZ A. The first year of life. International Universities Press, New York 1965. De la naissance à la parole. PUF, Paris 1973 : 316 p

STERN D. Le monde interpersonnel du nourrisson (The interpersonal world of the infant. 1985). PUF, Paris 1989 : 381 p

STRUPP HH, BINDER JL. Psychotherapy in a new key : a guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York 1984

SVARTBERG M, STILES TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 704-714

THURIN JM. Adaptation des méthodes psychothérapiques individuelles au traitement au long cours des psychoses schizophréniques. *In* : Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques. Conférence de consensus. Frison Roche, Paris 1994 : 253-275

THURIN JM. Une vie sans soi - clinique et interprétation des maladies psychosomatiques. Frison Roche, Paris 1997 : 240 p

URSANO RJ, HALES RE. A review of brief individual psychotherapies. *Am J Psychiatry* 1986, **143** : 1507-1517

WALLON H. Les origines du caractère chez l'enfant. PUF, Paris 1983 (1949) : 302 p

WIDLÖCHER D. Métapsychologie du sens. PUF, Paris 1986 : 172 p

WIDLÖCHER D. La formation des psychothérapeutes et ses horizons. *In* : Les psychothérapies psychanalytiques en institution. BOUCHERAT-HUE V, WIDLÖCHER D, COURNUT J eds, Dunod, Paris 2001 : 95-107

WIDLÖCHER D, ABEL PROT V. Psychanalyse et psychothérapies. *In* : Psychanalyse et psychothérapies. Flammarion Médecine/Sciences, Paris 1996 : 11-17

WIDLÖCHER D, MILLER JA. L'avenir de la psychanalyse (débat). *Psychanalyse, Sciences humaines, Neurosciences* 2003, **1** : 10-18

WINNICOTT D. La petite « Piggle », traitement psychanalytique d'une petite fille. 1977. Payot, Paris 1980

5

Aspects méthodologiques de l'approche psychodynamique (psychanalytique)

L'évaluation des psychothérapies psychodynamiques, commencée à la fin des années 1910 (Coriat, 1917), s'est systématisée dès 1930 ; les 592 analyses menées de 1920 à 1930 à l'Institut psychanalytique (Fenichel, 1930) en sont l'illustration. Le travail des équipes américaines, puis européennes a conduit à la réalisation d'études empiriques scientifiques concernant l'approche psychanalytique.

L'analyse réalisée dans le cadre de cette expertise porte sur les données objectives recueillies en situation clinique. Cette recherche « empirique » ou « naturaliste » s'applique en tout premier lieu à la dimension du soin où elle concerne en particulier les critères d'indication, les effets thérapeutiques et les modes d'action. Elle peut inclure dans ses paramètres certaines variables individuelles, interindividuelles et techniques.

Il existe deux autres conceptions de la recherche en psychanalyse (Leuzinger-Bohleber, 2002 ; Widlöcher, 2003) complémentaires de la première. L'une d'elle concerne les processus mentaux, leurs enchaînements dans le processus de la cure, tournée vers le progrès de cette dernière, elle s'adresse également à un tiers, réel ou symbolique, personne ou institution, à qui il est possible de rendre compte de cette expérience. L'autre porte sur les évolutions techniques et conceptuelles au sein de la psychanalyse (origines et effets des différences), il s'agit d'une recherche planifiée avec des objectifs limités, précis et bien définis à l'avance.

La réalité psychique et le transfert étant au premier plan pour le psychanalyste, il est difficile pour lui de se situer dans une position d'observateur externe ou admettre la présence d'un observateur (fut-ce un enregistrement). La pratique psychanalytique reposant sur un ensemble de modèles, de techniques et de grilles de lecture, le psychanalyste peut avoir le sentiment qu'il est impossible de mesurer les évolutions qu'elle vise. Cette pratique individuelle et adaptée à chaque patient, comment concevoir qu'elle puisse porter sur des groupes semblables ? De plus, la recherche « scientifique » implique de pouvoir réexaminer les conclusions d'une étude (par exemple, l'usage et

l'effet de l'interprétation chez certaines catégories de patients) et donc de disposer d'instruments validés dans des dimensions très qualitatives. La présentation des résultats des psychothérapies psychanalytiques est donc particulièrement difficile surtout si l'on veut s'inscrire dans une démarche comparative avec d'autres approches psychothérapeutiques dont les objectifs ne sont pas identiques.

La psychanalyse vise des changements profonds de la personne qui s'expriment à différents niveaux. La guérison des symptômes n'en constitue qu'un des aspects. Sa finalité générale (Glover et coll., 1937) rejoint la définition de la santé mentale de l'OMS (OMS, 2001) : « La santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux. Il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. » Les critères de jugement sur lesquels porte l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques vont donc naturellement inclure d'autres dimensions que celles de l'existence ou de la disparition de traits pathologiques. Elles concernent le fonctionnement psychique de la personne et ses acquisitions (par exemple, l'identification, la capacité d'*insight* et de distanciation, l'organisation de sa personnalité, son autonomie psychique, l'utilisation de ses capacités, la qualité de ses relations interpersonnelles, la possibilité et la nature de ses investissements). Les classifications actuelles (CIM et DSM) se prêtent difficilement à la description développementale et fonctionnelle les patients en psychothérapie dynamique. Ces classifications privilégient une approche statique où les évolutions et les transformations des pathologies peuvent ne pas apparaître.

Trois types de difficultés à évaluer les résultats de psychothérapies psychodynamiques peuvent être soulignés : des difficultés liées aux modalités propres de la pratique qui privilégient la singularité, l'attention sur le monde interne du patient et ses expressions dans la cure ; des difficultés pour la mise en place d'une méthodologie qualitativement bonne qui permette d'appréhender des changements différenciés à plusieurs niveaux et les facteurs qui les influencent, notamment dans les psychothérapies longues ; des difficultés d'interface avec d'autres types de recherche dont les protocoles sont établis à partir de modèles différents (administration d'un traitement strictement déterminé sur un sujet globalement passif et évaluation du résultat sur un symptôme cible ou une pathologie bien délimitée) et valorisant les études de populations.

Ces difficultés pourraient conduire à se poser les questions suivantes : 1) l'évaluation des résultats de la psychanalyse et de ses variantes (les psychothérapies psychodynamiques) est-elle vraiment utile et nécessaire ? 2) Est-elle possible : c'est-à-dire, les principales difficultés méthodologiques évoquées ci-dessus peuvent-elles être résolues ? 3) Existe-t-il une possibilité de comparaison avec d'autres méthodes psychothérapiques ?

Utilité et nécessité de l'évaluation des psychothérapies psychodynamiques ?

Dès les années 1940, Knight (1941) précise que si la psychanalyse veut atteindre pleinement sa place de thérapie de valeur parmi les thérapeutiques médicales, ses chefs de file doivent reconnaître la nécessité d'expliciter la technique utilisée et les résultats obtenus. Dans les années 1990, plusieurs auteurs (Bachrach et coll., 1991 ; Barber et Lane, 1995) rappellent le développement de nombreux traitements psychothérapeutiques (basés sur des modèles comportementaux, biologiques, cognitifs, psychodynamiques, systémiques et sociaux) dans les dernières décades et donc la nécessité de positionner l'indication de la méthode psychanalytique dans un contexte où la psychothérapie est considérée comme un traitement médical. Cela implique que les symptômes soient le premier indicateur différentiel du traitement. Mais le débat subsiste et pour d'autres auteurs, la psychothérapie n'est pas une simple application de technique pratiquée de façon prescrite pour arriver à une fin particulière. En outre, les résultats se situent souvent ailleurs que là où ils sont attendus. Enfin, plus récemment, des auteurs (Fonagy, 1999 ; Sandell et coll., 2001 ; Leuzinger-Bohleber, 2002 ; Botella, 2003) ont souligné l'intérêt de la recherche empirique ou clinique de démonstration (différente de la recherche fondamentale d'investigation du psychisme par la psychanalyse), susceptible : d'étudier l'efficacité thérapeutique de la psychanalyse et de montrer sa pertinence scientifique ; de vérifier la validité d'une hypothèse, d'un concept ou d'une notion controversée parmi les analystes ; de construire des interfaces de dialogue avec des disciplines proches (psychiatrie, psychologie, sciences cognitives, linguistique, sociologie et neurosciences).

L'évaluation des psychothérapies psychodynamiques est-elle possible et sur quelles bases ?

La question de savoir si une évaluation des résultats des psychothérapies psychanalytiques est possible a été abordée depuis que ces psychothérapies existent (Freud, 1916 ; Knight, 1941 ; Edelson, 1984 ; Shulman, 1990 ; Bachrach et coll., 1991 ; Krawitz, 1997 ; Waldron, 1997 ; Vaughan et coll., 2000). La difficulté méthodologique de cette évaluation est évidente. Les principaux éléments de cette difficulté soulignés par les « pionniers » sont récapitulés dans le tableau 5.I.

La qualité méthodologique des travaux réalisés, loin d'être homogène, n'a cessé de s'améliorer, tout particulièrement depuis une vingtaine d'années. Barber et Lane (1995) distinguent quatre grandes étapes dans cette progression : des d'études peu élaborées issues de cas uniques ; des revues quantitatives générales à partir des résultats d'études de cas ; des études de recherche d'efficacité par rapport à l'absence de thérapie, dans un contexte de remise en

Tableau 5.1 : Réflexions méthodologiques des « pionniers » concernant l'évaluation des psychothérapies psychodynamiques

Freud, 1916	Difficulté de l'évaluation statistique à cause de la disparité des cas, de l'intervalle trop réduit entre l'évaluation et la fin de la thérapie pour affirmer qu'il s'agit de guérisons durables, de l'identification potentielle des cas publiés, de l'irrationalité qui accompagne ce qui concerne la thérapeutique.
Coriat, 1917	Il est essentiel de considérer le type de cas qui correspond le mieux à la psychanalyse, de définir des critères permettant de définir la « guérison » dans ces différents types de cas, la durée du traitement et comment les résultats sont analysés.
Jones, 1936	Sur quels critères mener l'évaluation ?
Alexander, 1937	Il existe de nombreuses difficultés pour l'évaluation : - la durée longue des traitements psychanalytiques - la difficulté d'enregistrer des centaines de données et des centaines d'heures passées avec des patients variés - le caractère moins tangible des symptômes en psychopathologie, leur importance secondaire par rapport à des désordres encore moins tangibles de la personnalité - la disparition de symptômes manifestes et bien définis ne peut être utilisée comme un signe de résultat que dans un nombre limité de cas - les critères pour juger les résultats thérapeutiques sont nécessairement vagues et abstraits et requièrent un jugement subtil et expert - les critères standard d'un tel jugement manquent - les cas traités par la psychanalyse sont très complexes et diversifiés, et incluent souvent un grand nombre d'entités diagnostiques - les cas dans une catégorie diagnostique peuvent présenter différents niveaux de sévérité
Knight, 1941	La psychanalyse peut être (et est) utilisée par des analystes avec différents degrés d'expérience et de compétence. Elle reste une procédure thérapeutique relativement non standardisée. Tout rapport des résultats thérapeutiques est ainsi issu de différents individus psychanalystes ayant des degrés d'expérience et d'habileté technique différents avec des cas de sévérité différente. Concernant la nosologie, comment situer les cas « mixtes » ?

question globale de l'efficacité de la psychanalyse ; des études de recherche sur l'efficacité beaucoup plus sophistiquées.

En résumé, les études réalisées ont apporté une réponse positive à la possibilité de mesurer les effets d'un traitement psychothérapique d'orientation psychanalytique, non seulement de façon générale, mais en précisant certains aspects spécifiques. Ce processus est cependant loin d'être achevé et quatre points méritent d'être particulièrement discutés : les dimensions évaluées et les relations entre classifications ; les variables impliquées dans les résultats (spécifiques et non spécifiques) ; la possibilité de réaliser des études d'efficacité dans le cadre des psychothérapies longues ; les critères actuels d'une recherche qualitativement bonne.

Dimensions évaluées et relations entre classifications

Pour le psychodynamicien, les troubles constituent le degré extrême de l'expression d'un dysfonctionnement global du psychisme. Ce dysfonctionnement relève de différentes causes qui interagissent. Schématiquement, elles

sont de trois ordres : développemental, traumatique et conflictuel (intrapsychique). Ainsi, interviennent à des degrés divers dans le déclenchement d'un trouble les événements psychologiques de la première enfance (et même quelquefois antérieurs) dans leur cadre d'interaction sociale, leur réactivation par une situation actuelle (perçue suivant une réalité psychique dont les traits dominants sont propres à chaque individu), et les conflits intrapsychiques issus de relations avec le monde externe et avec les pulsions internes (en particulier sexuelles). Cette perspective acquiert toute sa valeur que si l'on prend également en compte les conséquences en cascade liées à chacune des causes.

Ainsi, les conditions particulières qui perturbent et marquent le développement de la personne peuvent s'exprimer très précocement par une altération de la représentation et de la différenciation de soi, et de la possibilité d'établir des relations d'objet de qualité. Dans les cas les plus graves, ce défaut nuit à l'insertion sociale et produit de nouveaux désordres psychologiques, malgré la mise en place de mécanismes de défense et de tentatives d'adaptation plus ou moins pathologiques, comme le retrait et l'évitement des relations affectives chez les patients borderline (Paris et coll., 1987 ; Stone, 1987).

Dans les cas habituels, la difficulté de la personne à résoudre les tâches présentées par le monde interne et par le monde externe peut s'exprimer dans une « névrose de caractère » qui peut se définir comme une constellation typique de traits qui caractérisent une personne particulière. Ces traits peuvent être exacerbés dans certaines situations difficiles jusqu'à constituer une organisation pathologique de l'ensemble de la personnalité. Quand ils ne permettent plus à la personne de prendre en main les exigences auxquelles elle est soumise, des symptômes peuvent apparaître (Wilczek, 1998). Dans la psychothérapie dynamique, on considère l'amélioration comme le résultat de la résolution d'un conflit psychique et/ou d'un déficit développemental. Dans ce cas, il s'agit d'un véritable changement de la structure psychique.

Place et limites de l'évaluation symptomatique dans les études d'efficacité

Les symptômes d'appel et le syndrome clinique qui les réunit ne constituent qu'un des aspects (« la partie visible de l'iceberg ») du « diagnostic » qu'établit le psychothérapeute psychodynamicien quand il rencontre un patient pour envisager avec lui une psychothérapie. Son évaluation concerne également la structuration du moi, les mécanismes de défense, la conscience de la réalité psychique, la relation à l'affect, l'estime de soi, la qualité des relations interpersonnelles…

Pour ces différentes raisons, il n'est pas évident que ce soit l'amélioration symptomatique qui soit la mesure la plus pertinente à prendre en compte lorsque l'on veut évaluer les résultats d'une psychothérapie psychodynamique.

C'est cependant un aspect qui ne peut être négligé : d'une part, la psychothérapie psychanalytique est incluse dans le champ des traitements médicaux

(qui se réfèrent à la notion de symptômes et de maladie) ; d'autre part, l'attente des patients est aussi d'obtenir un soulagement de leur souffrance et de leurs symptômes, sans qu'ils ignorent pour autant que ces aspects ne constituent qu'une partie de leurs problèmes. Par ailleurs, il faut bien reconnaître que la mesure des symptômes est beaucoup plus simple que celle des fonctionnements mentaux humains et de leur organisation temporaire.

Ce caractère nécessaire des mesures symptomatiques et nosographiques ne doit pas faire méconnaître pour autant leurs limites. Elles ont souvent été critiquées comme étant trop globales, mais également trop centrées sur une symptomatologie particulière. Cette approche élimine de fait l'aspect constructif et maturatif de la psychothérapie (Goin et coll., 1995) et limite l'information sur la composition complexe des changements qui peuvent s'y produire (Hoglend et coll., 2000). Rappelons les cinq buts de la thérapie psychanalytique tels qu'ils ont été résumés par Knight (1941) à partir des conclusions du congrès international de Marienbad (1936) :

- guérison symptomatique, c'est-à-dire liberté relative avec ou diminution significative des peurs, détresses, inhibitions et dysfonctionnements handicapants ou liberté relative par rapport à eux ;
- production accrue, avec une capacité améliorée d'utiliser ses énergies agressives dans le travail ;
- amélioration de l'entente et du plaisir dans sa vie sexuelle ;
- amélioration des relations interpersonnelles, moins ambivalentes, plus consistantes et loyales ;
- acquisition d'une conscience suffisante pour prendre en main les conflits psychologiques ordinaires et les stress raisonnables de la réalité.

Concordance entre les différentes approches diagnostiques

La concordance entre traits psychopathologiques, fonctionnement psychodynamique et symptômes psychiatriques est une question complexe. D'abord, elle est susceptible d'évoluer au cours d'une psychothérapie (Jones, *in* Knight, 1941). Ensuite, la normalité ne s'identifie pas à l'absence de symptômes : il est par exemple d'observation commune que certains patients obtiennent une réduction symptomatique en réduisant certaines activités essentielles de leur vie. Enfin, le degré de santé ou de maladie psychologique ne correspond pas étroitement aux catégories diagnostiques ; chacun des principaux diagnostics présente un large éventail de sévérité psychiatrique. Même un diagnostic de psychose recouvre des niveaux de santé-maladie psychologique très différents (Luborsky et coll., 1993).

Une autre difficulté se situe au niveau de la définition nosologique. Dans la pratique clinique, celle-ci se heurte constamment avec le problème de savoir où situer les cas « mixtes ». « Comment classer par exemple une personne

présentant un caractère obsessionnel rigide avec de fortes tendances paranoïdes et un état d'anxiété pour lequel elle consulte, et aussi quelques symptômes psychogènes qu'elle attribue à une fièvre tropicale survenue quelques années plus tôt ? » (Knight, 1941).

Il existe également un problème de convergence entre les résultats issus de différents niveaux et modes d'évaluation diagnostique. Plusieurs études ont porté sur cette question.

Wilczek et coll. (1997) ont comparé le « diagnostic DSM » et le « diagnostic psychodynamique » dans une population de 55 patients ayant sollicité un traitement et pour lesquels une indication de psychothérapie avait été posée. Ces patients ont été évalués d'une part à l'aide du DSM-III-R (axes I : troubles nosologiques, II : troubles de la personnalité et V : fonctionnement global), et d'autre part à l'aide de deux échelles, l'une de caractère psychodynamique (*Karolinska psychodynamic profile*, KAPP) et l'autre de personnalité (*Karolinska scales of personality*, KSP), considérée plutôt sous une référence biologique. Les patients avec diagnostic DSM (n = 30) souffraient pour la plupart de dépression. Les traits psychologiques les plus évidents apparaissant avec la KAPP concernaient la relation avec les affects agressifs (inhibition), la dépendance et la séparation, la tolérance à la frustration et le contrôle de l'impulsivité. Un autre aspect concernait les troubles des relations interpersonnelles (difficulté des relations intimes et réciproques ; capacité de vivre le conflit et l'ambivalence), également corrélés aux troubles DSM et au fonctionnement général (*global assessment of functioning scale*, GAF). Un dernier aspect concernait les sous-échelles « Dépendance et séparation », « Conceptions de l'apparence corporelle », et leur signification pour l'estime de soi, qui était corrélée à des scores élevés au DSM et bas au GAF. Ce résultat peut être interprété comme une réaction dépressive et un fonctionnement global perturbé consécutifs à un deuil narcissique. Cette étude fait apparaître que des approches diagnostiques très différentes peuvent non seulement s'avérer complémentaires, mais introduire des données nouvelles par les corrélations qu'elles révèlent.

Certains auteurs (Goin et coll., 1995) indiquent que certains instruments peuvent être plus sensibles que d'autres : l'entretien semi-structuré de McGlashan (MSI) met en évidence des dimensions (évolution des capacités métalinguistiques et de distanciation par rapport à l'état affectif) qui ne sont pas détectables par la SCL-90 (détresse symptomatique) même si les changements révélés vont dans la même direction. D'autre part, si globalement l'ensemble des patients est amélioré dans cette étude, de fortes différences interindividuelles, apparaissent dans le déroulement de l'évolution. L'étude de Hoglend et coll. (2000) utilise un instrument regroupant cinq sous-échelles cotées de 1 à 100 et portant sur : (1) la qualité des relations amicales et familiales ; (2) les relations sentimentales et sexuelles ; (3) la tolérance affective ; (4) l'*insight* et (5) la résolution des problèmes et la capacité adaptative. Cette étude concerne 50 patients dont les diagnostics à l'axe I du

DSM-IV étaient pour la plupart des troubles de l'adaptation, des troubles anxieux et dépressifs ; environ la moitié d'entre eux présentaient un ou plusieurs troubles de l'axe II. Leur fonctionnement global a été évalué à partir du GAF et ils ont également rempli la SCL-90 ainsi que de nombreux autres autoquestionnaires. Un an après le début de la psychothérapie, les changements observés chez la plupart des patients se sont situés dans les dimensions de l'*insight* et de la tolérance affective. Les échelles se sont révélées discriminatives par rapport aux mesures de changement issues de mesures générales de symptômes, et suffisamment fines pour mesurer des changements statistiquement significatifs au cours d'une psychothérapie brève.

À partir du concept de santé-maladie psychologique, Luborsky (1975) a mis au point l'échelle de santé-maladie (HSRS) et ses dérivés (GAS ou GAF). Établie à partir de 24 cas classés selon leur gravité avec un score de 1 à 100, cette échelle permet au clinicien de situer ses patients par rapport à ces cas types en cotant les capacités d'autonomie, la gravité des symptômes, le degré de détresse subjective, les conséquences de l'état du patient sur son entourage, l'utilisation de ses capacités personnelles, la qualité de ses relations personnelles, l'ampleur et la profondeur de ses intérêts. Une revue portant sur plus de 80 études (1993) fait apparaître que la santé-maladie psychologique n'est que modérément corrélée aux diagnostics psychiatriques et que le niveau initial de santé-maladie psychologique est un facteur prédictif du résultat obtenu avec des psychothérapies dynamiques et d'autres types de psychothérapie.

Autres instruments d'évaluation des changements psychodynamiques

Pour compléter les mesures symptomatiques et nosologiques, différents chercheurs (Kernberg, 1973 ; Malan, 1973 ; Luborsky, 1975 ; Horowitz et coll., 1986) ont conçu des mesures susceptibles d'appréhender les fonctionnements psychiques et leur évolution au cours d'un traitement psychothérapique. Les premiers projets reposaient sur des recueils de données et des instruments non standardisés ; des instruments mieux adaptés ont ensuite été élaborés. Ainsi, différentes études ont associé à des dimensions générales (variables démographiques et sanitaires) l'évaluation des symptômes (recherchés dans une pathologie spécifique ou systématiquement), l'évaluation du fonctionnement personnel (en particulier concernant les relations sociales et les passages à l'acte), et des mesures sur les dimensions d'acquisition telles que la construction du soi, la maturation, la conscience et la prise en compte des conflits de la réalité, la qualité des relations d'objet, les capacités affectives, la réalisation dans le travail, ou l'accès aux affects et leur intégration dans la personnalité (Monsen et coll., 1995). Des mécanismes de défense, situés à l'interface entre santé et maladie (selon qu'ils sont employés en association ou non avec d'autres), peuvent constituer un élément diagnostic important (Lingiardi et coll., 1999).

Des échelles, comme l'échelle des capacités psychologiques (DeWitt et coll., 1991 ; Sundin et coll., 1994), recherchent les capacités de vie et leurs qualités ainsi que des aspects de fonctionnement défensif (défenses étant comprises dans un sens large).

Concernant les problèmes interpersonnels qui constituent un des axes symptomatiques majeurs des patients qui commencent une psychothérapie, Horowitz et coll. ont développé un autoquestionnaire d'usage simple, l'Inventaire des problèmes interpersonnels (*Inventory of interpersonal problems* (IIP ; Horowitz et coll., 1988). Les auteurs démontrent la corrélation entre certains types de problèmes interpersonnels et certains styles d'attachement et sa valeur prédictive pour le résultat d'une psychothérapie brève (Horowitz et coll., 1993).

À partir d'un corpus de 150 rêves recueillis sur une période de 5 ans chez une patiente atteinte de troubles graves de la personnalité avec par moments des idées de persécution et des réveils paniques, Thurin et coll. (1996) ont examiné les fonctions potentielles des rêves, leurs relations au conflit central du patient et leur évolution. L'objectivation fine et polyaxiale du rêve permet une évaluation des changements du rêveur par rapport à ses problématiques centrales et de sa capacité de les élaborer au niveau cognitif.

En résumé, des critères d'évaluation autres que symptomatiques ou nosologiques peuvent être pris en compte dans l'évaluation des résultats des thérapies psychodynamique et des instruments d'évaluation des changements psychodynamiques ont été développés. Ces instruments présentent une plus grande sensibilité pour évaluer les changements de la santé psychologique que ceux mesurant l'évolution des symptômes. De nombreux auteurs soulignent la nécessité d'associer mesures de résultats et de processus dans l'évaluation du traitement. Cependant, des mesures répétées afin de détecter des effets spécifiques du traitement ont été peu utilisées jusqu'à présent. Une étude (Jones et coll., 1993) illustre à propos d'un cas de dépression comment le déroulement du processus psychothérapique évolue en fonction des interactions et des états du thérapeute et du patient.

Les principaux instruments d'évaluation spécifique à l'approche psychodynamique sont récapitulés dans le tableau 5.II. Leurs caractéristiques essentielles sont décrites dans le tableau 5.III.

Il est intéressant de signaler le travail d'un groupe de psychiatres français (Gauthier, Odier et Souffir, à paraître 2004) de l'Association de santé mentale dans le XIIIe arrondissement (ASM 13, Paris) qui a mis au point une échelle d'évaluation des états psychotiques chroniques, basée sur une compréhension psychanalytique de la pathologie mentale. Cette échelle repose sur une étude de l'ensemble de la situation du patient : état clinique détaillé, situation sociale, impact des troubles sur la famille, rapport au système de soins, état physique. Elle s'appuie sur des regroupements sémiologiques de conduites, sur le repérage du fonctionnement mental, ainsi que sur

Tableau 5.II : Instruments d'évaluation de l'approche psychodynamique

Instruments d'évaluation des changements psychodynamiques
Dimensions et aires psychologiques multiples
McGlashan semistructured interview (MSI ; Goin et coll., 1995)
Échelles de changement dans les psychothérapies dynamiques (Hoglend et coll., 2000)
Karolinska psychodynamic profile (KAPP ; Weinryb et Rössel, 1991)
Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI)
Relations interpersonnelles
Inventory of interpersonal problems – circumflex version (IIP) (Horowitz et coll., 1988 et 1993)
Core conflictual relationship theme (CCRT ; Luborsky, 1977)
Adult attachment interview (AAI ; Main et coll., 1985)
Tolérance affective (Monsen et coll., 1995)
Mécanismes de défense et capacités psychologiques
Defense mechanism rating scale (DMRS ; Perry, 1991)
Scales of psychological capacities (SPC ; DeWitt et coll., 1991)
Instruments d'évaluation d'utilisation des techniques et d'adhésion à la méthode thérapeutique
Penn adherence-competence scale for supportive-expressive therapy (PACS-SE)
Interpretive and supportive technique scale (ISTS) utilisable pour l'ensemble des psychothérapies psychodynamiques (Ogrodniczuk et Piper, 1999)
Specific therapeutic technique (STT) (Bogwald et coll., 1999)
Mesure des interprétations de transfert (Bogwald et coll., 1999)

le relevé des impressions des équipes de soins dans leur observation du patient lui-même et de ses interactions avec son milieu familial et social. À partir de la cotation de 85 patients par quatre juges en moyenne, la validité interjuges a été évaluée et estimée satisfaisante pour cette échelle. L'objectif est de décrire les évolutions favorisées par les différents traitements mis en œuvre, à moyen et à long terme.

Implication des variables spécifiques et non spécifiques dans les résultats

La contribution relative de variables spécifiques (les outils techniques du psychothérapeute) et de variables non spécifiques (les qualités inhérentes à toute bonne relation humaine) dans le résultat d'une psychothérapie brève peut être évoquée à travers l'étude contrôlée de Strupp et Hadley (1979). Une population relativement homogène de 49 étudiants de 17 à 24 ans déprimés ou psychasthéniques au MMPI, recrutée par affiche et parmi les consultants du service de soin est confiée d'une part à des psychothérapeutes professionnels d'orientation psychanalytique et, d'autre part, à des enseignants sélectionnés sur la base de leur réputation pour leur empathie et la confiance qu'ils inspirent chez les étudiants. Le groupe « contrôle » est constitué d'étudiants sur liste d'attente. La thérapie est limitée à 25 heures sur une période de 3 à 4 mois, à un rythme de 2 séances par semaine. Les résultats montrent que les patients ayant une psychothérapie avec les professeurs présentent, en moyenne, une amélioration significativement aussi importante que les patients traités par des thérapeutes professionnels expérimentés.

Tableau 5.III : Caractéristiques des instruments d'évaluation

	Instruments d'évaluation du fonctionnement global et de la détresse symptomatique
HSRS	Échelle santé-maladie (*Health-sickness rating scales* [HSRS]) (Luborsky, 1962 ; Luborsky et Bachrach, 1974). Après avoir déterminé le niveau général de la santé de l'individu (à partir de notes…), un manuel contenant 24 illustrations de cas graduées sur une échelle à 100 points est consulté, et la cotation est réalisée en décidant si la personne en question est plus ou moins en bonne santé qu'un cas donné en illustration.
GAS ou GAF	Échelle d'évaluation globale ou de fonctionnement global (*Global assessment scale* [GAS], Endicott et coll., 1976, et *Global assessment of functioning scale* [GAF]). Adaptation allégée de l'HSRS. Incorporée à l'axe V du DSM-III-R. Comprend dix niveaux descriptifs et des poins d'échelle allant de 1 à 100.
SAS	L'Échelle d'ajustement social (*Social adjustment scale* [SAS]) (Weissman, 1975) permet d'évaluer le fonctionnement social et l'activité dans un large éventail de domaines incluant le travail à l'extérieur et à la maison, les relations avec les partenaires, la famille et les amis. Cette échelle a une consistance particulière pour mesurer le rapport coût-efficacité d'une psychothérapie (Krupnick et Pincus, 1992)
SCL-90-R	La SCL-90-R (*Symptom check list-90-revised*, Derogatis, 1983) est un questionnaire à 90 items de type Likert auto-administré. Derogatis a rapporté une consistance interne allant de 0,77 à 0,90 et une fidélité test-retest entre 0,80 et 0,90 sur un intervalle d'une semaine. La SCL-90 est conçue pour mesurer 9 aires majeures de détresse symptomatique : somatisation, sensibilité interpersonnelle, anxiété, anxiété phobique, trouble obsessionnel compulsif, dépression, hostilité-colère, idéation paranoïde, et psychoticisme. L'Index de sévérité globale de la SCL-90-R (GSI) peut être utilisé comme une mesure générale de l'adaptation du patient.
	Instruments d'évaluation des changements psychodynamiques
MSI	*McGlashan semistructured interview* (Goin et coll.,1995). Le MSI identifie 32 aires psychologiques regroupées en huit dimensions dont l'amélioration peut être considérée comme un but approprié de la psychothérapie psychodynamique. Ces aires incluent des catégories telles que la sécurité de base, la capacité de séparation/individuation et la cohérence du sens de soi.
ECPD	Échelles de changement dans les psychothérapies dynamiques (Hoglend et coll., 2000). Entretien semi-structuré explorant cinq dimensions : relations interpersonnelles amicales et familiales, relations sentimentales et sexuelles, tolérance aux affects, *insight*, capacités d'adaptation et de résolution de problèmes. Cotation de 1 à 100.
KAPP	*Karolinska Psychodynamic Profile* (Weinryb et Rössel, 1991 ; in Wilczek, 1998). Le KAPP est un instrument d'évaluation basé sur la théorie psychanalytique qui évalue les modes relativement stables de fonctionnement mental et les traits de caractère, tels qu'ils apparaissent dans la perception de soi et les relations interpersonnelles. Il est constitué de 18 sous-échelles s'inscrivant dans sept dimensions. Dix-sept des sous-échelles sont à un bas niveau d'abstraction et pourraient être considérées comme représentant les traits de caractère ; la dernière sous-échelle se réfère au caractère comme organisation. Chaque sous-échelle est fournie avec une définition et trois niveaux définis. Deux niveaux additionnels intermédiaires peuvent être utilisés, aboutissant à une échelle en 5 points (1, 1,5, 2, 2,5 et 3). Sur toutes les sous-échelles, le niveau 1 représente le niveau le plus normal et le niveau 3 le moins normal. Le KAPP s'est avéré discriminer les patients avec ou sans diagnostic DSM. Il a un pouvoir prédictif par rapport à la façon de réagir à un événement (opération chirurgicale).
CCRT	*Core conflictual relationship theme* (Luborsky, 1976). Le CCRT tente de mesurer les conflits relationnels et les patterns sur la base de trois composants : les souhaits envers les autres, les réponses des autres et les réponses du moi.

Tableau 5.III (suite) : Caractéristiques des instruments d'évaluation

	Instruments d'évaluation d'utilisation des techniques et d'adhésion à la méthode thérapeutique
PACS-SE	*Penn adherence-competence scale for supportive-expressive therapy*
ISTS	*Interpretive and supportive technique scale* utilisable pour l'ensemble des psychothérapies psychodynamiques (Ogrodniczuk et Piper, 1999).
TIRS	*Therapist intervention rating system* (Piper et coll., 1987). Chaque formulation de chaque thérapeute au cours de chaque séance est associée à l'une des neuf catégories qui vont du simple (« mm-hmm ») à des interprétations complexes. Les cinq catégories les plus basse incluent de brèves expressions, réflexions, clarifications, questions et directives qui ne font pas référence aux composantes dynamiques du patient telles que des souhaits, de l'anxiété ou des défenses. Ainsi, elles sont définies comme des interventions, mais pas comme des interprétations. Les quatre catégories supérieures font référence aux composantes dynamiques du patient et sont définies comme des interprétations. Cette méthode nécessite 5 à 6 heures pour une séance de 50 min.
PTS	*Perception of technique scale* (Ogrodniczuk et Piper, 1999). Cette échelle est basée sur la structure de l'ISTS ; ses 8 items reflètent les traits principaux des formes interprétatives et de soutien de la psychothérapie. Deux sous-échelles, représentant chaque forme de traitement, et une échelle complète inscrite dans la direction interprétative sont dérivées de la PTS. Après chaque séance, le thérapeute et le patient cotent indépendamment chacun des huit items suivant le degré avec lequel le thérapeute est parvenu à produire ces traits. Les évaluations sont faites sur une échelle de type Likert à 5 points allant de 0 à 4.
GIS	*General interpersonnal skill* (8 items). Outil d'évaluation de la compétence qui mesure l'habileté générale du thérapeute dans une séance donnée sur une échelle allant de 0 (« pas du tout ») à 4 (« très importante »). Les items tentent de mesurer les facteurs de qualité que les adhérents à la majeure partie des modalités de psychothérapie agréeraient, telles que « Le thérapeute répond au patient d'une façon acceptable et compréhensible » et « les interventions du thérapeute paraissent significatives et bien situées dans le temps ».
STT	*Specific therapeutic technique* (Bogwald et coll., 1999). La STT est conçue pour mesurer l'usage spécifique de la focalisation sur le transfert et son interprétation. Elle présente une bonne fidélité interjuges, même au niveau de chaque item. Elle permet de distinguer deux groupes de traitement et possède donc une validité discriminative. Son utilisation ne concerne pas la mesure d'autres interventions (par exemple de soutien ou d'exploration).
	Instrument d'évaluation de l'alliance thérapeutique
CALPAS	La CALPAS est un autoquestionnaire à 24 items qui mesure la force de l'alliance thérapeutique patient-thérapeute. Suivant Gaston (1990), l'alliance est une construction multidimensionnelle de quatre éléments saisis par quatre sous-échelles de la CALPAS : la capacité du patient de travailler délibérément dans la thérapie ; le lien affectif du patient avec le thérapeute ; la compréhension et l'implication empathique du thérapeute ; l'accord que partagent le patient et le thérapeute concernant les buts du traitement. Chaque item est coté sur une échelle Likert à 6 points.

Cette amélioration s'est produite durant la période de traitement et se maintient au moment de l'évaluation de suivi réalisée environ une année après l'inclusion. Le groupe contrôle manifeste également une amélioration, mais elle tend à être moins importante que celle constatée dans les groupes traités.

Les auteurs attirent l'attention sur le caractère relativement léger des troubles des patients, leur âge (favorable à des évolutions maturatives naturelles) et le fait que les psychothérapeutes professionnels n'avaient pas de compétence

particulière dans les psychothérapies brèves. Par ailleurs, ils ont constaté une variabilité très importante suivant les couples thérapeutiques : certains patients ont fait l'expérience de bénéfices thérapeutiques considérables, d'autres sont restés inchangés, certains montrant même une détérioration. Un examen plus précis fait apparaître qu'il existe toutes sortes de combinaisons entre les variables du patient et celles du thérapeute, que celles-ci donnent naissance à une relation particulière et à un résultat thérapeutique particulier. Il s'avère que les psychothérapeutes les plus professionnels ont eu une attitude finalement très proche de celle des professeurs : ils ont eu moins tendance à maintenir une distance interpersonnelle notable, à écouter respectueusement et à interpréter que leurs collègues plus jeunes. L'implication des patients était également importante et c'était avec eux que les psychothérapeutes professionnels avaient les meilleurs résultats. A ces éléments, il faut ajouter que les professeurs ont effectué leur travail thérapeutique sous la supervision d'un staff de professionnels qui étaient disponibles pour consultation et conseil en cas d'urgence. Waldron (1997) confirme les limites de cette étude : pas de répartition au hasard des étudiants (les thérapeutes ont traité les étudiants cherchant de l'aide ; les professeurs ont traité les étudiants ayant répondu par annonce) ; faible nombre par groupe réduisant la valeur statistique des résultats ; sélection sur des scores élevés aux échelles MMPI de dépression, de psychasthénie, et d'introversion sociale ; choix de professeurs bien perçus sur le campus ; durée réduite du traitement qui ne permettait pas d'appliquer l'ensemble d'une technique.

Cette étude fait bien apparaître les biais d'interprétation que peuvent suggérer les résultats d'une recherche quand de nombreuses variables sont ignorées ou méconnues.

Études concernant le rôle des facteurs spécifiques et non spécifiques dans le résultat des psychothérapies psychodynamiques

Les études sur le rôle de facteurs spécifiques et non spécifiques mettent en lumière la complexité des interactions entre différents éléments : variables liées aux patients (notamment à leurs représentations et à leur pathologie), aux thérapeutes (notamment à leur formation et à leur expérience), à l'interaction patient-thérapeute, aux modalités des psychothérapies utilisées. Nous en donnons quelques exemples.

Savoir si les hommes et les femmes répondent de façon similaire à des formes différentes de psychothérapie est une question relativement absente de la littérature. Ogrodniczuk et coll. (2001) ont étudié l'effet de deux formes de psychothérapie individuelle brève (interprétative et de soutien), dans une population de patients dont 67 % avaient reçu un diagnostic de l'axe I (dépression majeure 64 %, troubles de l'adaptation 8 %, dysthymie 7 % et trouble panique 7 %) et 60 % un diagnostic de l'axe II (trouble de la personnalité évitante 18 %, obsessionnel-compulsif 16 %, paranoïde 14 %, dépendant 11 % et borderline 10 %). Durant la période de traitement, les patients,

qu'ils soient de sexe masculin ou féminin, se sont améliorés. Cependant, les patients hommes se sont améliorés davantage avec la thérapie interprétative qu'avec la thérapie de soutien, alors que la situation inverse a été observée avec les patientes femmes. Au suivi, celles qui avaient suivi une psychothérapie interprétative n'avaient pas le même résultat qu'avec la psychothérapie de soutien, même après 12 mois. Les auteurs suggèrent que les patientes sont plus sensibles à l'aspect collaboratif et personnel de leur relation avec le thérapeute, qu'il est important pour elles de pouvoir exposer leurs problèmes et de recueillir des réponses qui soulignent l'influence des circonstances extérieures sur leurs difficultés actuelles (critères de la psychothérapie de soutien). À l'opposé, les patients de sexe masculin préfèrent une relation plus neutre avec le thérapeute et bénéficient davantage d'interventions qui encouragent l'introspection et l'examen d'émotions inconfortables (critères de la psychothérapie interprétative).

Dans l'étude de Piper et coll. (1990), la qualité des relations d'objet (QRO), définie comme une tendance de la personne à établir, sa vie durant, certaines sortes de relation avec les autres, a été explorée en référence à des critères caractérisant cinq niveaux de relation : génitale, œdipienne, obsessionnelle, dépressive et narcissique/borderline. Ces critères se référaient aux manifestations comportementales, à la régulation de l'affect, à la régulation de l'estime de soi et aux antécédents. Les objectifs de l'étude étaient de rechercher le rôle que pouvait avoir la qualité des relations d'objet, comme variable primaire indépendante, sur le résultat d'une psychothérapie brève (20 séances de 50 min, à raison d'une par semaine) portant sur les conflits internes liés aux personnes importantes de la vie du patient. Les patients (144) ont fait l'objet de deux évaluations initiales indépendantes : l'une concernait leur diagnostic nosologique, l'autre la QRO (haute ou basse). Concernant le diagnostic, ils souffraient essentiellement de troubles dépressifs, de l'adaptation, et anxieux auxquels étaient associés chez 35 % d'entre eux des troubles de la personnalité. Les patients ont été ensuite répartis entre un groupe « psychothérapie » et une liste d'attente. L'existence d'un effet indépendant lié à la qualité des relations d'objet sur le résultat de la psychothérapie n'a fait qu'approcher la signification statistique. Quand les deux facteurs (psychothérapie dynamique brève et haute qualité des relations d'objet) étaient combinés, environ trois quarts des patients se déplaçaient du niveau pathologique au niveau normal pour les trois mesures normatives (symptômes, dépression, anxiété). L'absence de l'un des facteurs était associée avec des pourcentages plus faibles, et l'absence des deux facteurs était associée aux résultats les plus faibles. Les auteurs ont d'emblée envisagé que cette variable (la qualité des relations d'objet) puisse être impliquée dans l'alliance thérapeutique, la capacité du psychothérapeute de maintenir un objectif et la capacité du patient de travailler avec les interprétations.

Concernant les attentes du patient, la qualité des relations d'objet et l'alliance thérapeutique, les objectifs de Joyce et Piper (1998) étaient

d'évaluer : (1) les relations simples entre les représentations du patient et du thérapeute à propos de la « séance typique » et l'alliance thérapeutique ; (2) les relations entre ces représentations et le résultat du traitement ; (3) l'évolution des représentations au cours du traitement et sa valeur prédictive ; (4) les relations simples entre la représentation et l'alliance ou le résultat, face à la prédiction produite par deux autres variables (le niveau de développement des relations interpersonnelles et le niveau initial des symptômes dépressifs du patient). Cette étude a porté sur 105 patients souffrant de troubles de l'axe I pour 72 % (affectifs 27 %, anxieux 6,3 %, impulsivité 7,8 %) et de l'axe II pour 27 % pour lesquels une indication de psychothérapie avait été posée par un service psychiatrique ambulatoire d'un hôpital universitaire. Les résultats ont montré que les représentations du patient concernant l'expérience de la thérapie étaient fortement et directement reliées à la qualité de l'alliance thérapeutique, et que les relations entre les représentations et le résultat étaient moins fortes mais restaient substantielles. Quant à la qualité des relations d'objet et à la détresse liée à la dépression, elles n'intervenaient respectivement que peu ou pas du tout dans le résultat. Ainsi, soutenue et encouragée par le thérapeute, une alliance forte peut être le fondement d'un traitement réussi quant à ses résultats.

Concernant, les problèmes interpersonnels et leur relation avec les styles d'attachement, Horowitz et coll. (1993) ont étudiés 36 patients traités dans une unité de soins ambulatoires par psychothérapie dynamique brève (20 séances). Les patients et les thérapeutes ont été invités après la dixième et la vingtième séance à considérer de façon indépendante quels problèmes avaient été abordés et lesquels s'étaient le plus améliorés, en utilisant l'Inventaire des problèmes interpersonnels (Horowitz, 1988). Cette étude montre que le type de problèmes interpersonnels ou personnels constitue une variable prédictive du résultat. Ainsi, les problèmes de soumission amicale (« il est difficile pour moi de dire "non" à une autre personne ») semblent plus faciles à traiter avec la psychothérapie dynamique brève que les problèmes de dominance hostile (« il est difficile pour moi de m'engager à long terme avec quelqu'un » ou « il m'est difficile de faire confiance à quelqu'un »). De même, la prédominance de problèmes personnels (par rapport aux problèmes interpersonnels) est un indice de difficulté, et sans doute également un indice diagnostique dans la dépression (anaclitique ou introjective). Les résultats suggèrent également des relations entre le type de problèmes interpersonnels d'une personne et son style d'attachement principal (sécure, préoccupé, craintif, abandonnant). La difficulté de certains patients à décrire clairement leur entourage serait également un indice prédictif du résultat de la psychothérapie.

De nombreux travaux ont suggéré que les facteurs « thérapeutes » pourraient jouer un rôle important par rapport à l'issue de la thérapie, mais les études apportent des résultats qui sont loin d'être homogènes. L'étude de Strupp et

Hadley (1979), précédemment évoquée, faisait apparaître que des pédagogues chaleureux pouvaient avoir des résultats comparables à ceux de psychanalystes chevronnés, du moins dans une population qui ne leur était pas étrangère et dont la gravité de la pathologie était modérée.

Bien qu'une riche littérature avance le rôle de l'empathie dans le résultat de la psychothérapie, ce rôle a été peu testé objectivement. Définie pour la première fois par Freud en 1905, l'empathie d'après Shafer (1959) est « l'expérience intérieure de partage et de compréhension de l'état psychologique momentané d'une autre personne ». Dans l'étude de Free et coll. (1985), 59 sujets venus pour un traitement dans le centre ambulatoire du département de psychiatrie de Cincinnati ont été adressés de façon randomisée à l'un des treize thérapeutes résidents (suivis par des superviseurs) pour une psychothérapie dynamique brève focale de 12 séances hebdomadaires. Une évaluation de l'empathie du thérapeute (dans le sens de la qualité de son attention, de sa compréhension et de ses interventions) a été effectuée par les patients, les thérapeutes et les superviseurs (sans accord de cotation). La seule mesure d'empathie corrélée significativement avec les mesures de résultats (SCL-90-R, symptômes cibles et Échelle santé-maladie) était celle des patients, et seulement pour deux de ses variables (hostilité et qualité des relations interpersonnelles). Les auteurs considèrent que les superviseurs étaient plus sensibles à l'approche générale des thérapeutes qu'aux processus intellectuels qui guidaient leurs interventions, alors que les patients y étaient sans doute beaucoup plus sensibles. Ils recommandent l'usage d'enregistrements audio ou vidéo en plus des présentations traditionnelles basées sur des notes prises durant les séances.

Différentes études ont montré un taux plus réduit de sorties prématurées de la psychothérapie avec des thérapeutes mieux formés. L'étude de Lastrico et coll. (1995) a comparé un groupe de 59 psychothérapies analytiques menées par des psychothérapeutes en formation à un groupe de 19 psychothérapies menées par des psychothérapeutes formés. Ces psychothérapies étaient destinées à des patients présentant pour 68,7 % d'entre eux des troubles de l'axe I (dépression majeure, troubles anxieux) et pour 30 % de l'axe II (borderline). Un an après l'entrée dans l'étude, le taux d'interruption précoce de la psychothérapie par les patients était de 40,1 % dans le groupe suivi par des psychothérapeutes en formation et de 16,7 % dans le groupe suivi par des psychothérapeutes formés. Les traitements ont majoritairement eu une évolution favorable ; cependant, le nombre de succès thérapeutiques a été nettement supérieur dans le groupe de patients confiés à des psychothérapeutes formés. Cette discrimination s'établit nettement après la sixième séance ; un des facteurs y contribuant pourrait être la relative sévérité clinique des patients traités.

L'étude d'Aapro et coll. (1994) menée à partir du même centre et portant sur 291 sujets présentant des troubles semblables à ceux précédemment décrits

montrait également que les psychothérapies interrompues avaient été effectuées par des thérapeutes ayant moins d'expérience (2,7 ans *versus* 6,7 ans de formation), alors que la gravité de l'anxiété et de la dépression n'entrait pas en compte dans le résultat. Les conduites addictives, antisociales ou alcooliques, les attitudes manipulatrices, l'impulsivité constituaient des facteurs prédictifs d'abandon prématuré, alors qu'en revanche l'autodépréciation, la motivation pour la psychothérapie et les capacités d'introspection constituaient des facteurs favorables. L'alliance aidante de type II (AA2 « nous travaillons ensemble, mon thérapeute et moi ») était clairement corrélée à l'évolution favorable, ainsi que l'authenticité du thérapeute (au sens rogérien du terme).

Concernant les variables techniques, Barber et coll. (1996) ont voulu tester si l'adhésion et la compétence pour une technique spécifique de psychothérapie brève – la psychothérapie de soutien-expression (et interprétation) – étaient associées à des changements au-delà des variables du patient. L'étude a porté sur 29 patients ayant reçu un diagnostic de dépression (*Research diagnostic criteria*) à deux reprises dans un intervalle d'une semaine. Les enregistrements de la troisième séance ont été évalués à partir de la *Penn adherence-competence scale for supportive-expressive therapy* (PACS-SE). Il s'agit d'une échelle à 45 items qui mesure jusqu'à quel point les recommandations pour les interventions thérapeutiques ont été suivies durant une séance. Trois autres instruments ont été utilisés : l'autoquestionnaire de l'alliance aidante, le *Beck depression inventory* (BDI) et l'Échelle santé-maladie (HSRS). L'application simple (quantitative) des techniques de soutien et d'expression n'a eu aucun effet. En revanche, l'application relativement compétente des techniques d'expression-interprétation prédisait une réduction conséquente de la dépression, ce qui n'était pas le cas pour les techniques de soutien. Le rôle de l'alliance s'est révélé faible (différence avec l'adhésion). Dans l'étude de Ogrodniczuk et Piper (1999), utilisant un instrument (*Interpretive and supportive technique scale* – ISTS –) destiné à être bref, fiable et aisément applicable aux différentes formes de psychothérapie, les associations ont été recherchées entre l'adhésion (et son niveau) à un protocole thérapeutique, le développement de l'alliance thérapeutique et les résultats de deux formes de psychothérapie psychodynamique brève (soutenante et interprétative, 20 séances de 50 min). Elle a porté sur 144 patients ayant reçu un diagnostic DSM-III-R de l'axe I pour 63 % (61 % avaient des troubles de l'humeur, dont 80 % une dépression majeure, 7 % un trouble de l'adaptation) et/ou de l'axe II pour 60 % (29 % de personnalité évitante, 24 % de trouble obsessionnel-compulsif, 22 %de borderline et 22 % de paranoïde). L'adhésion à la technique thérapeutique (interprétative ou de soutien) apparaît significativement associée avec l'alliance thérapeutique dans la psychothérapie dynamique brève mais n'a, en revanche qu'une relation minimale avec le résultat de la thérapie. Les auteurs envisagent plusieurs explications pour ce résultat : l'importance des facteurs non spécifiques (relation d'aide, explication convaincante et *feed-back*) ; l'adhésion trop rigide à

la technique, qui peut être contre-productive ; la possibilité que seules certaines interventions techniques comme l'interprétation ou la résolution de problèmes aient un effet favorable, interventions noyées ici parmi d'autres beaucoup plus accessoires ; enfin, les limites du manuel.

L'étude de Crits-Christoph et coll. (1988) porte sur un aspect encore plus précis de la compétence technique, à savoir la pertinence des interprétations dans le cadre de la psychothérapie dynamique de 43 patients ayant pour la plupart reçu un diagnostic de trouble dysthymique, anxiété généralisée ou de troubles de la personnalité. La notion de pertinence recouvrait ici le degré de congruence entre le contenu des thèmes conflictuels centraux du patient (établis à partir de la méthode du *Core conflictual relationship theme* – CCRT –) (Luborsky, 1977 et 1986) et les interventions du thérapeute, transcrites et cotées par deux juges. Une relation statistiquement significative et modérément forte a été trouvée entre l'interprétation pertinente (formulation du souhait inconscient du patient, du conflit dans les relations interpersonnelles « types » et de son effet rapporté à des expériences de vie similaires) et le résultat du traitement. Il n'a pas été mis en évidence de relation entre la pertinence des interprétations et la qualité de l'alliance thérapeutique, résultat surprenant étant donné qu'une alliance solide est souvent nécessaire pour que les patients tolèrent et utilisent les interprétations.

L'étude de McCullough et coll. (1991) a pris en compte l'effet que l'interprétation du psychothérapeute produisait chez le patient. Ce qui était prédictif du résultat était bien davantage la fréquence et le type des réponses affectives qu'apportait le patient dans les trois minutes qui suivaient l'intervention du psychothérapeute que la nature de l'interprétation. Si cette réponse était une réaction essentiellement défensive, le résultat serait négatif, s'il s'agissait d'un mouvement affectif positif, il serait positif. Cet effet de l'interprétation, à partir du mouvement affectif qu'elle produit, suggère qu'un thérapeute devrait modifier son approche quand un patient montre une trop grande tendance à des réponses défensives à ses interventions. Inversement, quand les interprétations patient-thérapeute sont suivies d'un affect positif, le thérapeute devrait logiquement considérer qu'il est sur la bonne voie.

Concernant l'alliance thérapeutique et l'amélioration précoce, Alexander et French (1946) ont suggéré que l'expérience émotionnelle corrective produite par un thérapeute chaleureux, attentif, compréhensif et dévoué était favorable à la cure thérapeutique. Luborsky (1984) a également proposé que l'alliance thérapeutique soit un des trois facteurs curatifs de la psychothérapie. Mais comment se construit cette alliance thérapeutique ? Nous avons vu qu'elle pouvait dépendre des représentations du patient et de facteurs liés au thérapeute. En revanche, l'action de facteurs plus techniques n'a pas reçu de véritable confirmation. Barber et coll. (2000) ont voulu examiner le rôle de l'amélioration symptomatique précoce dans la mise en place de l'alliance

thérapeutique, et secondairement le résultat. Leur étude a porté sur le traitement par psychothérapie dynamique de soutien-expression d'un groupe de 86 patients présentant des troubles anxieux généralisés, une dépression chronique ou un trouble de la personnalité évitant ou obsessionnel-compulsif. Les résultats suggèrent que bien que l'alliance précoce puisse être influencée par une amélioration symptomatique antérieure, elle reste d'abord un élément prédictif significatif d'une amélioration ultérieure, même quand le changement antérieur dans la dépression est partiellement absent. Du fait de la nature complexe des relations entre amélioration symptomatique et alliance dans le processus psychothérapique, il est probable que ces deux facteurs peuvent se renforcer mutuellement très rapidement.

En résumé, différentes études font apparaître l'interaction de différentes variables dans les résultats, plutôt que leur action spécifique. Il existe cependant des variables qui ont une valeur pronostique sur les résultats du traitement dans la mesure où elles conditionnent sa mise en œuvre et conduisent fréquemment à son interruption si elles ne sont pas prises en compte. Il s'agit de la préparation au traitement, de la qualité initiale des relations d'objet et de la formation des psychothérapeutes. L'adaptation qualitative des interventions techniques est importante et le patient en est, consciemment et inconsciemment un bon témoin (par ses réactions affectives).

Possibilité de réaliser des études d'évaluation de l'efficacité des psychothérapies longues

Bien qu'ayant fait l'objet d'un investissement considérable en recherche, les traitements psychodynamiques longs n'ont donné lieu que très récemment à des études de population méthodologiquement rigoureuses (Vaughan et coll., 2000 ; Blomberg et coll., 2001 ; Leuzinger-Bohleber, 2002).

Les évaluations réalisées (revues dans Knight, 1941 ; Bachrach et coll., 1991 ; Barber et Lane, 1995) ont porté tout d'abord sur des études de cas, puis progressivement des études plus systématiques ont été réalisées sur des populations. Menée de 1954 à 1972, l'étude Menninger était une tentative ambitieuse (et la première prospective) pour évaluer l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique et de la psychanalyse. Elle a évalué les effets à long terme de la psychothérapie chez 42 patients borderline, présentant des psychoses latentes ou des troubles graves du caractère (Wallerstein, 1986). Quatre domaines principaux ont été examinés : les caractéristiques des patients, les thérapeutes, les modalités du traitement et les facteurs d'environnement. L'évaluation initiale consistait en 10 entretiens psychiatriques, des entretiens avec les membres de la famille, une batterie complète de tests psychologiques ancrés sur la théorie psychanalytique de la psychologie du moi, et était suivie d'enregistrements réguliers concernant le traitement en cours (impressions cliniques, rapports des superviseurs). Une nouvelle évaluation était conduite à la fin du traitement par des cliniciens seniors, puis de nouveau en période de suivi 2 ou 3 ans après, jusqu'à des périodes de temps

approchant 30 ans. Parmi l'ensemble des cas, 22 analyses et 22 psychothérapies furent sélectionnées de façon aléatoire. Ces patients étaient très gravement atteints, puisque près de la moitié d'entre eux avaient un score inférieur ou égal à 40 (80 % = 60) à l'HSRS (échelle santé-maladie de Luborsky).

L'information issue des enregistrements des thérapeutes était résumée dans un format standard s'accordant avec les principes psychodynamiques et les résultats ont porté sur trois mesures : amélioration globale, résolution du transfert et changement dans la constitution du moi. Plusieurs conclusions émergent de l'ensemble des résultats (présentés dans 60 publications et 5 ouvrages) :

- la relation réelle avec l'analyste joue un rôle important et les événements survenant pendant la situation analytique/thérapeutique sont souvent le pivot d'une évolution vers une amélioration ou une dégradation ;
- les patients sévèrement malades traités par des psychanalystes inexpérimentés n'ont pas obtenu de bons résultats et de façon plus générale les thérapeutes hautement qualifiés ont eu plus de succès que les thérapeutes moins expérimentés ;
- les patients parvenant à un changement substantiel montraient souvent des signes de changement structural, mais seuls certains d'entre eux ont fait la preuve d'une prise de conscience par rapport à leurs conflits centraux ;
- toutes les psychothérapies ont impliqué des éléments de soutien ;
- le résultat de la thérapie est hautement dépendant de la force du moi et du niveau d'anxiété initiaux du patient (Kernberg, 1973).

Les faiblesses de cette étude peuvent être résumées ainsi : les indications habituelles de la psychanalyse *stricto sensu* ont été largement dépassées, les niveaux de formation et d'expérience des analystes étaient très hétérogènes, l'échantillon était de taille relativement faible. De plus, le mode de recueil des données a varié à différentes périodes, les chercheurs connaissaient les diagnostics et les impressions des cliniciens concernant les patients sur lesquels ils faisaient leurs mesures. Par ailleurs, les évaluateurs étaient familiers avec la thérapie et prenaient en compte les variations de l'approche thérapeutique quand ils évaluaient les résultats. Enfin, l'absence de groupes de comparaison a rendu les résultats d'autant plus difficiles à interpréter que ces psychothérapies étaient longues et que de nombreux facteurs pouvaient les avoir influencés.

De nombreuses universités américaines et instituts psychanalytiques ont participé à la recherche sur l'efficacité de psychanalyses et psychothérapies longues en se centrant sur un aspect particulier. Ces travaux sont résumés dans le tableau 5.IV.

En résumé, beaucoup d'obstacles méthodologiques, liés à la complexité des éléments impliqués et à l'absence de définitions opérationnelles de concepts usuels, ont ponctué la recherche sur l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques longues. Il en résulte en première approche « beaucoup de travail pour peu de résultats », du moins en termes de preuve de l'efficacité des

Tableau 5.IV : Recherches spécifiques menées par les universités et instituts de psychanalyse américains

Influence de la durée du traitement sur le bénéfice	Université de Columbia, Institut psychanalytique de New York
Développement des capacités d'auto-analyse	Institut psychanalytique de Boston
Caractéristiques du patient et variables du traitement	Université d'Alberta
Méthodologie, définition de concepts et développement de mesures opérationnelles	Université de Pennsylvanie
Facteurs spécifiques et non spécifiques	Universités de Vanderbildt, de Michigan et de Pennsylvanie
Études de processus, interactions patient-thérapeute	Université de Chicago
Facteurs de santé	Université John Hopkins
Comparaison entre psychothérapies	Université de Temple

traitements menés. L'incertitude ne porte pas sur la valeur des données, mais pour une bonne part sur le fait que les évaluateurs utilisaient souvent des échelles d'évaluation « faites maison », de validité et fiabilité inconnues. Fisher et Greenberg (1996) ont résumé en six points les réserves méthodologiques grevant les différentes études qui viennent d'être brièvement présentées : confiance totale sur des cas traités par un seul praticien ; manque de démonstration qu'un traitement standard fiable (psychanalyse) a été réellement mis en place ; absence d'un groupe contrôle sans traitement ou traité autrement ; participation à l'étude de psychothérapeutes sans expérience ; pas de randomisation ; efficacité du traitement déduite d'un taux de réussite attribué par les thérapeutes ou issu de leurs notes.

Le développement de psychothérapies brèves, focalisées sur des problèmes et des populations très spécifiques, a indiscutablement aidé l'évolution des modèles d'évaluation des psychothérapies longues sans que pour autant leurs conclusions dans ce cadre précis puissent leur être généralisées. La conjonction de l'analyse seconde des études menées sur les psychothérapies à long terme et des méthodes développées pour les psychothérapies brèves (qui se sont progressivement affinées) permet d'envisager comme possible (et nécessaire) l'évaluation des psychanalyses et des psychothérapies psychanalytiques longues. Nous en donnons trois exemples.

Leuzinger-Bohleber (2002) a coordonné en 1997 une recherche naturaliste menée à l'initiative de l'Association psychanalytique allemande (DPV). Son objectif principal était d'étudier les appréciations rétrospectives des patients sur leur psychanalyse ou leur thérapie psychanalytique et leurs effets, 4 ans au moins après la terminaison (ces psychothérapies devaient s'être produites durant une période de 4 à 7 ans avant le début de l'étude). Deux sortes de données ont été recherchées : (1) « extra-analytiques » portant sur les symptômes, les changements dans la capacité de se confronter aux événements de vie, l'estime de soi, l'humeur, la satisfaction vis-à-vis de la vie, ainsi que sur

l'évaluation globale de leur thérapie, les évolutions concernant leur travail et l'utilisation des services de santé ; (2) « analytiques » évaluant en particulier les réactions de transfert et de contre-transfert, les associations libres, et procédant à des analyses de contenu orientées vers la théorie. Compte tenu du nombre important de patients concernés, deux méthodes de recueil des données ont été utilisées : l'entretien enregistré (129) et le questionnaire détaillé (159) ou semi-détaillé (401). Les entretiens (deux pour chaque ancien patient auxquels s'ajoutait un troisième avec l'ancien analyste) étaient enregistrés et discutés par un groupe de recherche. Sur la base des informations disponibles, deux évaluateurs estimaient le niveau de trouble au début du traitement et au moment où l'étude de suivi s'était mise en place à partir de divers instruments. Un diagnostic était établi à partir de la CIM-10 et confronté à celui posé par l'ancien analyste. Plus de 50 % des patients présentaient des troubles névrotiques, 6 % des troubles psychotiques. Les diagnostics multiples étaient fréquents, mettant en évidence des troubles psychosomatiques et psychopathologiques multiples. L'évolution la plus remarquable est que 84,3 % des anciens patients étaient en ascension sociale. Par ailleurs, ils avaient internalisé leur attitude analytique, se rendant par là capables de poursuivre le processus analytique après la fin de leur cure. D'un point de vue qualitatif, il est apparu que les analystes avaient appliqué leur concepts théoriques au matériel clinique de manière prudente, souple et adaptée. Les psychanalyses qui ont bien fonctionné sont celles où les analystes ont réussi à montrer de l'empathie et à s'adapter de façon flexible, ouverte et professionnelle aux besoins de leurs patients, plutôt que d'utiliser une technique orientée vers leurs propres convictions ou croyances. De nombreux analystes ont souligné qu'ils considéraient le diagnostic et le degré de perturbation comme moins déterminants que l'observation des potentiels du patient, par exemple de bonnes relations d'objet malgré d'importants traumatismes, des capacités de réflexion sur soi partielles ou des signes de réaction positive aux interprétations. Les états limites, dont la mise en acte était très destructive, ont été traités avec un assez bon résultat lorsque l'analyste lui-même avait eu suffisamment de soutien personnel (sous la forme, par exemple, d'une supervision). Dans le traitement des psychotiques, les analystes ont coopéré avec une institution psychiatrique et ont utilisé une technique modifiée (face-à-face, basse fréquence). Cette recherche a d'abord impliqué d'obtenir l'accord des psychanalystes, qui se sont prononcés à 89 % en faveur de cette étude. La seconde étape a été de déterminer un échantillon représentatif de tous les patients en traitement psychanalytique de longue durée durant cette période et n'a pas posé non plus de problème de recrutement (n = 401).

Blomberg et coll. (2001) rapportent les résultats d'une étude menée en Suède de 1990 à 1998 sur l'efficacité de la psychanalyse et de la psychothérapie analytique portant sur 418 patients (74 en psychanalyse, 331 en psychothérapie analytique d'une durée de deux années ou plus, et 13 en psychothérapies variées à faible dose) et comporte deux groupes contrôles, « en bonne

santé » et « normal » (650 personnes). Les modalités du traitement, psychanalyse ou psychothérapie de longue durée, ont été choisies librement par les patients eux-mêmes. Les mesures portaient sur trois types de variables : dépendance économique (utilisation des services de santé, travail…) ; santé (symptômes, relations sociales, vision générale de la vie) à partir de la SCL-90, de la SAS et de l'Échelle du sens de cohérence (*Sence of coherence scale*, SOCS) ; changements structurels internes et prise de conscience. Ces mesures étaient complétées par un autoquestionnaire concernant l'identité thérapeutique des praticiens (cursus, expérience et orientation thérapeutique, représentations des facteurs de changement, style thérapeutique).

Les résultats font apparaître une réduction importante des symptômes à la SCL-90. Cependant, alors que le groupe de psychothérapie n'a atteint qu'un niveau légèrement inférieur à la ligne de signification clinique, le groupe d'analyse a approché de près la valeur moyenne du groupe normal. Concernant la SAS, le développement de l'ajustement social (relativement faible) était pratiquement le même qu'un patient fut en psychothérapie ou en psychanalyse. Il n'était pas homogène, l'échelle concernant le travail s'améliorant beaucoup, alors que les échelles portant sur les relations avec les proches (parents, proches parents, famille étendue) n'évoluaient pratiquement pas. Concernant le facteur « thérapeute », il est apparu que les thérapeutes plus âgés obtenaient de meilleurs résultats avec leurs patients, indépendamment du sexe du thérapeute ou du patient, et indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une psychanalyse ou d'une psychothérapie. À propos de leur style, l'attitude classique psychanalytique (importance majeure accordée à la neutralité technique et à l'*insight*) n'est pas optimale, au moins du point de vue des résultats sur les symptômes, pour les patients en psychothérapie.

Vaughan et coll. (2000) ont réalisé une étude de faisabilité destinée : à rechercher si les patients en traitement psychodynamique, incluant la psychanalyse, pouvaient être recrutés et retenus comme sujets pour des études ; à déterminer la compliance du patient et du thérapeute à participer aux mesures d'évaluation, à partir de questionnaires, d'entretiens structurés et de séances enregistrées ; à obtenir des données pilotes sur les changements dans ces mesures après un an de traitement.

Cette étude a enrôlé 9 patients dans une psychanalyse et 15 patients dans une psychothérapie psychodynamique à 2 séances par semaine. Les mesures ont associé les instruments classiques de diagnostic et d'évaluation de la dépression, de l'anxiété, de l'adaptation sociale, des troubles de la personnalité, et des instruments permettant d'évaluer des domaines considérés comme relevant particulièrement de la psychanalyse et de la psychothérapie psychodynamique : la mentalisation psychologique, le contrôle du comportement, le comportement social, les problèmes interpersonnels et l'alliance thérapeutique (tableau 5.V).

Les mesures de diagnostic ont objectivé des troubles de l'axe I (essentiellement des troubles de l'humeur et anxieux) chez plus de 60 % des patients ; les

Tableau 5.V. Instruments utilisés dans l'étude de Vaughan et coll. (2000)

A. Autoquestionnaires
1. Variables démographiques
2. Liste de contrôle 90 (SCL-90) de symptômes
3. Inventaire de dépression (BDI)
4. Inventaire de traits d'état d'anxiété de Spielberger (STAI)
5. Inventaire de satisfaction sexuelle de Golombok (GRISS)
6. Neuroticisme, extraversion, franchise. Modèle de personnalité à cinq facteurs (NEO)
7. Réflexion psychologique (PM)
8. Contrôle du comportement (LCB)
9. Évaluation structurée du comportement social (SASB)
10. Inventaire des problèmes interpersonnels (IIP)
B. Mesures évaluées par des cotateurs
1. Entretien clinique structuré pour le DSM-III-R Axe I (SCID-I)
2. Entretien clinique structuré pour le DSM-III-R Axe II (SCID-II)
3. Échelle d'adaptation sociale
C. Enregistrement audio des cinq premières séances de traitement pour les mesures de cotation
1. Patterns relatifs au Thème conflictuel relationnel central (CCRT)
2. Échelle d'évaluation des mécanismes de défense (DMRS)
3. Échelle d'alliance psychothérapique de Californie - version évaluateur (CALPAS-R)
D. À partir de l'enregistrement de la 5e séance : mesures par le patient
1. Échelle d'alliance psychothérapique de Californie – version autoquestionnaire (CALPAS-P)
2. Évaluation par l'échelle d'impact de la recherche – version patient (AIRS-P)
E. À partir de l'enregistrement de la 5e séance : mesures par le thérapeute
1. Échelle d'alliance psychothérapique de Californie – version thérapeute (CALPAS-T)
2. Évaluation par l'échelle d'impact de la recherche – version thérapeute (AIRS-T)

À 6 mois : répétition de C à E ; à 1 an : répétition de A à E

troubles de l'axe II, présents chez 57 % des patients, étaient rares en l'absence de troubles de l'axe I. Tous les patients qui sont restés (15) en traitement se sont améliorés. Les résultats ont montré une réduction des symptômes, un meilleur fonctionnement mental, une amélioration significative des problèmes interpersonnels après un an de traitement, pas de modification significative des mesures de personnalité, une amélioration significative de la capacité de réflexion, mais pas de véritable évolution du contrôle du comportement. Les mesures de l'alliance thérapeutique n'ont pas révélé de modification de la cotation des patients ; en revanche, il existait une amélioration de celle des thérapeutes.

Concernant la faisabilité d'une étude d'efficacité chez des patients en psychothérapie longue ou en psychanalyse, on peut constater que tous les patients ayant maintenu leur traitement sont restés dans le protocole de l'étude. La difficulté du recrutement des patients appartenant au groupe « psychanalyse » (27 %) par rapport au groupe « psychothérapie » (83 %) semble

relever essentiellement des cliniciens. Il existerait encore une forte résistance à ce type d'étude parmi les psychanalystes cliniciens, résistance qu'ils communiquent à leurs patients. La situation pourrait changer si la recherche sur l'évaluation devenait une mission centrale des instituts psychanalytiques.

Critères pour une « bonne recherche » évaluative des effets d'une psychothérapie psychodynamique

Bachrach et coll. (1991) ont procédé à une analyse systématique des études d'efficacité de la psychanalyse (incluant les psychothérapies psychanalytiques) depuis ses débuts (Coriat, 1917) jusqu'aux années 1990. Ils remarquent que dès l'origine, les psychanalystes investigateurs ont été conscients de l'importance de l'objectivité, de la fiabilité et de l'indépendance de l'observation. Cependant, à l'exception de l'étude Menninger (Kernberg, 1973) et de toutes les études basées sur la méthodologie de Pfeffer (Pfeffer, 1959), la plupart des études n'ont pas réalisé une exploration soigneuse de la nature individuelle du changement. C'est ainsi que de nombreuses études ont été construites sur des modèles statistiques multivariés plus adaptés à la détermination de tendances générales. La plupart des études ne fournissent aucune indication sur la nature de la contribution de l'analyste au processus du traitement dans des cas individuels, facteur qui concerne beaucoup plus directement les analystes. Alors que les études révèlent une relation substantielle entre le développement d'un processus analytique et le bénéfice thérapeutique, les caractéristiques initiales du patient ne permettent pas vraiment, sauf dans des cas extrêmes, de prédire la nature du résultat.

Bachrach et coll. (1991) proposent cinq critères pour une recherche évaluative : il faut montrer que le traitement évalué a réellement été mis en place ; le traitement doit être conduit par des praticiens suffisamment formés et expérimentés suivant des principes de pratique classiquement acceptés ; il doit être évalué en relation avec les conditions cliniques dans lesquelles il est applicable ; les patients doivent correspondre aux pré-requis du traitement ; les variables pertinentes doivent être spécifiées, opérationnalisées et étudiées systématiquement. Si les caractéristiques des patients ont été plutôt bien spécifiées et étudiées, celles du processus (à l'exception peut-être des conditions de sa mise en place et de l'interaction analyste-analysant) l'ont été beaucoup moins. Quant à celles concernant l'analyste, elles n'ont été étudiées que de façon rudimentaire. Il reste à obtenir des définitions opérationnelles claires et consensuelles de termes tels que l'amélioration, le bénéfice thérapeutique, le processus analytique et même les conditions de terminaison.

Poursuivant le travail engagé par Bachrach, Waldron (1997) a réalisé une revue synthétique de différents moyens permettant d'étudier les résultats de la psychanalyse. Il en tire un certain nombre d'enseignements et de recommandations. Deux niveaux doivent être pris en compte pour accomplir des études évaluatives :

• les principales dimensions cliniques du processus psychanalytique doivent être évaluées de façon fiable par des observateurs extérieurs aussi bien que par l'analyste traitant ;
• les scores issus des cotateurs doivent différencier un traitement d'un autre d'une façon cliniquement significative. En d'autres termes, les évaluateurs doivent être capables de distinguer les caractéristiques du traitement – celles du patient, du thérapeute, ou de l'interaction thérapeute-patient – qui ont des propriétés prédictives importantes.

La psychanalyse est fondamentalement un processus complexe. Les variables observées doivent être multiples. Une intervention technique (comme l'interprétation) ne doit pas être appréhendée seulement en termes quantitatifs, mais également qualitatifs. Cette complexité du problème devrait conduire à une collaboration entre différents chercheurs et cliniciens. Waldron insiste sur la complémentarité entre études portant sur un cas unique et études de population. Les méthodes statistiques portant sur un échantillon de population permettent de dégager des tendances générales. Elles sont inapplicables lorsque l'objet de l'étude est un événement unique ou rare – une occurrence historique majeure, par exemple. Elles sont également inapplicables quand les nécessités techniques pour obtenir l'échantillon à étudier excèdent de loin les capacités de l'investigateur : la taille de l'échantillon nécessaire pour démontrer la signification de la contribution des variables s'accroît avec le nombre de variables et ces variables peuvent être nombreuses dans les populations étudiées en thérapie psychodynamique.

Les études de cas nécessitent de définir les buts et la méthodologie, la situation qui va être étudiée, la logique qui lie les observations avec les conclusions, et les critères permettant de déterminer jusqu'à quel point ce lien est satisfaisant. Elles permettent d'étudier les séquences d'interaction entre le psychothérapeute et le patient, la relation entre interprétation et prise de conscience (Gedo et Schaffer, 1989 ; Waldron, 1997), l'évolution du récit et du processus narratif (Nye, 1991 ; Thurin, 1997). Des outils spéciaux destinés à l'analyse de séries temporelles ont été développés : la segmentation par séances ou unités plus courtes d'interaction sélectionnées au hasard ou à partir d'occurrences particulières (comme les pronoms et les unités thématiques) ; la méthode statistique spécifique à cette approche.

D'après Waldron, l'étude de cas est surtout utile pour savoir comment et pourquoi un phénomène se produit, alors que les méthodes concernant des échantillons de population sont plus adaptées à des questions telles que : qui, quoi, où, comment, combien et à quel point ? L'auteur insiste sur trois points :
• l'utilisation de mesures multiples dans la recherche d'efficacité. Appliquée à la pratique du clinicien, il montre l'intérêt de la mise en relation de l'enregistrement et des notes prises pendant ou après la séance, qui explorent des niveaux différents (la pensée et l'interaction langagière et émotionnelle). Certaines recherches remettent ainsi en question la classique neutralité comme facteur de progrès ;

• l'importance des mesures de qualité de vie qui s'expriment dans la qualité des relations et la capacité d'une implication productive. De multiples méthodes permettent d'évaluer ces variations. Outre les tests psychologiques comme le Rorschach, et l'Échelle santé-maladie de Luborsky (Luborsky, 1975) qui est présentée comme un outil fondamental, l'Inventaire des problèmes personnels d'Horowitz et coll. (1988), l'analyse du thème conflictuel central (Luborsky et coll., 1988), les tests psychologiques et l'analyse linguistique du matériel de la cure (suivant différentes méthodes) peuvent apporter des données très intéressantes. La validité de chaque évaluation est mieux établie à partir de mesures convergentes ;
• la nécessité de groupes de sujets contrôles et d'études de suivi. Les groupes contrôles permettent de s'assurer que les changements observés résultent seulement ou au moins d'abord du traitement. Les études de suivi qui ont été réalisées ont montré que les contacts après coup avec les patients, loin d'être nocifs, pouvaient être bénéfiques pour nombre d'entre eux.

Interface entre recherche évaluative en psychanalyse et d'autres méthodes psychothérapiques

La comparaison des résultats obtenus avec des techniques psychothérapiques se référant à des modèles différents est complexe. Le problème se pose à trois niveaux : celui des catégories diagnostiques, celui des dimensions évaluées et celui des protocoles de recherche. Nous avons vu précédemment que les deux premiers niveaux peuvent avoir des espaces communs (par exemple les symptômes) mais qu'il peut exister des divergences concernant le découpage des troubles et les critères d'évaluation des résultats. Le troisième niveau implique la nature même du traitement et la façon dont il est prescrit ou « engagé ». Pour une psychothérapie psychodynamique, le patient est amené à choisir un psychothérapeute en lequel il peut placer toute sa confiance. L'activité du psychothérapeute doit par ailleurs, pour une grande part, s'adapter au fonctionnement du patient qui ne vient pas seulement pour se débarrasser d'un symptôme gênant, mais pour exprimer sa souffrance et en appréhender les causes internes. Les études montrent qu'il est possible de réaliser une formalisation générale du protocole de la psychothérapie psychodynamique mise en œuvre pour évaluer ses résultats (Freud l'a fait dès le départ pour les cas qu'il suivait) et qu'il est également possible de concevoir des groupes contrôles qui ne contredisent pas l'éthique la plus élémentaire. Cependant, deux critères « d'excellence » paraissent actuellement inapplicables aux recherches concernant les psychothérapies psychodynamiques : l'application directe de manuels de traitement (différente d'une référence à un manuel précisant ses points essentiels accompagnée d'une supervision) et la randomisation autoritaire des patients dans différents groupes de traitement (Waldron, 1997 ; Bateman et Fonagy, 2000 ; Blomberg et coll., 2001). Au delà des solutions particulières qui doivent être recherchées pour résoudre

les problèmes précédents, une démarche sensiblement nouvelle s'exprime dans les travaux récents : plutôt que de vouloir comparer des populations définies très globalement et en fait très hétérogènes, la recherche devrait s'efforcer de mieux préciser les caractéristiques des patients qui peuvent leur permettre, à un moment donné de bénéficier dans les meilleures conditions d'une approche thérapeutique spécifique.

En conclusion, la possibilité existe d'associer à des approches symptomatiques et nosologiques des approches dimensionnelles portant sur le fonctionnement psychodynamique et la santé mentale. Des instruments d'évaluation des changements psychodynamiques ont été développés. Ils ont montré une plus grande sensibilité dans l'appréciation des changements que les mesures quantitatives de symptômes. Concernant les variables impliquées dans les effets des psychothérapies psychodynamiques, les études existantes font surtout apparaître leur interaction, plutôt que leur action isolée. Il apparaît aujourd'hui possible d'identifier les critères d'une recherche qualitativement bonne applicable aux psychothérapies psychodynamiques et ainsi de réaliser des études méthodologiquement rigoureuses pour évaluer l'efficacité des psychothérapies longues.

En plus de la nécessité pragmatique de démontrer l'efficacité dans un cadre de soins, il y a également un besoin de valider les constructions théoriques et les techniques utilisées. Tout en respectant une rigueur scientifique, un des enjeux pour les chercheurs est de produire une recherche qui soit pertinente et compatible avec la pratique clinique quotidienne. Cette recherche devra aborder conjointement l'évaluation des résultats et l'évaluation des processus. En effet, si une certaine technique thérapeutique montre qu'elle est efficiente, il est nécessaire que les mécanismes de changement doivent être pris en considération et analysés par rapport à l'approche théorique pour comprendre ce qui se passe dans cette thérapie. Il est indispensable de considérer également les interactions qui se produisent entre certaines caractéristiques des patients et des aspects particuliers du traitement.

BIBLIOGRAPHIE

AAPRO N, DAZORD A, GERIN P, DE COULON N, SCARIATI G et coll. Psychothérapies dans un centre universitaire de formation : étude des facteurs de changement. *Psychotherapies* 1994, **4** : 183-188

ALEXANDER F. Five-year report of the Chicago Institute for psychoanalysis, 1932-1937 and supplement to the five-year report. *Critical evaluation of therapeutic results*. 1937 : 30-43

ALEXANDER FG, FRENCH TM. Psychoanalytic therapy : principles and applications. Ronald Press, New York 1946

BACHRACH H, GALATZER-LEVY R, SKOLNIKOFF A, WALDRON S JR. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1991, **39** : 871-916

BARBER S, LANE RC. Efficacy research in psychodynamic therapy : a critical review of the literature. *Psychotherapy in Private Practice* 1995, **14 :** 43-69

BARBER JP, CRITS-CHRISTOPH P, LUBORSKY L. Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 619-622

BARBER JP, CONNOLLY MB, CRITS-CHRISTOPH P, GLADIS L, SIQUELAND L. Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2000, **68** : 1027-1032

BATEMAN AW, FONAGY P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000, **177** : 138-143

BLOMBERG J, LAZAR A, SANDELL R. Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies : first findings of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychother Res* 2001, **11 :** 361-382

BOGWALD KP, HOGLEND P, SORBYE O. Measurement of transference interpretations. *J Psychother Pract Res* 1999, **8** : 264-273

BOTELLA C. Propositions pour une recherche clinique fondamentale. *In* : Le travail psychananalytique GREEN A ed, PUF, Paris 2003 : 27-41

CORIAT IH. Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses. *Psychoanal Rev* 1917, **4** : 209-216

CRITS-CHRISTOPH P, COOPER A, LUBORSKY L. The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56** : 490-495

DEROGATIS LR. SCL-90-R. Administration, scoring and procedures. Manual-II, Clinical Psychometric Research, Towson MD 1983

DEWITT KN, HARTLEY DE, ROSENBERG SE, ZILBERG NJ, WALLERSTEIN RS. Scales of psychological capacities : Development of an assessment approach. *Psychoanal Contemp Thought* 1991, **14** : 343-361

EDELSON M. Is testing psychoanalytic hypotheses in the psychoanalytic situation really impossible ? *In* : Hypothesis and evidence in psychoanalysis. EDELSON M ed, University of Chicago Press, Chicago 1984 : 61-109

ENDICOTT J, SPITZER RL, FLEISS JL, COHEN J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976, **33** : 766-771

FENICHEL O. Ten years of the Berlin Psychoanalytic Institute, 1920-30. Report of therapeutic results. 1930 : 28-40

FISHER S, GREENBERG RP. Freud scientifically reappraised : testing the theories and therapy. Wiley, New York 1996

FONAGY P. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. International Psychoanalytical Association, Research Comitee, London 1999

FREE NK, GREEN BL, GRACE MC, CHERNUS LA, WHITMAN RM. Empathy and outcome in brief focal dynamic therapy. *Am J Psychiatry* 1985, **142** : 917-921

FREUD S. Introduction à la psychanalyse. Petite Bibliothèque Payot, Paris (1916) 1971 : 443 p

GASTON L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy* 1990, **27** : 143-153

GAUTHIER S, ODIER B, SOUFFIR V. Une méthode d'inspiration psychopathologique de description des changements au cours des états psychotiques chroniques. À paraître 2004

GEDO PM, SCHAFFER N. An empirical approach to studying psychoanalytic process. *Psychoanal Psychol* 1989, **6** : 277-291

GLOVER E, FENICHEL O, STRACHEY J, BERGLER E, NUMBERG H, BIBRING E. Symposium on the theory of the therapeutic results of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 1937, **18** : 125-189

GOIN M, STRAUSS G, MARTIN R. A change measure for psychodynamic psychotherapy outcome research. *J Psychother Pract Res*, 1995, **4** : 319-328

HOGLEND P, BOGWALD KP, AMLO S, HEYERDAHL O, SORBYE O et coll. Assessment of change in dynamic psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 2000, **9** : 190-199

HOROWITZ MJ, MARMAR CR, WEISS DS, KALTREIDER NB, WILNER NR. Comprehensive analysis of change after brief dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1986, **143** : 582-589

HOROWITZ LM, ROSENBERG SE, BAER SA, URENO G, VILLASENOR VS. Inventory of interpersonal problems : psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56** : 885-892

HOROWITZ LM, ROSENBERG SE, BARTHOLOMEW K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 549-560

JONES E. Decennial report of the London Clinic of Psychoanalysis, 1926-1936. Results of treatment. 1936, 12-14

JONES EE, GHANNAM J, NIGG JT, DYER JF. A paradigm for single-case research : the time series study of a long-term psychotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 381-394

JOYCE AS, PIPER WE. Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1998, **7** : 236-248

KERNBERG OF. Summary and conclusions of "Psychotherapy and Psychoanalysis, final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project". *Int J Psychiatry* 1973, **11** : 62-77

KNIGHT R. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941, **98** : 434-446

KRAWITZ R. A prospective psychotherapy outcome study. *Aust N Z J Psychiatry* 1997, **3** : 465-473

KRUPNICK JL, PINCUS HA. The cost-effectiveness of psychotherapy : a plan for research. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1295-1305

LASTRICO A, ANDREOLI A, GUEDDARI NS, AAPRO N, DAZORD A. Levels of the training of psychotherapists and results of analytic psychotherapy. *Ann Med Psychol* 1995, **153** : 676-686

LEUZINGER-BOHLEBER M. Comment évaluer la qualité des traitements psychanalytiques ? Une association de méthodes de recherche psychanalytique et non psychanalytique dans une étude de suivi représentative et multi-perspectiviste de psychanalyses et thérapies psychanalytiques de longue durée. *In* : Conférence annuelle de la FEP, Bruxelles, Wolff, 2002 : 172-197

LINGIARDI V, LONATI C, DELUCCHI F, FOSSATI A, VANZULLI L, MAFFEI C. Defense mechanisms and personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1999, **187** : 224-228

LUBORSKY L. Clinician's judgments of mental health. *Arch Gen Psychiatry* 1962, **7** : 407-17

LUBORSKY L. Clinicians' judgements of mental health : specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bull Menninger Clin* 1975, **35** : 448-480

LUBORSKY L. Helping alliances in psychotherapy : The groundwork for a study of their relationship to its outcome. *In* : Successful psychotherapy. CLAGHORN JL ed, Brunner/Mazel, New York 1976 : 92-116

LUBORSKY L. Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy : the core conflictual relationship theme. *In* : Communicative structures and psychic structures. FREEDMAN N, GRAND S eds, Plenum Press, New York 1977 : 367-395

LUBORSKY L. Principles of psychodynamic psychotherapy : a manual for supportive-expressive treatment. Basic Books, New York 1984

LUBORSKY L. The core conflictual relationship theme method : guide to scoring and rationale. Unpublished manuscript, 1986

LUBORSKY L, BACHRACH H. Factors influencing clinician's judgments of mental health. Eighteen experiences with the Health-Sickness Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1974, **31** : 292-299

LUBORSKY L, CRITS-CHRISTOPH P, MINTZ J, AUERBACH A. Who will benefit from psychotherapy ? Predicting therapeutic outcomes. Basic Books, New York 1988

LUBORSKY L, DIGUER L, LUBORSKY E, MCLELLAN AT, WOODY G, ALEXANDER L. Psychological health-sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 542-548

MAIN M, KAPLAN N, CASSIDY J. Security in infancy, childhood and adulthood : a move to the level of representation. *In* : Growing points in attachment theory and research. BRETHERTON I, WATERS E eds, *Monogr Soc Res Child Dev* 1985, **50** : 66-106

MALAN D. The outcome problem in psychotherapy research : a historical view. *Arch Gen Psychiatry* 1973, **29** : 151-158

MCCULLOUGH L, WINSTON A, FARBER BA, PORTER F, POLLACK J et coll. The relationship of patient therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy* 1991, **28** : 525-533

MONSEN J, ODLAND T, FAUGLI A, EILERTSEN DE. Personality disorders : changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychother Res* 1995, **5** : 33-48

NYE C. Discourse analysis of narrative process in a psychoanalytic case. Presented to the meeting of the Society for Psychotherapy Research, June 1991

OGRODNICZUK JS, PIPER WE. Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies. Development and use of a new scale. *J Psychother Pract Res* 1999, **8** : 142-154

OGRODNICZUK JS, PIPER WE, JOYCE AS, MCCALLUM M. Effect of patient gender on outcome in two forms of short-term individual psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 2001, **10** : 69-78

OMS. Renforcement de la promotion de la santé mentale. Aide mémoire n° 220, révisé 2001. http://www.who.int/inf-fs/fr/am220.html

PARIS J, BROWN R, NOWLIS D. Long-term follow-up of borderline patients in general hospital. *Compr Psychiatry* 1987, **28** : 530-535

PERRY JC. Defense Mechanisms Rating Scale. Cambridge Hospital-Harvard Medical School, Boston 1991

PFEFFER AZ. A procedure for evaluating the results of psychoanalysis : a preliminary report. *J Am Psychoanal Assoc* 1959, **7** : 418-444

PIPER WE, DEBBANE EG, DE CARUFEL FL, BIENVENU JP. A system for differentiating therapist interpretations and other interventions. *Bull Menninger Clin* 1987, **51** : 532-550

PIPER WE, AZIM HF, MCCALLUM M, JOYCE AS. Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1990, **58** : 475-481

SANDELL R, BLOMBERG A, LAZAR A, SCHUBERT J., CARLSSON J., BROBERG J. Traduction de l'exposé « Problèmes méthodologiques posés par l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse » APEP, 2001

SHAFER R. Generative empathy in the treatment situation. *Psychoanal Q* 1959, **28** : 347-373

SHULMAN DG. Psychoanalysis and the quantitative research tradition. *Psychoanal Rev* 1990, **77** : 245-261

STONE MH. Long-term outcome in personality disorders. *Br J Psychiatry* 1987, **162** : 299-313

STRUPP HH, HADLEY SW. Specific vs nonspecific factors in psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1979, **36** : 1125-1136

SUNDIN E, ARMELIUS B, NILSSON T. Reliabliy studies of scales of psychological capacities : a new method to assess psychological change. *Psychoanal Contemp Thought* 1994, **17** : 591-615

THURIN M. Le discours, émergences du sens, niveaux d'analyse, perspectives cliniques. Nodules PUF 1997, 126p

THURIN JM, THURIN M, WIDÖCHER D, TIEDER-KAMINSKY S, KAMINSKY P, GRUMBACH A. Analyse descriptive et comparative des rêves au cours d'une psychothérapie. Fonctions du rêve, relations au conflit central du patient, évolution. Étude de faisabilité d'une méthodologie clinique en sciences cognitives appliquée au domaine de la psychopathologie. Rapport du CNEP 94 CN 40 – Inserm, 1996 : 333 p

VAUGHAN SC, MARSHALL RD, MACKINNON RA, VAUGHAN R, MELLMAN L, ROOSE SP. Can we do psychoanalytic outcome research ? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000, **81** : 513-527

WALDRON S. How can we study the efficacy of psychoanalysis ? *Psychoanal Q* 1997, **66** : 283-322

WALLERSTEIN RS. Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy. Guilford, New York 1986

WEINRYB RM, ROSSEL RJ. Karolinska Psychodynamic Profile. KAPP. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1991, **363** : 1-23

WEISSMAN MM. The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Arch Gen Psychiatry* 1975, **32** : 357-365

WIDLÖCHER D. L'esprit de recherche en psychanalyse. *In* : Le travail psychanalytique. GREEN A ed, PUF, Paris 2003 : 17-25

WILCZEK A, WEINRYB RM, GUSTAVSSON PJ, BARBER JP, SCHUBERT J, ASBERG M. Symptoms and character traits in patients selected for long-term psychodynamic psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1998, **7** : 23-34

6

Études d'évaluation de l'approche psychodynamique (psychanalytique)

La littérature sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies dynamiques (longues ou brèves) dans différentes pathologies psychiatriques peut être analysée, selon les critères définis pour cette expertise, dans les six grandes catégories de troubles suivantes : troubles « névrotiques », schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire et troubles de la personnalité. Au total, 11 méta-analyses ont été retenues concernant des troubles spécifiques ainsi que 3 méta-analyses concernant les psychothérapies brèves appliquées à plusieurs troubles. Les résultats sont complétés par ceux issus de travaux avec groupe contrôle (12 études), ou sans (11 études). Le tableau 6.I résume les principales études et méta-analyses prises en considération.

Le choix d'une évaluation des résultats de psychothérapies psychodynamiques à partir de catégories isolées de troubles (classification du DSM-IV) peut être discuté. En effet, la majorité des patients qui s'engagent dans une psychothérapie psychodynamique le font à l'occasion d'une dépression ou d'un symptômes particulier qui sont susceptibles de s'améliorer rapidement. En revanche, la psychopathologie sous-jacente (troubles de la personnalité, addiction, conduites à risque…) pose des problèmes autrement complexes qui vont devoir être abordés de façon à la fois focale et globale. De façon générale, la pathologie initiale d'appel est alors rapidement oubliée et le résultat de son traitement non évalué car les objectifs se sont déplacés vers la recherche d'une meilleure santé mentale impliquant différentes dimensions qui ont été évoquées précédemment. L'étude de Doidge et coll. (1994) portant sur les caractéristiques de 580 patients traités en psychanalyse fait apparaître que le nombre moyen de troubles de l'axe I DSM-III présents au début de leur traitement était de 4,16 et qu'ils étaient accompagnés dans 71,4 % des cas d'au moins un diagnostic de l'axe II. Cette même constatation est également évoquée dans des études plus récentes (Vaughan et coll., 2000 ; Blomberg et coll., 2001). Enfin, les grandes catégories recouvrent des troubles différents (il existe différents types de dépressions ou de schizophrénies) qui non seulement peuvent varier au niveau de leur sévérité, mais concernent finalement des cas dont l'abord thérapeutique ne peut être le même. Ainsi, par exemple, certaines dépressions peu « bruyantes » rangées sous le terme de

Tableau 6.1 : Récapitulatif des principales études analysées pour l'approche psychodynamique (psychanalytique)

Pathologies	Études retenues : méta-analyses, revues systématiques et études contrôlées
Troubles névrotiques (majoritairement troubles anxieux et dépression)	1 méta-analyse : Andrews et Harvey, 1981 étude contrôlée : Blay et coll., 2002
Schizophrénie	3 méta-analyses : Malmberg et Fenton, 2002 ; Wunderlich et coll., 1996 ; Mojtabai et coll., 1998
Troubles de l'humeur	3 méta-analyses : Leichsenring, 2001 ; Robinson et coll., 1990 ; McCusker et coll., 1998 études contrôlées : Burnand et coll., 2002 ; Guthrie et coll, 1999 et 2001
Troubles de la personnalité	1 méta-analyse : Leichsenring et Leibing, 2003 revues systématiques : Bateman et Fonagy, 2000 ; Adler, 1989
Personnalité borderline	3 études contrôlées : Bateman et Fonagy, 1999 ; Woody et coll., 1985 ; Mearres et coll., 1999 ; Munroe-Blum et Marziali, 1995
Personnalité évitante	1 étude contrôlée : Winston et coll., 1994 ;
Sociopathie	1 étude contrôlée : Woody et coll., 1985
Troubles anxieux	
Trouble panique	1 revue de cas : Milrod et Shear, 1991 étude contrôlée : Wiborg et Dahl, 1996
État de stress post-traumatique	1 étude contrôlée : Brom et coll., 1989
Plusieurs troubles confondus	3 méta-analyses : Anderson et Lambert, 1995 ; Crits-Christoph, 1992 ; Svartberg et Stiles, 1991

dysthymie posent des problèmes thérapeutiques beaucoup plus complexes que ceux de la dépression dite « majeure ».

Résultats des études d'évaluation concernant une ou plusieurs catégories de troubles

Nous présenterons pour chaque pathologie en premier lieu les méta-analyses (si elles existent), les revues systématiques d'études contrôlées et les études contrôlées, puis les autres études. Chaque étude sera présentée, chaque fois que cela est possible, en précisant successivement son objectif général, la population concernée et le cadre du traitement ; la technique utilisée, le sous-modèle théorique de référence et les objectifs spécifiques correspondants ; la méthodologie utilisée ; les résultats ; les commentaires.

Méta-analyse concernant les patients « névrotiques »

Une seule méta-analyse (Andrews et Harvey, 1981) traite de l'efficacité des psychothérapies pour les patients « névrotiques » (essentiellement des

patients anxieux et déprimés). Reprenant la méta-analyse de Smith et coll. (1980), elle porte sur 292 tailles d'effet (mesure standard d'amélioration) issues de 81 études contrôlées publiées entre 1941 et 1976, concernant 2 202 patients exprimant des « plaintes névrotiques » (tableau 6.II). Parmi ces patients, 88 % avaient des névroses ou de vraies phobies, et 12 % des troubles émotionnels somatiques. Elle ne concerne que des patients qui ont recherché eux-mêmes une psychothérapie ou qui ont été adressés par un référent pour le faire. La moyenne d'âge des patients est de 30 ans, de genres masculin et féminin répartis de façon équivalente.

Tableau 6.II : Méta-analyse de Andrews et Harvey (1981) concernant les « névroses »

Description	Résultats
81 essais contrôlés entre 1941 et 1976 202 personnes présentant des plaintes névrotiques et ayant sollicité un traitement Âge moyen : 30 ans (7-52 ans) Durée traitement : moyenne 18 h/15 semaines Thérapeutes expérimentés	292 tailles d'effets moyenne = 0,72 psychothérapies psychodynamiques = 0,72 placebo = 0,55

La moyenne des tailles d'effet est de 0,72, ce qui indique que chez des personnes ayant eu une psychothérapie, l'amélioration moyenne est supérieure à celle observée chez les sujets du groupe témoin. Les psychothérapies psychodynamiques obtiennent une taille d'effet moyenne de 0,72. La taille d'effet moyenne pour le placebo est de 0,55. Les facteurs spécifiques et non spécifiques qui ont contribué à l'amélioration ne sont pas pris en compte. La durée des traitements est très variable, tout comme l'âge des patients (près d'un tiers de la population des études retenues a été traité dans une école ou un collège). La sévérité des troubles traités par chaque approche n'est pas précisée. La nature des bénéfices obtenus reste assez vague, du fait même de la dispersion des outils de mesure utilisés. Comme le soulignent les auteurs, on regrette l'absence du questionnaire général de santé (GHQ de Goldberg, 1972) qui aurait permis une véritable évaluation clinique du résultat.

Cette méta-analyse, qui est une ré-analyse des résultats de deux méta-analyses (Smith et Glass, 1977 ; Smith et coll., 1980), fait bien apparaître comment des biais méthodologiques majeurs peuvent se glisser dans les études contrôlées et réapparaître dans une méta-analyse. Les principaux biais concernent le recrutement des personnes (au sein d'une population normale, souffrant d'un symptôme particulier ou au sein d'une population psychiatrique traditionnelle), l'absence de définition précise des troubles, la variété des indicateurs et des mesures sélectionnés et les spécificités d'indication des différentes psychothérapies. Concernant le recrutement, certaines études portent sur des sujets sélectionnés parmi la population à cause de leur score

élevé d'angoisse confrontés à des rats ou de leur peur de parler en public, elles sont de nature différente de celles portant sur des populations cliniques où les patients réels ne coïncident pas toujours avec les critères d'inclusion et où la technique s'adapte à leur spécificité. Paradoxalement, les premières risquent d'être mieux considérées parce que leurs qualités méthodologiques formelles sont meilleures. Les auteurs soulignent également l'absence fréquente de données concernant la sévérité du diagnostic qui conditionne en fait le choix de la thérapie et la durée du traitement. Une psychothérapie peut ainsi très bien avoir des résultats pour un certain degré de sévérité et pas pour un autre, y compris de sévérité moindre. Un acquis non négligeable de cette étude est que l'efficacité des « psychothérapies actives » se manifeste d'autant plus que la pathologie est importante. Les études de suivi montrent que les résultats sont stables pendant plusieurs mois, puis déclinent ensuite lentement, avec une diminution de la taille d'effet estimée à 0,2 unité par an. Par ailleurs, une rechute ne signifie pas nécessairement que le traitement a échoué et encore moins qu'il est terminé. L'analyse de l'efficacité sur une courte échelle de temps peut représenter un biais important car elle ne situe pas précisément les objectifs qui sont recherchés en fonction de la population concernée. Cet aspect apparaît également dans les méta-analyses sur les résultats des psychothérapies « courtes ou brèves ». Il est en effet naïf de penser que les psychothérapies brèves peuvent être adaptées aux troubles de la personnalité et aux névroses chroniques. Certains de ces états requièrent un traitement prolongé et intensif. Il est essentiel que de tels traitements puissent être un axe central de la recherche évaluative.

En conclusion, Andrews et Harvey remarquent que leur méta-analyse apporte des données trop générales pour répondre à la question : « Quel traitement pour quel patient ? ».

Études concernant les effets de la psychothérapie brève dans des groupes de patients « névrotiques »

L'étude prospective de Junkert-Tress et coll. (2001) concerne l'effet d'une psychothérapie dynamique brève (PDB) sur des patients souffrant de troubles « névrotiques », somatoformes et de la personnalité. Elle porte sur 75 patients recrutés en clinique ambulatoire. Il s'agit d'une étude naturaliste sans groupe contrôle, chaque sujet étant son propre témoin. La technique de PDB utilisée est celle de Strupp et Binder (1984). Elle est focalisée sur l'analyse des manifestations du transfert à la fois dans la relation actuelle thérapeute-patient et dans les relations conflictuelles qui se produisent en dehors de la dyade thérapeutique. Elle s'appuie sur le modèle théorique suivant lequel la détresse psychologique et les problèmes d'interaction seraient renforcés par des comportements interpersonnels mal adaptés ayant leur origine dans les relations avec les objets primaires de la petite enfance. L'enfant introjecterait (reprendrait à son compte et s'identifierait à) l'image qui lui est renvoyée de lui-même et le comportement qui l'accompagne. Ces

conduites, qui s'auto-perpétuent, pourraient être également identifiées chez les patients avec des troubles somatoformes, les symptômes étant souvent considérés comme un résultat de leur caractère interpersonnel significatif.

Cette étude s'appuie sur tout un ensemble de mesures, autoquestionnaires et inventaires validés, utilisés par les thérapeutes : SCL-90-R, *INTREX Introject Questionnaire* (Benjamin, 1974 et 1984), GAF, *Impairment scale* (Shepank, 1994).

Les résultats montrent que la détresse psychologique était considérable au départ, sans aucune différence significative entre les groupes diagnostiques (tableau 6.III). Une réduction de la détresse symptomatique a été mise en évidence à la fin de la thérapie, tant pour l'échantillon entier que pour chaque groupe diagnostique. La détresse est légèrement remontée puis est restée stable. Concernant la représentation de soi, cette étude a utilisé l'introjection comme une des bases de la structure de la personnalité. Elle a évalué les changements concernant la représentation que les patients avaient d'eux-mêmes et la façon dont ils s'évaluaient (en pire ou en mieux). Cette représentation a été mise en relation avec les changements au niveau des symptômes. L'association d'une amélioration symptomatique et de changements dans la représentation de soi introjectée diffère suivant les groupes diagnostiques. Ainsi, dans le groupe somatoforme, un comportement plus adapté a été rapporté à la fin de la thérapie et durant la période des 6 mois de suivi, et cela parallèlement à l'amélioration symptomatique. Dans le groupe névrotique, les affiliations négatives se sont considérablement réduites, ainsi que l'index de gravité symptomatique. Dans le groupe des troubles de la personnalité, l'évolution de l'introjection vers le meilleur et la réduction de l'identification de l'image de soi au pire ne sont apparues qu'avec retard et se sont renforcées durant la période de suivi. Les symptômes cliniques ont peu changé, mise à part l'attitude hostile envers soi qui, après une période de renforcement durant la thérapie, s'est améliorée lentement durant la période de suivi. Le handicap des patients s'est réduit dans les trois groupes, jusqu'à atteindre le seuil de la normalité. Le fonctionnement global s'est amélioré dans tous les groupes diagnostiques. Cet effet est resté stable. Un intérêt majeur de cette étude est d'avoir étudié à la fois les changements symptomatiques et les modifications structurales, en particulier au niveau de la représentation de soi et de son association avec ses propres comportements et ceux des autres qui y sont associés.

Bien que les auteurs concluent à l'efficacité de l'approche « Strupp et Binder » de la PDB pour les patients avec troubles somatoformes (ou troubles névrotiques), l'absence de groupe contrôle dans cette étude empêche une conclusion définitive sur l'efficacité de cette approche.

L'étude contrôlée de Blay et coll. (2002) a cherché à étudier les résultats à long terme de la psychothérapie dynamique brève de groupe (PDBG) en comparaison avec une approche clinique standard chez 84 patients présentant des troubles psychiatriques mineurs : troubles affectifs (moyens à

Tableau 6.III : Étude contrôlée de Blay et coll. (2002) sur la psychothérapie psychodynamique de groupe pour les troubles psychiatriques mineurs

Description	Résultats
Score d'au moins 4 sur les 12 items du GHQ ; présentant un des types suivants de troubles du DSM-IV : troubles affectifs (moyens à modérés), anxiété, troubles somatoformes, problèmes d'adaptation et sexuels ; durée de l'épisode inférieure ou égale à 5 ans Psychothérapie suivant les principes de Sifneos Taille échantillon : 84 patients Âge moyen : 20-60 ans M et F Durée traitement : 8 séances initiées par film vidéo Thérapeutes : psychiatres entraînés et expérimentés	La psychothérapie dynamique brève de groupe constitue un traitement supérieur à celui de la gestion clinique à la fin du traitement. Les résultats ne sont pas maintenus à deux ans.

modérés), anxieux, somatoformes, problèmes d'adaptation et sexuels. Les critères d'inclusion étaient ceux du DSM-IV et la durée des troubles devait être inférieure ou égale à 5 ans. La psychothérapie d'orientation psychodynamique reposait sur les principes de Sifneos (1987). Cette psychothérapie est centrée sur le conflit œdipien, et ses indications sont l'anxiété, la dépression, les phobies, la conversion, les traits obsessionnels compulsifs moyens et les troubles de la personnalité impliquant des difficultés interpersonnelles bien délimitées. Le thérapeute utilise des confrontations provoquant l'anxiété pour clarifier les questions qui concernent le patient à propos d'événements précoces de sa vie et du conflit actuel, avec l'objectif de l'aider à identifier et à élaborer (comprendre, distancier et pouvoir aborder) des problématiques telles que l'anxiété ou les conflits interpersonnels. Les techniques de groupe ont inclus le questionnement, des confrontations limitées, l'expression de sentiments intenses issus de la discussion, la recherche des conduites répétitives, l'analyse du transfert et des modes de résistance.

Tous les patients inclus dans ce groupe ont participé à 8 séances de psychothérapie (deux fois par semaine pendant un mois). Pour faciliter l'adaptation et la participation des membres du groupe, chaque séance commençait par la projection d'une vidéo de 20 à 30 minutes. Ces vidéos abordaient les thèmes suivants : relations personnelles, travail, religion, alcoolisme, relations familiales, sexualité, violence et honnêteté. Les patients étaient répartis de façon randomisée entre un groupe expérimental et un groupe contrôle. Une première évaluation a été réalisée à partir du questionnaire général de santé (*General health questionnaire* GHQ-12, Goldberg, 1972). L'évaluation a été réalisée à deux périodes : rapidement après la fin du traitement et à deux ans de suivi.

Sur la base du GHQ, le groupe PDBG a montré à la fin du traitement une amélioration significative chez 23 des 42 patients (54,8 %) *versus* 11 des 41 (26,8 %) du groupe « approche clinique standard ». La différence du taux

total d'amélioration était de 28 %. En revanche, aucun effet différentiel au suivi n'a été trouvé entre le groupe PDBG et le groupe de gestion clinique standard. Les conclusions des auteurs sont donc que la psychothérapie psychodynamique de groupe apparaît avoir des effets positifs à la fin du traitement, mais que les changements obtenus ne sont pas stables (tableau 6.III).

Méta-analyses concernant la schizophrénie

La schizophrénie est sans doute la pathologie mentale où la compétence du psychothérapeute, ses qualités humaines et d'interaction sont les plus mises à l'épreuve, du moins en début de traitement (Diatkine, 1973). La construction théorique et technique s'est constituée pour une part essentielle à partir de cas individuels relatés (par exemple, Sechehaye, 1968 ; Pankov, 1973 ; Winnicott, 1977 ; McDougall et Lebovici, 1984). La psychothérapie requiert un cadre particulièrement stable dans la durée, une implication et une alliance forte du patient et du psychothérapeute. Dans ce contexte très individualisé, les études de population sont par définition très difficiles à réaliser et peu nombreuses. Lorsqu'elles existent, elles souffrent souvent de biais méthodologiques pour plusieurs raisons : les protocoles psychothérapiques psychodynamiques sont faiblement standardisés, les cotateurs ne sont pas réellement externes, les psychothérapeutes ne sont pas vraiment formés et/ou sont isolés du reste de l'équipe thérapeutique (Letarte, 1994). En outre, il existe des facteurs de contexte (autres traitements, cadre dans lequel a lieu la psychothérapie – hôpital, centre ambulatoire de soins, cabinet – implication de l'environnement soignant, familial et social). Les études de suivi posent des problèmes massifs d'exécution, d'analyse, de présentation et d'interprétation (May, 1976). Les méta-analyses amplifient ces caractéristiques.

Trois méta-analyses ont été retenues pour la schizophrénie (tableau 6.IV). La méta-analyse de Malmberg et Fenton (2002) concerne les études impliquant les personnes souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie (incluant les troubles schizoïdes, schizoaffectifs et schizophréniformes) ou une maladie mentale psychotique de sévérité similaire, sans prise en compte de l'âge et du genre. Ses objectifs sont de faire la revue des effets de la psychothérapie psychodynamique individuelle ou de la psychanalyse, avec ou sans soin standard, en comparaison avec : le soin standard (médicaments antipsychotiques, apprentissage d'outils) ; d'autres interventions psychosociales ; l'absence de soins. Il a également été proposé de voir s'il existait des différences de réponse entre les patients hospitalisés et ambulatoires ; les patients vivant seuls ou en famille ; les personnes dont c'était le premier épisode de schizophrénie par rapport à celles dont la maladie est de plus longue durée ; les techniques psychanalytiques strictes et les techniques intégrant une activité de soutien et de direction. Contrastant avec ce programme ambitieux, cette méta-analyse fait surtout apparaître l'importance du manque de données. Une fois

Tableau 6.IV : Méta-analyses concernant la schizophrénie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Wunderlich et coll., note : 6/7	31 études, 2 161 patients mesures portant sur symptômes, vie et intégration, taux de réhospitalisation 4 études sur psychothérapie psychanalytique	Psychanalyse (4 études), taille d'effet 0,08
Mojtabai et coll., note : 5,5/7	106 études, combinaison traitement psychosocial et pharmacologique 46 études sur thérapies verbales études sur thérapie psychodynamique	Taille d'effet de la thérapie psychodynamique 0,27 *versus* absence de traitement
Malmberg et Fenton, note : 6/7	1 étude retenue (May, 1976) 92 patients hospitalisés Psychodynamique brève (PDB) Répond aux critères de Cochrane, mais manque de précision sur les critères d'entrée	Moins de suicides dans groupe PDB et dans PDB + médicament que dans médicament seul, résultat non significatif

mises de côté les études qui ne répondent pas aux critères de Cochrane (essais randomisés en simple aveugle de psychothérapie psychodynamique individuelle ou de psychanalyse concernant les personnes souffrant de schizophrénie ou de maladie mentale sévère, précision des critères nécessaires pour répondre aux questions de la méta-analyse) ou non encore terminées, il ne reste qu'une seule étude susceptible d'être incluse dans la méta-analyse (May, 1976) et permettant les comparaisons d'efficacité suivantes : psychothérapie psychodynamique (PPD) *versus* médicament, PPD associée à médicament *versus* médicament seul et PPD individuelle *versus* PPD de groupe. Cette étude décrit un nombre réduit de suicides dans le groupe PPD (1 *versus* 3 dans le groupe médicament, mais la signification statistique n'est pas atteinte) ainsi que dans le groupe PPD + médicament (0 *versus* 3 dans le groupe médicament). Ceux qui ne recevaient pas de médicament à l'hôpital (un des groupes de l'étude), continuaient à être moins enclins à recevoir des médicaments en dehors de l'hôpital à trois ans. En revanche, le niveau de santé obtenu par PPD seule est inférieur à celui obtenu par médicament seul. Cette étude n'apporte évidemment aucune possibilité de généralisation. L'échantillon est composé de 92 à 160 patients, ce qui est très peu par rapport au nombre de patients souffrant de schizophrénie et de troubles mentaux sévères ayant bénéficié d'une psychothérapie psychodynamique. En outre, l'étude de référence principale date de 1976. Il s'agit de patients hospitalisés dans des conditions qui ne sont pas précisées. Il est difficile de savoir jusqu'à quel point les participants de l'étude de May ressemblent à ceux qui sont vus normalement en pratique clinique, avec des critères d'entrée dans l'étude tels que « pas d'amélioration probable » et où ceux qui répondaient rapidement étaient exclus.

Aucun essai n'a été identifié ayant étudié l'efficacité d'une approche psychanalytique proprement dite pour les personnes souffrant de schizophrénie. Il n'y a pas de données sur l'efficacité des psychothérapies chez les patients traités en ambulatoire, elles existent uniquement chez les patients hospitalisés. Les auteurs concluent sur la nécessité de développer la recherche évaluative dans ce domaine en veillant particulièrement à la qualité des études.

La méta-analyse de Wunderlich et coll. (1996) porte sur 31 études menées de 1955 à 1994 (2 161 patients) de langue anglaise ou allemande. Son objectif général est de définir l'influence des méthodes psychosociales sur le sentiment et le comportement de patients schizophrènes. Ces méthodes psychosociales comprennent différentes techniques (psychothérapie non précisée, verbale, psychanalytique, familiale, sociale, cognitive, comportementale, corporelle) et sont évaluées sur des critères différents (symptômes, rechutes, réhospitalisations, acquisitions cognitives, intégration sociale…). Quatre études en langue allemande ou anglaise concernent les résultats de la psychothérapie psychanalytique. La psychothérapie verbale (1 étude, 82 patients) a produit une taille d'effet de 0,19 et la psychanalyse (4 études, 361 patients) une taille d'effet de 0,08 par rapport à une population ne recevant que le traitement hospitalier « habituel », sans méthodes spécifiques d'intervention. Cet effet porte sur différents indicateurs : symptômes, vie et intégration, taux de réhospitalisation. Le cadre dans lequel se sont déroulées ces psychothérapies n'est pas précisé.

La méta-analyse de Mojtabai et coll. (1998) porte sur 106 études et est centrée sur les effets de la combinaison du traitement psychosocial et du traitement pharmacologique dans la « gestion » de la schizophrénie. Les études comparant les traitements combinés par rapport à l'absence de traitement font apparaître des tailles d'effet plus importantes que celles de chacun des traitements utilisés de façon isolée par rapport à l'absence de traitement. Le taux de rechutes des patients ayant bénéficié d'un traitement psychosocial en plus du traitement pharmacologique est significativement plus bas (– 20 %) que celui des patients qui n'ont reçu qu'un traitement médicamenteux. Quarante-six études concernent les psychothérapies verbales : psychothérapies psychodynamiques (10), programmes de réduction de l'émotion exprimée (7), autres traitements verbaux (29). La taille d'effet moyenne des psychothérapies verbales est de 0,37 (respectivement 0,27 ; 0,56 ; 0,38).

L'étude des variables latérales fait apparaître que les études avec des tailles d'échantillon plus élevées produisent des tailles d'effet plus basses, que les études dont les auteurs ont une claire allégeance au traitement expérimental présentent des tailles d'effet plus élevées que celles où cette allégeance n'apparaît pas clairement, que les études réalisées aux États-Unis ou au Canada ont tendance à produire des tailles d'effet plus basses que celles issues de Grande-Bretagne ou d'Europe continentale. D'autre part, les résultats se sont révélés moins bons en cas de comportement désorganisé et meilleurs chez des patients dont la pathologie était plus chronique. Ce dernier point

suggère que l'on pourrait envisager différentes priorités de traitement à différents stades de la pathologie.

Études concernant les troubles de l'humeur

Trois méta-analyses (tableau 6.V) et quatre études contrôlées ont été retenues concernant les troubles de l'humeur.

Méta-analyses pour la dépression

La méta-analyse de Leichsenring (2001) présente les résultats de la psychothérapie dynamique brève (PDB) dans le traitement de la dépression de

Tableau 6.V : Méta-analyses concernant la dépression

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Robinson et coll., 1990 note : 6/7	Patients souffrant de dépression ; différents mode de recrutement Groupe de comparaison (liste d'attente et placebo) Traitement verbal prédominant 58 études Nombre de sujets : 2 350 Âge moyen : 40 ans Femmes : 80 %	Tailles d'effet : post-traitement 0,74, suivi 0,70 ; liste d'attente 0,84 ; placebo 0,28 Taille d'effet des verbales générales : 0,49 mais différence annulée par effet allégeance Thérapie individuelle 0,83 ; groupe 0,84
McCusker et coll., 1998 note : 5/7	Sujets âgés en ambulatoire Traitement médicamenteux, psychothérapie comportementale, psychothérapie « émotive » comprenant des thérapies psychodynamiques Groupe contrôle : placebo, attention, liste d'attente 40 études retenues patients âgés de 55 ans et plus	Les thérapies psychodynamiques et interpersonnelles psychodynamiques ne sont pas supérieures au contrôle ; les thérapies psychodynamiques non plus (2 études).
Leichsenring, 2001 note : 3,5/7	Sujets déprimés traités en ambulatoire Groupe contrôle (TCC/TC) PDB (différentes formes) + IPT : au moins 13 séances et un nombre de patients = 20 Instruments de mesure : BDI, HRSD, SCL-90-D, RDC, *Longitudinal interview follow-up evaluation* (LIFE), *Geriatric depression scale* (GDS), *Brief psychiatric rating scale*, GAS, SAS…	Analyse pré- et post-tests : réduction statistiquement significative des symptômes dépressifs à la fin de PDB + IPT. Au suivi, réduction stable des symptômes dans quatre études Tailles d'effet : de 0,94 à 2,80 pour les symptômes dépressifs ; de 1,09 à 1,71 pour les symptômes psychiatriques généraux ; de 0,65 à 1,88 pour le fonctionnement social ; autour de 1,30 pour les problèmes interpersonnels, avec une tendance à se renforcer au suivi de 3 mois Guérisons ou améliorations se situent entre 45 et 70 % après traitement et 26 à 83 % après 3 mois de suivi. Pas de conclusion sur PDB isolée

sujets en ambulatoire en comparaison à une autre stratégie psychothérapique (TCC/TC) considérée comme « contrôle » (il n'y a pas de comparaison avec groupe contrôle sans traitement ou liste d'attente). Cette méta-analyse analyse ensemble les thérapies psychodynamiques brèves et la thérapie interpersonnelle (IPT), ce qui ne permet pas de déterminer l'efficacité de la seule thérapie psychodynamique brève. Les critères d'inclusion sont au moins 13 séances et un nombre de patients = 20. Les évaluations portent sur les symptômes dépressifs, les symptômes psychiatriques généraux et le fonctionnement social. Six études ont réuni ces critères d'inclusion. À l'exception d'une des études, tous les patients qui ont été traités présentaient un diagnostic de dépression majeure. Il s'agissait majoritairement de femmes dont l'âge moyen se situait entre 30 et 40 ans. Il n'existait pas d'information concernant la comorbidité, qu'il s'agisse de troubles anxieux retrouvés chez 75 à 83 % des patients souffrant de dépression majeure dans les études de Shapiro et coll. (1994) et Barkham et coll. (1996) ou des troubles de la personnalité également fréquemment associés à la dépression. Les psychothérapies psychodynamiques brèves consistaient de façon générale en 16 à 20 séances menées en face-à-face, suivant une fréquence hebdomadaire ou bi-hebdomadaire. Elles s'appuyaient sur le développement d'un transfert positif, l'accent étant mis sur l'ici-et-maintenant. Elles abordaient, suivant leurs caractéristiques propres, des conflits ou des thèmes spécifiques, et leurs représentations intrapsychiques. Dans la majorité des cas, les conflits étaient travaillés à partir de la relation psychothérapeute-patient.

Différents instruments de mesure ont été utilisés : BDI, HRSD, SCL-90-D, RDC, *Longitudinal interview follow-up evaluation* (LIFE), *Geriatric depression scale* (GDS), *Brief psychiatric rating scale*, GAS, SAS…).

Cinq des six études ont fourni des résultats (pré- et post-tests) montrant une réduction statistiquement significative des symptômes dépressifs à la fin de la psychothérapie psychodynamique brève. Ces études ont fait l'objet d'un suivi et dans quatre d'entre elles une réduction stable des symptômes a été rapportée. Toutes les études ont montré une réduction des symptômes psychiatriques généraux. Trois études ont examiné les changements au niveau du fonctionnement social et ont montré son amélioration significative après PDB. Seules trois des études sélectionnées ont fourni les données nécessaires pour calculer les tailles d'effet. Celles-ci varient selon les instruments de mesure utilisés et les études, mais leur caractéristique générale est qu'elles sont très importantes : de 0,94 à 2,80 pour les symptômes dépressifs ; de 1,09 à 1,71 pour les symptômes psychiatriques généraux ; de 0,65 à 1,88 pour le fonctionnement social ; autour de 1,30 pour les problèmes interpersonnels, avec une tendance à se renforcer au suivi de 3 mois. Au total, l'amélioration symptomatique concerne 82 à 100 % des patients et celle du fonctionnement social 75 à 96 %. Le pourcentage des patients guéris ou améliorés après psychothérapie dépend pour une part non négligeable de l'instrument de mesure utilisé. Ainsi, selon les auteurs le BDI favoriserait les

TCC aux dépens des PDB, alors que les *Research diagnostic criteria* (RDC) sont davantage indépendants de la forme spécifique de psychothérapie utilisée. Le pourcentage dépend également du moment où la mesure est effectuée. Ainsi l'éventail des guérisons ou améliorations se situe entre 45 et 70 % après traitement et 26 à 83 % après 3 mois de suivi. Cette méta-analyse ne permet cependant pas de conclure à l'efficacité de la thérapie psychodynamique (regroupée avec la thérapie interpersonnelle et en l'absence de comparaison avec un groupe contrôle sans traitement actif).

La méta-analyse de Robinson et coll. (1990) est centrée sur l'efficacité de différentes formes de psychothérapies (cognitive, comportementale, cognitivo-comportementale, verbale générale) dans le traitement de la dépression. La forme verbale générale inclut des traitements tels que la psychothérapie psychodynamique, les approches centrées sur le patient et d'autres formes de psychothérapies interpersonnelles. Les auteurs abordent d'emblée la question du caractère contradictoire des résultats entre études et envisagent deux options pour l'expliquer : soit un certain nombre de variables ont été négligées concernant la formation et l'expérience du thérapeute, la durée du traitement et les caractéristiques des patients, soit il existe en fait de larges recouvrements entre les techniques utilisées par les psychothérapeutes, quelle que soit l'importance de leurs divergences théoriques. Cette méta-analyse explore à la fois un certain nombre de biais possibles concernant les études (procédures de traitement, sélection des patients, formation des thérapeutes), mais également les conditions et les limites de l'efficacité de la psychothérapie en situation clinique (son efficience). Vont ainsi se trouver abordés le rôle de la préférence théorique de l'investigateur, le fait que la psychothérapie soit individuelle ou de groupe, l'importance des procédures de screening diagnostique, l'influence d'autres variables telles que la formation du thérapeute, la durée du traitement et les caractéristiques du patient.

De façon générale, la taille d'effet des psychothérapies est de 0,84 par rapport à une liste d'attente et de 0,28 par rapport au placebo. En première analyse également, il existe des différences d'efficacité entre modalités psychothérapiques. Cependant, les différences dans la taille d'effet peuvent être dues à des variations entre études concernant des variables d'arrière fond telles que les caractéristiques de l'échantillon, plutôt que des différences dans l'efficacité thérapeutique.

Cette méta-analyse fait ressortir deux biais possibles qui peuvent entacher la valeur des résultats. D'abord, le recrutement des patients à partir desquels l'efficacité d'un traitement va être évaluée. Il est en effet difficile de considérer que la population des patients « déprimés » sera identique si elle est recrutée par voie de presse (48 % des études), parmi les étudiants d'une université (24 % des études), ou parmi la file active d'un service de psychiatrie, hospitalier ou ambulatoire (16 % des études). Par définition, les premiers seront conscients de leur dépression et motivés pour la soigner, ce qui n'est

pas nécessairement le cas des derniers. Cette situation rend difficile la comparaison entre différentes approches, certaines d'entre elles pouvant avoir été utilisées pour des patients moins accessibles au traitement. Il est également difficile de comparer les types de traitement car les études ne précisent pas la gravité de l'état des patients et donc leur accessibilité à la psychothérapie. Par ailleurs, les auteurs font apparaître que l'allégeance du chercheur (préférence du chercheur pour une théorie et la pratique qui en est dérivée) est hautement corrélée avec les résultats des comparaisons directes entre traitements. Ainsi, pour les quatre comparaisons d'études dans lesquelles il existait des préférences théoriques substantielles, il ne restait pas de preuve de la supériorité relative d'un type de thérapie ou d'un autre une fois que l'influence de l'allégeance de l'investigateur était retirée.

D'autres éléments sont intéressants à souligner. Le fait pour un patient d'être inscrit sur une liste d'attente produit déjà un effet psychothérapique important, ce qui est un résultat surprenant. Les données ne permettent pas de conclure si l'usage de manuels accroît l'efficacité thérapeutique ou permet une différenciation plus fine de l'efficience relative des traitements. Les bénéfices de la psychothérapie ne semblent pas s'accroître systématiquement avec la longueur du traitement.

Les tailles d'effet obtenues avec les thérapies individuelles et de groupe sont quasi similaires. Les mesures par autoquestionnaires et évaluateurs indépendants sont aussi quasi similaires (0,81 *versus* 0,70). Les variables démographiques et l'intensité de la dépression ont peu d'impact sur ce résultat, de même que les procédures formelles d'évaluation diagnostique. La taille d'effet varie relativement peu (0,75 à 1,13) selon la source du recrutement, ce qui ne signifie pas grand-chose dans la mesure où seulement 2 études concernent des patients ambulatoires alors que 24 concernent des personnes sollicitées. La psychothérapie semble plus efficace que la pharmacothérapie mais « l'allégeance du chercheur » est un artéfact. L'approche combinée n'est pas plus efficace que chaque traitement seul.

L'aspect le plus intéressant est peut être celui qui concerne la signification clinique des effets de la psychothérapie. Bien que la psychothérapie obtienne de véritables résultats, peut-on dire pour autant que les déprimés atteignent une humeur comparable à celle d'un échantillon de personnes « non dépressives » ? En dépit de leur amélioration relative, les patients déprimés restent plus déprimés que la population générale. Quand les effets de la psychothérapie sont comparés avec ceux des traitements placebo, aucune différence significative n'apparaît. Il est possible que la dépression réponde particulièrement aux facteurs curatifs communs à la fois dans la psychothérapie et les traitements placebo.

Les instruments centrés sur les symptômes spécialement conçus pour évaluer la dépression (comme le BDI) tendent à produire des effets plus importants que les mesures évaluant d'autres aspects. Les études avec moins de patients présentent des résultats positifs plus importants que celles avec beaucoup de

patients (biais de publication ?). Il n'y a pas de différence entre les résultats des différents types de psychothérapie à partir d'un diagnostic univoque (dépression). D'après cette méta-analyse, la psychothérapie de groupe semble conduire à des résultats comparables à ceux de la psychothérapie individuelle.

Au total, devant la similarité des résultats obtenus avec des populations et des méthodes différentes, les auteurs se demandent si l'attente du patient d'une amélioration, son acceptation du cadre du traitement ou la qualité de la relation thérapeutique ne constituent pas les mécanismes centraux à partir desquels le changement thérapeutique se produit. Ils envisagent également l'existence d'un facteur intermédiaire commun, comme celui de changements cognitifs, qui serait obtenu en suivant des voies différentes par les différentes psychothérapies. Leur conclusion est que « si les chercheurs veulent progresser dans leur compréhension de la façon dont la psychothérapie bénéficie aux patients, les facteurs communs (aux différentes psychothérapies) devraient devenir un axe beaucoup plus central des futurs efforts de recherche. »

La méta-analyse de McCusker et coll. (1998) porte sur l'efficacité des traitements du sujet âgé en ambulatoire. Les thérapies psychodynamiques et interpersonnelles psychodynamiques ne présentent pas d'efficacité par rapport au groupe contrôle (2 études). Cette méta-analyse fait apparaître qu'une part importante des effets du traitement psychologique peut être attribuée aux effets non spécifiques de l'attention portée au patient.

Études de la psychothérapie psychodynamique associée à un antidépresseur dans le traitement de la dépression majeure

L'étude randomisée et contrôlée de Burnand et coll. (2002) évalue, chez 74 patients traités en ambulatoire durant 10 semaines, les effets de la psychothérapie dynamique associée à un antidépresseur (clomipramine) dans le traitement de la dépression majeure, par rapport à cet antidépresseur utilisé seul (tableau 6.VI). L'approche « quantitative » de ces effets est complétée par une approche « qualitative ». Celle-ci explicite d'abord l'approche psychodynamique en situant les bases sur lesquelles repose son action potentielle, ses interventions et les étapes correspondantes. Les ingrédients effectifs désignés de la psychothérapie psychodynamique sont : un cadre pour la relation thérapeutique, l'empathie et l'expression émotionnelle, la prise de conscience, l'éveil, la facilitation et le renforcement de nouveaux liens interpersonnels. Les interventions appropriées correspondantes pour obtenir ces ingrédients sont : l'accent porté sur la valeur des relations thérapeutiques et leur évolution ; la facilitation de la catharsis affective à travers une écoute empathique de l'expérience personnelle unique du patient et la désignation active (l'expression en termes verbaux) des sentiments majeurs sous-tendant sa détresse ; la reprise des crises de vie présente et passée, qui offre une prise de conscience de la mise en œuvre de modes de relations interpersonnelles

Tableau 6.VI : Études contrôlées concernant les troubles de l'humeur

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Burnand et coll., 2002 *Étude contrôlée* note : 8/10	Dépression majeure Nombre patients : 74 Âge : 20-65 ans Durée traitement : 10 semaines ambulatoire Thérapeutes formés	Psychothérapie combinée à médication > médication seule pour plusieurs critères : moins d'échecs, moins d'hospitalisations
Guthrie et coll, 2001 *Étude contrôlée* note : 6/10	Tentative de suicide Thérapie psychodynamique interpersonnelle brève 119 patients adultes *Beck scale for suicidal ideation ;* BDI	La thérapie interpersonnelle psychodynamique favorise la réduction de l'idéation suicidaire et des tentatives d'autolyse à 6 mois
Guthrie et coll., 1999 *Étude contrôlée* note : 6/10	Troubles mixtes à dominante dépressive Thérapie psychodynamique interpersonnelle brève 110 sujets *Global severity index* ; *Short-form health survey ; EuroQol 5D*	La thérapie interpersonnelle psychodynamique réduit les coûts d'utilisation des services de soins par réduction de l'usage des services de santé

mal adaptées et de conflits psychologiques facilitant l'interruption du lien ; la focalisation sur l'idéalisation compulsive des différents styles d'attachement, les objets aimés, les images de soi grandioses et l'ignorance active du caractère déplaisant de tels processus ; la mise à distance d'une importance excessive attribuée à la séparation, à la déception et la perte pour renforcer un meilleur soin de soi ; la recherche d'aide et de nouveaux investissements. Les étapes correspondantes du traitement sont le processus d'alliance et la psycho-éducation, la prise de conscience, la focalisation, l'éveil, le deuil et le réinvestissement de la réalité. Il est alors logique que l'évaluation porte également sur ces éléments (travail d'alliance, *insight*, focalisation, éveil, deuil et réinvestissement de la réalité). Une attention particulière a été attribuée aux « barrières au traitement », conçues comme une forme de transfert (l'impasse narcissique travaillant à travers le processus de deuil). L'alliance thérapeutique, qui en est le pôle opposé, est dans cette perspective définie comme « un processus intersubjectif qui dépend de traits de la personnalité et de la gestion de la résistance, de l'impasse et de la rupture ».

Les mesures ont porté sur l'intensité de la dépression (SCID et HDRS), le niveau de santé-maladie (HSRS) et de fonctionnement global (GAS), ainsi que sur le nombre et la durée des hospitalisations, les journées d'arrêt de travail. L'adéquation de la technique thérapeutique par rapport au cadre et aux objectifs psychodynamiques a été contrôlée. Les évaluateurs étaient indépendants.

Le traitement combiné a été associé à une réduction des échecs de traitement, une meilleure adaptation à 10 semaines, un meilleur fonctionnement global et une réduction du taux d'hospitalisation à l'issue du traitement.

Cette étude, qui prend également en compte la dimension économique, a démontré que la psychothérapie associée permet aussi de faire des économies : diminution des hospitalisations, nombre moins élevé de jours d'hospitalisation, réduction du nombre des jours de travail perdus durant le traitement. Une réduction du coût de 3 311 dollars par patient a ainsi été observée dans le groupe de traitement combiné, associée avec un taux de réhospitalisation réduit et moins de journées de travail perdues ; cette réduction était supérieure au coût lié à la psychothérapie.

Par ailleurs, il est précisé que la psychothérapie est menée par quatre infirmier(e)s « bien outillé(e)s, bien formé(e)s, et sous supervision étroite ». Un élément non négligeable qui pourrait participer à ce succès est que la psychothérapie a été menée par des professionnels « de l'intérieur » bien formés et non par des psychothérapeutes extérieurs à l'institution.

Intérêt des interventions psychodynamiques brèves chez les patients présentant une dépression réactionnelle hospitalisés en urgence

Lesgourgues et coll. (2000) ont tenté d'évaluer, grâce à une étude prospective, l'intérêt d'une prise en charge par intervention psychodynamique brève (IPB) (*versus* psychothérapie de soutien) pour des patients présentant une dépression réactionnelle et hospitalisés en urgence. Deux groupes de patients (n = 34) ont été suivis pendant 10 jours par des thérapeutes en formation (internes) : un premier (n = 17) a reçu une psychothérapie de soutien, un deuxième (n = 17) une IPB (4 entretiens). L'IPB est consacrée en premier lieu à l'élaboration d'une hypothèse psychodynamique sur l'origine des troubles. Celle-ci, qui sera formulée au patient, doit expliquer la crise actuelle vécue et le conflit qu'il n'arrive pas à surmonter. La construction de cette hypothèse se fonde sur la nature de l'organisation de sa personnalité et également sur le type de défense ébranlé au point de mobiliser l'angoisse en période de crise. Les deuxième et troisième entretiens sont consacrés à l'étude des réactions du patient face à l'interprétation initiale. Un quatrième entretien est réservé à l'orientation thérapeutique ultérieure.

Les critères d'inclusion ont été un âge de 18 à 50 ans, une hospitalisation pour dépression réactionnelle (MADRS > 20), avec ou sans tentative de suicide, une absence de psychose, de retard mental ou de pathologie organique grave et/ou chronique et une absence de suivi en psychothérapie dans l'année précédente. Les outils d'évaluation ont porté sur la dépression (MADRS), les événements traumatiques précoces, les caractéristiques socio-économiques, éducatives et anamnestiques de chaque sujet. Ils ont été complétés par un test de Rorschach lors de l'hospitalisation et la passation de l'autoquestionnaire d'alliance thérapeutique de Luborsky (*Haq-II helping alliance*) au dixième jour.

Les résultats montrent que les IPB favorisent l'évaluation clinique de la structure psychique et l'établissement de l'alliance thérapeutique précoce mesurée au dixième jour de prise en charge (104,05 *versus* 90,35 pour les psychothérapies de soutien, sur l'échelle *Haq-II helping alliance*). Le meilleur niveau d'alliance précoce permet une bonne adhésion aux soins ultérieurs. Malgré la faible taille de l'échantillon, les résultats de cette étude soulignent l'intérêt d'une prise en charge psychodynamique dans un contexte de crise. Des études ultérieures incluant un plus grand nombre de patients pourront permettre la mise en place d'une réponse adéquate pour élaborer une prise en charge en post-crise. La possibilité de l'intervention sur le terrain (formation, coût) reste à explorer.

Guthrie et coll. (2001) ont évalué les effets d'une intervention psychodynamique brève (thérapie psychodynamique interpersonnelle brève : PI) chez des patients ayant fait une tentative de suicide par empoisonnement, par rapport à un groupe contrôle bénéficiant d'un « traitement habituel » (en général, adressage à leur médecin généraliste). Cette étude contrôlée a porté sur 119 patients adultes qui s'étaient présentés aux urgences d'un hôpital universitaire. La PI vise à identifier et aider à résoudre les difficultés interpersonnelles qui causent ou exacerbent la détresse psychologique. Elle a été développée par Hobson (1985) et a démontré son efficacité dans le traitement de la dépression (Shapiro et coll., 1994, 1995). Les patients ont participé à quatre séances de psychothérapie à leur domicile.

Les mesures ont porté sur l'idéation suicidaire 6 mois après le traitement (*Beck scale for suicidal ideation*). Une seconde évaluation 6 mois plus tard a porté sur les symptômes dépressifs (BDI), la satisfaction du patient vis-à-vis du traitement et les tentatives de suicide rapportées.

Les résultats montrent que les patients ayant bénéficié de l'intervention, à partir d'une répartition randomisée, ont eu une réduction significativement plus importante de l'idéation suicidaire à 6 mois en comparaison avec le groupe contrôle (réduction moyenne au BDI de 8,0 *versus* 1,5). Ils étaient plus satisfaits de leur traitement et moins enclins à rapporter des tentatives d'autolyse (9 % *versus* 28 % dans le groupe contrôle).

Cette recherche a été complétée par une étude contrôlée randomisée concernant les coûts (Guthrie et coll., 1999) qui a montré l'efficacité des approches psychodynamiques focalisées sur cet indicateur. Elle a porté sur 110 sujets non psychotiques et qui ne répondaient pas au traitement de routine de 6 mois d'un spécialiste en santé mentale. Soixante-trois pour cent d'entre eux étaient des femmes, dont la durée moyenne de maladie était de 5 ans, qui étaient pour 68 % sans emploi ou recevaient des allocations de maladie, et souffraient pour 75,5 % de maladie dépressive. Ces patients ont bénéficié de 8 séances hebdomadaires de psychothérapie psychodynamique interpersonnelle (PI). Le groupe contrôle recevait un traitement habituel de la part de son psychiatre.

Les mesures ont porté sur la détresse psychologique (*Global severity index :* GSI), l'état de santé (*Short-form health survey :* SF-36), la qualité de vie (*EuroQol 5D :* EQ-5D) et une évaluation économique détaillée.

Les résultats ont montré une amélioration significativement plus importante concernant la détresse psychologique et le fonctionnement social que les contrôles 6 mois après l'étude. Les coûts du traitement de base étaient identiques dans les deux groupes. Les sujets qui ont bénéficié de la psychothérapie ont montré des réductions significatives du coût dans l'utilisation des services de soins dans les six mois qui ont suivi le traitement, en comparaison avec les contrôles. Les coûts supplémentaires de la psychothérapie étaient couverts dans les six mois par la réduction de l'usage des services de santé. En résumé, ces résultats préliminaires suggèrent que la psychothérapie psychodynamique interpersonnelle brève peut être rentable en termes de coût chez des patients non psychotiques qui ne sont pas aidés par un traitement psychiatrique conventionnel.

Études concernant les troubles anxieux

Deux études contrôlées, un essai en ouvert et une revue de cas ont été retenus pour les troubles anxieux (tableau 6.VII).

Études concernant le trouble panique

Milrod et Shear (1991) ont conduit une revue de la littérature afin d'identifier des patients avec trouble panique qui ont bénéficié d'un traitement psychodynamique. Trente-cinq cas ont été identifiés qui répondent à la description du trouble panique. Leurs caractéristiques ont été comparées avec celles d'une population actuelle patients atteints de troubles paniques et anxieux. L'information sur la durée du traitement était disponible pour 17 des 35 patients. Pour 13 de ces 17 patients, la durée du traitement avait été inférieure à 4 mois. Pour deux d'entre eux, elle était décrite comme « à long terme », ce qui impliquait plusieurs années de traitement. Pour les deux autres, elle était décrite comme « brève ».

Un des intérêts de cette revue est qu'elle a recensé un protocole en trois phases, émergeant de la description de la prise en charge dans dix cas de trouble panique. À la fin de la phase initiale du traitement, les buts suivants devaient être atteints :

- les symptômes de panique étaient plus maniables. Les symptômes étaient souvent moins sévères, mais même s'ils ne l'étaient pas, les patients étaient capables de décrire fidèlement leurs symptômes sous une forme plus organisée qu'antérieurement ;
- les intenses inquiétudes des familles avaient été calmées car elles savaient que le patient était en train d'entreprendre un traitement pour sa pathologie et que les résultats ne seraient pas immédiats. Certaines familles recevaient

Tableau 6.VII : Études concernant les troubles anxieux

Troubles Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Trouble panique Wiborg et Dahl, 1996 *Étude contrôlée* note : 8/10	Avoir eu au moins une attaque 3 semaines avant le début de l'étude Nombre patients : 40 Âge moyen : 25-29 ans (21-49 ans) Groupe contrôle : traitement médicamenteux 15 séances PDB hebdomadaires Durée traitement : 9 mois Thérapeutes formés ; manuel technique suivant concepts de Davanloo, Malan et Strupp et Binder SCL-90 ; *State trait anxiety inventory* ; GAS et CGI	Taux de rechutes : médicaments + PDB < médicaments seuls Amélioration globale à 9 et 18 mois plus importante Résultats significativement meilleurs dans groupe avec PDB sur la plupart des mesures
Trouble panique Milrod et coll., 2001 *Essai en ouvert non contrôlé* note : 6/10	Troubles paniques (DSM-IV) avec ou sans agoraphobie Au moins une attaque de panique par semaine le mois précédent Nombre patients : 21 Âge moyen : 32 ans (18-50) 24 séances bi-hebdomadaires de 45 min Technique psychothérapique PPCP, suivant manuel Thérapeutes formés ; adhésion aux standards vérifiée *Disorder severity scale, Hamilton anxiety rating scale* et HDRS Pas de groupe de comparaison	Rémission de la panique et de l'agoraphobie chez 16 des 17 patients Rémission de la dépression (chez patients avec dépression) TOC : améliorations dans les symptômes psychiatriques primaires, la phobie et de la qualité de vie Gains symptomatiques maintenus plus de 6 mois
État de stress post-traumatique (DSM-III) Brom et coll., 1989 *Étude contrôlée* note : 6,5/10	Groupe contrôle : liste d'attente TPB d'Horowitz : 15 à 20 séances Mesure pré-, post-, suivi 3 mois Nombre patients : 112 Âge moyen : 42 ans (18-73) Thérapeutes formés et expérimentés	Thérapie psychodynamique nettement supérieure à l'absence de traitement (60 % *versus* 26 %) Effet plus important concernant la dimension évitement, moins important concernant l'intrusion ; changements statistiquement significatifs concernant la personnalité (moins de détresse, meilleure estime de soi)

des suggestions concrètes des thérapeutes, comme ne pas stresser le patient durant la phase initiale du traitement et continuer à poursuivre leur propre vie ;

- une relation thérapeutique avait été établie qui permettait au patient de commencer à reconnaître et à discuter les sensations naissantes qui semblaient avoir contribué au démarrage des symptômes de panique.

La phase moyenne de traitement était marquée par une amélioration symptomatique. Les conflits centraux des patients étaient identifiés et explorés. Dans chacun des traitements identifiés, un lien était établi entre les éléments précipitants ou les fantasmes et l'épisode de panique. Quelquefois un lien

était fait à partir de l'exploration d'un événement externe, quelquefois la connexion se faisait à travers l'exploration du transfert. Une expérience centrale terrorisante pour ces patients était leur sentiment de perte de contrôle sur leurs sentiments, et une série d'interventions concernait spécifiquement ces questions.

La phase de terminaison n'était pas régulièrement rapportée. Cependant, dans trois cas, ce fut l'occasion d'une analyse du transfert ambivalent à propos d'une résurgence des symptômes, au moment où la fin du traitement causait chez ces patients une brève réémergence de leurs symptômes originaux d'anxiété. Dans chaque cas, cette approche eut comme résultat la disparition de la panique et le sentiment d'une plus grande stabilité psychologique générale.

En résumé, la plupart des cas s'étaient améliorés de façon importante avec la thérapie, souvent sur une période de temps relativement brève, pas plus longue que la moyenne d'un essai médicamenteux. Cependant, l'absence de groupe contrôle dans cette étude de cas ne permet pas de conclure sur l'efficacité de la thérapie.

Wiborg et Dahl (1996) ont fait l'hypothèse que le taux de rechute après pharmacothérapie serait réduit en associant, chez des patients présentant un trouble panique (TP), une psychothérapie dynamique brève centrée sur la vulnérabilité psychosociale à un traitement médicamenteux établi. Il s'agit d'une étude contrôlée, randomisée : les patients avec trouble panique (défini par le DSM-III-R) ont été recrutés en médecine générale, en psychiatrie ambulatoire et par demande directe. Il est important de préciser ici qu'ils ne présentaient pas de comorbidités telles que troubles de la personnalité, psychose, addiction, dépression majeure primaire... L'hypothèse était que la psychothérapie psychodynamique brève (PDB) pourrait rendre les patients souffrant de trouble panique moins vulnérables aux facteurs psychosociaux qui déclenchent la récurrence de TP après la fin du traitement. L'hypothèse psychopathologique était que les patients avec TP se soumettent pratiquement aux autres. Ils n'expriment pas leur comportement d'affirmation ou les sentiments négatifs de peur de ne pas être appréciés, aimés ou acceptés. Ces patterns interpersonnels sont des répétitions de patterns comportementaux précoces avec l'entourage auxquels ils attribuent de l'importance et qui ont servi originellement de fonction autoprotectrice. Ils interfèrent maintenant avec le fonctionnement adulte autonome et causent du stress dans les relations interpersonnelles. Le but de la psychothérapie est alors d'aider le patient à développer une prise de conscience des origines et des déterminants des conduites dysfonctionnelles. Cette prise de conscience est nécessaire pour acquérir des conduites plus adaptées de relations interpersonnelles.

Ces patients ont été répartis de façon aléatoire en deux groupes. Le premier suivait un protocole de traitement par clomipramine pendant 9 mois (n = 20), le second recevait un traitement par clomipramine pendant 9 mois et 15 séances hebdomadaires de psychothérapie dynamique brève (n = 20).

Les mesures générales de symptômes, en particulier dépressifs (SCL-90), d'anxiété (*State trait anxiety inventory*) et de sévérité globale de maladie (GAS et CGI) ont été réunies au départ et à intervalles réguliers. Les mesures d'évaluation ont été obtenues au début (avant randomisation), à chaque visite hebdomadaire thérapeutique, et à 6, 12 et 18 mois après le début du traitement (par un évaluateur qui ignorait à quel groupe de traitement appartenait le patient).

Les résultats ont montré que tous les patients dans les deux groupes ne présentaient plus d'attaques de panique 26 semaines après le début du traitement. À la fin du traitement médicamenteux, le taux de rechute était significativement plus élevé dans le groupe traité uniquement par la clomipramine durant la période de suivi (75 % *versus* 20 %). On observait une légère amélioration des troubles comorbides dans le groupe clomipramine plus psychothérapie et pas d'amélioration dans le groupe clomipramine seule. Il existait des scores significativement plus bas pour la plupart des mesures d'anxiété dans le groupe clomipramine plus psychothérapie au moment du suivi à 9 mois. En résumé, cette étude démontre que l'association de psychothérapie psychodynamique brève au traitement par clomipramine réduit significativement le taux de rechute du trouble panique (sur 18 mois) en comparaison avec le traitement par clomipramine seule.

L'étude de Milrod et coll. (2001) complète, par des données concernant le suivi à 6 mois, celle publiée quelques mois plus tôt (Milrod et coll., 2000). Il s'agit de la première étude systématique de psychothérapie psychodynamique comme monothérapie du trouble panique. Étant donné l'usage prévalent et la large disponibilité de ce type de traitement, il existe un besoin urgent de telles études (qu'il faut réaliser avec un groupe contrôle). Il s'agit de la présentation complète d'un essai ouvert de psychothérapie psychodynamique avec manuel pour le traitement du trouble panique, la psychothérapie psychodynamique centrée sur la panique (PPCP). La psychothérapie comprend trois phases : traitement de la panique aiguë, traitement de la vulnérabilité à la panique et terminaison. Parmi la myriade d'interventions, il est difficile de préciser lesquelles sont les premières responsables des changements thérapeutiques observés. Vingt et un patients avec trouble panique ont été inclus dans un essai de traitement constitué de 24 séances, au rythme de 2 par semaine. Les thérapeutes de l'étude étaient des cliniciens seniors, bien formés et solidement expérimentés.

Les mesures d'évaluation ont inclus un entretien diagnostique structuré et une évaluation des symptômes (*Panic disorder severity scale*, *Hamilton anxiety rating scale* et HDRS) menés par un évaluateur indépendant. Ces mesures ont été complétées par un autoquestionnaire de handicap (*Sheehan disability scale*). Elles ont eu lieu au départ, après la fin du traitement (16 semaines) et à 6 mois de suivi. Aucun autre traitement psychiatrique n'a été autorisé pendant la période de traitement et le suivi.

Seize des vingt et un patients ont bénéficié d'une rémission de la panique et de l'agoraphobie. Les participants au traitement avec dépression ont également eu une rémission de la dépression. Les améliorations dans les symptômes et dans la qualité de vie étaient importantes dans les différents domaines. Les gains symptomatiques se sont maintenus plus de six mois. La psychothérapie psychodynamique apparaît être un traitement non pharmacologique prometteur pour le trouble panique y compris accompagné de comorbidités (dépression et dysthymie).

Étude contrôlée concernant les états de stress post-traumatique

Brom et coll. (1989) ont réalisé une étude contrôlée à large échelle de l'efficacité des méthodes psychothérapiques de traitement des troubles post-traumatiques. L'échantillon était constitué de 112 personnes souffrant de troubles sérieux consécutifs à des événements traumatiques (deuil, acte de violence et accident de la route) s'étant produits moins de cinq ans auparavant. Trois méthodes ont été testées au niveau de leur efficacité : la thérapie comportementale par désensibilisation systématique, l'hypnothérapie et la thérapie psychodynamique brève d'Horowitz. L'objectif de cette psychothérapie est limité à la résolution du conflit intrapsychique, résultat de l'expérience traumatique, avec un thérapeute jouant un rôle actif. Il est explicitement dirigé sur l'interruption des symptômes actuels et n'est a priori pas destiné à apporter un changement de la personnalité. Les résultats des trois méthodes ont été comparés avec ceux d'un groupe contrôle en liste d'attente.

Les mesures d'évaluation ont inclus la SCL-90, complétée d'une sixième dimension (les symptômes traumatiques) concernant les plaintes apparaissant après des événements traumatiques, le *State-trait anxiety inventory*, le *State-trait anger inventory*, l'*Impact of event scale*, le *Dutch personality questionnaire*, l'*Intraversion-extraversion scale* de l'*Amsterdam biographical questionnaire*.

Les résultats indiquent que les cas traités ont présenté un taux significativement plus bas de symptômes liés au traumatisme que le groupe contrôle.

Dans la thérapie psychodynamique, l'anxiété a été particulièrement réduite, notamment au suivi, ainsi que l'inadaptation générale, éléments pouvant s'inscrire dans un changement de la personnalité. D'autre part, les effets sur la dimension de l'évitement ont été nettement plus importants que ceux qui concernent la dimension de l'intrusion mesurée avec l'*Impact of event scale*. En revanche, les effets sur l'intrusion de la désensibilisation au trauma et de l'hypnothérapie étaient supérieurs. Peut-être ce résultat, de même que les effets d'après-coup établis de la thérapie psychodynamique, sont-ils spécifiquement liés à la méthode de traitement. Les résultats montrent clairement l'importance d'instruments spécifiques de mesure. Il serait important de disposer d'instruments d'analyse qui puissent intégrer des questions cliniques associées, telles que celles qui concernent les mécanismes dans les différents types d'approche. Il est clair que le processus de la psychothérapie doit être

pris en considération si l'on veut établir un lien plus explicite entre la théorie, la thérapie, les méthodes de recherche et les troubles.

Étude concernant les troubles du comportement alimentaire

Pour cette catégorie de troubles, il n'y a pas de méta-analyse ni d'étude contrôlée, mais une étude naturaliste multicentrique.

L'étude de cohorte de Kächele et coll. (2001) a duré 10 ans, impliqué 43 hôpitaux et 1 171 patients anorexiques et boulimiques traités en hospitalisation plein temps durant 2 à 3 mois et suivis pendant 2 ans 1/2 (tableau 6.VIII). Les objectifs de cette étude naturaliste étaient de mesurer les résultats en fonction de l'intensité réciproque du traitement psychothérapique proprement dit (individuel ou de troupe) et des activités institutionnelles (ergothérapie, danse, sport, art-thérapie), et de rechercher quels étaient les facteurs qui déterminaient la durée du traitement ainsi que son influence éventuelle sur le résultat.

Tableau 6.VIII : Étude de cohorte non contrôlée concernant les troubles du comportement alimentaire

Référence	Description	Résultats
Anorexie/boulimie Kächele et coll., 2001 *Étude de cohorte non contrôlée*	Patients hospitalisés Boulimiques (B) Anorexiques (A) 1 171 patients Âge > 18 ans Moyenne : 25 ans Pas de groupe contrôle	Suppression complète des symptômes à la fin du traitement psychodynamique en hospitalisation chez 11 % des patients A et 17 % A et B, 30-40 % selon hétéro ou auto-évaluation chez B Au suivi de 2,5 ans, 36 %, 26 %, 36-22 % Pas de différence significative suivant durée du traitement au suivi de 2,5 ans L'absence de groupe contrôle ne permet pas de différencier l'efficacité du traitement de la rémission spontanée

L'évaluation (condition physique, état mental et fonctionnement psychosocial) a été réalisée à l'admission, à la sortie et à 1 an, puis 2 ans 1/2 après le début des soins. L'intensité du traitement a été mesurée à partir du nombre d'heures de psychothérapie (individuelle ou de groupe) et d'activités parathérapeutiques (ergothérapie, sport, danse et art-thérapie). Il faut noter qu'il n'existe aucune description de ce qui est entendu par traitement psychothérapique psychodynamique chez ces patients hospitalisés.

Au suivi de 2 ans 1/2, 33 % des anorexiques et 25 % des boulimiques ne présentaient plus de symptômes. Les modalités du traitement (en particulier le nombre de séances hebdomadaires de psychothérapie) et sa durée (qui était en moyenne de 11 semaines) ne sont intervenues que faiblement sur le résultat. Les durées de traitement supérieures à 15 semaines ont été rares, et celles supérieures à 6 mois exceptionnelles. Les durées d'hospitalisation étaient plus longues quand il existait un lieu de traitement spécialisé.

Certaines caractéristiques des patients étaient corrélées avec les résultats. Pour les anorexies mentales, l'âge plus élevé était un facteur de moins bons résultats. Pour les boulimiques, l'impulsivité, l'existence de symptômes associés d'anorexie et un nombre élevé de traitements antérieurs ont été associés à de moins bons résultats. Une bonne adaptation sociale était au contraire un facteur prédictif positif. Il n'a pas été possible de conclure à l'efficacité propre des séances de psychothérapie par rapport aux activités para-thérapeutiques.

Les auteurs constatent que la diversité des lieux de soins rend l'interprétation des effets observés difficile. Il aurait également sans doute été nécessaire de se soucier du relais ambulatoire à la sortie de ces patients. On ne sait rien des facteurs latéraux qui ont pu intervenir sur les effets à plus long terme.

Études concernant les troubles de la personnalité

Pour les troubles de la personnalité (tous confondus), on retrouve une méta-analyse (Leichsenring et Leibing, 2003) qui regroupe six études contrôlées dont trois *versus* liste d'attente et cinq études non contrôlées, une revue systématique, une revue, cinq études contrôlées et huit études naturalistes. Les troubles de la personnalité recouvrent plusieurs types de patients a priori très différents regroupés en trois catégories (A, B et C) dans le DSM. Dans la catégorie A, on trouve les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique ; dans la catégorie B, les personnalités antisociale, borderline, histrionique et narcissique ; dans la catégorie C, les personnalités évitante, dépendante, obsessionnelle compulsive et non spécifiée. Il s'agit donc finalement d'un ensemble de troubles disparates s'étendant, en référence à la classification française, des confins de la psychose (A) jusqu'aux « névroses de caractère » (C), en passant par les « états limites » et les « psychopathies » (B). Ils ont en commun d'être primaires par rapport à la survenue d'autres troubles tels que la dépression, d'apparaître au cours du développement, dans l'enfance et l'adolescence, et de se poursuivre à l'âge adulte. Il serait évidemment un peu artificiel de rechercher des modalités d'approche psychothérapique identiques lorsqu'il s'agit, par exemple, de patients borderline, psychopathes, évitants ou hystériques. Les études qui existent portent à la fois sur des patients hospitalisés à temps plein, en hôpital de jour ou ambulatoires. Par ailleurs, les problèmes de ces patients sont multiples et susceptibles de varier dans le temps. L'évaluation va donc porter sur des aspects différents (réduction du nombre des tentatives de suicide et des comportements d'autodestruction, qualité des relations d'objet…) et dont certains résultats peuvent même sembler contradictoires. Par exemple, l'augmentation de la fréquentation des services de santé sera un signe d'amélioration en début de traitement, alors que la réduction de cette fréquentation est attendue en fin de traitement. De même, on différenciera le recours à l'hospitalisation et l'adhésion au traitement psychothérapique. Les aspects techniques sont très liés à la fois au stade du processus thérapeutique et aux considérations théoriques. Dans ce cadre, il n'est pas étonnant que l'on puisse à la fois se référer aux

thérapies de groupe et aux thérapies individuelles. Il s'agit d'autre part de pathologies souvent à long terme dont les résultats peuvent être difficiles à interpréter parce que des événements, d'autres thérapies… ou simplement l'âge sont intervenus.

Méta-analyse d'études contrôlées et non contrôlées sur l'efficacité du traitement psychothérapique des troubles de la personnalité

Une méta-analyse récente (Leichsenring et Leibing, 2003) a retenu 14 études de psychothérapie psychodynamique utilisée dans ses différentes formes, exceptée celle de la psychanalyse dans sa forme type (total : 417 patients). Parmi ces études, huit concernent le traitement ambulatoire, trois (plus une de suivi) le traitement en hospitalisation partielle et trois le traitement en hospitalisation plein temps. Les études incluses utilisent :

- des psychothérapies psychodynamiques spécifiques et explicitement décrites ;
- des méthodes standardisées de diagnostic des troubles de la personnalité ;
- des instruments fiables et valides d'évaluation du résultat ;
- des rapports de données permettant le calcul des tailles d'effet ou l'évaluation des progrès réalisés.

Six de ces études sont contrôlées (trois par la comparaison avec une liste d'attente ou un traitement non spécifique et trois en comparaison avec un autre traitement) et huit naturalistes. Les tailles d'effet ont été analysées suivant différentes dimensions, symptomatiques, mais également plus spécifiques de la psychopathologie centrale du trouble de la personnalité. Par ailleurs, une guérison ou un changement cliniquement significatif a été recherché(e) au niveau des mesures cibles chaque fois que cela était possible. Chacune de ces études est présentée en détail. Les résultats généraux sont les suivants :

- les effets de la psychothérapie psychodynamique sont rapportés dans huit études avec une taille d'effet générale non pondérée de 1,31. Des effets moyens à importants ont été retrouvés au niveau de la durée moyenne des épisodes d'hospitalisation plein temps, de la réduction ou de l'interruption de l'automutilation et des tentatives de suicide ;
- les résultats globaux mesurés à partir de l'Échelle santé-maladie ou de la GAF sont ceux où la taille d'effet est la plus importante (2,05) ;
- dans trois études (Stevenson et Meares, 1992 ; Hoglend, 1993 ; Monsen et coll., 1995a) une majorité de patients (59 %) ne présentaient plus les critères de troubles de la personnalité (TP) après une moyenne de 15 mois de traitement ;
- il existe une corrélation positive entre la durée du traitement et la taille d'effet générale (sans atteindre toutefois la signification statistique du fait du petit nombre d'études) ;
- une attention particulière a été apportée aux sorties prématurées du traitement, qu'elles surviennent durant la phase d'évaluation initiale, durant la

psychothérapie ou après. Le taux d'interruption était le plus élevé dans les groupes A et B ;
• l'utilisation de manuels ou de supervisions a été corrélée positivement avec les résultats ;
• les tailles d'effet indiquent un changement dans le long terme plutôt que dans le court terme ;
• les troubles de la personnalité sont dans la majorité des cas associés à des troubles de l'axe I. Dans ces cas, les troubles de l'axe I sont généralement plus sévères que quand ils sont isolés. D'autre part, il peut être difficile de différencier l'amélioration spécifique de chaque axe. Cette étude a pu être réalisée par l'utilisation d'instruments portant sur le cœur des troubles (par exemple, les relations interpersonnelles) qui ont montré une amélioration dans ce registre propre ;
• une des études (Guthrie et coll., 1999) a montré que la psychothérapie psychodynamique interpersonnelle était significativement supérieure au traitement « habituel » en ce qui concerne la réduction de la détresse et du coût de l'utilisation des services de soins.

La conclusion finale des auteurs est que la psychothérapie psychodynamique est un traitement efficace des troubles de la personnalité. D'autre part, afin de s'assurer de la validité interne et de la validité externe, des études à la fois naturalistes et contrôlées randomisées sont nécessaires. Les mesures des effets devraient être centrées non seulement sur la pathologie de l'axe I mais également sur la psychopathologie qui est au centre des troubles. Elles devraient également inclure des mesures économiques.

Revue systématique d'études contrôlées et non contrôlées sur l'efficacité du traitement psychothérapique des troubles de la personnalité

La revue critique de Bateman et Fonagy (2000) porte sur une trentaine d'études publiées en langue anglaise et contenant une description claire des cas et du traitement mis en œuvre. Elle est constituée de deux grandes parties : la première concerne l'étude des résultats du traitement psychothérapique des troubles de la personnalité, la seconde traite des problèmes de recherche. Les points suivants sont abordés dans cette méta-analyse : approche catégorielle ou dimensionnelle des troubles ; relations entre pathologies de l'axe I et troubles de l'axe II (comorbidités et mesures spécifiques de chaque dimension) ; possibilité de randomisation avec des patients qui peuvent être hostiles au traitement et qui dans tous les cas demandent un fort investissement ; utilisation de groupes contrôles dans le cas de traitements longs ; spécificité et standardisation des psychothérapies longues, choix des instruments mesurant l'évolution de la personnalité.

L'analyse des résultats des traitements a été menée en fonction du contexte de prise en charge (hospitalisation complète, de jour, traitement ambulatoire).

Les traitements hospitaliers plein temps concernent essentiellement les patients borderline (une étude porte sur le traitement de psychopathes). Ils

incluent à la fois des psychothérapies individuelles, de groupe et institutionnelles. Les effets mesurés concernent l'amélioration du fonctionnement global, la réduction du comportement autodestructeur et des tentatives de suicide, la réduction du recours à l'hospitalisation, ainsi que le développement de relations plus constructives. Les patients les plus à même de tirer bénéfice du traitement en hospitalisation complète sont ceux qui montrent un mauvais usage des substances psychotropes, un risque suicidaire sévère, une histoire médicolégale, des difficultés transitoires dans la relation à la réalité, un manque de réponse à des hospitalisations répétées à court terme et à des interventions ambulatoires. À ce parcours s'ajoute l'évidence qu'une vie marquée par des comportements autodestructeurs et l'absence d'espoir se sont progressivement intégrés à la personnalité.

Cinq études concernent le recours à l'hôpital de jour pour des troubles de type borderline ou anxieux-évitants. L'admission doit s'effectuer sur un temps suffisamment long et dans une perspective globale qui ne se résume pas à la simple inclusion de la psychothérapie. Les auteurs insistent sur le fait que seuls des programmes intégrés, impliquant des cliniciens ayant un même but stratégique avec des techniques variées, ont permis à ces patients souffrant de sévères problèmes de se sentir suffisamment en sécurité pour s'engager dans le traitement. Cela fait ressortir à quel point la prise en charge thérapeutique n'est pas une simple technique « externe », mais qu'elle représente un contexte dans lequel les patients peuvent trouver une représentation cohérente et sécurisante de la réalité et d'eux mêmes.

Les études portant sur les traitements ambulatoires (en consultations externes) sont peu nombreuses (alors que ces traitements sont certainement très développés en France). Elles ont été effectuées initialement sur des cas uniques, ce qui rend difficile la généralisation des résultats. Les seules études citées dans la revue concernant spécifiquement la psychothérapie dynamique sont celles de Stevenson et Meares (étude de cohorte, 1992 et 1999), de Clarkin et coll. (étude contrôlée, 1999), de Monroe-Blum et Marziali (étude contrôlée, 1995) et de Krawitz (étude de cohorte, 1997). Les trois premières portent exclusivement sur des patients borderline, la quatrième sur des patients anxieux-évitants et borderline. Ces études font apparaître des résultats significatifs dans les registres de l'automutilation et de la violence, des symptômes globaux et de l'adaptation sociale, et une réduction très importante des critères diagnostics de troubles de la personnalité borderline.

Cette revue analyse également les problèmes qui devront être pris en compte dans les futures recherches afin qu'elles soient utiles. Ainsi, l'identification des cas se fait soit par la méthode des catégories fondées sur le DSM-IV (APA, 1994) et la CIM-10 (OMS, 1992), soit par une méthode orientée par la théorie. Or ces deux méthodes présentent des limites : la première est loin d'être validée quant à la stabilité des catégories et la seconde ne présente pas actuellement un caractère généralisable. La question de l'articulation entre une approche dimensionnelle (exagération de certains traits normaux de la

personnalité) et catégorielle (il existe des traits carrément anormaux comme l'automutilation qui définissent l'existence d'une véritable pathologie) est loin d'être résolue. Concernant les comorbidités, que soigne-t-on finalement ? La personnalité ou les troubles (en particulier dépressifs et sociaux) qui l'accompagnent ? En général, les études confondent les effets du traitement associés au changement de la personnalité et l'amélioration des symptômes. Cette amélioration peut n'être d'ailleurs qu'apparente, sous la forme de symptômes moins manifestes (comme l'évitement des relations à la place de leur échec et des manifestations violentes qui peuvent l'accompagner).

Concernant la randomisation des études, les taux d'attrition se sont révélés élevés dans de nombreuses études. Cela est dû au caractère chaotique des styles de vie des sujets et à leur mobilité sociale. Mais d'autres facteurs interviennent, tels que l'investissement du thérapeute au moment du contrat initial de traitement et le maintien de l'alliance thérapeutique qui améliorent la compliance (Yeomans et coll., 1994), de même que la prise en compte des attentes des patients (Horowitz et coll., 1993). La randomisation peut ainsi conduire à des distributions incongrues, surtout chez des patients dont le manque de flexibilité est déjà un symptôme. Concernant la spécificité des psychothérapies, il existe de telles variations à l'intérieur d'un traitement et de tels chevauchements entre traitements que les effets différentiels des traitements ont toutes les chances d'être masqués. Par ailleurs, les mesures des effets peuvent porter sur des éléments très différents. La plupart des études mesurent les symptômes, le comportement, l'adaptation sociale et l'état psychiatrique, mais rarement les changements actuels dans les syndromes et le développement. Il serait nécessaire d'obtenir un accord sur les mesures de base des effets, ce qui en soi supposerait un consensus sur les objectifs du traitement. Il est possible qu'un abord plus processuel des troubles de la personnalité, intégrant des facteurs innés, familiaux et environnementaux, prenant en compte les mécanismes de défense et d'adaptation dans l'expression des troubles, puisse permettre une approche plus logique de l'évaluation à différents moments et dans différentes circonstances. Un instrument tel que l'Entretien d'attachement chez l'adulte (Main et coll., 1985) pourrait être utile.

Les auteurs soulignent le caractère encore rudimentaire des études dans ce domaine. Celles-ci devraient porter dans le futur sur des populations clairement définies, comprendre une définition soigneuse du traitement et de sa spécificité, comporter un groupe contrôle (absence de traitement, traitement usuel, traitement alternatif), utiliser des évaluateurs indépendants et démontrer que le traitement a un effet sur la personnalité plutôt que de parvenir à un simple changement au niveau des symptômes. Ces études permettent néanmoins de définir quelques ingrédients d'efficacité du traitement : bien le structurer ; développer des efforts considérables pour renforcer la compliance ; avoir un objectif clair axé soit sur un problème de comportement tel que l'automutilation, soit sur les modalités de relations interpersonnelles ; avoir une grande cohérence théorique concernant à la fois le thérapeute et le

patient ; concevoir le traitement à relativement long terme ; encourager une puissante relation d'attachement entre le thérapeute et le patient, permettant au thérapeute d'adopter une attitude relativement active plutôt que passive ; être bien intégré avec les autres services disponibles pour le patient.

Études sur la personnalité borderline

Les aspects généraux des thérapies psychodynamiques du trouble de la personnalité borderline, les questions attenantes concernant leur efficacité et la recherche ont été présentés par Adler dès 1989. La revue de la littérature qu'il a réalisée pose les fondements d'une évaluation des résultats obtenus avec les psychothérapies longues en relation avec les modèles psychopathologiques qui les sous-tendent, et donc les approches et techniques spécifiques utilisées. Dans une première partie, Adler présente quelques-uns des principaux modèles de compréhension des patients borderline (Kernberg, 1975 ; Masterson et Rinsley, 1975 ; Kernberg, 1976 ; Masterson, 1976 ; Adler et Buie, 1979 ; Kernberg, 1980 ; Masterson, 1981 ; Buie et Adler, 1982 ; Kernberg, 1982 ; Rinsley, 1982 ; Gunderson, 1984 ; Kernberg, 1984 ; Searles, 1986 ; Waldinger et Gunderson, 1987). Ces modèles apportent un cadre de compréhension des difficultés centrales des patients borderline, précisent les aspects psychodynamiques de ces formulations et leurs implications techniques. Les troubles de la personnalité borderline sont ainsi appréhendés comme une « pathologie des phases précoces de l'individuation dans le rapport à l'autre », qui va s'exprimer sur différents modes de manifestations de transfert et de contre-transfert. Cette revue offre non seulement un modèle de compréhension des comportements du patient (par exemple, sa difficulté à s'engager dans une relation, sa vulnérabilité à toute intervention extérieure), mais elle décrit également les applications techniques qui peuvent en être tirées et qui constituent les principes de la psychothérapie spécifique de ces patients. Certains aspects sont consensuels, comme l'importance toute particulière du cadre thérapeutique qui conditionne de fait la possibilité de la psychothérapie ; d'autres sont encore en discussion, comme la place et le moment qui doivent être réservés au soutien, à la confrontation et à l'interprétation. Ainsi, si la référence générale de ces psychothérapies est la psychanalyse, il existe, comme pour les psychothérapies brèves, des variantes techniques.

Le travail psychothérapique avec ces patients est difficile. Certaines qualités particulières du thérapeute sont requises pour travailler de la façon la plus efficace avec eux : être capable d'être actif au niveau où le patient en a besoin, être en relation avec les sentiments inévitables de contre-transfert et savoir les utiliser pour formuler la signification du matériel actuel, avoir la capacité de définir des liens, d'interpréter et de contenir quand cela est nécessaire. Adler (1989) tente également de préciser les probabilités de succès en fonction de certaines caractéristiques des patients et les indications et contre-indications qui en découlent. Bien que les résultats de la recherche menée notamment par Abend et coll. (1983), Chessick (1977), Giovacchini

(1979 et 1984), Meissner (1984), Waldinger et Gunderson (1987), Kernberg (1975, 1976, 1982, 1982 et 1984), Masterson et Rinsley (1975), Masterson (1976 et 1981), Rinsley (1982), Adler (1979, 1981 et 1985), Adler et Buie (1979), Buie et Adler (1982), et Searles (1979 et 1986) dans les années 1975-1985 soient méthodologiquement imparfaits, et que la littérature clinique et théorique ne puisse être que suggestive, il semble que beaucoup de ces patients difficiles peuvent être traités finalement par une approche psychothérapique flexible qui est susceptible d'utiliser aussi des formes annexes de traitement.

Dans cette revue, Adler (1989) conclut que la recherche sur la psychothérapie des patients borderline en est à ses premiers stades et qu'elle laisse bien des questions sans réponse. Les études insistent sur le haut niveau de sorties de traitement, la difficulté de séparer les résultats de la psychothérapie du cours naturel du trouble et le fait que la psychanalyse *stricto sensu* est contre-indiquée. Le besoin d'études contrôlées, systématiques et prospectives est évident, en particulier pour définir quelles sont les approches les plus efficaces à différents stades du traitement.

Ogrodniczuk et Piper (1999) ont sélectionné une quinzaine d'articles consacrés au traitement psychodynamique des troubles de la personnalité et ont recherché comment était abordé l'usage de l'interprétation du transfert dans les troubles de la personnalité. Cette question est particulièrement déterminante pour l'efficacité des traitements des patients borderline qui peuvent y répondre par une interruption du traitement, voire par des actes auto ou hétéro-agressifs. Les interprétations de transfert sont probablement susceptibles d'avoir des effets différents pour différents types de patients. Ainsi, il est impératif de considérer les caractéristiques du patient autrement qu'au niveau du sous-type diagnostic (c'est-à-dire les variables de personnalité). D'autre part, l'usage de l'interprétation du transfert peut avoir une relation différente avec le résultat selon qu'elle est utilisée à un stade précoce ou plus tardif du traitement, que l'alliance thérapeutique est forte ou fragile (Gabbard et coll., 1994 ; Bond et coll., 1998). En conclusion, il est nécessaire d'examiner la technique thérapeutique à différentes étapes de la psychothérapie et l'exploration soigneuse des multiples facteurs opérant simultanément dans le traitement permettra de guider les cliniciens dans le futur.

Yeomans et coll. (1994) se sont précisément penchés sur la question des sorties de traitement (très fréquentes dans les troubles de la personnalité, puisqu'elles peuvent atteindre des taux de 35 à 50 % dans les trois premiers mois – Skodol et coll., 1983 ; Goldberg et coll., 1986 ; Gunderson et coll., 1989 –). Ils ont examiné le rôle que peuvent y jouer la mise en place du cadre thérapeutique et de l'alliance thérapeutique, ainsi que trois facteurs potentiels de gravité des troubles : l'impulsivité, l'identité et l'affectivité. Cette étude ouverte porte sur 36 femmes borderline (DSM-III-R). Les instruments de mesure utilisés sont la *Contract rating scale* (CRS), la CALPAS-R et une échelle de sévérité de la maladie constituée à partir des trois critères du

DSM-III les plus fréquemment retrouvés : identité/interpersonnel ; affectif (incluant les critères d'humeur), suicidaire et d'autodestruction ; comportement impulsif. Les résultats suggèrent que la technique du thérapeute et ses outils jouent un rôle significatif dans l'engagement du patient borderline dans le traitement et la mise en place de l'alliance thérapeutique. Le niveau d'impulsivité du patient est la seule variable personnelle ayant montré une corrélation avec une durée réduite du traitement. La sévérité générale des troubles n'intervient pas. Cette étude montre que la phase initiale est déterminante et que la formation des thérapeutes devrait porter notamment sur cette étape.

L'efficacité de la psychothérapie dynamique dans un cadre d'hospitalisation à temps partiel a fait l'objet d'une étude contrôlée de Bateman et Fonagy (1999, tableau 6.IX). Cette étude présente les résultats que peut avoir la psychothérapie psychodynamique réalisée en hôpital de jour. L'efficacité de la psychothérapie d'orientation psychanalytique en hospitalisation partielle a été comparée avec celle du soin psychiatrique standard sur une durée de 18 mois maximum chez 28 patients. Le protocole thérapeutique « d'orientation psychanalytique » comprenait les éléments suivants : une psychothérapie individuelle hebdomadaire ; trois séances de psychothérapie de groupe hebdomadaires (1 heure chacune) ; une thérapie expressive type psychodrame hebdomadaire (1 heure) ; une réunion communautaire hebdomadaire (1 heure). Le protocole visait cinq buts principaux :

- engager le patient dans le traitement ;
- réduire les symptômes psychiatriques généraux, en particulier la dépression et l'anxiété ;
- réduire le nombre d'actes autodestructeurs et de tentatives de suicide ;
- améliorer la fonction sociale et interpersonnelle ;
- prévenir le recours à des séjours hospitaliers prolongés.

Les thérapies et l'équipe d'information étaient organisées en référence au modèle de la personnalité borderline comme trouble de l'attachement, de la tolérance à la séparation et de la mentalisation (capacité de penser sur soi en relation aux autres et de comprendre l'état d'esprit des autres). Le traitement psychothérapique a été réalisé par des infirmières formées à la psychiatrie sans qualification formelle à la psychothérapie. L'adhésion au protocole de la thérapie était suivie par supervision (2 fois par semaine avec l'ensemble de l'équipe), avec rapports *verbatim* et formulaire réunissant activités et informations des thérapeutes. Le protocole « soin psychiatrique standard » était constitué d'une réunion mensuelle avec l'administrateur du cas (1 heure) et d'un examen des médicaments par un senior (1 par mois). Les médicaments comprenaient des antidépresseurs et des antipsychotiques.

En plus des nombreux outils d'évaluation concernant les symptômes (SCL-90-R, BDI, *Spielberger state-trait anxiety inventory*), les comportements (*Suicide and self-harm inventory*), et l'adaptation sociale (SAS), Bateman et Fonagy ont utilisé l'*Inventory of interpersonal problems - circumflex version* (Horowitz et

Tableau 6.IX : Études contrôlées concernant la personnalité borderline en hospitalisation partielle

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Leichsenring et Leibing, 2003 *Méta-analyse* note : 6,5/7	Thérapies psychodynamiques (TP) 14 études, 417 patients, tous troubles confondus Suivi : de 0 à 4 ans	Effet des thérapies psychodynamiques dans les troubles de la personnalité Corrélation (non significative) entre durée du traitement et taille d'effet générale Utilisation de manuel ou supervision corrélée positivement aux résultats
Bateman et Fonagy, 1999 *Étude contrôlée* note : 6/10	Diagnostic : *Structured clinical interview for DSM-III-R* (SCID), *Diagnostic interview for borderline patients* Psychothérapie psychanalytique individuelle et de groupe dans le cadre d'hospitalisation partielle ou traitement standard Nombre patients : 44 Âge moyen : 30,3 ans Durée traitement : 1,5 année Thérapeutes : infirmières formées à la psychiatrie sans qualification formelle à la psychothérapie	Hospitalisation partielle : réduction significative de toutes les mesures par rapport au groupe contrôle (symptômes dépressifs, actes suicidaires et d'automutilation, jours d'hospitalisation plein temps), meilleure fonction sociale et interpersonnelle Amélioration observée à 6 mois et poursuivie jusqu'à la fin du traitement à 18 mois
Bateman et Fonagy, 2001 *Étude de suivi de la précédente* note : 5,5/10	Programme de suivi par thérapie analytique de groupe deux fois par semaine (180 h sur 18 mois) Nombre patients : 44 Âge moyen : 32 ans Durée traitement : 18 mois suivi Thérapeutes : non spécifié	La supériorité de l'hospitalisation partielle d'orientation psychanalytique sur le traitement psychiatrique standard s'est maintenue durant une période de suivi de 18 mois. La poursuite de l'amélioration au niveau du fonctionnement social et interpersonnel suggère que des modifications à plus long terme ont été stimulées

coll., 1988). Les patients en hospitalisation partielle ont montré une réduction statistiquement significative de toutes les mesures par rapport au groupe contrôle qui montrait des changements limités ou une détérioration durant la même période. Ces effets concernaient une amélioration des symptômes dépressifs, une réduction des actes suicidaires et d'automutilation, une réduction des jours d'hospitalisation plein temps et une meilleure fonction sociale et interpersonnelle commencée à 6 mois et poursuivie jusqu'à la fin du traitement à 18 mois. Une réplication est nécessaire avec des groupes plus larges, mais ces résultats suggèrent que l'hospitalisation partielle peut offrir une alternative au traitement en hospitalisation temps plein.

Cette étude a été complétée par un suivi à 18 mois (étude contrôlée de Bateman et Fonagy, 2001). La supériorité de l'hospitalisation partielle d'orientation psychanalytique sur le traitement psychiatrique standard s'est

maintenue durant une période de suivi de 18 mois. La poursuite de l'amélioration au niveau du fonctionnement social et interpersonnel suggère que des modifications à plus long terme ont été stimulées par le traitement. Ces résultats ont des implications au niveau du rapport coût/efficacité. Ce dernier point a été précisé (Bateman et Fonagy, 2003) en considérant trois catégories de coût :

- le soin psychiatrique qui incluait le coût total de l'hospitalisation, des services ambulatoires et d'hospitalisation partielle utilisés par le patient ;
- le coût du traitement pharmacologique ;
- les coûts d'hospitalisation générale liés aux séjours en salle d'urgence.

Les deux groupes se sont révélés similaires en termes de coûts de santé précédant le traitement. Durant le traitement, les coûts généraux sont restés comparables, les coûts plus élevés de l'hospitalisation partielle étant équilibrés par des coûts moins élevés des soins en hospitalisation complète, en ambulatoire, en médicaments et en salle d'urgence. Durant les 18 mois de suivi, les coûts ont été cinq fois moins élevés dans le groupe « hospitalisation partielle » que dans le groupe « soins généraux ». Le traitement spécifique en hospitalisation partielle permet donc finalement de réaliser des économies. Ces différents éléments concernent l'efficacité générale. Il reste la difficulté d'une définition précise des ingrédients actifs du résultat. Il est également possible que l'intervention psychothérapique soit aussi efficace si elle est délivrée sous une forme modifiée dans un cadre ambulatoire. Bateman et Fonagy ont initié une étude pour tester cette hypothèse.

Concernant les patients traités en ambulatoire (tableau 6.X), une première étude a été menée par Stevenson et Meares (1992) pour évaluer l'efficacité d'une psychothérapie bien définie chez 30 patients ambulatoires souffrant de troubles de la personnalité borderline diagnostiqués suivant les critères du DSM-III. Cette psychothérapie s'est déroulée deux fois par semaine pendant 12 mois, avec des thérapeutes en formation sous supervision étroite. L'objectif de cette psychothérapie était d'aider le patient à se construire une réalité personnelle, en cohérence avec le modèle suivant lequel les troubles de la personnalité borderline sont une des conséquences d'une interruption de la construction du soi, liée à l'impact d'empiètements répétés de l'environnement social, sous la forme de différents stress survenus au cours des phases précoces de la vie. L'approche du traitement était basée sur une psychologie du *self* (ce terme est utilisé dans un sens large), et des efforts importants étaient réalisés pour s'assurer que tous les thérapeutes adhéraient au modèle de traitement. Les mesures de résultats incluaient la fréquence d'usage de médicaments (prescrits ou obtenus de façon illégale), le nombre de visites chez les professionnels médicaux, le nombre d'épisodes de violence ou d'automutilation, le temps durant lequel la personne avait été en absence de travail, le nombre d'admissions à l'hôpital, le temps passé en hospitalisation complète, le score obtenu à un autoquestionnaire de symptômes, et le nombre de critères du DSM-III de troubles de la personnalité. À la fin du

Tableau 6.X : Autres études concernant la personnalité borderline

Références	Description	Résultats
Munroe-Blum et Marziali, 1995 *Étude contrôlée*	Hommes et femmes de 18 à 65 ans, au moins un contact antérieur avec service psychiatrique, critères de l'Entretien diagnostic pour patients borderline Patients randomisés en thérapie individuelle ou de groupe, suivant manuel et enregistrement Nombre patients : 79 Âge moyen : 18-52 ans Durée traitement : 1 an Thérapeutes formés et expérimentés pour psychothérapie individuelle ; encadrés et supervisés pour la psychothérapie dynamique de groupe	Amélioration importante des indicateurs comportementaux, d'adaptation sociale, de symptômes globaux et de dépression. Pas de différence significative entre thérapies psychodynamiques de groupe et individuelle, à la fin du traitement et au suivi de 24 mois
Meares et coll., 1999 *Étude contrôlée non randomisée*	File active de psychiatrie comprenant notamment des échecs avec les autres tentatives thérapeutiques Comparaison avec liste d'attente contrôle Nombre patients : 40 Âge moyen : 29,4 ans Durée traitement : 2 fois par semaine pendant 1 an Thérapeutes : psychiatres, infirmiers, psychologues en formation	30 % patients traités ne réunissaient plus les critères de diagnostic de TPB après une année de psychothérapie (scores DSM diminués de 4,78). Pas de changement pour liste d'attente Amélioration maintenue au suivi d'un an et à 5 ans
Monsen et coll., 1995a et b *Étude prospective non contrôlée*	Forme sérieuse et durable d'un trouble psychologique dans le champ des troubles de la personnalité et des psychoses 25 patients en psychothérapie ambulatoire Évaluations durant la période de test thérapeutique (1-3 mois), à la fin de la thérapie et 5 ans après la fin du traitement Âge moyen : 28,6 ans Durée traitement : 25 mois Thérapeutes : psychologues expérimentés, formés à cette psychothérapie, avec supervision	Réduction très significative des diagnostics de l'axe I à la fin de la psychothérapie et au suivi. Au MMPI, changement le plus important au niveau émotionnel, retrait social, pathologie. Important changement au niveau conscience des 9 affects spécifiques mesurés Stabilité des changements durant la période de suivi
Clarkin et coll., 1999 *Comparaison avant après non contrôlée*	Patientes des files actives de différents cadres thérapeutiques psychiatriques 5 critères ou plus DSM-IV de TPB évalués sur la SCI-II au moins 2 tentatives de suicide ou de comportement d'automutilation dans les 5 années précédentes Psychothérapie psychodynamique modifiée ambulatoire Patientes constituent leur propre contrôle par rapport à l'année précédente Nombre patientes : 23 Âge moyen : 32,7 ans (19-48 ans) Durée traitement : 12 mois Thérapeutes expérimentés	Réduction significative du nombre de patients ayant fait TS par rapport à année précédente (18 % *versus* 53 %) Moins d'hospitalisations psychiatriques et de jours d'hospitalisation plein temps

Tableau 6.X (suite) : Autres études concernant la personnalité borderline

Stevenson et Meares, 1992 *Comparaison avant-après, non contrôlée*	File active de psychiatrie Psychothérapie et suivi à un an des symptômes et de « mesures objectives de comportement » (visites médicales, hospitalisations et leur durée, médicaments) Nombre patients : 30 Âge moyen : 30 ans Durée traitement : 2 séances par semaine pendant 1 an Thérapeutes : relativement peu formés, supervisés par quatre cliniciens très expérimentés	Réduction significative du nombre de critères DSM-III à la fin du traitement et au suivi de 12 mois (10,5 *vs* 17,4). 30 % des patients ne réunissaient plus à 1 an les critères DSM-III de TP. Réduction des scores du *Cornell index* (28,63 à 24 mois *vs* 42,63 au début) Réduction des mesures objectives (comportements et utilisation services santé)

traitement, les sujets présentaient une amélioration statistiquement significative depuis l'évaluation initiale jusqu'à la fin de l'année de suivi sur toutes les mesures. Cette amélioration était toujours présente un an après la fin de la thérapie.

Une étude assez comparable à la précédente a été menée par Monsen et coll. (1995a et b). Ils ont évalué dans une étude prospective de 7 ans le résultat fonctionnel obtenu après un travail de psychothérapie psychodynamique dans une population de 25 patients ambulatoires atteints de troubles de la personnalité (23, dont 10 de niveau sévère et 6 de niveau moyen) et de psychose (4). La psychothérapie était essentiellement basée sur la théorie des relations d'objet et de la psychologie psychodynamique du moi et caractérisée par une focalisation sur les émotions et les processus d'information concernant les affects. Les interventions étaient orientées vers une élévation du niveau des signaux de conscience affective et une disposition plus ouverte et flexible à leurs différents aspects. Une plus grande tolérance et des expressions plus directes, nuancées et différenciées étaient encouragées. Un second objectif était la distinction du soi de l'image parentale idéalisée de façon défensive. Le principe appliqué était qu'en construisant des images parentales plus réalistes, les patients peuvent se libérer d'un mode immature visant à maintenir leur estime de soi. Les changements recherchés étaient donc structuraux, de maturation, avec une possibilité d'accroître leur capacité individuelle de vivre leur intimité, de réguler leurs contacts sociaux et plus généralement d'avoir une motivation plus importante pour atteindre des ambitions et des buts personnels.

Le critère initial d'inclusion dans l'échantillon était l'existence d'un trouble psychologique installé depuis longtemps dans la catégorie des troubles de la personnalité et des psychoses. Les critères d'exclusion étaient la schizophrénie chronique, la dépendance sévère à l'alcool ou à une drogue et le retard mental. Plusieurs évaluations ont eu lieu : durant la période de traitement, à sa terminaison et cinq ans après, ce qui est l'objet de cet article. Les mesures

d'évaluation ont porté sur des variables démographiques (relations personnelles, éducation, travail, revenu, conditions de logement et utilisation des services sociaux et de santé), sur le niveau d'adaptation sociale (SAS), la conscience affective, mesurée sur la base d'un entretien semi-structuré construit pour cette étude, enregistré en vidéo, et portant sur 9 affects (intérêt/excitation ; enthousiasme/joie ; peur/panique ; colère/rage ; humiliation/honte ; tristesse/désespoir ; envie/jalousie ; honte/remords ; tendresse/adoration), l'inconfort névrotique, la relation identitaire (MMPI), l'importance des symptômes (SCL-90) et le niveau de santé (HSRS).

Les résultats ont montré des changements significatifs de la capacité d'établir et de vivre des relations intimes. La qualité du contact relationnel était améliorée, le niveau socio-économique plus élevé et l'utilisation des services sociaux et de santé réduite. Le résultat psychosocial global, mesuré par l'Échelle santé-maladie (moyenne à 72) et la SCL-90 (score moyen de 0,71, SD de 0,54) suggèrent que 76 % de l'échantillon avait atteint un niveau de fonctionnement psychosocial et d'adaptation que l'on peut considérer comme « non pathologique ».

Dans la conclusion des deux études précédentes, les auteurs expliquaient les difficultés qui les avaient fait renoncer à constituer un groupe contrôle. Elles ont pu être ultérieurement surmontées dans une des équipes puisque, dans une seconde étude, Meares et coll. (1999) comparent les résultats obtenus au sein d'un groupe de patients traités par psychothérapie psychodynamique interpersonnelle (psychothérapie dérivée du modèle conversationnel de Hobson) avec ceux d'une liste d'attente contrôle constituée de patients « traités comme d'habitude » (thérapie de soutien, intervention de crise, thérapie cognitive, pharmacothérapie).

La présentation de la psychothérapie est associée à celle du modèle théorique sous-jacent. Les auteurs font remarquer que le catalogue des critères de troubles de la personnalité borderline dans le DSM-III est constitué de trois facteurs qui concernent l'affect, l'impulsivité et le *self*, sans que soit précisée laquelle de ces constellations d'expériences et de comportements est primaire. C'est pour eux le troisième facteur (le *self*), qui inclut l'expérience du vide, qui est le plus fondamental. Le modèle est basé sur l'idée que le trouble de la personnalité borderline est une conséquence d'une interruption du développement du moi. La principale hypothèse est qu'un certain type d'activité mentale, se trouvant dans la rêverie et se situant en dessous du jeu symbolique, est nécessaire à la constitution du moi. Cette sorte d'activité mentale est non linéaire, associative et liée à l'affect. Dans la période précoce, sa présence dépend d'une relation de l'enfant avec son entourage dont la réponse entre en interaction avec ce qu'il communique, et lui exprime que son expérience est comprise et reconnue. En l'absence de cette possibilité de relation, l'enfant va se tourner vers l'extérieur. Sur cette base, qui s'inscrit dans la perspective générale des cliniciens psychodynamistes des troubles borderline (revue dans Adler, 1989 ; Thurin, 1997), le but de la

thérapie est maturatif. Spécifiquement, il consiste à aider le patient à découvrir, élaborer et se représenter une réalité personnelle. Pour y parvenir, le thérapeute va veiller à établir une atmosphère dans laquelle l'activité mentale de développement peut se mettre en place, amplifier les éléments du monde personnel et interne qui apparaissent dans la conversation, particulièrement comme des sentiments ou des métaphores implicites, identifier les moments où le souvenir traumatique surgit dans la conscience originaire, afin de travailler à l'intégration du système de mémoire traumatique dans le système du *self*.

Sur ces bases, les résultats de l'étude montrent que parmi les 30 patients traités, 30 % ne réunissaient plus les critères de diagnostic de trouble de la personnalité borderline (DSM-III) après une année de psychothérapie. Les 30 patients de la liste d'attente durant 1 an ou plus n'ont pas montré de changement dans le diagnostic. Les scores de réduction du nombre de critères DSM-III des individus dans le groupe de traitement, évalués suivant une échelle à 27 points, ont été moyenne 4,78 fois plus importants que ceux des sujets appartenant au groupe contrôle, sur la période de 12 mois. L'amélioration dans le groupe traité par psychothérapie s'est maintenue à la fois au suivi d'un an et de 5 ans. Le traitement ambulatoire, suivant une modalité spécifique, est au moins aussi efficace que les traitements plus lourds. Évidemment, ces éléments ne sont que partiels et n'abordent pas directement la question des changements de la structure de la personnalité. Autrement dit, ils ne « mesurent » pas l'évolution de la construction du soi, ni l'évolution de la relation à la réalité, à travers notamment les réactions affectives et de passage à l'acte que certaines situations sont susceptibles de produire.

Clarkin et coll. (2001) ont examiné l'efficacité d'un traitement psychodynamique modifié nommé « psychothérapie focalisée sur le transfert » (PFT) conçu spécifiquement pour les patients avec trouble de la personnalité borderline (TPB). Vingt-trois patientes diagnostiquées borderline avec le DSM-IV ont commencé une PFT bi-hebdomadaire. Elles étaient évaluées au début et à la fin de 12 mois de traitement avec des instruments de fonctionnement symptomatique et global (GAF), des mesures de suicidalité et de comportement d'automutilation (*Parasuicidal history interview* – PHI –, Linehan et coll., 1989), et des mesures d'utilisation des services médicaux et psychiatriques (*Treatment history interview* – THI –, Linehan, 1987). Comparé à celui de l'année précédant le traitement, le nombre de patientes ayant fait des tentatives de suicide a significativement décru. De même, le risque et la sévérité des répercussions médicales des comportements d'auto-agression ont diminué. Les patientes de l'étude ont été également significativement moins hospitalisées durant l'année de traitement (entrées ou jours d'hospitalisation). Le taux de sortie de l'étude a été de 19,1 %. Une supervision étroite, un travail d'équipe et un traitement structuré devraient être considérés comme des variables communes de succès du traitement des TPB. Cette étude suggère fortement que ce traitement psychodynamique structuré,

manualisé et modifié pour les patients borderline est prometteur pour le traitement ambulatoire de ces patients et justifie des études contrôlées.

L'étude contrôlée de Munroe-Blum et Marziali (1995) présente la comparaison à 12 mois (la fin du traitement) et à 24 mois d'une psychothérapie de groupe psychodynamique brève de patients borderline à une psychothérapie dynamique individuelle. Les critères d'inclusion étaient des hommes et femmes de 18 à 65 ans ayant eu au moins un contact antérieur avec un service psychiatrique et remplissant les critères de l'Entretien diagnostic pour patients borderline. Les critères d'exclusion comprenaient les difficultés de langage, un handicap neurologique ou un retard mental, un diagnostic primaire d'alcoolisme ou d'addiction à une drogue, un trouble psychiatrique d'origine somatique. Parmi les 110 sujets répartis de façon aléatoire pour le traitement, 79 ont accepté le cadre dans lequel ils étaient adressés (n = 41 pour le traitement individuel et n = 38 pour le traitement de groupe).

Les principales variables étudiées concernaient le dysfonctionnement social, la performance sociale et l'état symptomatique. Les outils étaient l'OBI (*Objective behavior index*), la SAS (*Social adjustment scale*) qui mesure la performance sociale générale, le BDI (Inventaire de Beck de la dépression) et la HSCL-90 (liste de symptômes).

L'évaluation des patients s'est faite au moment de l'inclusion dans l'étude, à 6, 12, 18 et 24 mois de suivi, à partir de mesures sociales, démographiques et de caractéristiques symptomatiques.

Le traitement de groupe était constitué de 30 séances de 1 h 30 (25 hebdomadaires suivies de 5 séances toutes les 2 semaines, conduisant à la fin du traitement). Il était conçu à partir d'un des traits centraux du trouble borderline qui est le suivant : un système conflictuel instable et mal défini de la définition du soi et qui est anormalement dépendant des transactions interindividuelles dans l'ici-et-maintenant. Il portait une attention particulière aux réactions subjectives du thérapeute et partait du principe que les patients borderline ont un besoin universel de soin, de respect, de réponse empathique et de maîtrise, et que, quand ces principes sont respectés, leurs capacités à faire des choix et à contrôler leur destinée sont renforcées.

Le groupe de comparaison suivait une psychothérapie psychodynamique individuelle, sans date de terminaison déterminée et suivant les principes généraux de Kernberg. Les séances étaient enregistrées ; elles ont montré que les thérapeutes individuels utilisaient les stratégies psychodynamiques traditionnelles d'interprétation, de confrontation et d'exploration. Les analyses statistiques ont fait apparaître des améliorations importantes pour les quatre mesures, en particulier le dysfonctionnement social, l'intensité des symptômes et de la dépression. En revanche, elles n'ont pas fait apparaître de différences significatives entre les effets du traitement de groupe expérimental et ceux des traitements individuels. Cette similitude des résultats pose une

nouvelle fois le problème d'une possible hétérogénéité des patients à l'intérieur du groupe borderline qui ne serait pas prise en compte. Les auteurs insistent également sur le fait que le traitement de groupe qui repose davantage sur une équipe que le traitement individuel peut tempérer des réactions de rejet vis-à-vis de ces patients qui sont réputés difficiles.

Études concernant les troubles de la personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifique

L'efficacité de la psychothérapie d'orientation psychanalytique en hospitalisation à temps partiel a été analysée dans l'étude de Krawitz (1997) présentée dans le tableau 6.XI. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les résultats de la psychothérapie psychodynamique de 31 patients (81 % de femmes et 19 % d'hommes) souffrant de troubles de la personnalité des catégories B et C traités dans un cadre psychothérapique résidentiel ou semi-résidentiel. Quatre-vingt-un pour cent d'entre eux présentaient un diagnostic de trouble de la personnalité de type C (évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive et autres) et 19 % de type B (borderline) au DSM-III-R.

Cette étude a plusieurs aspects originaux. Elle décrit assez précisément une méthode psychothérapique qui a été adaptée à la population prise en charge, afin de prendre en particulier en compte les aspects spécifiques liés au sexe féminin (statut et rôle social) et au contexte socio-économique. Ces dimensions sont abordées notamment à propos du travail, avec leurs conséquences en termes de pouvoir et de rémunération. La dimension intrapsychique est explorée à partir de la violence, de l'abus sexuel, de l'appartenance à des groupes non dominants. Cet aspect est appréhendé dans le transfert, à partir de la hiérarchisation des rôles, de la démystification du thérapeute et de la thérapie et de l'utilisation d'un langage courant. L'aspect spiritualité est également pris en compte (population Maori). S'agissant d'une prise en charge institutionnelle, la situation des locaux et l'organisation ont leur importance et sont décrites. La population a été choisie en fonction du fait que c'étaient « les patients avec les troubles de la personnalité les plus sévères » qui puissent être considérés comme traitables : antécédents d'addiction à une drogue, prison, automutilation, enfants retirés... Ces patients ne devaient pas être dans une phase aiguë et étaient adressés quand la thérapie courante était insuffisante ou à cause de la sévérité de leurs problèmes. On est loin d'études portant sur des populations de « bien portants ». Une évaluation économique précise du coût a été faite, qui a été mise en parallèle avec le coût du traitement de pathologies somatiques. Il s'agit d'une étude prospective qui peut être réalisée en pratique courante avec de petits moyens et une « assez bonne méthodologie » : patient comme son propre témoin de l'évolution d'une pathologie chronique, mesures de tailles d'effet à partir d'instruments validés cotés en pré et post-traitement.

Les échelles de mesure utilisées ont été la *Symptom check list* 90, la *Goal attainment scale*, l'Échelle de fonctionnement global et des mesures d'utilisation des ressources de santé (économiques). Ces mesures ont été effectuées avant le traitement, ainsi qu'à 4, 12 et 24 mois après son terme. La durée moyenne de thérapie était de 4 mois (68 jours de thérapie). Toutes les échelles cliniques ont montré des améliorations et ont été accompagnées d'une réduction de l'usage des ressources de santé. Ces résultats montrent l'efficacité clinique de la psychothérapie dans ce cadre, apportent un soutien à la philosophie communautaire et intégrée de la pratique psychothérapique. Ils suggèrent que de la psychothérapie peut être évaluée à un coût financier raisonnable dans des modalités pratiques très variées.

Concernant les patients traités en ambulatoire, l'étude de Winston et coll. (1994) a évalué les résultats de deux formes de psychothérapie dynamique brève chez les patients souffrant de trouble de la personnalité, en les comparant à ceux d'un groupe contrôle en liste d'attente (tableau 6.XI). Ces deux

Tableau 6.XI : Études concernant les troubles de la personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifique

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Winston et coll., 1994 *Étude contrôlée* note : 7,5/10	Troubles de la personnalité axe II du DSM-III Âge : 18-60 ans ; âge moyen : 40,8 ans au moins une relation proche Nombre patients : 81 (ambulatoires) 2 psychothérapies dynamiques brèves (adaptative et interprétative) par rapport à liste d'attente Durée traitement : 40 semaines Suivi à 1,5 an Thérapeutes : psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux expérimentés ; usage de manuels ; enregistrements vidéo, avec évaluation adhésion protocole selon échelles ; participation séminaires techniques	Amélioration significative après psychothérapie chez les patients présentant une typologie de type C de la personnalité, de même que pour des patients avec des troubles de type B (primaire, histrionique) Maintien de l'amélioration pendant la période de suivi d'un an et demi. Pas de différence significative de l'efficacité des deux traitements
Kravitz, 1997 *Étude non contrôlée*	Troubles de la personnalité modérés à sévères (addictions, délinquance, auto-agression, 81 % type C et 19 % type B DSM-III-R) Nombre patients : 31 Âge moyen : 34 ans (17-54 ans) Mesures pré-, post-, et à 4, 12 et 24 mois de suivi Durée traitement : 4 mois (68 jours) Thérapeutes expérimentés pathologies de l'axe I	Efficacité clinique de la psychothérapie psychodynamique adaptée au contexte social (amélioration de toutes les échelles cliniques) Amélioration maintenue au-delà de un an et demi

psychothérapies utilisent beaucoup des techniques de Mann, Malan, Sifneos, et Davanloo. D'un point de vue technique, elles diffèrent suivant le niveau d'activité et de confrontation. Dans la première, directement issue de la PDB de Davanloo, les défenses, l'anxiété et les impulsions sont activement abordées, clarifiées et interprétées. Cette psychothérapie se concentre sur la confrontation du patient au comportement défensif qu'il utilise et sur l'élucidation de la manifestation affective qui se produit dans un contexte interpersonnel. Les souvenirs réprimés et les idées qui les accompagnent peuvent être alors pleinement vécus dans un cadre de travail intégré affectif et cognitif. La seconde (adaptative brève) est une thérapie plus cognitive qui se concentre sur l'identification du pattern le plus inadapté et son élucidation dans les relations passées et actuelles, tout particulièrement dans la relation entre le patient et le thérapeute. Le but est de rendre le patient capable de développer une prise de conscience sur les origines et les déterminants de ce pattern, de façon à produire des relations interpersonnelles mieux adaptées. Ces deux psychothérapies ont donc en commun la prise de conscience de la relation entre l'émergence des symptômes et les contextes interpersonnels passés et présents et un travail d'élaboration à partir de leur actualisation dans le transfert. Les patients présentaient une typologie de type C de la personnalité ou, pour quelques uns, des troubles de type B (trouble de la personnalité primaire, hystérique). L'évaluation des résultats a porté sur les plaintes principales, le fonctionnement global et l'adaptation sociale. Les patients se sont améliorés significativement sur toutes les mesures dans les deux conditions thérapeutiques par rapport aux patients sur liste d'attente. L'amélioration s'est maintenue au-delà de la période de suivi d'un an et demi. Il n'y avait pas de différence significative entre les résultats des deux types de thérapie. Pour l'expliquer, les auteurs considèrent que le manque d'homogénéité des patients est peut-être responsable de l'absence de différence trouvée entre les thérapies. Il se peut qu'une thérapie soit meilleure avec certains patients et moins bonne avec d'autres, tandis que l'autre thérapie produit les résultats opposés. Ces résultats auraient tendance à s'annuler et à conduire à des résultats généraux similaires. Cette étude illustre bien le problème plus général que pose une mesure des effets concernant des données symptomatiques dans une population faiblement déterminée et corrélée à une spécification de la technique dont les objectifs particuliers ne sont pas évalués. Les auteurs prennent en compte cette difficulté et considèrent que les prochaines études devraient tenter de développer des mesures d'effets qui soient à la fois individualisées et conduites par une théorie.

Psychothérapie dynamique brève des troubles de la personnalité narcissique

L'article de Lazarus (1982) constitue la base d'un manuel de traitement psychodynamique des troubles de la personnalité narcissique, dont la difficulté du soin est bien connue. Après un rappel de leur clinique, l'auteur décrit leur théorisation par Kohut (1968) comme le résultat d'un échec du développement du secteur narcissique de la personnalité. D'un point de vue

psychopathologique, alors que chez une personne bénéficiant d'un sentiment de soi assuré, un échec concernant l'attente de ses ambitions et de ses buts va s'exprimer sous la forme de sentiments transitoires de honte, pour l'adulte narcissiquement vulnérable, une déception d'une amplitude semblable sera vécue comme une atteinte catastrophique de l'estime de soi accompagnée de sentiments de fragmentation, de désappointement, de honte, de colère, de rage (Kohut, 1972) et de dépression. La personne va alors rechercher désespérément quelqu'un qui l'idéalise et restaure son sens interne de soi et ses qualités de base.

Le principal but de la psychothérapie brève est ici le rétablissement de l'estime de soi et de sentiments de cohérence personnelle. La psychothérapie psychanalytique va être le cadre d'un transfert narcissique sur l'analyste qui va pouvoir être utilisé par le patient pour reprendre son développement. À partir de 4 cas cliniques, Lazarus décrit trois phases de traitement.

La phase de début durant laquelle le thérapeute soutient de façon empathique les défenses du patient et lui permet de l'utiliser comme un bon objet pour restaurer son estime de soi endommagée. Il faut à ce stade éviter deux erreurs : donner au patient le sentiment qu'on le rejette ; refuser l'idéalisation qui est attribuée au thérapeute. Par ailleurs, les interprétations doivent être évitées à un stade où le transfert situe la relation comme un miroir où le patient a le sentiment qu'il apparaît comme bon ou mauvais.

La phase intermédiaire, à partir du moment où le thérapeute fonctionne comme objet narcissique ; la rage et la dépression du patient, les comportements très défensifs se réduisent en quelques séances. Le patient peut craindre à ce stade de devenir dépendant du thérapeute et vouloir terminer rapidement pour éviter la rupture de la relation narcissique. Une clarification et une interprétation de ces sentiments peuvent réduire le risque d'interruption prématurée et conduire à une meilleure compréhension par le patient de ses réactions. Un des objectifs de cette phase intermédiaire est d'aider le patient à comprendre sa vulnérabilité et ses réactions à la blessure narcissique.

Pendant la phase de terminaison, le patient peut revenir à des défenses primitives avec retrait, projection et clivage en réponse à une anxiété croissante vis-à-vis de la perte appréhendée de l'objet narcissiquement investi que représente le thérapeute pour lui. La terminaison peut symboliser et répéter la blessure narcissique qui a conduit au traitement. Des rendez-vous en retard ou manqués, des expressions de colère ou d'humeur maussade, ou même l'interruption brutale peuvent exprimer l'anxiété de la perte.

Du fait de la courte durée de la psychothérapie brève, ses principaux objectifs sont plus conservateurs que ceux d'une thérapie longue. Le but principal est la restauration de l'estime de soi du patient, et quelquefois la possibilité pour lui de revenir aux niveaux de fonctionnement qu'il avait avant sa décompensation, en gagnant au passage un peu de prise de conscience et de réduction de la vulnérabilité narcissique.

Facteurs particuliers intervenant dans les résultats des psychothérapies dynamiques des troubles de la personnalité

Concernant les troubles de la personnalité avec comorbidité dépressive et le cas particulier de la sociopathie, deux études abordent la question de l'association d'un trouble de la personnalité à la dépression et des conséquences de cette association sur les résultats de la psychothérapie (tableau 6.XII).

Tableau 6.XII : Études impliquant comorbidité et durée dans les effets de la psychothérapie psychodynamique des troubles de la personnalité

Références	Description	Résultats
Woody et coll., 1985 *Étude contrôlée* note : 9/10	Patients traités par méthadone pendant au moins 2 semaines, mais pas au-delà de 6 mois Comparaison de 3 traitements : conseil ; psychothérapie d'expression et de soutien + conseil ; TCC + conseil Nombre patients : 110 Âge moyen : 18-55 ans Durée traitement : en moyenne 11 séances de psychothérapie et 15 de conseil Thérapeutes professionnels	La psychothérapie professionnelle peut être efficace, même si elle est brève, chez des patients ambulatoires en programme méthadone avec un diagnostic de comportement antisocial, à partir du moment où ils ont également un diagnostic de dépression actuelle. Pas de différence significative de résultats entre les deux psychothérapies
Diguer et coll., 1993 *Étude non contrôlée avant-après*	Comparaison des effets d'une psychothérapie psychodynamique brève « expressive de soutien » chez patients déprimés avec ou sans trouble de la personnalité Évaluation initiale, à la fin de la psychothérapie et à 6 mois de suivi (BDI et HSRS) Nombre patients : 25 Âge moyen : 38,4 ans Durée traitement : 16 séances Thérapeutes expérimentés	La psychothérapie psychodynamique brève obtient avec patients déprimés avec troubles de la personnalité des résultats tangibles statistiquement équivalents à ceux de patients uniquement déprimés, sans atteindre néanmoins le même niveau de santé.
Hoglend 1993 *Étude non contrôlée avant-après*	Patients adressés pour psychothérapie : 30/45 avec diagnostic axe I du DSM-III (13 troubles de l'adaptation, 12 troubles anxieux, 4 troubles dysthymiques, 1 dépression majeure), 15/45 avec trouble de la personnalité (8 groupe C et 7 groupe B) Évaluation initiale, après traitement, à 2 et 4 ans de suivi Nombre patients : 45 Âge moyen : 32 ans (20-53) Durée traitement : 31 séances (9-53) Thérapeutes : psychiatres bien formés à la psychothérapie longue et brève d'orientation psychanalytique	Une approche psychodynamique brève et focalisée, active sur les symptômes, est insuffisante chez les patients souffrant de trouble de la personnalité pour obtenir des changements dynamiques à long terme. Si ces patients sont impliqués dans un traitement psychodynamique de 30 séances ou plus, le résultat dynamique à long terme peut être aussi favorable que celui de patients sans trouble de la personnalité

L'étude naturaliste de Diguer et coll. (1993) part du constat que la prévalence des diagnostics de trouble de la personnalité parmi les patients déprimés est considérable : différentes études ont rapporté des taux de 37 % à 87 %. De plus et de façon générale, la réponse à la psychothérapie est meilleure ou plus rapide chez les patients qui ne présentent pas de trouble de la personnalité. L'étude porte sur 25 patients ambulatoires présentant une dépression majeure qui ont bénéficié de 16 séances de psychothérapie psychodynamique « d'expression et de soutien » menées par des psychothérapeutes expérimentés.

Les évaluations confirment que la prévalence des troubles de la personnalité parmi les patients déprimés est très importante (48 %). Par ailleurs, elles montrent qu'au début, à la fin et au suivi de la psychothérapie, les patients présentant un trouble de la personnalité avaient une santé psychologique moins bonne et étaient plus déprimés que les patients sans trouble de la personnalité. Ainsi, l'amélioration statistique des patients avec trouble de la personnalité entre le début et la fin de la thérapie a été similaire en grandeur à celle des patients sans trouble de la personnalité. Cependant, du fait que les patients avec trouble de la personnalité commençaient leur traitement avec un moins bon état psychologique, ils n'atteignaient pas à la fin le même niveau de bien-être que les autres et étaient davantage déprimés (à l'Inventaire de dépression de Beck). Le résultat aurait peut-être été modifié si les patients avec trouble de la personnalité avaient bénéficié d'une psychothérapie plus longue.

Ces résultats font également apparaître l'existence d'un biais potentiel important si la comorbidité de la dépression avec un trouble de la personnalité n'est pas étudiée, puisque ce facteur intervient nettement dans les résultats. Il est suggéré que les différents cliniciens évaluent séparément les troubles de l'axe I et de l'axe II et que des méthodes soient développées qui n'évaluent pas seulement des symptômes, mais également des facteurs indépendants, tels que l'étiologie et l'histoire développementale. Il serait également nécessaire de refaire l'évaluation diagnostique après traitement pour mieux distinguer les troubles de la personnalité de simples traits exacerbés par la pathologie.

L'étude contrôlée de Woody et coll. (1985) concernant l'impact de l'association dépression-trouble de la personnalité sur le résultat de la psychothérapie conduit à une conclusion apparemment différente de l'étude précédente. Ici, le trouble de la personnalité est une sociopathie. La présence d'une sociopathie a été considérée comme un fort facteur prédictif de faible réponse à la psychothérapie. Ce constat a été largement attribué à la faiblesse ou à l'absence de relations interpersonnelles ainsi qu'à la présence d'un comportement antisocial chez les sociopathes. En dépit d'expériences de prise en charge de la sociopathie largement rapportées, il y a eu peu d'évaluations systématiques des effets de la psychothérapie chez les individus sociopathes. Woody et coll. (1985) ont étudié cette question, à partir de groupes de patients dépendants aux opiacés, selon qu'ils présentaient ou non un

diagnostic additionnel de trouble dépressif majeur actuel. L'analyse des résultats est centrée sur trois éléments : le comportement antisocial, la sévérité générale des symptômes psychiatriques, et l'incapacité de former des relations significatives. Pratiquement toute la population présente avait une histoire de comportement antisocial. Cependant, en dépit de cet arrière plan d'activité criminelle, la psychothérapie « d'expression et de soutien », associée au conseil et à la structure générale du programme, a généralement produit des bénéfices clairs, et particulièrement pour les patients qui présentaient d'autres diagnostics (par exemple, une dépression) et qui avaient été traités par la psychothérapie traditionnelle. Ce groupe aurait dû avoir la réponse la plus faible à la psychothérapie du fait qu'il présentait la combinaison de symptômes la plus sévère. Et pourtant, la réponse à la psychothérapie dans ce groupe s'est révélée généralement positive, avec des améliorations significatives concernant l'emploi, l'usage de drogue, le statut légal et le fonctionnement psychiatrique. L'hypothèse défendue par les auteurs est que dans ces conditions particulières, la dépression pourrait être un facteur d'ouverture du champ relationnel chez ces patients et être, paradoxalement, à l'origine des bons résultats obtenus.

Concernant la durée du traitement, Hoglend (1993) a étudié les résultats à long terme de la psychothérapie brève de 15 patients souffrant de trouble de la personnalité au sein d'un échantillon de 45 patients ambulatoires (tableau 6.XII). De façon générale, le succès de la psychothérapie dynamique implique un véritable changement de la personnalité obtenu à partir de l'acquisition d'une prise de conscience qui ouvre à une action créative et à une modification soutenue du comportement. Les psychothérapies brèves sont indiquées pour des patients soigneusement sélectionnés. Dès le départ, il a été considéré que les troubles de la personnalité nécessitaient un nombre de séances plus important.

Parmi les patients avec troubles de la personnalité, 8 présentaient des personnalités dépendante ou évitante (catégorie C) et 7 des personnalités histrionique, narcissique ou borderline (catégorie B), suivant les critères du DSM-III.

Les évaluations ont eu lieu avant le traitement à partir d'un entretien enregistré d'une à deux heures. Les critères favorables pour une psychothérapie brève étaient : des problèmes circonscrits pour le traitement ; une motivation et une compréhension précoces ; un engagement précoce ; une qualité des relations personnelles antérieure au traitement. À partir de cet entretien initial, les thérapeutes dressaient une liste des plaintes cibles et élaboraient une formulation psychodynamique écrite du problème, selon les instructions décrites par Malan. Les évaluations de suivi ont été réalisées 2 ans et 4 ans après la fin de la thérapie à partir d'un entretien et de 7 échelles de résultat : Score global de plaintes cibles, Échelle de changement global et Échelles de changements psychodynamiques (5 échelles en 7 points permettant d'évaluer les relations interpersonnelles, l'estime de soi, les apprentissages

cognitifs, la perception émotionnelle de soi, la prise de conscience et la capacité de résolution de problèmes). Les événements de vie et un traitement additionnel durant la période post-thérapeutique ont été systématiquement recherchés.

Les résultats montrent que les sous-échantillons avec ou sans trouble de la personnalité ont montré un changement symptomatique significativement différent à 2 ans, mais pas à 4 ans. Au suivi de 4 ans, le sous-échantillon avec trouble de la personnalité tendait à être moins amélioré au niveau dynamique que celui des patients sans trouble de la personnalité. D'autre part, le nombre de séances intervenait directement sur le niveau de changement. Cela ne signifiait pas que les patients n'avaient pas évolué à partir du niveau initial, mais qu'ils n'avaient pas atteint un niveau de santé équivalent à celui des patients sans trouble de la personnalité.

Six des quinze patients avec trouble de la personnalité ne présentaient plus ce diagnostic 4 ans après le traitement. Bien que le profil des patients ait été très prédictif des résultats dans les deux échantillons, la durée du traitement constituait un facteur plus important que la disposition chez les patients avec trouble de la personnalité. Chez les patients avec trouble de la personnalité, cette durée était hautement liée à la prise de conscience acquise à 2 ans de suivi, qui était elle-même très prédictive du changement psychodynamique général ultérieur. Cela n'était pas le cas des autres échelles de changement dynamique.

Chez les patients pour lesquels le trouble de la personnalité était associé à une dépression, les résultats symptomatiques satisfaisants obtenus rapidement avaient conduit tant le thérapeute que le patient à réduire la durée du traitement. Mais à plus long terme, les changements obtenus se sont révélés beaucoup moins importants.

Par ailleurs, contrairement aux hypothèses des auteurs, les patients avec trouble de la personnalité de type B ont montré de bons résultats, avec une absence de comportement autodestructeur, une plus grande motivation et un maintien plus durable dans le traitement que ceux du type C.

Cette étude confirme les données réunies par différents auteurs (Horowitz et coll., 1986 ; Pollack et coll., 1990 ; Shea et coll., 1990) suivant lesquelles une approche psychodynamique brève et focalisée est insuffisante chez les patients souffrant de trouble de la personnalité. En revanche, si les patients sont impliqués dans un traitement psychodynamique de 30 séances ou plus, le résultat dynamique à long terme peut être aussi favorable que celui de patients sans trouble de la personnalité. Par ailleurs, rappelons que la durée du traitement, dans le sens d'une non-interruption précoce, est corrélée à des facteurs techniques (Yeomans et coll., 1994 ; Ogrodniczuk et Piper, 1999), eux-mêmes liés à la formation des psychothérapeutes.

Résultats obtenus avec les psychothérapies psychodynamiques brèves

La question des psychothérapies brèves est apparue tout à fait cruciale aux États-Unis dans les années 1970 du double fait de l'augmentation de la demande liée au succès de la psychanalyse et du coût croissant des soins en psychiatrie. Ces facteurs ont stimulé les efforts pour trouver des formes plus brèves, avec une définition assez précise des objectifs de la psychothérapie, en relation avec les bases théoriques et techniques de la psychanalyse concernant le trouble concerné. Au départ, les troubles qui pouvaient bénéficier de ce type de psychothérapie n'étaient pas bien précisés et cela se retrouve dans l'irrégularité des résultats obtenus dans les méta-analyses (les troubles addictifs aux opiacés avoisinent les troubles dépressifs majeurs, les troubles psychosomatiques et anxieux...). D'autre part, certains psychothérapeutes d'inspiration psychodynamique pensent qu'on a pu oublier que pour la plupart des psychothérapeutes de formation psychanalytique, le travail psychothérapique ne pouvait commencer réellement, dans de nombreux cas, qu'après l'amélioration symptomatique. Que signifie alors s'arrêter à ce stade ? Ultérieurement, les psychothérapies cognitivo-comportementales sont apparues et s'est posée la question de leur propre efficacité, notamment comparativement avec celle des psychothérapies dynamiques brèves.

Dans ce contexte, on a pu oublier que l'amélioration symptomatique ne constituait qu'une partie des objectifs de la psychothérapie dynamique et que la durée de la psychothérapie intervenait directement sur les changements structurels recherchés. La durée du traitement est probablement associée à une amélioration différentielle dans différents domaines de fonctionnement (Kopta et coll., 1994). Ainsi par exemple, Hoglend (1993) souligne les effets paradoxaux à moyen terme de l'amélioration rapide d'une dépression qui a obéré le travail à effectuer au niveau des troubles de la personnalité qui l'accompagnaient et a finalement réduit le résultat final.

Méta-analyses concernant les psychothérapies psychodynamiques brèves

Trois méta-analyses, Svartberg et Stiles (1991), Crits-Christoph (1992) et Anderson et Lambert (1995), sont consacrées à la psychothérapie dynamique brève. Leurs résultats ne sont pas superposables et leurs différences font apparaître l'importance des éléments qui sont pris en compte comme critères d'inclusion dans une méta-analyse (tableau 6.XIII).

Les objectifs de la méta-analyse de Svartberg et Stiles (1991) étaient d'examiner les effets généraux de la psychothérapie dynamique brève (PDB) par rapport à l'absence de traitement et à un traitement alternatif. Il s'agissait également d'examiner l'effet différentiel de la PDB pour certains patients, thérapeutes et caractéristiques de traitement, et de décrire les variables

Tableau 6.XIII : Méta-analyses concernant les effets des psychothérapies brèves sur différentes pathologies

Références	Description	Résultats
Svartberg et Stiles, 1991	Population mélangée : dépression, addictions, névroses, troubles somatiques 73 % constituée de patients issus des services de soins Critères exclusion : patients psychotiques 19 études Âge moyen : 41 ans (20-67) Durée traitement : de 8 à 40 séances Thérapeutes de formation très variable	PDB > groupe contrôle liste d'attente
Crits-Christoph,	Population mélangée : dépression, addictions, deuil pathologique, état de stress post-traumatique, troubles de la personnalité 11 études ; 863 patients Durée traitement : 12 à 20 séances Thérapeutes très expérimentés	Taille d'effet = 1,10 sur symptômes cibles Taille d'effet = 0,82 sur symptômes généraux Taille d'effet = 0,81 sur adaptation sociale
Anderson et Lambert, 1995	Patients non psychotiques, addictions, maladies psychosomatiques, TCA 26 études Durée traitement = 40 semaines Thérapeutes expérimentés ou inexpérimentés	PDB > absence de traitement thérapeutes formés > thérapeutes inexpérimentés

TCA : troubles du comportement alimentaire

conduisant à une augmentation ou à une réduction de l'efficience relative de la PDB. Dix-neuf études cliniques de comparaison de résultats publiées entre 1978 et 1988 ont été sélectionnées, en précisant la population concernée (dépression, anxiété, névroses, troubles somatiques, addiction aux opiacés), les caractéristiques de la PDB (type de focalisation, durée, style et activité du thérapeute), le groupe de comparaison (7 thérapies cognitivo-comportementales ou TCC, 12 divers et absence de traitement). Les critères d'inclusion étaient : la théorie sous-jacente psychodynamique ou psychanalytique ; le but du traitement en tant qu'acquisition de prise de conscience ou changement de la personnalité ; les techniques spécifiques appliquées portant l'accent sur l'interprétation et le travail de transfert. Les populations étant très différentes, ainsi que les techniques, il est difficile de tirer de véritables conclusions générales. Le point suivant semble cependant pouvoir être souligné : le résultat de PDB est supérieur à celui d'un groupe de contrôle composé d'une liste d'attente. La technique d'interprétation du transfert est plus efficace que la technique directive et interprétative. Les auteurs insistent sur les biais d'échantillonnage et espèrent des recherches ultérieures sur la façon dont les caractéristiques des différentes PDB peuvent être appliquées, par qui et pour quels problèmes.

La méta-analyse de Crits-Christoph (1992) a abouti à des résultats très différents de celle de Svartberg et Stiles (1991). Crits-Christoph (1992) a examiné 11 études contrôlées concernant l'efficacité des thérapies dynamiques brèves et qui recommandaient l'usage de *guidelines* ou de manuels de traitement spécifiques. Cette méta-analyse a inclus à la fois des études publiées, trouvées à partir d'une recherche informatique portant sur les journaux de psychiatrie et de psychologie, et des études rapportées au cours de conférences. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- usage d'une forme spécifique de psychothérapie dynamique brève telle qu'elle était formulée dans un manuel de traitement ou l'équivalent ;
- comparaison de la psychothérapie dynamique brève avec une situation de liste d'attente, de non-traitement psychiatrique, de psychothérapie alternative, de pharmacothérapie ou d'autres formes de thérapie dynamique ;
- existence de l'information nécessaire pour le calcul des tailles d'effet ;
- au moins douze séances de thérapie ;
- thérapeutes formés et expérimentés dans la thérapie dynamique brève, alors que dans la méta-analyse de Svartberg et Stiles (1991), certaines études reposaient sur des thérapeutes n'ayant jamais été formés à la psychothérapie dynamique brève (Crits-Christoph, 1993).

Elle réunit ainsi 863 patients qui appartenaient aux 11 études, lesquelles concernaient diverses populations : mélangées (2), dépression (3), addiction aux opiacés (3), état de stress post-traumatique (1), deuil pathologique (1) et troubles de la personnalité (1). Les mesures de l'efficacité portaient sur les symptômes cibles, les symptômes psychiatriques généraux et le fonctionnement social. Le nombre de séances variait de 12 à 20. Les résultats montrent que la psychothérapie dynamique brève obtient de larges effets relativement à la liste d'attente, mais seulement une légère supériorité par rapport aux traitements non psychiatriques. Son effet est sensiblement identique à celui des médicaments. Cette méta-analyse intègre des catégories de patients difficiles à traiter (addiction aux opiacés et cocaïne, troubles de la personnalité). La taille d'effet serait sans doute supérieure avec une catégorie de patients « idéaux ». Ces études apparaissent éloignées de la pratique quotidienne. Elles comprennent des limitations : manque d'information sur certains traitements, groupes de patients et durées de traitement variés, évaluations de suivi. Des questions plus générales concernent l'adéquation des mesures utilisées et de la durée du traitement avec les objectifs et le « tempo » de la psychothérapie dynamique : les échelles d'évaluation (SCL-90 et SAS) ne prennent pas en compte les domaines spécifiques de la PDB (conflits, thèmes de transfert, modes de relations) ; dans la PDB, le résultat du travail thérapeutique important a tendance à apparaître après la réduction symptomatique initiale, et une période adéquate pour un tel travail est probablement nécessaire pour que le changement dynamique apparaisse ; les variables d'interaction concernant le patient (qualité des relations d'objet, par exemple) et sa typologie générale (introspective ou dans l'action) ne sont pas prises en compte ; peu d'études de suivi sont disponibles. Les études futures

devraient donc considérer les différentes durées de traitement, les évaluations de suivi et les mesures spécifiques concernant les traitements, les groupes de patients et le résultat. En résumé, les PDB apparaissent efficaces. On remarquera toutefois que les conclusions ne prennent pas en compte le diagnostic des patients inclus dans les études et qui bénéficient d'une psychothérapie.

Les différences dans les résultats des méta-analyses de Svartberg et Stiles (1991) et Crits-Christoph (1992) ont fait l'objet d'un débat publié (Crits-Christoph, 1993). Celui-ci fait clairement apparaître l'importance des critères d'inclusion et en particulier l'importance de la compétence des thérapeutes réalisant des psychothérapies dynamiques brèves. Un autre point discuté concerne l'inclusion par Crits-Christoph de trois études utilisant comme technique la psychothérapie interpersonnelle. La psychothérapie interpersonnelle utilisée dans ces études est d'orientation psychodynamique. L'auteur précise qu'elle était pratiquée par des thérapeutes dynamiciens (avec des superviseurs dynamiciens) et que l'inclusion de ces études n'a pas eu d'influence sur les résultats généraux de la méta-analyse.

La méta-analyse de Anderson et Lambert (1995) avait pour critères : au moins un groupe de traitement désigné par les auteurs de l'étude comme de nature psychodynamique ou psychanalytique ; comparaison avec soit un groupe de non-traitement, soit un traitement minimal, soit une forme alternative de psychothérapie ; traitement ayant duré 40 semaines ou moins ; patients non psychotiques ; nombre de données requises pour effectuer le calcul de la taille d'effet.

Cette méta-analyse confirme l'efficacité de la psychothérapie dynamique brève (PDB), à partir de trois comparaisons de résultats portant sur 26 études : PDB *versus* absence de traitement, PDB *versus* traitement minimal et PDB *versus* traitement alternatif. Les résultats issus du suivi plusieurs mois après la fin du traitement sont également contrôlés. Des résultats similaires à ceux décrits dans la méta-analyse de Andrews et Harvey (1981) sont retrouvés dans des troubles tels que le deuil, la dépression, les troubles du comportement alimentaire, les addictions et l'anxiété. On observe une taille d'effet modérée, relativement à l'absence de traitement, une petite taille d'effet par rapport aux traitements minimaux. En revanche, les résultats sont moins significatifs avec les patients souffrant d'affections somatiques (bronchite et ulcère). Il existe une influence (positive) de l'usage de manuels et de l'expérience des thérapeutes entraînés à la PDB. Les résultats montrent par ailleurs que les PDB tendent à être plus efficaces que les autres formes de psychothérapie quand on prend en compte des évaluations au moins 6 mois après la fin de la psychothérapie. Il s'agit de l'« incubation d'effet » des psychothérapies d'orientation psychodynamique. Les résultats de cette méta-analyse sont très proches de ceux de la méta-analyse de Crits-Christoph et suggèrent que la recherche future sur la PDB devrait obligatoirement inclure des thérapeutes formés à partir d'un manuel spécifique et

ayant une expérience de ce traitement. Les auteurs concluent que la PDB est un traitement efficace pour un large spectre de patients ambulatoires.

Évaluation des approches psychodynamiques chez l'enfant et l'adolescent

En l'absence de méta-analyse et d'études contrôlées, trois études rétrospectives (menées sur la même population d'enfants) ont été retenues pour l'évaluation des approches psychodynamiques chez les enfants et les adolescents (Fonagy et Target, 1994 ; Target et Fonagy, 1994 ; Fonagy et Target, 1996) (tableau 6.XIV). Elles s'appuient sur un programme de recherche sur l'effet de psychothérapies psychanalytiques réalisé au Centre Anna Freud à Londres. Des informations détaillées sur 763 cas de psychothérapie ont été collectées pendant ces quarante dernières années. Cela représente environ 90 % des cas pris en charge au centre.

Tableau 6.XIV : Etudes concernant les approches psychodynamiques chez l'enfant et l'adolescent

Pathologies Références	Description	Résultats
Troubles perturbateurs Fonagy et Target, 1994 *Étude rétrospective non contrôlée*	2 groupes de 135 enfants appariés individuellement 2 modalités de traitement : intensif (4 à 5 séances/semaine) et moins intensif (1 à 2 séances/semaine)	Amélioration chez 62 % des enfants en traitement intensif Amélioration plus importante chez les enfants de moins de 9 ans
Troubles émotionnels Target et Fonagy, 1994 *Étude rétrospective non contrôlée*	127 enfants : < 6 ans, 6-12 ans, adolescents Traitement intensif et moins intensif	Meilleurs résultats avec une thérapie intensive pour les enfants de moins de 12 ans Taux de sortie du traitement plus faibles chez les plus jeunes (6-12 ans)
Troubles du comportement et troubles émotionnels Fonagy et Target, 1996 *Étude rétrospective non contrôlée*	763 cas analysés au Centre Anna Freud (Londres)	Variables liées à une amélioration importante : âge : les enfants les plus jeunes s'améliorent plus ($p < 0,001$) ; traitement long ($p < 0,0001$) ; famille intacte ($p < 0,001$) ; mère ayant suivi une psychanalyse ($p < 0,001$) ; mère concomitamment en psychanalyse ou en traitement au centre ($p < 0,05$) ; informations psychanalytiques dispensées aux parents tout au long du traitement ($p < 0,02$) ; appartenance à une classe sociale favorisée ($p < 0,05$)

L'objectif de l'étude de Fonagy et Target (1994) était d'illustrer l'utilité de la psychanalyse en étudiant les facteurs prédictifs de l'issue du traitement chez

les enfants présentant des troubles perturbateurs. Cent trente-cinq enfants et adolescents ont reçu un diagnostic principal de troubles perturbateurs selon les critères du DSM-III-R et ont été appariés individuellement avec 135 autres enfants présentant des troubles émotionnels évalués avec l'échelle CGAS (*Children's global assessment scale)*. Deux modalités de traitement ont été testées : un traitement intensif (psychanalyse avec 4 à 5 séances par semaine) et un traitement moins intensif (psychanalyse avec 1 à 2 séances par semaine). Le traitement intensif a été suivi par 76 % des patients et 40 % des thérapies ont été menées par des psychanalystes confirmés. Le résultat des traitements a été étudié en mesurant le changement de diagnostic et le changement de l'adaptation globale (amélioration statistiquement significative ou retour à un fonctionnement normal). Les informations diagnostiques (axes I et II du DSM-III-R) incluent le passé, le début et la fin du traitement et ont été validées par trois pédopsychiatres seniors.

À la fin du traitement, 33 % des cas traités ne répondaient plus aux critères diagnostiques. Toutefois pour 34 % des cas, les informations disponibles étaient insuffisantes pour établir un diagnostic. Parmi les enfants avec un trouble perturbateur suivant une psychanalyse durant au moins un an, 62 % ont connu une amélioration. Au cours de la première année, les deux tiers des enfants qui suivaient un traitement non intensif sont sortis de l'étude, ce qui pourrait être un argument en faveur d'une efficacité de la psychanalyse en traitement intensif.

Les enfants âgés de moins de 9 ans obtenaient une amélioration plus importante dans le groupe trouble perturbateur et sortaient moins prématurément du traitement. Le nombre d'enfants sans diagnostic à la fin du traitement était beaucoup plus important dans le groupe de troubles émotionnels.

Cette étude a la faiblesse intrinsèque de toute étude rétrospective et non contrôlée : interrogation sur la fiabilité des données enregistrées, absence de randomisation, amélioration qui peut être confondue avec la durée du traitement (rémission spontanée des troubles). Pour cette raison, les pourcentages d'amélioration ne peuvent pas être attribués avec certitude à la thérapie psychanalytique. De plus, les facteurs prédictifs ne peuvent s'appliquer qu'aux patients acceptant de rester dans un traitement psychodynamique sur une longue durée et l'effet d'usure ne permet pas de généraliser les résultats. Les spécificités du processus analytique ne sont pas étudiées. Les résultats obtenus sont présentés en fonction des critères diagnostiques du DSM-III-R et non en termes de changements structuraux et de processus intrapsychique.

Une deuxième étude de Target et Fonagy (1994) s'est intéressée à l'efficacité des psychothérapies et de la psychanalyse chez les enfants qui présentaient des troubles émotionnels (troubles anxieux et dépressifs) et en particuliers à l'étude de la relation entre l'âge de l'enfant au moment du traitement et le résultat de ce traitement. Étaient également étudiées les interactions possibles entre les effets de l'âge et d'autres variables (large groupe diagnostique, expérience du thérapeute et sexe). Cent vingt-sept enfants ont été choisis et

répartis selon trois tranches d'âge (< 6 ans, 6-12 ans et adolescents), appariés selon un large groupe diagnostique, le sexe, le statut socio-économique, l'adaptation globale et la fréquence des séances.

Les résultats montrent que la probabilité de l'amélioration décroît avec l'âge et que l'amélioration est meilleure chez des enfants présentant des troubles émotionnels ($p < 0,05$). Les enfants les plus jeunes (âge < 12 ans) obtenaient de meilleurs effets avec une thérapie intensive (4 à 5 séances/semaine) ($p < 0,03$). Le taux de sortie de traitement dans les 6 premiers mois était plus bas chez les enfants les plus jeunes (6-12 ans) ($p < 0,005$). Les causes d'échec et de sortie de traitement n'ont pas été examinées.

Cette étude est une étude rétrospective avec les limitations méthodologiques mentionnées ci-dessus (absence de groupe contrôle). Néanmoins, l'étude souligne l'intérêt de considérer les facteurs prédictifs de l'issue de la thérapie chez les enfants dans un contexte de développement et l'efficacité de la psychanalyse chez les enfants les plus jeunes.

La troisième étude réalisée sur les données du Centre Anna Freud par Fonagy et Target (1996) porte sur l'identification des facteurs prédictifs de la réussite du traitement psychanalytique de l'enfant. L'étude rétrospective a porté sur les 763 cas traités au centre durant les quarante dernières années. Deux cent paramètres ont été analysés incluant les données démographiques, les diagnostics selon l'axe I et II du DSM-III-R (validés par trois psychanalystes d'enfant), les résultats au HCAM *Child adaptation measure*, données cliniques et environnementales (événements de vie, niveau de formation du thérapeute, raisons de l'arrêt du traitement). Les patients ont été divisés en deux groupes : ceux qui se sont améliorés et ceux qui ne sont pas améliorés (répondant à l'issue du traitement aux critères du DSM-III-R et avec un score inférieur à 70 au HCAM).

Le taux de sortie du traitement était de 18 % au cours des 6 premiers mois et de 26 % au cours de la première année. L'effet d'usure était plus important chez les adolescents et les enfants présentant un trouble perturbateur.

L'amélioration clinique était statistiquement significative chez 62 % des cas traités en intensif et chez 49 % de ceux traités en non intensif ($p < 0,0005$). L'intensité du traitement semble donc un facteur prédictif d'amélioration. D'autres variables sont liées à une amélioration importante : l'âge – les enfants les plus jeunes s'améliorent plus ($p < 0,001$) –, la longueur du traitement – traitement long ($p < 0,0001$) –, une famille intacte ($p < 0,001$), avoir une mère ayant suivi une psychanalyse ($p < 0,001$) ou une mère concomitamment en psychanalyse ou en traitement au centre ($p < 0,05$), informations psychanalytiques dispensées aux parents tout au long du traitement ($p < 0,02$), l'appartenance à une classe sociale favorisée ($p < 0,05$), l'intensité du traitement. Cependant, on note moins d'amélioration pour les personnalités atypiques et borderline et de meilleurs résultats pour les troubles émotionnels ($p < 0,0001$).

Les résultats obtenus par ces études convergent sur l'importance de l'âge et de l'aide aux parents. Plus le patient est jeune, meilleurs sont l'amélioration et les résultats obtenus et les sorties de traitement sont moins nombreuses chez les plus jeunes patients (< 12 ans). L'aide apportée aux parents au cours du traitement de l'enfant est un facteur favorisant l'amélioration de l'état psychologique de l'enfant.

En conclusion, la littérature sur l'efficacité de l'approche psychodynamique (analytique), bien que très abondante concernant les études de cas (commencées depuis 1910), apparaît insuffisante concernant les études en population. Ceci est en partie lié au développement tout récent d'instruments susceptibles d'évaluer les changements psychodynamiques associés aux effets de la psychothérapie. Néanmoins, des études utilisant les instruments de mesure des symptômes et de fonctionnement global permettent une première approche de l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques dans un certain nombre de troubles. De nouvelles études réalisées avec des instruments plus spécifiques à l'orientation psychodynamique devraient conforter ces premiers résultats. Les chercheurs dans cette discipline se sont par ailleurs attachés à étudier le rôle des facteurs spécifiques et non spécifiques dans le résultat d'une psychothérapie.

Des études d'évaluation de l'efficacité (méta-analyses et études contrôlées) de l'approche psychodynamique (psychanalytique) ont été recensées pour des troubles tels que schizophrénie, dépression, troubles anxieux, troubles de la personnalité.

Une preuve d'efficacité peut être affirmée pour les troubles de la personnalité, en particulier pour le trouble de la personnalité borderline. Il existe une présomption d'efficacité, soutenue par des études contrôlées randomisées, pour le trouble panique (sous antidépresseurs) et pour l'état de stress post-traumatique. Concernant la dépression, les études associent généralement les résultats spécifiques à ce trouble à ceux d'autres troubles (notamment anxieux et de la personnalité), reflétant la complexité des populations traitées. Une étude contrôlée concernant la dépression majeure montre que l'association d'une psychothérapie psychodynamique à un traitement antidépresseur chez des patients soignés en ambulatoire a un effet bénéfique significatif, avec amélioration du fonctionnement global et diminution du taux d'hospitalisation à l'issue du traitement.

Les thérapies psychodynamiques (psychanalytiques) brèves ont donné lieu à davantage d'études d'évaluation que les psychothérapies analytiques de longue durée. Ce sont donc surtout ces dernières qui devraient faire l'objet des études futures.

Chez l'enfant et l'adolescent, seules des études rétrospectives et non contrôlées (issues du centre Anna Freud à Londres) présentent le devenir à court et

long terme de sujets traités par psychanalyse ou par psychothérapie psychodynamique (psychanalytique). Les résultats montrent une amélioration chez 62 % des enfants traités durant un an mais l'absence de groupe contrôle ne permet pas de différencier l'effet thérapeutique de l'évolution naturelle du trouble et en conséquence de se prononcer sur l'efficacité. Ces études permettent néanmoins de constater que plus le patient est jeune, meilleurs sont l'amélioration et les résultats obtenus.

BIBLIOGRAPHIE

ABEND S, PORDER M, WILLICK M. Borderline patients, psychoanalytic perspectives. New York. International Universities Press, 1983

ADLER G. The myth of the alliance with borderline patients. *Am J Psychiatry* 1979, **136** : 642-645

ADLER G. The borderline-narcissistic personality disorder continuum. *Am J Psychiatry* 1981, **138** : 46-50

ADLER G. Borderline psychopathology and its treatment. Jason Aronson, New York 1985

ADLER G. Psychodynamic therapies in borderline personality disorder. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* 1989, **8** : 49-64 (TASMAN A, HALES RE, FRANCES AJ eds, American Psychiatric Press, Washington DC)

ADLER G, BUIE DH. Aloneneness and borderline psychopathology : the possible relevance of child development issues. *Int J Psychoanal* 1979, **60** : 83-96

ANDERSON EM, LAMBERT MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy : a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 1995, **15** : 503-514

ANDREWS G, HARVEY R. Does psychotherapy benefit neurotic patients ? *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 1203-1208

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Diagnostic statistical manual of mental disorders (Fourth edition) DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington DC 1994. Traduction GUELFI JD, Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, Masson, Paris 1996

BARKHAM M, REES A, SHAPIRO DA, STILES WB, AGNEW RM et coll. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings : replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 1079-1085

BATEMAN A, FONAGY P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1563-1569

BATEMAN AW, FONAGY P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000, **177** : 138-143

BATEMAN A, FONAGY P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization : an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 36-42

BATEMAN A, FONAGY P. Heath service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 169-171

BENJAMIN LS. Structural Analysis of Social Behavior. *Psychol Rev* 1974, **81** : 392-425

BENJAMIN LS. Principles of prediction using Structural Analysis of Social Behavior. *In* : Personality and the prediction of behavior. ZUCKER RA, ARONOFF J, RABIN AJ eds, Academic Press, New York 1984 : 121-173

BLAY SL, VEL FUCKS JS, BARRUZI M, DI PIETRO MC, GASTAL FL et coll. Effectiveness of time-limited psychotherapy for minor psychiatric disorders. Randomized controlled trial evaluating immediate v. long-term effects. *Br J Psychiatry* 2002, **180** : 416-422

BLOMBERG J, LAZAR A, SANDELL R. Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapy : first finding of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychother Res* 2001, **11** : 361-382

BOND M, BANON E, GRENIER M. Differencial effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. *J Psychother Pract Res* 1998, **7** : 301-318

BROM D, KLEBER RJ, DEFARES PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 607-612

BUIE DH, ADLER G. The definitive treatment of the borderline personality. *Int J Psychoanal Psychother* 1982, **9** : 51-87

BURNAND Y, ANDREOLI A, KOLATTE E, VENTURINI A, ROSSET N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 2002, **53** : 585-590

CHESSICK R. Intensive psychotherapy of the borderline patient. Jason Aronson, New York 1977

CLARKIN JF, KERNBERG OF, YEOMANS F. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder patients. Guilford, New York 1999

CLARKIN JF, FOELSCH PA, LEVY KN, HULL JW, DELANEY JC, KERNBERG OF. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline disorder : a premiminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 2001, **15** : 487-495

CRITS-CHRISTOPH P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy : a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 151-158

CRITS-CHRISTOPH P. Dr. Crits-Christoph replies (*In* : Letters to the editor). *Am J Psychiatry* 1993, **150** : 684-685

DIATKINE R. L'apport de la psychanalyse à la compréhension des maladies mentales et éventuellement à l'organisation d'institutions destinées à les soigner. *In* : RACAMIER PC le psychanalyste sans divan. Paris, Payot, 1973 :15-42

DIGUER L, BARBER JP, LUBORSKY L. Three concomitants : Personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *Am J Psychiatry* 1993, **150** : 1246-1248

DOIDGE N, SIMON B, GILLIES LA, RUSKIN R. Characteristics of psychoanalytic patients under a nationalized health plan : DSM-III-R diagnoses, previous treatment, and childhood trauma. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 586-590

FONAGY P, TARGET M. The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 45-55

FONAGY P, TARGET M. Predictors of outcome in child psychoanalysis : a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *J Am Psychoanal Assoc* 1996, **44** : 27-77

GABBARD GO, HORWITZ L, ALLEN JG, FRIESWYK S, NEWSOM G, COLSON DB, COYNE L. Transference interpretations in the psychotherapy of borderline patients : a high-risk, high-gain phenemenon. *Harv Rev Psychiatry* 1994, **2** : 59-69

GIOVACCHINI P. Treatment of primitive mental states. Jason Aronson, New York 1979

GIOVACCHINI P. Character disorders and adaptive mechanisms. Jason Aronson, New York 1984

GOLDBERG DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University press Inc, New York 1972

GOLDBERG SC, SCHULZ SC, SCHULZ PM, RESNICK RJ, HAMER RM, FRIEDEL RO. Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986, **43** : 680-686

GUNDERSON JG. Borderline personality disorder. American Psychiatric Press, Washington DC 1984

GUNDERSON JG, FRANK AF, RONNINGSTAM EF, WACHTER S, LYNCH VJ, WOLF PJ. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1989, **177** : 38-42

GUTHRIE E, MOOREY J, MARGISON F, BARKER H, PALMER S et coll. Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry* 1999, **56** : 519-526

GUTHRIE E, KAPUR N, MACKWAY-JONES K, CHEW-GRAHAM C, MOOREY J et coll. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 2001, **323** :135-138

HOBSON RF. Forms of feeling. Tavistock Publications, London 1985

HOGLEND P. Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy. *J Personal Disord* 1993, **7** : 168-181

HOROWITZ MJ, MARMAR CR, WEISS DS, KALTREIDER NB, WILNER NR. Comprehensive analysis of change after brief dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1986, **143** : 582-589

HOROWITZ LM, ROSENBERG SE, BAER BA, URENO G, VILLASENOR VS. Inventory of interpersonal problems : psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56** : 885-892

HOROWITZ LM, ROSENBERG SE, BARTHOLOMEW K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 549-560

JUNKERT-TRESS B, SCHNIERDA U, SCMITZ N, TRESS W. Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform, and personality disorders : a prospective 1-year follow-up study. *Psychother Res* 2001, **11** : 187-200

KÄCHELE H, KORDY H, RICHARD M, RESEARCH GROUPE TR-EAT. Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany : data from a multicenter study. *Psychother Res* 2001, **11** : 239-257

KERNBERG OF. Borderline conditions and pathological narcissism. Jason Aronson, New York 1975

KERNBERG OF. Object-relations theory and clinical psychoanalysis. Jason Aronson, New York 1976

KERNBERG OF. Internal world and external reality. Jason Aronson, New York 1980

KERNBERG OF. The psychotherapeutic treatment of borderlines personalities. *In* : Psychiatry 1982 : American Psychiatric Association annual review. Vol. 1. GRINSPOON L ed, American Psychiatric Press, Washington DC 1982

KERNBERG OF. Severe personality disorders. Yale University Press, New Haven 1984

KOHUT H. The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. Outline of a systematic appproach. *Psychoanal Study Child* 1968, **23** : 86-113

KOHUT H. Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanal Study Child* 1972, **27** : 360-400

KOPTA SM, HOWARD KI, LOWRY JL, BEUTLER LE. Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 1009-1016

KRAWITZ R. A prospective psychotherapy outcome study. *Aust N Z J Psychiatry* 1997, **31** : 465-473

LAZARUS LW. Brief psychotherapy of narcissistic disturbances. *Psychother Theory Res Prac* 1982, **19** : 228-236

LEICHSENRING F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression : a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001, **21** : 401-419

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** : 1223-1232

LESGOURGUES L, BIRMES PH, STERCK G, GILLIERON E, SCHMITT L. Interventions psychodynamiques brèves et dépression en milieu hospitalier. *Ann Med Psychol* 2000, **158** : 648-655

LETARTE P. Quelle est la place des psychothérapies individuelles d'inspiration psychanalytique dans le traitement à long terme des psychoses schizophréniques. *In* : Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques. Conférence de consensus. Frison Roche, Paris, 1994 : 245-252

LINEHAN MM. Treatment History Interview (THI). University of Washington, Seattle 1987

LINEHAN MM, WAGNER AW, COX G. Parasuicide History Interview : Comprehensive assessment of parasuicidal behavior. University of Washington, Seattle 1989

MAIN M, KAPLAN N, CASSIDY J. Security in infancy, childhood and adulthood : a move to the level of representation. *In* : Growing points in attachment theory and research. BRETHERTON I, WATERS E eds, *Monogr Soc Res Child Dev* 1985, **50** : 66-106

MALMBERG L, FENTON M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane review). *In* : The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford : Update Software

MASTERSON J. Psychotherapy of the borderline adult. Brunner/Mazel, New York 1976

MASTERSON J. The narcissistic and borderline disorders. Brunner/Mazel, New York 1981

MASTERSON J, RINSLEY D. The borderline syndrome : the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int J Psychoanal* 1976, **56** : 163-177

MAY PR, TUMA AH, DIXON WJ. Schizophrenia : a follow-up study of results of treatment. I. Design and other problems. *Arch Gen Psychiatry* 1976, **33** : 474-478

MCCUSKER J, COLE M, KELLER E, BELLAVANCE F, BERARD A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998, **158** : 705-712

MCDOUGALL J, LEBOVICI S. Dialogue avec Sammy. Contribution à l'étude de la psychose infantile. Paris, Payot, 1984, 270p

MEARES R, STEVENSON J, COMERFORD A. Psychotherapy with borderline patients : I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Aust N Z J Psychiatry* 1999, **33** : 467-472

MEISSNER W. The borderline spectrum. Jason Aronson, New York 1984

MILROD B, SHEAR MK. Dynamic treatment of panic disorder : a review. *J Nerv Ment Dis* 1991, **179** : 741-743

MILROD B, BUSCH F, LEON AC, SHAPIRO T, ARONSON A. Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder : a pilot study. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 1878-1880

MILROD B, BUSCH F, LEON AC, ARONSON A, ROIPHE J et coll. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001, **10** : 239-245

MONROE-BLUM H, MARZIALI E. A controled trial of short-term group treatment of borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1995, **9** : 190-198

MONSEN JT, ODLAND T, FAUGLI A, DAAE E, EILTERSEN DE. Personality disorders : changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychother Res* 1995a, **5** : 33-48

MONSEN J, ODLAND T, FAUGLI A, DAAE E, EILERTSEN DE. Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy : a prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scand J Psychol* 1995b, **36** : 256-268

MOJTABAI R, NICHOLSON RA, CARPENTER BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia : a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998, **24** : 569-587

OGRODNICZUK JS, PIPER WE. Use of transference interpretations in dynamically oriented individual psychotherapy for patients with personality disorders. *J Personal Disord* 1999, **13** : 297-311

OMS. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Genève, 1992

PANKOW G. L'homme et sa psychose. Paris, Aubier Montaigne, 1973, 205p

POLLACK J, WINSTON A, MCCULLOUGH L, FLEGENHEIMER W, WINSTON B. Efficacy of brief adaptational psychotherapy. *J Personal Disord* 1990, **4** : 244-250

RINSLEY D. Borderline and other self disorders. Jason Aronson, New York 1982

ROBINSON LA, BERMAN JS, NEIMEYER RA. Psychotherapy for the treatment of depression : a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 1990, **108 :** 30-49

SEARLES HF. Coutertransference and related subjects. International Universities Press, New York 1979

SEARLES HF. My work with borderline patients. Jason Aronson, Northvale NJ 1986

SECHEHAYE MA. Journal d'une schizophrène. Paris, PUF, (1950) 2003, 136p

SHAPIRO DA, BARKHAM M, REES A, HARDY GE, REYNOLDS S, STARTUP M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 522-534

SHAPIRO DA, REES A, BARKHAM M. Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains following cognitive-behavioral therapy and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 378-387

SHEA MT, PILKONIS PA, BECKHAM E, COLLINS JF, ELKIN I, SOTSKY SM, DOCHERTY JP. Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 1990, **147** : 711-718

SHEPANK H. Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1994

SIFNEOS P. Short-term dynamic psychotherapy. Evaluation and technique. Plenum, New York, 1987

SKODOL A, BUCKLEY P, CHARLES E. Is there a characteristic pattern to the treatment of clinical outpatients with borderline personality ? *J Nerv Ment Dis* 1983, **171** : 405-410

SMITH ML, GLASS GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977, **32** : 752-760

SMITH ML, GLASS GV, MILLER TI. The benefits of psychotherapy. The John Hopkins Press, Baltimore 1980

STEVENSON J, MEARES R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 358-362

STEVENSON J, MEARES R. Psychotherapy with borderline patients : II. A preliminary cost benefit study. *Aust N Z J Psychiatry* 1999, **33** : 473-477

STRUPP HH, BINDER J. Psychotherapy in a new key : time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York 1984

SVARTBERG M, STILES TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 704-714

TARGET M, FONAGY P. The efficacy of psychoanalysis for children : prediction of outcome in a developmental context. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 1134-1144

THURIN JM. Une vie sans soi - clinique et interprétation des maladies psychosomatiques. Frison Roche, Paris 1997 : 240 p

VAUGHAN SC, MARSHALL RD, MACKINNON RA, VAUGHAN R, MELLMAN L, ROOSE SP. Can we do psychoanalytic outcome research ? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000, **81** : 513-527

WALDINGER RJ, GUNDERSON JG. Effective psychotherapy with borderlines patients. MacMillan, New York 1987

WIBORG IM, DAHL AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder ? *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 689-694

WINNICOTT DW. La petite « Piggle ». Traitement psychanalytique d'une petite fille. Payot, Paris 1977 : 192 p

WINSTON A, LAIKIN M, POLLACK J, SAMSTAG LW, MCCULLOUGH L, MURAN JC. Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 190-194

WOODY GE, MCLELLAN AT, LUBORSKY L, O'BRIEN CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 1081-1086

WUNDERLICH U, WIEDEMANN G, BRUCHKREMER G. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam ? Eine Metaanalyse [Are psychosocial methods of intervention effective in schizophrenic patients ? A meta-analysis]. *Verhaltenstherapie* 1996, **6** : 4-13

YEOMANS FE, GUTFREUND J, SELZER MA, CLARKIN JF, HULL JW, SMITH TE. Factors related to drop-outs by borderline patients : Treatment contract and therapeutic alliance. *J Psychother Pract Res* 1994, **3** : 16-24

III

Approche cognitivo-comportementale

7

Présentation de l'approche cognitivo-comportementale

Les thérapies comportementales et cognitives se sont développées progressivement en France depuis les années 1970, mais les premiers travaux dans les pays anglo-saxons remontent à la fin des années 1950. Elles sont actuellement pratiquées dans un cadre défini de formation des thérapeutes et de modalités d'exercice qui correspond à des standards européens.

Définition des thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information. On parle actuellement de thérapies comportementales et cognitives, ou de thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Cette appellation reflète la pratique la plus fréquente.

Ainsi, une enquête effectuée par Elliot et coll. (1996) trouve que 67,5 % des membres de l'Association américaine pour le développement de la thérapie comportementale disent pratiquer des thérapies cognitivo-comportementales.

En Europe, l'Association européenne de thérapie comportementale (EABT) est devenue l'Association européenne de thérapie comportementale et cognitive (EABCT)[4] en 1990.

Historique

Le développement des thérapies comportementales puis cognitives s'est effectué d'abord dans les pays anglo-saxons et de l'Europe du Nord, au début

4. site internet : http ://www.eabct.com

des années 1960. Elles ont essaimé ensuite dans l'ensemble des pays développés, comme en témoigne le caractère international et multinational des recherches et ouvrages qui ont été publiés. Elles se sont implantées en France à partir du début des années 1970 grâce à des associations privées dont les deux principales sont l'AFTCC (Association française de thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1972, et l'AFFORTHECC (Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1994. Ces deux associations proposent une formation de base et une formation continue sous la forme d'ateliers et de congrès. Chacune de ces deux associations propose un annuaire des thérapeutes[5] destiné au corps médical.

Évolution des TCC en France

Le premier ouvrage publié en français est dû au Dr Jacques Rognant (1970). La première consultation de thérapie comportementale s'est ouverte à la même époque dans le service du Pr. Pierre Pichot à Sainte Anne, et a été assurée par le Dr Mélinée Agathon (psychologue, CNRS). On peut voir également en Pierre Janet (1889) le précurseur français le plus marquant des thérapies comportementales et cognitives. Son œuvre considérable possède une influence grandissante dans le monde anglo-saxon.

Actuellement, en France, la TCC représente un courant majeur de psychothérapie qui doit beaucoup aux développements récents des études contrôlées randomisées et des méta-analyses. La recherche en thérapie comportementale et cognitive française a pu se développer grâce à des financements publics (Inserm, ou Programme hospitalier de recherche clinique – PHRC –), privés (industrie pharmaceutique), ou des travaux universitaires (thèses et DEA).

Formation des thérapeutes cognitivo-comportementalistes en France

La formation pour s'intituler thérapeute comportementaliste et/ou cognitiviste s'adresse aussi bien aux psychiatres qu'aux médecins généralistes possédant une bonne formation préalable en psychiatrie, aux psychologues et aux infirmiers spécialisés en psychiatrie. Les orthophonistes, psychomotriciens et

5. adresse des associations :
AFTCC : 100 rue de la Santé, 75674 Paris Cedex, tél. : 01 45 88 35 28, fax : 01 45 89 55 66, site internet : http://www.aftcc.org/ (annuaire édité)
AFFORTHECC : 10 avenue Gantin, 74150 Rumilly, tél. : 04 50 01 49 80, fax : 04 50 64 58 46, e-mail : afforthecc@aol.com, site internet : http://www.afforthecc.com/

éducateurs spécialisés ont accès à certaines formations. La formation est assurée en privé par l'AFTCC et l'AFFORTHECC et dans le service public par des diplômes universitaires (DU).

Le premier diplôme universitaire de thérapie comportementale et cognitive en France a été ouvert à l'université de Lyon en 1980, sous la forme d'une attestation d'études en thérapie comportementale. Cette attestation est devenue un diplôme universitaire (DU) obtenu en deux ans en 1990, puis en trois ans en 2000, pour s'aligner sur les normes européennes en matière de formation. L'enseignement se déroule selon les critères préconisés par l'EABCT, qui sont représentés sur le tableau 7.I. La formation dure cinq ans au minimum en comptant la formation professionnelle de base.

Tableau 7.I : Critères pour la formation selon l'*European association of behaviour and cognitive therapy* (EABCT)

Formation	450 heures dont 200 par un thérapeute compétent
Développement des compétences	200 heures
Supervision	200 heures par un thérapeute compétent Au moins huit cas supervisés couvrant trois types de problème
Mémoire	Quatre cas au moins (2 000-4 000 mots)
Accréditation par une association	Formation ci-dessus suivie de formation continue
Thérapie et développement personnel	Faut-il une thérapie didactique ? Le choix est laissé à chaque pays ; il est souligné, cependant, que chaque thérapeute doit savoir quand demander de l'aide.

Ces trois années et ces critères sont requis pour obtenir le diplôme universitaire de thérapie comportementale et cognitive de l'université Lyon I. D'autres universités proposent des diplômes en deux ans : Marseille, Toulouse, Reims, Bordeaux, Lille et Paris. Mais il est vraisemblable que les normes européennes vont progressivement s'imposer partout.

Modalités d'exercice

Parmi les limitations dans la pratique des thérapies comportementales, on peut citer la facilité plus ou moins grande à trouver des thérapeutes formés et les difficultés de la mise en œuvre pratique des thérapies, dans un cadre remboursé par le tiers payant. Dans le système actuel de paiement à l'acte, leur durée (d'une demi-heure à une heure le plus souvent) peut être un obstacle à leur diffusion. On pourrait souhaiter que, comme dans certains pays, comme la Suisse ou la Belgique, spécialistes et généralistes soient payés, non pas à l'acte, mais au temps passé avec les patients, et les patients remboursés par le tiers payant sur la base de cette durée. De même l'absence

de remboursement des thérapies effectuées par les psychologues est un facteur limitant du développement des TCC dans notre pays, qui, à cet égard, apparaît très en retard sur le reste de l'Europe.

Enfin il faudrait aussi examiner le rôle et le statut des infirmiers formés aux TCC, à l'intérieur des équipes de psychiatrie publiques ou privées. Aujourd'hui déjà, les infirmiers spécialisés en santé mentale jouent un rôle important en France, dans toute l'Europe et aux États-Unis, dans la pratique des TCC, en particulier dans la réhabilitation des sujets psychotiques ou borderline. La pratique des TCC par des infirmiers libéraux a été pour l'instant peu étudiée, et l'on manque de données à cet égard.

Il faudrait aussi prendre en compte le fait que des généralistes formés appliquent certaines des techniques de TCC dans le cadre de leur pratique d'omnipraticien, ce qui a pour effet de réduire les coûts des thérapies.

Il serait donc utile que les pratiques des infirmiers et des généralistes soient également reconnues dans la mesure où elles se fondent sur une formation et une mise en œuvre adéquates.

Principes thérapeutiques

Un certain nombre de principes issus des théories de l'apprentissage et des théories cognitives représentent le fondement de la pratique des thérapies cognitivo-comportementales.

Les conditionnements classiques et opérant sont une des bases théoriques des thérapies cognitives et comportementales. Ils représentent les lois d'apprentissage qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants. Dans ce sens, ce sont les formes d'apprentissage normales et adaptées. Mais dans certaines circonstances, ils aboutissent à un apprentissage émotionnel ou comportemental inadapté ou pathologique que les thérapies cognitives et comportementales visent à traiter. Pour certains troubles mentaux, ces formes d'apprentissage ainsi que les mécanismes cognitifs peuvent jouer un rôle causal direct dans l'étiologie du syndrome. Pour d'autres troubles, ces mécanismes ne jouent pas un rôle causal, une conditionnabilité, inscrite dans le tempérament et d'origine biologique, faisant le lit du syndrome. Mais les processus d'apprentissage influencent l'expression phénotypique finale d'un syndrome, et peuvent de ce fait être modifiés dans un sens favorable par les TCC.

Les données actuelles de l'épidémiologie génétique montrent que dans l'anxiété et la dépression les facteurs environnementaux sont aussi importants que les facteurs génétiques dans l'expression phénotypique des troubles. C'est ce qu'a, en particulier, montré une étude sur le stress post-traumatique effectuée chez des jumelles identiques et élevées dans le même milieu. À environnement social égal et génétique égale, c'est la jumelle qui a subi l'abus

sexuel intense le plus grave qui va développer un stress post-traumatique (Kendler et coll., 2000). De manière plus générale, la génétique des comportements (revue in Paris, 1998) montre que les sources de variation dans la personnalité sont représentées à 50 % par des facteurs héréditaires et à 50 % par des facteurs d'environnement. On s'oriente donc vers des modèles de vulnérabilité génétique, où les événements de vie provoquent des conditionnements et favorisent la mise en place de schémas cognitifs qui vont entraîner des dysfonctionnements. Il est possible d'agir par la TCC sur les réponses comportementales et émotionnelles ainsi que sur les cognitions.

Conditionnement classique (ou répondant ou pavlovien)

Il a été mis en évidence par Pavlov en 1926 (Pavlov, 1963). Le conditionnement classique, ou pavlovien, a pour effet de mettre en place les réponses du système nerveux végétatif. Il consiste à associer un stimulus neutre (une sonnerie), en le présentant un quart de seconde avant un stimulus inconditionnel (la nourriture), pour que se déclenche une réponse de salivation. Le stimulus neutre déclenchera par la suite, à lui seul, la réponse. L'ensemble des réponses émotionnelles physiques relève de ce conditionnement par lequel un stimulus neutre – un lieu, une image, un son, une date, un mot – est associé automatiquement à des manifestations émotionnelles.

Les travaux de Le Doux (1998) ont permis une avancée significative de la biologie des émotions et de leurs relations avec les facteurs cognitifs. La conscience joue peu de rôle dans ce type d'apprentissage, qui a lieu dans deux structures neurologiques qui appartiennent à des structures primitives du cerveau : le thalamus et l'amygdale, et également le tronc cérébral. L'apprentissage de la peur et des réactions anxieuses a lieu dans le thalamus et l'amygdale, selon une voie qui court-circuite le cortex préfrontal. Cette voie est utilisée quand il s'agit de réponses de survie immédiates : fuir, affronter et combattre, ou s'immobiliser. Mais à cette voie courte se superpose une voie longue, qui va permettre un traitement conscient et plus lent de l'information. Cette voie fait relais dans les aires préfrontales qui font partie du néocortex. Une atteinte du cortex préfrontal empêche la décroissance des réponses de peur et d'anxiété par l'exposition répétée aux situations provocatrices d'anxiété (Le Doux, 1998). Ce qui signifie que la conscience joue sans doute un rôle dans les processus d'habituation.

Il est vraisemblable que les personnes qui présentent des perturbations émotionnelles importantes utilisent essentiellement la voie courte, automatique et inconsciente : ce qui expliquerait des réactions de colère, de violence ou de peur disproportionnées par rapport à la situation qui provoque l'émotion. La figure 7.1 représente les voies longue et courte du traitement de l'information émotionnelle selon Le Doux (1998). Elle positionne aussi les possibles actions de la thérapie comportementale sur la voie courte, émotionnelle, et de la thérapie cognitive sur la voie longue, plus rationnelle. Un tel

schéma plaide pour une thérapie cognitivo-comportementale agissant à la fois sur les émotions, les comportements et les cognitions.

Figure 7.1 : Voies du traitement de l'information émotionnelle (d'après Le Doux, 1998)
La voie courte est automatique et inconsciente, la voie longue fait intervenir la conscience (aires préfrontales). Les troubles émotionnels utilisent surtout la voie courte. L'habituation est facilitée par le cortex pré-frontal

Conditionnement opérant (ou skinnerien ou instrumental)

Il décrit le développement et le maintien des réponses motrices et verbales. Il a été décrit dès la fin des années 1930 par Skinner (1971), comme une extension de la théorie darwinienne de la sélection naturelle. L'organisme opère sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. Il répétera ou éliminera certaines réponses. Les actions sont renforcées par leurs conséquences. Une formulation adéquate de l'interaction entre un organisme et son milieu doit spécifier trois niveaux d'analyse fonctionnelle :

- les circonstances dans lesquelles la réponse survient, autrement dit le stimulus discriminatif qui signale au sujet qu'il doit agir ;
- la réponse elle-même ;
- les conséquences à effet renforçateur.

L'interrelation entre ces trois éléments est une contingence du renforcement, qui entre aussi en interaction avec les motivations internes à agir. L'analyse du maintien d'une séquence comportementale passe par l'étude de ses conséquences qui permet de comprendre la finalité d'un comportement.

Une action qui a des conséquences positives va tendre à se répéter (renforcement positif).

Inversement, devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement

à la situation susceptible de provoquer des désagréments. C'est le renforcement négatif : conditionnement d'échappement ou d'évitement des situations aversives.

L'absence de conséquences négatives ou positives à une action entraînera progressivement la disparition de cette action du fait de l'absence de tout renforcement : c'est l'extinction.

Deux grands principes pratiques, issus du conditionnement opérant, sont le plus souvent utilisés :
• le principe de segmentation de la difficulté : il consiste par exemple à classer de 0 à 100 les étapes d'affrontement d'une situation en fonction de l'anxiété ressentie à chaque étape ;
• le façonnement progressif (*shaping*) avec renforcement positif des comportements qui, s'approchant progressivement du but recherché, évite le découragement aussi bien des patients que des thérapeutes. Le renforcement positif est présenté par le thérapeute sous forme d'approbation.

Sensibilisation et habituation

L'habituation est un processus physiologique très général, forme élémentaire et primitive d'apprentissage qui peut être assez facilement utilisée comme paradigme expérimental et principe thérapeutique. L'habituation est l'inverse de la sensibilisation.

Eric Kandel, prix Nobel 2000, chez un organisme comprenant un nombre limité de neurones (aplysie), a montré qu'à côté des réponses conditionnelles, il pouvait exister une mémorisation après une seule rencontre avec un stimulus nociceptif et une potentialisation à long terme qui résulte d'une cascade d'événements chimiques qui font que la réponse va s'accroître sans qu'il soit nécessaire de mettre en place de nouvelles expériences de conditionnement (cité par Marks, 1987).

Chez l'homme qui souffre de réponses émotionnelles excessives, l'habituation par présentation prolongée et répétée des stimuli aboutit à la diminution de la force des réponses inconditionnelles contrôlées par le tronc cérébral et le complexe amygdalien. En revanche, la présentation brève des stimuli évocateurs d'obsessions et de compulsions ou de phobies ne fait qu'accroître l'intensité des réponses motrices, cognitives et végétatives futures. Il s'agit du phénomène inverse de l'habituation : la sensibilisation. En général il faut 45 minutes d'exposition pour aboutir au phénomène d'habituation. Le thérapeute doit donc proposer aux patients phobiques ou obsessionnels qui sont traités par les méthodes d'exposition, des séances répétées et prolongées, plutôt que des séances brèves.

Les thérapies comportementales se sont fondées, au début, sur la notion qu'un certain nombre de comportements, en particulier les comportements d'évitement, résulteraient d'un conditionnement par association de stimuli. Dans un

premier temps, un conditionnement classique des réponses émotionnelles va fixer un pattern émotionnel dans la mémoire ; dans un deuxième temps, l'évitement comportemental va soulager de l'anxiété et fixer sur un mode opérant les réponses motrices. Les deux facteurs, conditionnement classique et conditionnement opérant, participent au maintien du trouble anxieux, ce qui fait que les TCC vont agir à ces deux niveaux d'apprentissage : réduire l'anxiété et encourager les comportements actifs d'affrontement.

Le plus connu des principes utilisés en TCC est l'exposition aux situations anxiogènes (Wolpe, 1975 ; Marks, 1987). Celle-ci est en général effectuée de manière graduelle et précédée d'une phase d'exposition prolongée et répétée en imagination, qui vise à habituer les réponses physiologiques inadaptées et à éteindre les réponses motrices d'évitement.

Apprentissage social : le principe d'apprentissage par imitation de modèles

Il a été démontré (Bandura, 1977), sur le plan expérimental, l'importance de l'apprentissage par imitation de modèles. Ces principes ont été étendus aux problèmes cliniques. Les techniques dites de « *modeling* », sont surtout utilisées pour le développement de la compétence sociale par les jeux de rôles où le patient, après avoir joué une interaction sociale, observe des modèles compétents qui donnent leur version de la situation. Le patient s'inspire du modèle pour donner sa propre version. Ses progrès peuvent être filmés et discutés avec lui. Le modèle peut être présenté par le thérapeute qui joue la scène devant le patient avec un autre thérapeute, ou selon un programme d'apprentissage enregistré sur bande vidéo après une étude soigneuse et une adaptation aux problèmes d'interaction sociale particuliers à chaque patient.

Bandura (1977) a également développé une théorie générale du changement psychothérapique en postulant une dimension particulière du fonctionnement mental : l'efficacité personnelle perçue. Cette théorie est proche de celle qu'avait développée, à la même époque, Seligman (1975) chez l'animal puis chez l'homme. Elle accorde au sentiment d'impuissance apprise face à des événements aversifs un rôle central dans la psychopathologie. L'impuissance apprise et la perte de l'efficacité personnelle perçue peuvent rendre compte des réponses de stress, d'anxiété et de dépression.

Le changement psychothérapique a lieu dans la mesure où un sujet se considère, à nouveau, comme capable de présenter un comportement et qu'il pense que ce comportement aboutira à un résultat (attentes de résultat). Modifier les attentes de résultats et d'efficacité est un principe général de changement utilisable en psychothérapie, notamment dans la dépression. Il s'agit donc d'une interprétation cognitive des théories de l'apprentissage, et l'œuvre de Bandura et celle Seligman représentent une transition entre les théories de l'apprentissage et les théories cognitives.

Principes issus de la psychologie cognitive

Les thérapies cognitives (Beck et coll., 1979 ; Cottraux, 2001), sont fondées sur la notion de schémas cognitifs. Selon Alford et Beck (1997), on peut définir un schéma cognitif comme une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme. Stockés dans la mémoire à long terme (mémoire sémantique), les schémas cognitifs sélectionnent et traitent l'information de manière inconsciente (au sens d'automatique).

La psychologie cognitive décrit les relations entre conscient et inconscient en distinguant deux types de processus cognitifs : les processus automatiques et les processus contrôlés.

Les processus cognitifs automatiques sont inconscients, rapides, sans effort, ne requièrent que peu ou pas d'attention et sont difficiles à modifier. Ils correspondent aux schémas et aboutissent aux pensées automatiques qui émergent à un niveau proche de la conscience.

Les processus cognitifs contrôlés sont conscients, lents, requièrent à la fois effort et attention et sont faciles à modifier. Ils correspondent à la pensée logique, et aboutissent au décentrement par rapport à soi.

Les thérapies cognitives vont essayer de favoriser les processus contrôlés par rapport aux processus de traitement automatique de l'information par les schémas perturbés.

La mémoire sémantique (mémoire à long terme) pourrait être le support des processus inconscients, ou automatiques, définis par les schémas. Il n'existe pas une seule mémoire, mais différents types de mémoire (tableau 7.II) qui ont différentes fonctions et des localisations cérébrales différentes. Ces différents types de mémoire peuvent interagir entre eux (figure 7.2).

Tableau 7.II : Différentes mémoires (d'après Cottraux, 2001)

Mémoire à long terme : présente plusieurs compartiments avec différentes fonctions.
Mémoire procédurale : permet de stocker les apprentissages moteurs et les plans d'action. Elle fonctionne sur un mode inconscient. Elle correspond aux conditionnements.
Mémoire épisodique ou autobiographique : correspond aux faits de l'histoire personnelle qui sont datés et localisés. Elle est aussi inconsciente.
Mémoire déclarative : permet l'expression consciente des souvenirs de la mémoire épisodique, mais aussi de la mémoire sémantique.
Mémoire sémantique : représente la mémoire culturelle. Elle est inconsciente : à son niveau se trouvent les structures linguistiques, les cadres conceptuels et les schémas cognitifs. En somme, tout ce qui permet de donner du sens à ce que nous vivons à chaque instant. Les « *scripts* » ou scénarios qui vont orienter les actions sont stockés, eux aussi, dans la mémoire sémantique.

Le modèle cognitif des troubles psychopathologiques peut se résumer en une douzaine de propositions (tableau 7.III).

Figure 7.2 : Relations entre les différents types de mémoire

Tableau 7.III : Modèle cognitif des troubles psychopathologiques

Les schémas représentent des interprétations personnelles de la réalité.
Ils influent sur les stratégies individuelles d'adaptation.
Ils représentent une interaction entre les comportements, les émotions, l'attention et la mémoire.
Ils ont une spécificité de contenu.
Ils correspondent à des patterns émotionnels, attentionnels, mnésiques et comportementaux et se manifestent par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chacun des grands types psychopathologiques : en clair, des préjugés ou des attitudes ou des croyances irrationnelles.
Ils se traduisent par une vulnérabilité cognitive individuelle.
Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur. Il existe donc des schémas spécifiques : schémas d'interprétation négative des événements (dépression), schémas de dangers (phobies, attaques de panique), schémas de sur-responsabilité (trouble obsessionnel compulsif).
Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise.
Les schémas pathologiques sont des structures adaptatives sélectionnées par un environnement et devenues inadaptées à un autre environnement. Ils peuvent avoir eu une valeur de survie dans l'histoire de l'individu ou bien celle de l'espèce, dont ils représentent un vestige qui a survécu à son utilité pratique.
Ils sont donc à relier à des structures neurobiologiques (des réseaux), gérant à la fois les émotions et les croyances, sélectionnées par l'évolution des espèces.
Ces schémas peuvent être à la base de la personnalité, en particulier les schémas précocement acquis (Cottraux et Blackburn, 2001).
Les TCC ont pour but la modification des schémas par des méthodes cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles. Un des moyens les plus efficaces de changement des schémas est la modification des comportements.

Pratique des TCC

Les TCC peuvent se présenter sous la forme de thérapie individuelle, de thérapie de groupe, de couple ou de thérapie familiale. La thérapie familiale sous forme de psycho-éducation et de résolution de problèmes a particulièrement été étudiée chez les psychotiques. Les séances sont limitées en nombre : 10 à 25 séances hebdomadaires pour les troubles anxieux et la dépression, une centaine pour les troubles de la personnalité ou la réhabilitation des psychotiques. Les séances sont d'une durée de 30 à 60 minutes.

Cependant, pour les troubles de la personnalité, des séances d'une heure sont recommandées. Pour les formes graves des troubles de la personnalité comme la personnalité borderline, les techniques ont dû être adaptées à ce cadre particulier. La thérapie comportementale dialectique des personnalités borderline utilise différents principes et un ensemble éclectique de techniques qui correspond à un programme intensif qui dure une année et associe thérapie individuelle une fois par semaine et thérapie de groupe.

Les principes sont comportementaux et cognitifs, ils font appel à la gestion des contingences de l'environnement, la modification cognitive de la pensée dichotomique (synthèse dialectique), l'exposition aux émotions (implosion ou *flooding*), et au développement des comportements adaptés socialement.

Les techniques comprennent :
- la résolution de problèmes ;
- l'apprentissage de la gestion des traumatismes psychologiques, pour cesser de les dénier ou d'avoir une crise au moment d'un souvenir (en effet, plus de la moitié des patients borderline souffrent de stress post-traumatique) ;
- en groupe, jeux de rôles et résolution de problèmes, gestion des émotions, relations interpersonnelles, tolérance, acceptation de soi ; techniques d'éveil, de concentration et de mise à distance.

Enfin, une ligne téléphonique de type « SOS vingt-quatre heures sur vingt-quatre » est à la disposition des patients.

Pour les troubles obsessionnels compulsifs graves et le stress post-traumatique chronique, des séances d'une heure à trois heures ont été recommandées.

Cadre thérapeutique

La thérapie se déroule en plusieurs étapes :
- analyse motivationnelle : qu'est-ce que le patient désire changer ? Définition avec le thérapeute des objectifs du traitement ;
- établissement d'une relation thérapeutique de collaboration : l'alliance thérapeutique doit être bonne pour que la thérapie fonctionne bien ;
- analyse fonctionnelle : définition des comportements problèmes ; mise en relation des comportements avec les émotions et les pensées ;

- explication du problème psychopathologique et des techniques qui seront mises en place pour assurer le changement des comportements, des émotions et des pensées ;
- développement de capacités d'autoguérison et d'autogestion ;
- évaluation des résultats du traitement par rapport à une ligne de base enregistrée avant de commencer ;
- programme de maintenance et suivi durant un an après la fin de la phase active de traitement.

Analyse fonctionnelle

Une étape capitale est l'analyse fonctionnelle, qui étudie les relations entre les comportements problèmes, les pensées, les émotions et l'environnement social et physique de façon à adapter à chaque patient l'application de principes généraux fondés sur les théories de l'apprentissage et les théories cognitives. On utilise des grilles d'analyse fonctionnelle (Cottraux, 1998) permettant de comprendre le fonctionnement du patient vis-à-vis de ses comportements problèmes présents (synchronie) et de leur mise en place et maintien dans le passé (diachronie), et ainsi de guider la démarche thérapeutique à partir d'hypothèses communes au patient et au thérapeute, en ce qui concerne les facteurs de déclenchement et de maintien du trouble.

Séance de thérapie cognitivo-comportementale

Le thérapeute est actif. Les séances sont structurées selon le modèle qui est issu des thérapies cognitives de la dépression (Beck et coll., 1979) mais qui peut être étendu facilement, avec quelques variantes, aux différentes indications des TCC. Une évaluation des tâches effectuées entre les rencontres, s'il y a lieu, est faite en début de séance. Puis un agenda de séance est défini : un thème est établi avec le patient. Des récapitulations fréquentes sont proposées : le thérapeute effectue toutes les dix minutes environ un résumé de la séance qu'il propose à la discussion du patient. La méthode « socratique » de questionnement permet de mobiliser les croyances. Le thérapeute n'effectuera pas de confrontation directe du patient à sa problématique, mais cherchera à développer une prise de conscience progressive par un jeu de questions et réponses. Des techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles sont ensuite utilisées pour modifier les schémas cognitifs et les pensées automatiques préconscientes qui entraînent les difficultés relationnelles du patient. Un résumé de séance est sollicité par le thérapeute de manière à mettre à jour ce que le patient retient de la séance. Ce résumé est discuté. Enfin le thérapeute demande un *feed-back* du patient sur ce qu'a fait ou dit le thérapeute avec une critique éventuelle de ce qui lui a déplu ou une mise en avant de ce qu'il veut préciser. Avant de terminer, des tâches cognitives et comportementales sont définies avec le patient. Elles seront à mettre en œuvre dans la vie quotidienne et un agenda

est établi concernant le ou les points à aborder en priorité lors de la prochaine séance.

Il n'est pas possible d'énumérer toutes les techniques utilisées en TCC. Elles seront abordées au fur et à mesure lors de l'analyse des études. Cependant,on peut les diviser en trois grands groupes (tableau 7.IV).

Tableau 7.IV : Techniques de thérapie comportementale et cognitive

Modèle	Technique	Indications
Modèles issus du conditionnement classique et opérant et du principe d'habituation	Exposition en imagination et *in vivo* Exposition avec prévention de la réponse rituelle de neutralisation	Phobies, problèmes sexuels, stress post-traumatique Trouble obsessionnel compulsif
Modèles issus de l'apprentissage social	Jeux de rôles, affirmation de soi, développement des « habiletés ou compétences sociales »	Phobie sociale, dépression, réhabilitation des états psychotiques
Modèles cognitifs	Restructuration cognitive, discussion socratique, modification des pensées automatiques, modification des postulats et des schémas, résolution de problèmes	Dépression, phobies, obsessions, psychoses, trouble de la personnalité

Relation thérapeutique

Comme toute thérapie, la thérapie cognitivo-comportementale s'établit sur une relation thérapeutique dont les composantes sont non spécifiques : chaleur, empathie, authenticité, professionnalisme, confiance mutuelle, acceptation du patient. Ces composantes concourent à l'établissement d'une alliance thérapeutique positive. Elles sont nécessaires, mais ne sont pas suffisantes. En thérapie cognitive, la relation thérapeutique se fonde sur l'ici et maintenant, la sélection avec le patient de problèmes concrets à résoudre et une attitude consistant à tester des hypothèses thérapeutiques établies en commun. Ce type de relation est appelée « relation de collaboration empirique ».

TCC chez l'enfant et l'adolescent

Beaucoup des techniques cognitivo-comportementales développées et utilisées chez l'adulte ont été également appliquées à l'enfant et/ou l'adolescent. Dans le meilleur des cas, ces techniques ont été adaptées pour tenir compte des particularités développementales liées à l'âge, et parfois des manuels spécifiques destinés aux enfants ou adolescents ont été publiés. Dans d'autres cas, les traitements sont utilisés tels quels, ou seulement modifiés à la discrétion du thérapeute. Malheureusement, certaines études sur l'efficacité de la

TCC chez l'enfant ou l'adolescent ne précisent pas comment et dans quelle mesure des traitements initialement destinés à l'adulte ont été modifiés en fonction de l'âge des sujets traités.

D'autres techniques cognitivo-comportementales ont été développées directement pour l'enfant ou l'adolescent, et dans des indications spécifiques à cette tranche d'âge.

En conclusion, les TCC représentent l'application de la psychologie scientifique à la résolution des problèmes cliniques. Comme pour toute thérapie, elles prennent place dans un contrat de soins et à travers une relation thérapeutique, qui présente la caractéristique d'être une relation de collaboration empirique. Le fait que les TCC aient, dès leurs débuts, mis l'accent sur la validation scientifique des pratiques a permis le développement d'une culture de l'évaluation et la recherche des preuves d'efficacité. Ceci explique le nombre important des recherches contrôlées dans tous les domaines de la psychopathologie qui ont été conduites des années 1960 à nos jours sur l'efficacité et le processus des TCC.

BIBLIOGRAPHIE

ALFORD BA, BECK AT. The integrative power of cognitive therapy. The Guilford Press, New York 1997

BANDURA A. Social learning theory. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ 1977

BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF, EMERY G. Cognitive therapy of depression : a treatment manual. Guilford, New York 1979

COTTRAUX J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson, troisième édition, Paris 1998

COTTRAUX J. Les thérapies cognitives. Retz, deuxième édition, Paris 2001

COTTRAUX J, BLACKBURN IM. Thérapies cognitives des troubles de la personnalité. Masson, troisième édition, Paris 2001

ELLIOT AJ, MILTENBERGER RG, LUMLEY CV. A national survey of assessment and therapy techniques used by behavior therapists. *Cognit Behav Pract* 1996, **3** : 107-125

JANET P. L'automatisme psychologique. 1889, Rééd. Odile Jacob, Paris 1999

KENDLER KS, BULIK CM, SILBERG J, HETTEMA JM, MYERS J, PRESCOTT CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women : an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2000, **57** : 953-959

LE DOUX J. The emotional brain. Touchtstone, Simon and Schuster, New York 1998

MARKS I. Fears, phobias and rituals : Panic, anxiety, and their disorders. Oxford University Press, New York 1987

PARIS J. Significance of biological research for a biopsychosocial model of the personality disorder. *In* : Biology of personality disorders. SILK KR ed, APA, Washington 1998

PAVLOV I. Réflexes conditionnels et inhibition. Gonthier, Paris, 1963

ROGNANT J. La thérapeutique de déconditionnement dans les névroses. Masson, Paris 1970

SELIGMAN MEP. Helplessness. On development, depression and death. Freeman, San Francisco 1975

SKINNER BF. L'analyse expérimentale du comportement. Dessart, Bruxelles 1971

WOLPE J. La pratique de la thérapie comportementale. Traduction de J. Rognant, Masson, Paris 1975

8

Études d'évaluation de l'approche cognitivo-comportementale

Du fait de l'abondance de la littérature qui ne permet pas, dans les limites de ce rapport, d'effectuer une analyse exhaustive de toutes les études contrôlées randomisées, ce chapitre envisage essentiellement les méta-analyses ayant pour objet l'évaluation de l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). En cas d'absence de méta-analyse concernant certaines pathologies sont étudiés les essais contrôlés randomisés. Les méta-analyses comparant, toutes pathologies confondues, les TCC à des conditions contrôles ou à d'autres thérapies ont été rapportées dans le chapitre sur l'historique de l'évaluation. Nous ferons état de certaines études de cohortes effectuées en France pour montrer la faisabilité de telles études de terrain, qui sont complémentaires aux études contrôlées.

Résultats des méta-analyses et études en fonction du type de trouble

La stratégie actuelle est de comparer, pour chaque trouble répondant aux critères diagnostiques de la CIM ou du DSM, des types de psychothérapie définis de manière opérationnelle, entre eux, au placebo et aux traitements médicamenteux.

Les comparaisons étudiées sont celles qui ont été effectuées par rapport à des groupes contrôles : liste d'attente, groupe attention placebo, anti-thérapie (anti-exposition), placebo de médicament… Seront aussi envisagées les méta-analyses permettant la comparaison à des médicaments et les études de combinaison des TCC avec les médicaments.

Les principales études de suivis « naturalistes » seront également analysées dans la mesure où elles apportent des informations complémentaires aux essais randomisés, en spécifiant l'action des TCC sur le terrain thérapeutique quotidien.

Certaines méta-analyses portant, au moins en partie, sur les TCC ont été exclues de cette revue. Ce sont des méta-analyses ayant une trop grande

ancienneté ou des objectifs qui n'étaient pas adaptés à notre analyse, laquelle portait sur l'évaluation de l'efficacité de l'ensemble des TCC.

Au total, 36 méta-analyses ont été retrouvées, 21 concernant les troubles étudiés dans cette expertise ont été incluses et sont détaillées, 15 ont été exclues (tableau 8.I).

Pour chaque étude contrôlée retenue et chaque méta-analyse sont appliquées les échelles d'évaluation des « règles d'or » (Maxfield et Hyer, 2002) permettant de mesurer la qualité de chaque étude.

Études pour les troubles anxieux

Pour chacune des catégories de troubles anxieux, entre une et trois méta-analyses sont étudiées. Des études de cohortes sont présentées lorsqu'elles apportent des résultats complémentaires. En l'absence de méta-analyse, ce sont les études contrôlées qui sont prises en compte.

Méta-analyses pour le trouble panique et l'agoraphobie

Ne seront envisagées en détail, ici, que les deux méta-analyses les plus récentes et donc les plus complètes.

Gould et coll. (1995) ont inclus 43 études. Ils trouvent une taille d'effet supérieure pour la TCC comparée à la pharmacothérapie et à la combinaison de médicaments et de TCC. Le taux le plus bas de perdus de vue et le meilleur rapport coût-efficacité sont en faveur de la TCC. Une des méthodes de TCC, la restructuration cognitive avec exposition intéroceptive (comparable aux sensations physiques de l'attaque de panique), donnait les meilleurs résultats (tableau 8.II). Comme on le voit dans le tableau, les critères méthodologiques utilisés par Gould n'étaient pas optimaux.

La méta-analyse du traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie la plus complète et la mieux faite est due à Van Balkom et coll. (1997). De plus, elle présente l'avantage d'avoir un suivi, effectué par Bakker et coll. (1998), qui montre que les gains associés aux différents traitements se maintiennent. Globalement, cette méta-analyse a montré une supériorité de la TCC sur l'agoraphobie, les attaques de panique et le trouble panique avec agoraphobie par rapport au placebo et par rapport aux conditions contrôles, et a suggéré que le traitement le plus efficace à court terme était la combinaison d'exposition *in vivo* et d'antidépresseurs (tableaux 8.II et 8.III). À long terme, les tailles d'effet augmentent (Bakker et coll., 1998). La combinaison des antidépresseurs avec l'exposition donnait la plus forte taille d'effet : 3,60 *versus* 1,17 pour les benzodiazépines, 0,89 pour les antidépresseurs seuls, 1,48 pour l'exposition et 1,23 pour la gestion psychologique des attaques de panique. Le suivi moyen était de 62 semaines.

Tableau 8.I : Bilan des méta-analyses retenues et exclues

Pathologies	Méta-analyses retenues	Méta-analyses exclues	Raisons de l'exclusion
Troubles anxieux			
Agoraphobie et attaques de panique	Gould et coll., 1995 Van Balkom et coll., 1997	Mattick et coll., 1990	Méta-analyse trop ancienne
Trouble anxieux généralisé	Gould et coll., 1997a		
Phobies sociales	Gould et coll., 1997b Taylor, 1996 Fedoroff et Taylor, 2001	Feske et Chambless, 1995	Compare seulement deux méthodes de TCC sans groupe contrôle
Stress post-traumatique	Van Etten et Taylor, 1998 Davidson et Parker, 2001	Sherman, 1998 Shepherd, 2000 Sack et coll., 2001 Maxfield et Hyer, 2002	Porte sur l'ensemble des psychothérapies Ne porte que sur EMDR Ne porte que sur EMDR Ne porte que sur EMDR
Troubles obsessionnels compulsifs	Van Balkom et coll., 1994 Abramowitz, 1997 Kobak et coll., 1998	Christensen, 1987 Abramowitz, 1996 Abramowitz, 1998	Méta-analyse trop ancienne Compare seulement deux méthodes de TCC sans groupe contrôle N'inclut que les études d'exposition ayant comme mesure commune le MOCI (qui est une mesure ancienne, faiblement validée et tombée en désuétude)
Troubles de l'humeur			
Dépression d'intensité moyenne ou légère traitée en ambulatoire	Dobson, 1989 Gloaguen et coll., 1998 Thase et coll., 1997	Steinbruek, 1983 Robinson et coll., 1990	Portent sur l'ensemble des psychothérapies
Dépression traitée en milieu hospitalier	Stuart et Bowers, 1995	Conte et coll., 1986	Porte sur l'ensemble des psychothérapies
Dépression du sujet âgé	Engels et Vermey, 1997	Miller et Berman, 1983 Gaffan et coll., 1995 DeRubeis et coll., 1999	Méta-analyse trop ancienne Porte sur l'allégeance thérapeutique Méga-analyse limitée à 4 études
Schizophrénie			
Réhabilitation psychosociale des schizophrènes chroniques (associée aux neuroleptiques)	Benton et Schroeder,1990 Corrigan, 1991 Wunderlich et coll., 1996		
Schizophrénie en période aiguë (associée aux neuroleptiques)	Cormac et coll., 2002		
Troubles de la personnalité	Perry et coll., 1999a Leichsenring et Leibing, 2003		

EMDR : *eye-movement desensitization and reprocessing* ; MOCI : *Maudsley obsessive compulsive inventory*

Tableau 8.II : Méta-analyses concernant le trouble panique et l'agoraphobie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats (tailles d'effet)
Gould et coll., 1995 note : 4/7	43 études contrôlées (1974-1994) 76 comparaisons pas de test d'homogénéité pas de *failsafe** d de Glass Sorties d'essais (%) : TCC 5,6 ; tr. pharmacologique 19,8 ; TCC + tr. pharmacologique 22	Restructuration cognitive + exposition intéroceptive : 0,88 TCC : 0,68 TCC + tr. pharmacologique : 0,56 Benzodiazépines : 0,40
Van Balkom et coll., 1997 note : 6,5/7	106 études contrôlées randomisées (1964-1995) 222 comparaisons 5 011 patients : 4 016 présents au pré-test et au post-test d de Cohen *failsafe* = 96 (panique), 547 (agoraphobie) Comparaisons intergroupe de 7 conditions : benzodiazépines, antidépresseurs, exposition, traitement psychologique (thérapie cognitive) des attaques de panique, placebo + exposition, antidépresseurs + exposition, traitement psychologique des attaques de panique + exposition	**Agoraphobie** Les 7 traitements > placebo Antidépresseurs + exposition > autres traitements **Attaques de panique** Tous les traitements sauf l'exposition > placebo Exposition seule n'est pas efficace pour les attaques de panique Pas de différence significative entre les 7 traitements **Trouble panique avec agoraphobie** Exposition + antidépresseurs : le plus efficace à court terme pour le trouble panique avec agoraphobie (ensemble du syndrome)

* nombre d'études nécessaire pour invalider les résultats

Tableau 8.III : Suivi de Bakker et coll. (1998) de la méta-analyse de Van Balkom et coll. (1997) du traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie

Description	Résultats au suivi
68 études, 106 conditions de traitement 1 346 patients d de Cohen *failsafe* non rapporté Suivi naturaliste : 62 semaines (SD = 89) Benzodiazépines, antidépresseurs, exposition, traitement psychologique des paniques, antidépresseurs + exposition, traitement psychologique des attaques de panique + exposition	Pour toutes les conditions de traitement, les gains sont maintenus au suivi **Agoraphobie :** d moyen (± SD) à la fin du traitement : 1,36 ± 1,10, et au suivi : 1,41 ± 0,82 Antidépresseurs + exposition > TCC **Attaques de panique :** d moyen (± SD) à la fin du traitement : 1,11 ± 0,70, et au suivi : 1,28 ± 0,61 Confirmation au suivi des différences au post-test

Études de cohortes pour le trouble panique et l'agoraphobie

Ne seront rapportées ici que les études de cohortes ayant le plus de sujets et les suivis les plus longs (une étude anglaise et une française).

O'Sullivan et Marks (1990) ont conduit une revue de dix études à long terme, la plus longue étant de 9 ans. Parmi un panel de 553 patients, 447 ont été suivis lors d'études contrôlées sur une durée moyenne de 4 ans. Les auteurs ont observé une amélioration chez 76 % des sujets avec des symptômes résiduels, le plus souvent. De plus, 15 à 25 % des patients continuaient à avoir des épisodes dépressifs après le traitement. Dans des suivis plus longs, jusqu'à 50 % des patients consultaient des généralistes pour leurs problèmes psychologiques et 25 % avaient vu un psychiatre pour dépression et/ou agoraphobie. En revanche, le taux de consultation décroissait.

Dans l'étude française, Arthus et coll. (1997) ont envisagé les résultats d'une unité française de traitement de l'anxiété, au cours d'une période de 18 ans : les patients venaient consulter pour traitement sur place ou avis thérapeutique et orientation vers d'autres thérapeutes ou une pharmacothérapie. Le MMPI (*Minnesota multiphasic personality inventory*), qui mesure les traits de personnalité, était statistiquement amélioré dans un sous-groupe de 145 patients qui avaient pu être testés avant et après. Le sexe féminin et des traits psychotiques de personnalité prédisaient l'abandon de la thérapie. Les données de cette étude sont présentées dans les tableaux 8.IV et 8.V.

Tableau 8.IV : Résultats de l'étude de suivi « naturaliste » d'Arthus et coll. (1997) pour l'agoraphobie

Description	Résultats
533 agoraphobes (42 % hommes) 435 suivent une TCC, 131 abandonnent la thérapie, 214 terminent le traitement (compléteurs)	Post-test : critère : 50 % d'amélioration et plus Intention de traiter (*Last observation carried forward : endpoint analysis*) : 57 % améliorés Compléteurs : 71 % améliorés La prise de médicament est réduite de 50 %

Tableau 8.V : Suivi des compléteurs de l'étude d'Arthus et coll. (1997)

Temps de suivi	Pourcentage de sujets améliorés*			
	n	Agoraphobie	Panique	Anxiété généralisée
Post-test	214	71,5	79	63
6 mois	164	83	84	66
Un an	92	84	84	64
18 mois-18 ans	80	83	85	57,5

* 50 % d'amélioration et plus sur les échelles d'agoraphobie, de panique et d'anxiété généralisée

Méta-analyse pour le trouble anxieux généralisé

La méta-analyse de Gould et coll. (1997a) sur le traitement du trouble anxieux généralisé a montré que la TCC et la pharmacothérapie étaient d'efficacité égale (tableau 8.VI). Cette étude méta-analytique incluait

Tableau 8.VI : Méta-analyse pour le trouble anxieux généralisé

Référence Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gould et coll., 1997b note : 5/7	35 études ; 4 002 patients d de Glass pas de *failsafe*	Taille d'effet de 0,70 (IC 95 % [0,57-0,83]) pour la TCC et 0,60 (IC 95 % [0,50-0,70]) pour le traitement pharmacologique, sans différence statistique au post-test

35 études contrôlées sur 54 retrouvées : 19 études de qualité faible ont été éliminées.

Les études, publiées entre 1974 et 1996, correspondaient à 61 interventions différentes et 4 002 patients. Le d de Glass était utilisé pour calculer la taille d'effet. L'homogénéité était calculée, mais pas le *failsafe* (pour estimer le nombre d'études nécessaire pour invalider les résultats).

Treize études portaient sur la TCC et 22 sur la médication. La taille d'effet était de 0,70 (IC 95 % [0,57-0,83]) pour la TCC et de 0,60 (IC 95 % [0,50-0,70]) pour le traitement pharmacologique, sans différence statistique au post-test.

Cependant, les patients traités par les médicaments étaient plus souvent perdus de vue (tendance non significative : 15,2 % *versus* 10,6 %) et perdaient leur réponse thérapeutique au sevrage alors que les effets de la TCC étaient maintenus (6 études). À ce jour, il n'y a pas d'étude qui permette d'évaluer la combinaison de la TCC avec les médicaments.

Méta-analyse pour le stress post-traumatique

Van Etten et Taylor (1998) ont conduit une méta-analyse de 41 études contrôlées concernant le stress post-traumatique (tableau 8.VII). Les traitements pharmacologiques comprenaient les antidépresseurs tricycliques, la carbamazépine, les inhibiteurs de monoamine oxydase (IMAO), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et les benzodiazépines (BDZ). Les traitements psychologiques comprenaient la thérapie comportementale, l'*eye-movement desensitization and reprocessing* (EMDR – désensibilisation par les mouvements oculaires et retraitement de l'information –), la relaxation, l'hypnothérapie et la thérapie psychanalytique. Pour les conditions contrôles, il s'agissait de placebo, de la liste d'attente, d'une thérapie de soutien, ou, pour l'EMDR, d'un traitement contrôle n'utilisant pas les saccades oculaires. En termes de réduction des symptômes, les traitements psychologiques sont globalement supérieurs aux traitements pharmacologiques, qui sont globalement supérieurs aux conditions contrôles. Les IRS et la carbamazépine sont les médicaments les plus efficaces. La TCC et l'EMDR sont les traitements psychologiques les plus efficaces ; ils sont plus efficaces que les autres formes

Tableau 8.VII : Méta-analyses pour le stress post-traumatique

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Van Etten et Taylor (1998) note : 6,5/7	41 études contrôlées, dont 13 études sur la TCC ; 11 sur EMDR 68 comparaisons dont 61 sont valides Critères diagnostiques : DSM-III, DSM-III-R ou DSM-IV d de Cohen ; *failsafe :* taille d'effet triviale = 0,05 14 % de perdus de vue pour la psychothérapie *versus* 32 % pour le traitement pharmacologique (différence significative)	TCC : taille d'effet pré- à post-test = 1,12 pour l'anxiété et 0,97 pour la dépression TCC supérieure à tous les autres traitements (EMDR, IRS et carbamazépine) sur les symptômes du stress post-traumatique auto- ou hétéro-évalués Effets maintenus à un suivi de quinze semaines en moyenne pour TCC et EMDR ; pas de suivi pour les médicaments
Davidson et Parker, 2001 note : 6,5/7	28 études concernant l'EMDR *failsafe* (n = 190)	TCC = EMDR > C

EMDR : *eye-movement desensitization and reprocessing* ; IRS : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine

de thérapies, mais ne diffèrent pas entre eux. Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine présentent des avantages par rapport aux traitements psychologiques, mais seulement sur la dépression.

Une autre méta-analyse originaire des États-Unis (Davidson et Parker, 2001) a repris 28 études concernant l'EMDR et a abouti à la conclusion que l'EMDR est efficace dans le stress post-traumatique, mais que la composante « mouvement oculaire » qui donne son nom à cette méthode n'était pas nécessaire au résultat. C'est ce que montraient les études de démantèlement de cette technique utilisant diverses procédures de contrôle pour les mouvements oculaires. L'EMDR apparaît finalement comme une simple variante des méthodes comportementales d'exposition. Cette méta-analyse de qualité prend en compte la puissance statistique, l'homogénéité et rapporte un *failsafe* pour le nombre d'études (n = 190).

Méta-analyses pour les obsessions compulsions

Ne seront étudiées en détail que les deux méta-analyses de bonne qualité méthodologique. La méta-analyse hollandaise de Van Balkom et coll. (1994) a envisagé 111 études dont 25 ont été exclues pour mauvaise qualité. Parmi les 86 études restantes, qui avaient trait à 160 conditions thérapeutiques, 7 % comportaient trois comparaisons et 10 % quatre comparaisons. Ces études, publiées entre 1970 et 1993, rassemblaient un total de 2 954 patients (385 patients étaient sortis d'essai). Les résultats sont donnés au pré- et au post-test et pour un suivi qui va de trois à six ans. Un *failsafe* est rapporté et l'homogénéité est étudiée. D'une manière globale, la méta-analyse aboutit à la conclusion que sur les auto- et les hétéro-évaluations des symptômes obsessionnels compulsifs, les antidépresseurs sérotoninergiques, la TCC et la

combinaison des deux traitements étaient plus efficaces que le placebo. Les effets des TCC se différenciaient du placebo également pour l'amélioration de la dépression, l'anxiété et l'ajustement social. Les tailles d'effet pour les TCC se situaient entre 1,46 et 0,70 selon le critère envisagé (tableau 8.VIII). Sur les mesures d'hétéro-évaluation, il n'y avait pas de différences entre les antidépresseurs prescrits seuls, la TCC et la combinaison des deux.

Tableau 8.VIII : Méta-analyses dans les troubles obsessionnels compulsifs

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats pour la réduction des symptômes (tailles d'effet des TCC)
Van Balkom et coll., 1994 note : 6,5/7	86 études retenues (1970-1993) Test d'homogénéité *failsafe*	Symptômes obsessionnels et compulsifs auto-évalués : 1,46 Symptômes obsessionnels et compulsifs hétéro-évalués : 1,47 Dépression : 0,89 Anxiété : 0,91 Ajustement social : 0,70
Abramowitz, 1997 note : 5/7	32 études retenues (1975-1995), 37 comparaisons, d de Cohen	T comp. > C (relaxation) : 1,18 T cog. = T comp.
Kobak et coll., 1998 note : 6,5/7	77 études retenues (1973-1997), 106 comparaisons, g de Hedges et Olkin, *failsafe*	TCC = médicaments > C TCC : 0,81 (IC : 0,65 à 0,97)

C : contrôle ; T cog. : thérapie cognitive ; T comp. : thérapie comportementale

Kobak et coll (1998) (États-Unis) ont identifié 295 études dont 218 ont été rejetées parce qu'elles étaient de qualité médiocre, ce qui laissait 77 études avec 106 comparaisons de traitements. Le g de Hedges et Olkin a été utilisé (nombre de sujets pris en compte) et un *failsafe* a été calculé. Les résultats sont les suivants : la TCC présente un d à 0,81 avec un intervalle de confiance allant de 0,65 à 0,97 et l'association thérapie comportementale et IRS, un d égal à 0,90 avec un intervalle de confiance allant de 0,59 à 1,21. La TCC en tant qu'approche apparaissait supérieure aux IRS, mais cette différence disparaissait quand on contrôlait les résultats en fonction des méthodes de thérapie comportementale utilisées et de l'année de publication.

Une troisième méta-analyse aux États-Unis (Abramowitz, 1997) a montré une égalité entre les sérotoninergiques et l'exposition d'une part, et une égalité entre la thérapie cognitive et la thérapie comportementale d'autre part, suggérant un mécanisme commun d'action.

Études de cohortes à long terme de thérapie cognitivo-comportementale pour les obsessions

Le problème des suivis à long terme a été abordé par l'étude anglaise d'O'Sullivan et Marks (1990) qui a revu neuf cohortes de patients sur un à six ans avec une moyenne de trois ans. Les auteurs ont trouvé un taux de 9 % de

perdus de vue et un taux de 78 % d'amélioration avec 60 % de réduction moyenne des rituels. Cependant, les symptômes résiduels étaient la règle, et la susceptibilité à faire une dépression demeurait inchangée.

Méta-analyses pour les phobies sociales

Trois méta-analyses récentes donnent une vue d'ensemble des effets à court et long terme des TCC.

Taylor (1996), dans une étude méta-analytique, a inclus 42 essais et testé plusieurs conditions : liste d'attente, placebo, exposition, thérapie cognitive, thérapie cognitive + exposition. Placebo, exposition, thérapie cognitive, thérapie cognitive + exposition avaient un effet supérieur à celui de la liste d'attente. Ils ne différaient pas dans la proportion des sorties d'essai (12 à 18 %). Mais seule la thérapie cognitive associée à l'exposition a montré une taille d'effet qui était significativement plus large que celle du placebo : 1,06 *versus* 0,48. L'exposition seule avait une taille d'effet de 0,81 qui ne se différenciait pas du placebo. Les tailles d'effet tendaient à s'améliorer au suivi. L'association thérapie cognitive et exposition semble donc le traitement de choix.

L'efficacité de la TCC a été confirmée par une autre méta-analyse (Gould et coll., 1997b) (24 études dont certaines avaient trois bras) dans laquelle la pharmacothérapie (11 comparaisons) avait une taille d'effet de 0,62 par rapport au placebo, alors que la TCC (16 comparaisons) atteignait 0,74 quand elle était comparée aux conditions contrôles. Pharmacothérapie et TCC différaient significativement de zéro et ne présentaient pas de différences significatives entre elles. L'exposition donnait la plus forte taille d'effet, soit seule (0,89), soit combinée avec la restructuration cognitive (0,80). Le tableau 8.IX résume les données principales de cette méta-analyse.

La méta-analyse de Fedoroff et Taylor (2001) a été effectuée pour comparer les médicaments et la TCC dans les phobies sociales. Dans cette méta-analyse, 108 études ont été entrées et 11 conditions étaient comparées : liste d'attente, placebo, benzodiazépines, IRS, IMAO, attention placebo, exposition, restructuration cognitive, exposition plus restructuration cognitive, affirmation de soi et relaxation appliquée. Les traitements les plus constamment efficaces pour les phobies sociales étaient la pharmacothérapie, les benzodiazépines et les IRS. Les conditions actives étaient supérieures aux conditions contrôles. Cependant, la comparaison de la liste d'attente et de l'exposition montre que la différence n'est pas significative (en auto- comme en hétéro-évaluation). Le taux de perdus de vue était similaire pour tous les traitements actifs ; la durabilité des gains thérapeutiques pour les pharmacothérapies n'a pas pu être évaluée à cause d'un nombre insuffisant d'études concernant les médicaments avec un suivi. Les gains des traitements psychologiques, qui comprenaient la TCC, quoique modérés, continuaient durant le suivi.

Tableau 8.IX : Méta-analyses pour les phobies sociales

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultat pour la réduction des symptômes (Effet et tailles d'effet)
Taylor, 1996 note : 6,5/7	42 études Conditions comparées : liste d'attente, placebo, exposition, thérapie cognitive, exposition et thérapie cognitive (TCC), entraînement aux habiletés sociales	TCC > C : 1,06
Gould et coll., 1997a note : 4/7	24 études, 1 079 sujets d de Glass pas de *failsafe*	Traitement pharmacologique : 11 comparaisons ; taille d'effet : 0,62 *versus* placebo TCC : 16 comparaisons ; taille d'effet : 0,74 *versus* groupes contrôles L'exposition donnait la plus forte taille d'effet, soit seule (0,89), soit combinée avec la restructuration cognitive (0,80).
Fedoroff et Taylor, 2001 note : 6,5/7	108 études 11 conditions comparées : liste d'attente, placebo, benzodiazépines, IRS, IMAO, attention placebo, exposition, restructuration cognitive, exposition plus restructuration cognitive, affirmation de soi et relaxation appliquée	Résultats à court terme* Liste d'attente : 0,034 [– 0,08-0,14] Placebo : 0,655 [0,53-0,78] BDZ** : 2,095 [1,40-2,49] IRS*** : 1,697 [0,88-2,52] IMAO**** : 1,078 [0,91-1,24] Attention placebo : 0,445 [0,19-0,70] Exposition : 1,079 [– 0,13-2,29] Thérapie cognitive : 0,723 [0,49-0,95] Exposition + thérapie cognitive : 0,837 [0,71-0,97] Compétences sociales (affirmation de soi : TCC) : 0,644 [0,33-0,96] Relaxation appliquée : 0,513 [0,45-0,57] TCC > C : 0,94 à long terme

C : contrôle
* taille d'effet pré-test-suivi ; ** benzodiazépines ; *** inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ; **** inhibiteurs de la monoamine oxydase

Études pour les phobies spécifiques

Il existe peu d'études contrôlées. Cependant on peut retrouver six études de qualité, mais de faible puissance statistique, ayant trait à des sous-groupes homogènes de phobies spécifiques (tableau 8.X).

Dans une étude (États-Unis), Getka et Glass (1992) ont randomisé un échantillon total de 41 sujets présentant une phobie du dentiste en quatre groupes : désensibilisation systématique par un ordinateur, thérapie cognitive, liste d'attente et une expérience dentaire positive avec un dentiste très doux et gentil. Ces deux derniers groupes représentaient des conditions contrôles. À une année de suivi, la thérapie comportementale par ordinateur et la thérapie cognitive montraient des résultats équivalents et supérieurs aux deux conditions contrôles.

Une étude suédoise sur la claustrophobie a été réalisée par Öst et coll. (2001). Elle incluait 46 patients. Cette étude randomisée comparait la

Tableau 8.X : Études contrôlées dans les phobies spécifiques

Type de phobie	Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Phobies du dentiste	Getka et Glass, 1992 note : 8/10	n = 41, 3 groupes	TCC > C et liste d'attente
Phobie des hauteurs	Rothbaum et coll., 1995 note : 6/10	Petite taille (n = 20), pas de test *in vivo*	TCC (réalité virtuelle) > C
Phobie des araignées	Gilroy et coll., 2000 note : 8/10	n = 45, 3 groupes	TCC (ordinateur) = TC > C
Claustrophobie	Öst et coll., 2001 note : 8/10	n = 40, 4 groupes	TCC (3 types) > liste d'attente
Phobie de l'avion	Mühlberger et coll., 2001 note : 8/10	n = 30, 2 groupes	TCC (réalité virtuelle) > C
Phobie des araignées	Garcia-Palacios et coll., 2002 note : 8/10	n = 23, 2 groupes	TCC (réalité virtuelle) > C

C : contrôle

thérapie cognitive (5 séances), l'exposition *in vivo* (5 séances) et l'exposition *in vivo* intensive (une séance de trois heures), à une liste d'attente. Les résultats montraient qu'environ 80 % des patients étaient améliorés de manière significative par la TCC *versus* 18 % dans le groupe sur liste d'attente. Les résultats se maintenaient au suivi d'un an.

La réalité virtuelle a été introduite comme un moyen d'exposer les sujets qui ont des phobies des hauteurs et des phobies de l'avion, avec des résultats positifs mais avec une puissance statistique faible (Rothbaum et coll., 1995). Dans un groupe de 20 volontaires randomisés contre une liste d'attente de huit personnes, 12 sujets ont reçu une séance d'exposition virtuelle sur huit semaines. Cette étude a montré que le groupe contrôle était inchangé, et que le groupe traité présentait une amélioration significative de son niveau d'anxiété. Parmi les sujets traités, 70 % ont confirmé la régression de leur trouble phobique dans le monde réel (étude réalisée aux États-Unis).

La phobie de prendre l'avion est souvent un mélange de claustrophobie, d'agoraphobie et de phobie des hauteurs ; elle représente un handicap certain dans les pays où l'avion est un moyen de transport banal. Mühlberger et coll. (2001) ont effectué une étude randomisée comparant l'exposition en réalité virtuelle à la relaxation (15 sujets par groupe). Dans cette étude allemande, les deux groupes se sont améliorés en ce qui concerne la peur de voler, mais le groupe qui avait reçu l'exposition en réalité virtuelle avait des effets plus importants sur les échelles mesurant l'évitement et la peur de voler. Cependant, les mesures n'étaient que subjectives et il n'y avait pas de test comportemental d'évitement *in vivo*. De plus, l'étude se limitait à une analyse pré- et post-tests.

Dans une étude australienne, Gilroy et coll. (2000) ont randomisé 45 phobiques des araignées en trois groupes : exposition par l'intermédiaire d'un ordinateur, exposition *in vivo* aidée par un thérapeute et relaxation placebo. Les deux conditions actives se sont révélées également efficaces et plus efficaces que la condition contrôle, au post-test et à un suivi de trois mois.

Garcia-Palacios et coll. (2002) ont randomisé 23 patients phobiques des araignées en deux groupes : exposition en réalité virtuelle et liste d'attente. Une des forces de cette étude (États-Unis) est l'utilisation d'un test comportemental d'évitement *in vivo* comme mesure dépendante : 83 % de patients traités en réalité virtuelle ont été améliorés *versus* 0 % de la liste d'attente. Cette étude n'a pas de suivi.

Dans les études de cohortes et de suivi, la thérapie comportementale par exposition montre un gain moyen qui va de 28 à 61 % par rapport au pré-traitement dans des suivis d'un à quatre ans. Les suivis qui allaient de un à cinq ans dans l'étude anglaise (O'Sullivan et Marks, 1990) ont montré une amélioration de 75 % à partir de la ligne de base.

Études concernant les troubles de l'humeur

Cinq méta-analyses sont présentées concernant les troubles de l'humeur. Plusieurs études portant sur la prévention des récidives sont prises en compte.

Méta-analyses pour la dépression d'intensité légère et moyenne traitée le plus souvent en ambulatoire

Concernant les résultats sur l'accès dépressif aigu (post-test), les méta-analyses récentes ont porté essentiellement sur les thérapies cognitives, qui ont été comparées aux antidépresseurs, à la thérapie comportementale, aux autres thérapies et aux conditions contrôles (placebo, liste d'attente, groupe attention placebo). Il n'existe qu'une étude française d'efficacité : il s'agit d'un protocole de cas individuels à lignes de base multiples portant sur cinq sujets suivis durant un an avec des résultats positifs (Collet et coll., 1987).

La méta-analyse de Dobson (1989) (Canada) sur la thérapie cognitive incluait au total 28 études. Elle a montré la supériorité de la thérapie cognitive comparée à une liste d'attente, à la psychopharmacologie et à la thérapie comportementale. Le tableau 8.XI en résume les résultats.

À la fin du traitement, les résultats de la thérapie cognitive étaient supérieurs à ceux des antidépresseurs et de la liste d'attente.

La méta-analyse de Gloaguen et coll. (1998) sur la thérapie cognitive incluait 48 études et 2 765 patients et utilisait des critères plus stricts que celle de Dobson car elle tenait compte du nombre de patients et de l'hétérogénéité des études, mais ne rapportait pas de *failsafe*. Comme dans l'étude de Dobson, la mesure était l'échelle de dépression de Beck. Cette mesure, qui est subjective, donne cependant une estimation du changement inférieure à

Tableau 8.XI : Méta-analyses concernant la dépression d'intensité moyenne ou légère

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats (effets et tailles d'effet)
Dobson, 1989 note : 4,5/7	28 études Comparaisons thérapie cognitive avec liste d'attente (10 études), avec thérapie comportementale (9 études), avec médication (8 études), avec autres psychothérapies (7 études)	Effet sur accès dépressif Sujets thérapie cognitive > à liste d'attente (98 %), à thérapie comportementale (67 %), à médication (70 %), à autres psychothérapies (70 %) TCC > C TCC > méd.
Gloaguen et coll., 1998 note : 6/7	48 études Comparaisons thérapie cognitive (TC) avec liste d'attente ou placebo (20 études), avec antidépresseurs (17 études), avec thérapie comportementale (13 études), avec autres thérapies (22 études)	Effet sur accès dépressif, prévention des rechutes Taille d'effet (d +) TC *versus* liste d'attente ou placebo : – 0,82 TC *versus* antidépresseurs : – 0,38 TC *versus* T comp. : – 0,05 TC *versus* autres psychothérapies : – 0,2
Thase et coll., 1997 note : 6/7	6 études (595 patients) Méga-analyse Thérapie cognitive ou thérapie interpersonnelle isolément (n = 243) ou combinaison de thérapie interpersonnelle avec des antidépresseurs (n = 352)	Effet sur accès dépressif TCC = T interpersonnelle TCC + méd. utile si dépression sévère seulement

C : contrôle ; méd. : médicaments

l'échelle de dépression d'Hamilton, qui est une échelle d'hétéro-évaluation. Il s'agit donc d'une mesure plus exigeante que l'échelle d'Hamilton, comme l'a montré une méta-analyse des États-Unis (Lambert et coll., 1986). On observe, en effet, aussi bien en clinique qu'en recherche, que le plus souvent les cognitions s'améliorent après les émotions et les comportements (*cognitive lag*).

Il s'agissait de dépressions d'intensité légère ou moyenne et de patients, pour la très grande majorité, ambulatoires. Il faut noter que la comparaison de la thérapie cognitive aux conditions contrôles n'était pas homogène, signant un effet placebo important dans certaines études. En revanche, il y avait une supériorité homogène par rapport aux antidépresseurs.

Dobson (1989) retrouvait une supériorité de la thérapie cognitive par rapport à la thérapie comportementale ce qui suggérait un processus et une valeur spécifiques de la thérapie cognitive. En fait, il semble bien que les thérapies comportementales et cognitives soient devenues de plus en plus semblables. En effet, les comportementalistes ont, depuis lors, cognitivisé leurs approches thérapeutiques. De même, depuis longtemps, les cognitivistes utilisaient des

techniques comportementales, comme le jeu de rôles et la prescription d'activités de plaisir et de maîtrise, dont l'efficacité est démontrée. L'égalité entre ces deux formes de thérapie retrouvée dans l'étude de Gloaguen et coll. (1998) reflète sans doute une pratique homogénéisée de la TCC.

La thérapie comportementale dans plusieurs études et méta-analyses a été considérée comme égale à la thérapie cognitive et aux antidépresseurs et supérieure aux thérapies psychodynamiques (psychanalytiques) (pour revue *American psychiatric association : Practice guidelines*, 2000).

Thase et coll. (1997) ont inclus six études et 595 patients qui présentaient un état dépressif primaire, non psychotique. Il s'agissait d'une méga-analyse qui redescendait jusqu'aux scores des sujets. Les patients avaient 44 ans d'âge moyen et 69 % étaient de sexe féminin. Ils avaient été traités durant seize semaines par thérapie cognitive ou thérapie interpersonnelle isolément (n = 243) ou par la combinaison de thérapie interpersonnelle avec des antidépresseurs (n = 352), à savoir imipramine ou nortryptiline. La combinaison des traitements n'était pas significativement supérieure à la psychothérapie seule dans les dépressions les moins sévères, mais dans les formes les plus sévères de dépression, l'adjonction de médicaments à la psychothérapie donnait des résultats supérieurs.

Il n'y avait pas de différence d'effet entre la thérapie cognitive et la thérapie interpersonnelle dans la méta-analyse de Thase et coll. (1997). Cette absence de différence nous conduit à examiner plus en détail cette forme de thérapie peu connue dans notre pays et qui n'est pas pratiquée en Europe, alors qu'elle a connu un certain développement aux États-Unis.

La thérapie interpersonnelle présente les caractéristiques suivantes (Klerman et coll., 1984 ; Markowitz, 1998 ; pour une revue en français : Cottraux, 1999) :

- C'est une thérapie de court terme en temps limité : 12 à 20 séances sur 4 mois en général ;
- elle est focale et se centre sur les relations interpersonnelles ;
- elle est centrée sur le présent et non sur le passé des relations ;
- elle est interpersonnelle mais non intrapsychique : le thérapeute ne cherche pas à aider le patient à voir la situation actuelle comme la manifestation d'un conflit interne et ne se centre pas sur les rêves ;
- elle est interpersonnelle mais n'est pas cognitivo-comportementale. Les comportements comme l'absence d'affirmation de soi, la culpabilité et le manque de compétences sociales sont étudiés, mais en relation avec les personnages clés de la vie du patient. Il existe cependant un point commun avec la thérapie cognitivo-comportementale, à savoir que les distorsions cognitives des patients par rapport à eux-mêmes et au sujet des autres sont envisagées dans leurs relations avec les personnages clés de l'entourage ;
- la personnalité du patient est reconnue, mais le thérapeute ne se focalise pas sur elle.

Si la thérapie interpersonnelle se différencie clairement des thérapies analytiques, dans la mesure où elle est centrée sur le présent et ne fait pas usage du transfert, du passé et des problèmes intrapsychiques du patient, elle se distingue moins bien des thérapies cognitives. Dans une étude récente, Ablon et Jones (2002) ont repris le projet du NIMH et conclu que la thérapie interpersonnelle ne se distingue pas dans sa pratique de la TCC. Après une analyse méthodologiquement bien conduite des bandes vidéo de cet essai contrôlé, ils ont abouti à la conclusion que la thérapie interpersonnelle adhère plus fortement aux principes des thérapies cognitives qu'à ses propres principes.

Méta-analyses pour la dépression majeure

Concernant le traitement des patients déprimés et hospitalisés (tableau 8.XII), Stuart et Bowers (1995) ont présenté une méta-analyse américaine très préliminaire qui correspondait à quatre études contrôlées. Ils rapportent une taille d'effet de 1,13, calculée avec le d de Cohen. Ni *failsafe* ni calcul d'homogénéité ne sont rapportés. L'évaluation était faite à la sortie de l'hôpital et la thérapie cognitive était combinée avec le traitement pharmacologique. La mesure était l'échelle d'Hamilton.

Tableau 8.XII : Méta-analyses pour la dépression majeure

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats (tailles d'effet)
Stuart et Bowers, 1995 note : 4/7	Dépression avec hospitalisation 4 études TCC + médication	Effet sur accès dépressif TCC > C (1,13)
Engels et Vermey, 1997 note : 4/7	Dépression du sujet âgé 17 études	Effet sur accès dépressif T cog. > C (0,85), T comp. > C (0,96)
McCusker et coll., 1998 note : 5/7	Dépression du sujet âgé (55 ans ou plus) 40 études de TCC	TCC significativement supérieure aux contrôles non traités ou au placebo dans la plupart des analyses

C : contrôle ; T cog. : thérapie cognitive ; T comp. : thérapie comportementale

Une méta-analyse spécifique hollandaise (Engels et Vermey, 1997) a isolé la dépression du sujet âgé qui est souvent comptabilisée dans les méta-analyses ayant trait à l'adulte. Dix-sept études ont été incluses dans la méta-analyse, dont douze incluaient un groupe en thérapie cognitive, comportementale ou cognitivo-comportementale et donnaient lieu à 28 comparaisons. Comparée à des conditions contrôles, la thérapie cognitive avait une taille d'effet de 0,85 et la thérapie comportementale une taille d'effet de 0,96. La combinaison des deux thérapies aboutissait seulement à une taille d'effet de 0,45. Le problème de la taille d'échantillon, de l'homogénéité et du *failsafe* est discuté, mais sans calcul de *failsafe*.

La méta-analyse de McCusker et coll. (1998) a trouvé que l'efficacité de la TCC était supérieure au groupe contrôle (sans traitement) et au groupe attention placebo.

Études concernant la prévention des rechutes et récidives

Plusieurs études concernent les résultats sur les rechutes et récidives. Bien qu'il n'y ait pas de consensus absolu, on entend par rechute (*relapse*) une réapparition d'un état dépressif complet entre six et neuf mois après une rémission de deux mois ; une récidive (*recurrence*) se situe au-delà (Shea et coll., 1992).

Le tableau 8.XIII résume les travaux effectués de 1981 à 1992 cités dans la méta-analyse de Gloaguen et coll. (1998), qui compare thérapie cognitive et antidépresseurs. Dans 4 études sur 8, il y a une supériorité de la thérapie cognitive sur les antidépresseurs. Il n'y a pas de différence dans l'étude de Beck et coll. (1985) et celle du NIMH (Elkin et coll., 1989 ; Shea et coll., 1992), et il y a une tendance non significative en faveur de la thérapie cognitive ou de sa combinaison avec les antidépresseurs, comparée aux antidépresseurs seuls dans l'étude de Kovacs et coll. (1981) et celle de Miller et coll. (1989).

Tableau 8.XIII : Études contrôlées de prévention des rechutes (suivi de 1 à 2 ans) pour les troubles de l'humeur (d'après Gloaguen et coll., 1998 et Cottraux, 1999)

Références	Nombre d'années de suivi	Taux de rechute (%)		
		Antidépresseurs	Antidépresseurs et thérapie cognitive	Thérapie cognitive
Kovacs et coll., 1981	1	56		35
Beck et coll., 1985	1	18	42	
Simons et coll., 1986	1	66	43	12*
Blackburn et coll., 1986	2	78	21	21*
Miller et coll., 1989	1	82		46
Bowers, 1990	1	80		20*
Evans et coll., 1992	2	50 arrêt 32 cont.	15	21*
NIMH (Elkin et coll., 1989 ; Shea et coll., 1992)	1,5	50		36

* : différences significatives avec les antidépresseurs

Les effets de prévention des rechutes de la thérapie cognitive sont supérieurs à ceux des antidépresseurs (entre un et deux ans) dans 6 études contrôlées sur 8 (4 études montrent une supériorité statistiquement significative). Le taux de rechute avec la thérapie cognitive va de 12 à 46 %, alors que le taux de

rechute avec antidépresseurs va de 19 à 82 % selon les études. En moyenne, 60 % des patients traités par chimiothérapie seule rechutent *versus* seulement 30 % des patients traités par thérapie cognitive seule ou combinée aux antidépresseurs (Gloaguen et coll., 1998 ; Cottraux, 1999).

Concernant la prévention des récidives, l'étude anglaise contrôlée de Blackburn et Moore (1997) inclut 75 patients qui devaient présenter au moins un deuxième épisode de dépression et avoir un score sur l'échelle d'Hamilton supérieure à 16 (tableau 8.XIV). Ils ont été randomisés en trois groupes et suivis deux ans. Le taux de rechute est le suivant :

- Antidépresseurs suivis de maintien des antidépresseurs (n = 26) : 31 % ;
- Thérapie cognitive puis maintien de la thérapie cognitive (n = 22) : 24 % ;
- Antidépresseurs remplacés par la thérapie cognitive (n = 27) : 36 %.

Tableau 8.XIV : Études contrôlées concernant la prévention des récidives dans les troubles de l'humeur

Pathologies	Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Dépression	Blackburn et Moore, 1997 note : 9/10	n = 75 3 groupes suivis 2 ans : AD maintenus, T cog. maintenue, AD remplacés par T cog	Prévention des récidives Trois groupes sont égaux Tendance : T cog. meilleure sur échelle de Beck (p = 0,08)
	Fava et coll., 1998a et b note : 9/10	n = 40 suivi 2 ans et 6 ans, sevrage des AD 2 groupes : T cog., soutien	Prévention des récidives TCC > soutien
	Paykel et coll., 1999 note : 9/10	n = 158 patients sous doses de maintien d'AD suivi un an	Prévention des rechutes T cog. > gestion clinique
Troubles bipolaires	Perry et coll., 1999b note : 9/10	n = 69 patients sous méd. suivi 18 mois	Prévention des rechutes T cog. > gestion clinique sur les récidives maniaques

AD : antidépresseurs ; T cog. : thérapie cognitive ; méd. : médicaments

Dans la phase de maintien, d'une durée de deux ans, les patients ont continué à s'améliorer, sans différence entre les groupes. Il y avait cependant une tendance statistique, non significative ($p < 0,08$) et seulement sur l'échelle de Beck, à ce que les deux groupes qui avaient reçu la thérapie cognitive aient de meilleurs résultats que les groupes recevant seulement la médication.

Concernant les effets de la TCC sur les symptômes résiduels et les récidives chez des patients sous antidépresseurs, l'étude italienne de Fava et coll. (1998a et b) avait défini la dépression récurrente comme une dépression par

la succession d'au moins trois épisodes. Quarante patients qui avaient été traités par les antidépresseurs avec succès ont été randomisés en deux groupes, qui, durant les vingt semaines de l'étude, avaient un sevrage progressif des médicaments. Le premier groupe recevait une TCC, le second un soutien se limitant à suivre l'état clinique, à parler des événements de vie récents et à donner des conseils. Les résultats ont montré que sur deux ans, la TCC avait une efficacité supérieure au soutien clinique quant à la réduction des symptômes résiduels. Les récidives étaient seulement de 25 % pour la TCC, contre 80 % dans l'autre groupe (différence significative sur les courbes de survie). À six ans, le suivi montrait que 50 % des patients du groupe de TCC avaient rechuté *versus* 75 % dans le groupe de soutien clinique. La différence n'était pas statistiquement significative. Cependant, la prise en compte du nombre total des rechutes (et non plus du simple fait de rechuter ou non) montrait que ce nombre était significativement moins important dans le groupe qui avait reçu la TCC. La conclusion de cette étude est que la TCC représente une alternative au traitement d'entretien par les antidépresseurs.

L'étude anglaise contrôlée et randomisée de Paykel et coll. (1999) a suivi 158 patients avec une dépression majeure récente en rémission partielle sous antidépresseurs, à la dose moyenne correspondant à 185 mg d'amitryptiline ou 33 mg de fluoxétine. Ces patients avaient des symptômes résiduels d'une durée de 2 à 18 mois. Sur 230 sujets éligibles, 158 ont été randomisés, 78 en gestion clinique et 80 en thérapie cognitive. Douze patients sont sortis d'essai dans le groupe de gestion clinique et 19 dans celui de thérapie cognitive, pour infraction au protocole. Les patients étaient considérés en « rechute dépressive » s'ils présentaient les critères de DSM-III-R pour un épisode dépressif majeur pendant au moins un mois et si de plus, lors de deux entretiens en face à face effectués à au moins une semaine de distance, ils obtenaient un score égal ou supérieur à 17 sur l'échelle de dépression d'Hamilton. Au suivi, un patient était considéré comme ayant des symptômes persistants de rechute si : les symptômes résiduels avaient subsisté durant deux évaluations successives effectuées à deux mois d'intervalle ; le sujet atteignait un score égal ou supérieur à 13 sur l'échelle d'Hamilton lors des deux évaluations ; il présentait un niveau de détresse et de dysfonction qui ne permettait pas d'envisager l'arrêt des traitements additionnels.

La comparaison consistait à évaluer les effets de la gestion clinique seule ou de la gestion clinique associée à la thérapie cognitive durant 16 séances étalées sur 20 semaines avec 2 séances de rappel. Les sujets étaient évalués régulièrement durant les 20 semaines de traitement et une année consécutive. Ils recevaient des antidépresseurs de manière continue tout au long de l'étude. Les résultats ont montré que la thérapie cognitive réduisait le taux de rechute pour la dépression majeure aiguë ainsi que pour les symptômes résiduels aussi bien dans l'échantillon en intention de traiter que chez les patients traités conformément au protocole. Les taux de rechute cumulés à la

semaine 68 étaient de 47 % dans la gestion clinique des symptômes et 29 % en thérapie cognitive. Avec la thérapie cognitive, on observait plus de rémissions complètes à 20 semaines.

Récemment se sont développés des traitements psycho-éducatifs pour les patients bipolaires, dont les buts sont les suivants (Basco et Rush, 1995 ; Colom et coll., 1998) :

- apporter de l'information, de l'assistance, de la prise de conscience et du soutien au patient et à sa famille ;
- augmenter la prise de conscience de la maladie et la déstigmatiser ;
- prévenir les rechutes : en accroissant l'observance thérapeutique, en évitant l'abus de drogue, en identifiant les symptômes et les rechutes, en gérant le stress ;
- mieux connaître et s'adapter aux circonstances psychosociales liées aux épisodes passés et futurs ;
- prévenir le suicide ;
- améliorer le fonctionnement interpersonnel et social entre les épisodes ;
- apprendre à faire face aux symptômes résiduels subsyndromaux et aux altérations de fonctionnement ;
- augmenter le bien-être et la qualité de vie.

Une étude contrôlée et randomisée a été effectuée par Perry et coll. (1999b) chez des patients bipolaires, leur apprenant à identifier rapidement les symptômes de rechute et à chercher rapidement un traitement dans les services communautaires. Cette étude a inclus 69 patients avec un trouble bipolaire, qui avaient eu une rechute dans les douze mois précédant l'essai. L'intervention consistait en 7 à 12 séances d'intervention spécifique par un psychologue, en plus des soins habituels. Le groupe contrôle recevait seulement les soins habituels : médicament, soutien, éducation, « monitorage » de l'humeur effectué par un psychiatre et les soignants habituels. Concernant le temps de la première rechute maniaque, les résultats ont montré une supériorité en faveur du groupe recevant la psycho-éducation (*log rank* 7,04, p = 0,008), avec une réduction significative des rechutes maniaques sur 18 mois : différence moyenne 30 % (intervalle de confiance à 95 % : 8-52 %). D'une manière plus concrète, le groupe recevant la psycho-éducation rechutait sous la forme maniaque, en moyenne, après 65 semaines, *versus* 17 dans le groupe contrôle (tableau 8.IV). Cependant, il n'y avait pas de différence sur le délai de la première rechute dépressive et le nombre de ces rechutes. De plus, l'intervention psycho-éducative améliorait le fonctionnement social et aidait les patients à avoir un emploi, sur une durée de 18 mois.

Études concernant les troubles de la personnalité

L'évaluation des TCC pour les troubles de la personnalité est envisagée à partir d'études contrôlées, d'études « naturalistes » et de deux méta-analyses où les troubles de la personnalité ont été considérés globalement. Dans les

études contrôlées, seulement certains types de personnalité ont été abordés. D'autres études sont en cours dans différents pays (France, Suisse, Royaume-Uni) et plusieurs ouvrages ont été publiés qui représentent des manuels pratiques de traitement (Beck et Freeman, 1990 ; Cottraux et Blackburn, 1995).

Études concernant les troubles de la personnalité non individualisés

La méta-analyse (américaine) de Perry et coll. (1999a) ne concerne pas spécifiquement la TCC puisqu'elle inclut différentes formes de psychothérapie : thérapies psychanalytiques et interpersonnelles, TCC, thérapies éclectiques et thérapies de soutien. Seules 15 études rapportaient des données en pré- et post-traitement et/ou des données de suivi. Il n'y avait que trois études randomisées avec un groupe placebo, trois études randomisées comparant plusieurs traitements actifs, et neuf études non contrôlées. Sur les six études contrôlées, cinq portaient sur les TCC, dont l'étude de Linehan et coll. (1994) sur la personnalité borderline et celle de Woody et coll. (1985) sur la personnalité antisociale. Toutes les études ont rapporté une amélioration des troubles de personnalité avec la psychothérapie. Les tailles d'effet moyennes pré-post test des traitements étaient importantes : 1,11 sur les mesures d'auto-évaluation et 1,29 sur les mesures d'hétéro-évaluation. Parmi les trois études contrôlées par un groupe contrôle et non une autre thérapie, la thérapie active était plus efficace que l'absence de traitement selon les mesures d'auto-évaluation. Dans quatre études, en moyenne 52 % des patients qui restaient en thérapie entre un et trois ans guérissaient, c'est-à-dire ne répondaient plus à l'ensemble des critères diagnostiques pour les troubles de personnalité initiaux. D'une manière heuristique, les auteurs estimaient que 25,8 % des troubles de personnalité guérissaient par année en thérapie, un taux 7 fois plus important que celui que l'on retrouve dans l'évolution spontanée de la personnalité borderline, qui est de 3,7 %. Parmi les études citées, deux comparaient la TCC à une liste d'attente ou à un traitement non spécifique (Alden, 1989 ; Linehan et coll., 1994). Dans chacune de ces deux études, les tailles d'effet (ES) étaient supérieures à 1 (Linehan : GAS : ES = 1,36, adaptation sociale : ES = 1,07 ; Alden : *Target complaintes* : ES = 1,31). La qualité de cette étude méta-analytique est moyenne (3,5/7).

Les auteurs allemands Leichsenring et Leibing (2003) ont effectué une méta-analyse étudiant, de manière parallèle et séparée, la thérapie psychanalytique et la TCC pour le traitement des troubles de la personnalité. Elle inclut un total de 22 études, onze comparant la thérapie analytique à une autre forme de traitement ou à une situation contrôle, et huit études comparant la TCC à des situations contrôles diverses. Trois études effectuent une comparaison de la TCC à la thérapie analytique. La thérapie psychanalytique est associée à une taille d'effet globale de 1,46, soit 1,08 pour les mesures d'auto-évaluation et 1,79 pour les hétéro-évaluations. Pour la TCC, la taille d'effet globale est de 1,0, soit 1,20 pour les mesures d'auto-évaluation et 0,87 pour les mesures d'hétéro-évaluation. Ces tailles d'effet sont significatives. Certaines études

montrent qu'aussi bien la TCC que la thérapie psychanalytique a des effets sur le noyau central de la pathologie de la personnalité. Les taux de perdus de vue sont équivalents pour la thérapie analytique (15 %) et la TCC (17 %). Néanmoins, cette méta-analyse présente des problèmes méthodologiques sérieux : elle utilise une méthode déjà ancienne pour l'analyse du d de Cohen, ne tient pas compte du nombre de sujets, ne rapporte ni *failsafe* ni test d'homogénéité des études ; elle amalgame des troubles de personnalité différents ; seules trois études sur onze (27 %) utilisant la thérapie psychanalytique sont randomisées, et cinq sur huit (62 %) de celles utilisant la TCC ; des études non randomisées ont un groupe contrôle de convenance ; certaines cohortes ne permettent que d'étudier la taille d'effet intragroupe, sans contrôle externe. Mais la force de cette méta-analyse est d'avoir étudié le changement à long terme. Ainsi, d'un point de vue méthodologique (règles d'or), on peut conclure qu'il s'agit d'une méta-analyse de qualité moyenne (3,5/7), mais qui reflète bien la situation pour ce type de troubles (peu d'études contrôlées). Elle représente, à l'heure actuelle, la meilleure évaluation possible.

Études pour la personnalité antisociale

Une étude américaine contrôlée et randomisée portant sur 110 patients toxicomanes, avec ou sans dépression comorbide et personnalité antisociale, a été présentée par Woody et coll. (1985) et Luborsky et coll. (1985). Ils ont comparé trois traitements : conseil simple, conseil plus thérapie cognitive et conseil plus thérapie psychodynamique. Quatre sous-groupes ont été étudiés :

- dépendance aux opiacés isolée ;
- dépendance aux opiacés + dépression ;
- dépendance aux opiacés + dépression + personnalité antisociale ;
- dépendance aux opiacés + personnalité antisociale.

L'étude montre que pour les sujets présentant les symptômes correspondant aux critères diagnostiques de dépression majeure et de personnalité antisociale, la thérapie cognitive brève était plus efficace que le simple conseil. Une amélioration significative apparaissait sur 11 des 22 variables mesurées sept mois après traitement. D'autre part, les sujets avec personnalité antisociale mais non déprimés ne présentaient une amélioration que dans 3 variables sur 22. La dépression était un prédicteur d'effet positif.

Études pour la personnalité évitante

Dans une étude contrôlée canadienne, Alden (1989) et Alden et Capreol (1993) ont comparé 76 sujets présentant une personnalité évitante traités en groupe et randomisés selon quatre conditions :

- exposition graduée ;
- développement des compétences sociales interpersonnelles ;
- développement des compétences sociales d'intimité ;
- liste d'attente.

Les deux groupes qui suivaient les programmes de compétences sociales recevaient un mélange de techniques cognitives et comportementales. L'étude d'efficacité a montré que les trois traitements étaient meilleurs que la liste d'attente au post-test et à un suivi de trois mois. L'évaluation de la personnalité était faite avec l'inventaire de Millon et celle des relations interpersonnelles avec un système permettant de coder la position du patient par rapport à quatre dimensions : dominance/non-affirmation de soi, froideur/soutien, évitement/intrusion, vindicatif/exploitable. Les patients ayant des problèmes interpersonnels en relation avec la méfiance et la colère ont plus bénéficié de l'exposition graduée que des programmes de compétences sociales. Les patients qui avaient des problèmes interpersonnels en relation avec le sentiment d'être contrôlés et forcés par les autres, en plus du manque d'affirmation de soi et de l'évitement, ont plus bénéficié des programmes de compétences sociales, en particulier de celui focalisé sur les capacités d'intimité.

Études pour la personnalité borderline

Les travaux contrôlés les plus approfondis ont été réalisés par Linehan et coll. (1991), qui ont proposé un modèle d'intervention baptisée thérapie comportementale dialectique (TCD) ou dialectico-comportementale (assimilée à la TCC dans les publications scientifiques – cf. Linehan et coll., 1991 –).

L'étude contrôlée américaine de Linehan et coll. (1991) porte sur la personnalité borderline chez des femmes désocialisées des quartiers défavorisés (tableau 8.XV). Elle a montré, sur une durée d'un an, une diminution significative des comportements suicidaires et para-suicidaires lors d'une thérapie comportementale dialectique (n = 22), par rapport au groupe contrôle (n = 22). Ce dernier correspondait au traitement « comme d'habitude », fait de thérapie psychanalytique et/ou de soutien dans la communauté. Dans le groupe recevant le traitement comportemental dialectique, le taux d'abandon de la thérapie était réduit de manière significative et les comportements dangereux pour les patientes – tentatives de suicide, prise exagérée de médicaments ou de drogues dures ou douces (para-suicide) – étaient significativement moindres que chez les patientes recevant le traitement « comme d'habitude ». Un taux de 35 % de para-suicide était observé dans le groupe traité par thérapie comportementale dialectique *versus* 65 % dans le groupe comparateur. Cependant, à la fin du traitement, les deux groupes ne présentaient pas de différence dans le degré de dépression ou d'autres symptômes. Les résultats constatés après un an de thérapie se maintenaient à un an de suivi après la fin du traitement. On observait dans le groupe traité par thérapie comportementale dialectique une diminution des colères pathologiques, des comportements para-suicidaires, des jours d'hospitalisation, et un meilleur ajustement social. Cela était vrai aussi bien pour les patientes qui avaient suivi le traitement complètement que pour l'ensemble des patientes étudiées dans une analyse statistique en intention de traiter portant sur la dernière observation disponible. Cette méthode de traitement permettrait

Tableau 8.XV : Méta-analyses et études contrôlées pour les troubles de la personnalité

Pathologies	Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Troubles de la personnalité	Leichsenring et Leibing, 2003 *Méta-analyse* note : 3,5/7	TCC *versus* contrôle	TCC > contrôle
Personnalité antisociale	Woody et coll., 1985 Luborsky et coll., 1985 *Études contrôlées* note : 9/10	Toxicomanie, trouble de la personnalité et dépression n = 110, 3 groupes Analyse en sous-groupes : présence ou non de dépression	TC = thérapie analytique > « conseil » si sociopathe et déprimé
Personnalité évitante	Alden, 1989 Alden et Capreol, 1993 *Études contrôlées* note : 7/10	Comparaison de 3 types de TC et liste d'attente n = 76, suivi 3 mois	TC (3 types) > liste d'attente
Personnalité borderline	Linehan et coll., 1991 *Étude contrôlée* note : 9/10	TCD *versus* TH n = 44, femmes suivi un an	TCD > TH
	Linehan et coll., 1994 *Étude contrôlée* note : 9/10	TCD *versus* TH n = 26, femmes suivi un an	TCD > TH
	Linehan et coll., 1999 *Étude contrôlée* note : 9/10	TCD *versus* TH, n = 28, femmes toxicomanes suivi 16 mois	TCD > TH
	Linehan et coll., 2002 *Étude contrôlée* note : 9/10	TCD *versus* TC simplifiée n = 23, femmes toxicomanes suivi 16 mois	TCD > TC simplifiée
	Koons et coll., 2001 *Étude contrôlée* note : 9/10	TCD *versus* TH, n = 20, femmes suivi 6 mois	TCD > TH
	Verheul et coll., 2003 *Étude contrôlée* note : 9/10	TCD *versus* TH n = 58, femmes traitement 12 mois	TCD > TH

TH : traitement habituel ; TCD : thérapie comportementale dialectique

d'économiser l'équivalent de 10 000 euros par an, dans la mesure où les patientes étaient moins souvent ré-hospitalisées.

L'étude randomisée de Linehan et coll. (1994) reproduisait la précédente sur 13 patientes borderline qui recevaient la thérapie dialectico-comportementale, et 13 qui avaient le traitement « comme d'habitude ». L'analyse en intention de traiter a montré que les patientes qui avaient reçu la thérapie active avaient des meilleurs scores pour la colère, l'adaptation sociale et l'évaluation globale du fonctionnement. Une patiente dans le groupe de thérapie dialectico-comportementale est décédée par suicide. Son

inclusion dans l'analyse en intention de traiter ne modifiait pas les résultats d'ensemble.

Linehan et coll. (1999) ont comparé la thérapie dialectico-comportementale avec le traitement « comme d'habitude » chez des patientes avec un trouble de personnalité borderline et dépendance à la drogue. Seules 18 des 28 patientes ont terminé l'étude ; 7 avaient reçu la thérapie dialectico-comportementale, et 11 le traitement « comme d'habitude ». Les patientes du premier groupe étaient plus souvent abstinentes de drogue et d'alcool après 4, 8 et 16 mois. Les patientes des deux groupes présentaient une réduction des comportements para-suicidaires et de la colère (trait ou état), sans différence entre les groupes. Cette étude impliquait un faible nombre de patientes, avec des taux substantiels de perdues de vue, mais représente une tentative d'évaluation de l'impact de la thérapie dialectico-comportementale chez les patientes les plus sévères, ayant à la fois une personnalité borderline et un état comorbide d'abus de substances.

Les résultats de Linehan et coll. (1993) ont été reproduits dans une étude américaine effectuée par Koons et coll. (2001). Il s'agissait d'une étude randomisée dans laquelle 20 femmes, vétérans de l'armée, qui avaient des critères de personnalité borderline étaient assignées au hasard soit à la thérapie comportementale dialectique, soit à un traitement « comme d'habitude » pendant 6 mois. Comparées aux patientes en traitement « comme d'habitude », celles qui avaient reçu la thérapie comportementale dialectique présentaient une diminution plus importante des idées suicidaires, du désespoir, de la dépression et de la colère. De plus, seules les patientes qui avaient reçu la thérapie comportementale dialectique manifestaient une diminution significative des actes para-suicidaires, de la colère ressentie mais non exprimée et des phénomènes dissociatifs, et il existait également une tendance non significative à la réduction du nombre des hospitalisations. Chez les patientes sous thérapie comportementale dialectique, on observait une décroissance significative des symptômes dépressifs et du nombre de critères diagnostiques de la personnalité borderline, mais pas de l'anxiété. Cette étude pour l'instant n'a pas de suivi, au-delà du post-test.

Dans l'étude de Linehan et coll. (2002), la thérapie comportementale dialectique (TCD) au complet (n = 12) a été comparée aux 12 étapes de sevrage de la toxicomanie, associées à une partie de la TCD qui s'appelle thérapie de validation (n = 11). Celle-ci se centre sur l'acceptation de la pathologie du patient. En plus du traitement psychosocial, les sujets recevaient un antagoniste des opiacés à des doses adéquates. Le traitement durait 12 mois, la prise éventuelle de drogue était surveillée par des dosages urinaires trois fois par semaine, et l'on mesurait également les doses d'opiacés utilisées parallèlement. L'étude était randomisée. À un suivi de 16 mois, c'est-à-dire 4 mois après la fin du traitement, tous les participants avaient une diminution des tests urinaires positifs. Si on comparait les deux groupes, les participants qui avaient reçu la TCD maintenaient la réduction moyenne des doses d'opiacés

obtenue durant les 12 mois de traitement actif, alors que ceux qui avaient reçu la thérapie de validation associée aux 12 étapes augmentaient significativement leur consommation d'opiacés durant les 4 mois postérieurs au traitement. Cependant, dans le groupe traité par TCD, 36 % des patients étaient perdus de vue, contre 0 % dans l'autre groupe. Les auteurs concluaient que les deux méthodes, TCD complète ou sa forme allégée, la thérapie de validation, avaient leur valeur. Néanmoins, cette étude n'est pas contrôlée par une liste d'attente ou le traitement « comme d'habitude ».

Une reproduction des travaux de Linehan et coll. et de Koons et coll. a été effectuée par Verheul et coll. (2003). Il s'agit d'une étude hollandaise qui a porté sur l'efficacité de la thérapie dialectico-comportementale pour des patientes présentant un trouble de personnalité borderline, et examiné l'impact sur la sévérité du trouble. Cinquante-huit patientes présentant un trouble de personnalité borderline ont été randomisées en deux groupes : soit 12 mois de thérapie dialectico-comportementale, soit un traitement habituel. Les participantes ont été recrutées par des envois cliniques, des services de psychiatrie et des services s'occupant des addictions. Le pré-test a été effectué entre une et seize semaines avant le début du traitement. Les mesures d'efficacité, recueillies après 22 et 52 semaines de traitement, incluaient un index de sévérité du trouble de la personnalité borderline, les comportements para-suicidaires et les manifestations d'impulsivité. La section des comportements para-suicidaires inclut trois items qui reflètent les comportements suicidaires, les menaces de suicides, la préparation des suicides et les tentatives de suicide réelles. La section d'impulsivité inclut onze items qui reflètent des conduites préjudiciables pour la personne, en particulier le jeu, la boulimie, l'abus de substances, la conduite automobile dangereuse. Les comportements automutilateurs étaient mesurés par une échelle spécifique. L'index de sévérité du trouble « borderline » consistait en neuf sections, une pour chacun des critères de personnalité borderline.

La thérapie dialectico-comportementale, comparée au traitement habituel, obtenait un meilleur taux d'adhérence au traitement et une plus grande réduction des comportements d'automutilation et des comportements nuisibles pour soi. L'amélioration était d'autant plus significative qu'il existait auparavant un taux élevé de comportements d'automutilation.

Études « naturalistes » pour les troubles de la personnalité

Trois études françaises, effectuées avec des méthodologies voisines ont étudié de manière « naturalistes » les effets des TCC dans les troubles de la personnalité : elles regroupent un total de 63 cas présentant des troubles de personnalité et incluent toutes les trois une mesure de personnalité en pré- et post-traitement. Elles témoignent de changements concomitants pour la pathologie d'axe I et les traits de personnalité mesurés par des inventaires validés.

Guérin et coll. (1994) ont étudié 93 patients ayant débuté un groupe d'entraînement à l'affirmation de soi, associant restructuration cognitive et jeux de rôles ; 65 ont terminé la thérapie. Les résultats, comparant les mesures prises en pré- et en post-traitement, indiquent que l'ensemble des patients sont améliorés sur les échelles d'anxiété, de dépression et d'affirmation de soi, ainsi que sur plusieurs échelles du *Minnesota multiphasic personality inventory* (MMPI). Les 37 patients présentant une phobie sociale ont été comparés à 24 patients présentant un trouble de la personnalité : personnalité évitante (n = 10), passive-agressive (n = 6), dépendante (n = 4), histrionique (n = 2), paranoïaque (n = 1), schizoïde (n = 1). La comparaison avant et après traitement de ces deux sous-groupes montre une amélioration significative sur les échelles d'anxiété, de dépression et d'affirmation de soi. Au MMPI, l'amélioration n'est significative que dans le sous-groupe phobie sociale. En dépit d'une amélioration des problèmes d'axe I chez tous les patients, on observe une stabilité des problèmes d'axe II chez les patients ayant un diagnostic DSM-III-R de trouble de la personnalité. Trente-deux patients ont été réévalués lors d'une séance supplémentaire de suivi, 6 mois après la fin de la thérapie. Les améliorations se sont maintenues.

Fanget et Chambon (1994) ont traité des patients présentant un manque d'affirmation de soi, avec vingt séances de 90 minutes combinant jeu de rôles et modification des pensées automatiques et des schémas cognitifs de « soumission au jugement de l'autre », au cours des séances de jeu de rôles. La période de post-cure durait deux ans avec un rappel tous les trois mois. L'étude incluait 24 patients dont 22 présentaient une phobie sociale et 21 un trouble de personnalité : personnalité limite (n = 7), évitante (n = 6), passive-agressive (n = 4), personnalité paranoïaque (n = 2), personnalité schizotypique (n = 1), personnalité obsessionnelle compulsive (n = 1). Les scores moyens de phobie sociale et d'affirmation de soi se sont améliorés significativement en fin de traitement, de même que l'échelle de paranoïa et de l'index d'anxiété du MMPI.

Cungi (1995) rapporte le suivi de 33 patients traités par thérapie de groupe pour un déficit des habiletés sociales. Ils souffraient soit d'une phobie sociale généralisée (n = 15), soit d'un trouble de la personnalité (n = 18) selon les critères du DSM-III-R : personnalité évitante (n = 10), limite (n = 4), schizoïde (n = 1), compulsive (n = 1), passive agressive (n = 1), narcissique (n = 1), et 15 présentaient une phobie sociale, sans trouble d'axe II. Les groupes thérapeutiques associaient l'entraînement aux habiletés sociales par jeu de rôles et la restructuration cognitive. Le suivi était d'un an après la fin du traitement. Les patients souffrant d'un trouble de la personnalité présentaient plus de difficultés relationnelles et de schémas cognitifs de type inconditionnel que ceux sans trouble de la personnalité. Les scores des échelles d'anxiété, de dépression et d'affirmation de soi étaient améliorés aussi bien chez les phobiques sociaux que chez les sujets avec un trouble de la personnalité, mais moins dans ce dernier groupe. Ceci indique néanmoins que les

patients souffrant d'un trouble de la personnalité peuvent bénéficier, autant que ceux souffrant d'une phobie sociale, de ce type de psychothérapie. Le score de neuroticisme à l'inventaire de personnalité d'Eysenck s'améliorait aussi bien pour les troubles de la personnalité que les phobies sociales, suggérant un changement durable d'une dimension de la personnalité en relation avec des affects négatifs, pour l'ensemble des patients.

Études concernant l'alcoolodépendance

Le nombre des travaux sur les résultats des interventions dans l'alcoolodépendance a augmenté considérablement ces dernières années, pour arriver récemment à 600 études. Outre les TCC proposées aux sujets alcoolodépendants pour modifier leur comportement par des procédures de désensibilisation, de renforcement positif et également des stratégies motivationnelles et de prévention des rechutes, il a été également proposé des thérapies comportementales familiales et des thérapies de couple. Les techniques d'affirmation de soi, centrées sur le problème de la boisson et la réduction de l'anxiété sociale, ont également été développées. Ces thérapies ont été testées dans des essais contrôlés. On peut rattacher également aux thérapies cognitives le modèle de Prochaska et DiClemente qui s'inspire très directement de la théorie de l'apprentissage social de Bandura et de sa théorie de l'efficacité personnelle (*self-efficacy*). Selon ce modèle original, une personne franchit cinq étapes pour réussir à changer un comportement : la pré-contemplation (la personne n'est pas prête à changer son comportement), la contemplation (la personne est consciente de l'existence d'un problème, mais n'envisage pas de le changer dans les trois mois), la préparation (la personne est prête à changer son comportement), l'action (la personne a adopté des comportements différents) et, finalement, le maintien, qui fait que le sujet reste abstinent ou rentre à nouveau dans le cercle de Prochaska. À chacun des stades interviennent des thérapies cognitives ou comportementales pour aider le patient à avancer progressivement. Dans cette approche, on explicite que le patient est l'agent même de son changement et que personne ne peut le changer sans qu'il le veuille.

N'ont été retenues ici que les revues les plus importantes et les méta-analyses des études contrôlées.

La méta-analyse de Moyer et coll. (2002) analyse l'efficacité des interventions brèves comparées à des conditions contrôles dans des populations non demandeuses de soins (n = 34 ; tableau 8.XVI) et compare des interventions brèves avec des traitements complexes dans des populations de patients qui viennent pour traitement (n = 20 ; tableau 8.XVII). Les études du premier type montrent une taille d'effet petite ou moyenne en faveur des interventions brèves à travers les différents points de suivi. Au suivi après 3 à 6 mois, les effets des interventions brèves, comparées aux conditions contrôles, sont significativement plus importants si l'on exclut les sujets ayant les plus graves problèmes avec l'alcool. Les études du second type montrent des tailles d'effet

Tableau 8.XVI : Méta-analyse de Moyer et coll. (2002) : interventions brèves *versus* conditions contrôles chez des sujets non demandeurs de soins

Rechutes	Nombre de rechutes	Taille d'effet*	Intervalle de confiance à 95 %	Hétérogénéité		
				Q	df	p
= 3 mois	3	0,669***	[0,392-0,945]	3,6	2	0,164
> 3-6 mois	11	0,160***	[0,098-0,222]	18,5	10	0,048
> 6-12 mois	20	0,263***	[0,203-0,323]	50,8	19	0,000
> 12 mois	2	0,202	[0,008-0,412]	0,8	1	0,381

* les valeurs positives de la taille d'effet indiquent de meilleurs résultats dans les conditions d'intervention brève comparées aux conditions contrôles ; *** $p < 0,001$

Tableau 8.XVII : Méta-analyse de Moyer et coll. (2002) : interventions brèves *versus* traitements complexes chez des patients venus pour traitement

Rechutes	Nombre de rechutes	Taille d'effet*	Intervalle de confiance à 95 %	Hétérogénéité		
				Q	df	p
= 3 mois	2	0,000	[– 0,634-0,634]	0,0	1	1,000
> 3-6 mois	3	0,415**	[0,119-0,711]	3,4	2	0,182
> 6-12 mois	3	0,004	[– 0,152-0,161]	0,1	2	0,969
> 12 mois	7	0,034	[– 0,107-0,175]	10,1	6	0,097

* les valeurs positives de la taille d'effet indiquent de meilleurs résultats dans les conditions d'intervention brève comparées aux conditions contrôles ; ** $p < 0,01$

peu différentes de 0. Les résultats de cette méta-analyse conduisent à la conclusion qu'il y a peu de différences entre les interventions brèves et les interventions au long cours. Cependant, les auteurs soulignent qu'ils ne peuvent pas généraliser les résultats, étant donnée l'hétérogénéité des populations incluses dans cette méta-analyse (évaluation de cette méta-analyse par les règles d'or : 5,5/7).

La méta-analyse de Irvin et coll. (1999) a revu 26 études publiées ou non publiées correspondant à 9 504 participants (évaluation de cette méta-analyse par les règles d'or : 6/7). Cette méta-analyse indique que la prévention des rechutes est efficace pour les problèmes d'alcool. Elle est d'autant plus efficace qu'elle s'applique à l'association alcool et abus de substances, avec adjonction de médicaments, et qu'on l'évalue immédiatement après traitement, dans des études non contrôlées pré- post-traitement. Il y a dans cette méta-analyse, à la fois des études contrôlées et des études pré- post-traitement, dont on a pris la ligne de base comme contrôle. Pour l'alcoolodépendance, la taille d'effet, r, était le point avec un intervalle de confiance à 95 % allant de 0,17 à 0,37 sur les cinq études. En effet, l'étude de Irvin et coll.

regroupait l'ensemble des problèmes d'addiction et ne comprenait que cinq études concernant l'alcoolisme.

Une revue effectuée par Miller et Wilbourne, en 2002, a étudié 59 études contrôlées et a conclu que parmi les traitements psychosociaux, les preuves les plus fortes d'efficacité étaient pour les interventions brèves, l'affirmation de soi, le renforcement dans la communauté, les contrats comportementaux, la thérapie familiale comportementale et la gestion du cas. Les auteurs ajoutent, également, que deux traitements pharmacologiques apparaissent soutenus par les données d'études contrôlées : l'utilisation de la naltrexone et l'utilisation de l'acamprosate. Les méthodes qui avaient le moins de preuves d'efficacité étaient celles qui consistaient à éduquer, à confronter, à choquer ou à développer la prise de conscience (*insight*) pour ce qui concerne la nature et les causes de l'alcoolodépendance. Il s'agit d'une revue qui a classé les études, mais pas d'une méta-analyse. Une autre revue (Rist, 2002), effectuée en Allemagne, aboutit à la même conclusion : les méthodes cognitivo-comportementales sont soutenues par des preuves alors que les autres traitements ne le sont pas.

Il existe des arguments, issus des études contrôlées, en faveur des méthodes comportementales et cognitives : développement de l'autocontrôle, restructuration cognitive et résolution de problèmes, techniques de développement de la motivation, programmes de développement de la compétence sociale. Il n'existe pas de preuves, dans les études contrôlées, que les programmes ayant pour but le contrôle de la prise de boisson donnent de meilleurs résultats que ceux qui visent l'abstinence totale. Ces programmes obtiennent cependant de meilleurs résultats chez les sujets présentant peu de troubles psychiatriques, ou dans les cas les moins sévères d'alcoolodépendance, en particulier chez des sujets jeunes ayant une faible dépendance physique. Dans cette dernière indication, les résultats positifs peuvent aller jusqu'à 67 % après deux ans (*American psychiatric association*, 1995).

Études concernant la schizophrénie

D'une façon générale, les thérapies comportementales et aussi, mais dans une moindre mesure, les thérapies cognitives représentent la seule forme de thérapie ayant apporté des résultats positifs à court et moyen terme sur le taux de rechute, la réduction des symptômes et la réadaptation sociale des psychotiques (Liberman, 1991 ; Cottraux, 2000). Trois méta-analyses ont confirmé les résultats de programmes de développement des habiletés sociales (Corrigan, 1991 ; Benton et Schroeder, 1990 ; Wunderlich et coll., 1996), mais le problème demeure la généralisation des acquis qui, si elle semble réelle, reste encore trop modeste (*American psychiatric association*, 1997a). Plusieurs méthodes spécifiques sont utilisées.

Concernant les patients psychotiques, les modules de réhabilitation et de développement des compétences sociales (*social skills*) ont été mis au point

principalement par le groupe de l'*University of California Los Angeles* (Liberman, 1991 ; Chambon et Marie-Cardine, 1992 et 1993) et couvrent tous les domaines de la réhabilitation, de l'hôpital psychiatrique à la vie indépendante, en passant par les structures intermédiaires. Un programme implique plus de cent heures par patient sur neuf semaines, et inclut plusieurs composantes :

- développement des compétences (ou habiletés) sociales : jeux de rôles, vidéo pour augmenter les capacités de réception, de traitement et d'émission de l'information ; traitement par groupes de trois patients pour deux thérapeutes ; le coût est de 5 séances x 2 heures x 9 semaines (90 heures) ;
- thérapie familiale : l'accent est mis sur la communication et la résolution de problèmes. Elle consiste en une séance de 2 heures x 9 semaines (18 heures).

Actuellement, ces méthodes sont bien codifiées et présentées sous forme de manuels édités en français pour les patients et les thérapeutes. Différents modules de développement des compétences sociales sont appliqués couramment au Québec, en France, en Suisse et en Belgique, dans des centres spécialisés. Il existe des modules pratiques adaptés en français (Liberman, 1992) couvrant les domaines suivants : gestion des symptômes, éducation au traitement neuroleptique, travail et recherche d'emploi, loisirs, édités par un organisme situé en Belgique, Socrate-réhabilitation (Marchienne le Pont, Belgique).

La thérapie familiale comportementale comprend l'éducation par des brochures explicatives portant sur les problèmes que peut soulever la vie avec un psychotique. Il ne s'agit pas, une fois de plus, de culpabiliser les familles, mais de reconnaître que la pathologie schizophrénique est un tel fardeau financier et émotionnel que certaines familles peuvent être perturbées. Il s'agit d'une pathologie de la relation où le patient autant que la famille est impliqué, à la fois comme cause et effet. Existent également le développement par le jeu de rôles de communications non pathogènes, et les techniques de résolution de problèmes.

Trois méthodes de thérapie cognitive ont été proposées à ce jour. Il s'agit de thérapies brèves d'une durée d'une heure et qui se déroulent sur dix à vingt-cinq séances : thérapie cognitive centrée sur la modification des croyances ; thérapie de résolution de problèmes (développement de plans cognitifs) ; thérapie de développement des stratégies d'ajustement.

La méta-analyse de Benton et Schroeder (1990) est une revue méta-analytique de 27 études sur le développement des compétences sociales chez les schizophrènes. Elle porte sur des études effectuées entre 1972 et 1988 dont un tiers n'était pas publié. Parmi les études, 81 % ont été réalisées aux États-Unis, dont 85 % dans des hôpitaux. La durée des traitements se situait entre 10 heures et 100 heures. Les techniques utilisées étaient des techniques comportementales. Sur les 27 études qui ont été localisées, 23 donnaient des résultats interprétables avec les mesures comportementales. L'ensemble de

ces 23 études a montré une taille d'effet moyenne pondérée de 0,76 avec un intervalle de confiance à 95 % allant de 0,59 à 0,93. Cet intervalle de confiance montre que l'effet du traitement peut être considéré comme significatif. Les tests pour l'hétérogénéité de la taille d'effet n'atteignaient pas le niveau de significativité Qt (22) = 13,49 p > 0,90 : ceci souligne l'homogénéité des résultats. Quatre études apportaient des résultats au suivi de un à neuf mois : sur les mesures comportementales des compétences sociales, la taille d'effet moyenne au suivi était de 1,13, alors qu'immédiatement post-traitement, l'effet dans ces quatre études était seulement de 0,67 ; cela suggérait que l'effet plus élevé au suivi n'était pas dû à une réponse thérapeutique initiale plus importante de ces études en particulier, mais simplement à une généralisation à partir des résultats obtenus. Cette méta-analyse rapporte également un *failsafe* de 19, ce qui indique que le résultat apparaît stable.

La méta-analyse de Corrigan (1991) sur le développement des compétences (ou habiletés) sociales correspond à 73 études de développement des habiletés sociales dans quatre populations psychiatriques d'adultes : sujets avec un trouble du développement, psychotiques, non psychotiques et délinquants. Elle inclut différents groupes de patients, mais elle ne montre pas de différence dans les résultats entre les quatre sous-populations. Les sujets aussi bien psychotiques que non psychotiques ont acquis, maintenu et généralisé les habiletés qui étaient prises pour cible dans les traitements. La maintenance était réalisée sur une période moyenne de cinq mois, qui s'étendait d'un mois à deux ans. Le calcul des tailles d'effet médianes, par rapport aux conditions contrôles, sur toutes les mesures effectuées aboutissaient aux chiffres présentés dans le tableau 8.XVIII.

Tableau 8.XVIII : Tailles d'effet dans la méta-analyse de Corrigan (1991) sur le développement des habiletés sociales pour l'ensemble de la population psychiatrique étudiée (psychotiques, non psychotiques et délinquants)

Résultats	Tailles d'effet médianes
Habiletés acquises	1,43
Réduction des symptômes et amélioration de l'adaptation personnelle	0,99
Acquisition d'habiletés généralisées à d'autres environnements	0,92
Habiletés acquises maintenues après développement des compétences sociales	1,40
Réduction des symptômes et adaptation personnelle après développement des compétences sociales	1,20

La méta-analyse allemande de Wunderlich et coll. (1996) sur les TCC (tableau 8.XIX) cherchait à définir l'influence des méthodes psychosociales d'intervention sur l'émotion et les comportements des patients schizophrènes

Tableau 8.XIX : Méta-analyses concernant la schizophrénie

Pathologies	Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats (taille d'effet)
Schizophrénie phase chronique	Benton et Schroeder, 1990 note : 7/7	27 études (1972-1988) Développement des compétences sociales Durée du traitement : 10 à 100 heures Techniques comportementales	Développement des compétences sociales TCC > C : 0,76 (associée aux neuroleptiques)
	Corrigan, 1991 note : 4/7	73 études Développement des compétences sociales sous-populations	Développement des compétences sociales TCC > C : 1,46 (associée aux neuroleptiques)
	Wunderlich et coll., 1996 note : 6/7	31 études Méthodes psychosociales *versus* traitement habituel Effet sur émotions et comportements	Émotions et comportements TCC > C : 0,58 (associée aux neuroleptiques)
Schizophrénie en période aiguë	Cormac et coll., 2002 note : 6/7	13 études revue Cochrane	Rechutes et admissions à l'hôpital TCC > C court terme (associée aux neuroleptiques)

C : conditions contrôles

comparés aux patients dans des groupes contrôles qui recevaient simplement le traitement habituel sans méthode spécifique d'intervention. Cette méta-analyse rassemble 31 études qui, au total, incluaient un échantillon de 2 161 patients. Les méthodes spécifiques d'intervention ont montré une taille d'effet de 0,34 (pondérée par la taille des échantillons). Ainsi, 59 % des patients qui avaient reçu les méthodes spécifiques d'intervention s'amélioraient, *versus* 41 % dans le groupe contrôle. Les plus hauts niveaux étaient pour la psycho-éducation familiale et la thérapie cognitive, avec une taille d'effet égale à 0,58. Ces résultats soulignent l'importance des méthodes spécifiques par rapport aux traitements habituels et, en particulier, l'intérêt des méthodes de TCC. Dans cette étude, thérapie comportementale, thérapie cognitive, thérapie analytique et thérapie familiale ont été mélangées dans la méta-analyse globale, ce qui permet de comprendre que la taille d'effet globale soit plus faible (0,34).

La méta-analyse Cochrane (Cormac et coll., 2002) sur la thérapie cognitive (ou cognitivo-comportementale) qui évalue les effets des thérapies cognitives a été effectuée essentiellement sur des études récentes. Les données ont été extraites par deux évaluateurs qui travaillaient de manière indépendante : 13 études ont été incluses, comprenant 911 patients. Les résultats montrent que les taux de rechute et d'admission à l'hôpital ne sont pas systématique-

ment réduits quand on compare la thérapie cognitive avec le traitement standard :

- un essai à court terme (n = 61 ; RR = 0,1 [0,01-1,7]) ;
- deux essais à long terme (n = 123 ; RR = 1,1 [0,8-1,5]).

Une différence significative était cependant observée en faveur de la thérapie cognitive par rapport au traitement standard : les patients sortaient plus facilement de l'hôpital (RR = 0,5 [0,3-0,9]).

En ce qui concerne l'amélioration globale de l'état mental, il y avait une différence significative en faveur de la thérapie cognitive par rapport au traitement standard à 13 et 26 semaines, mais après un an la différence n'était plus significative. Cependant, la BPRS (*Brief psychiatric rating scale*), la CPRS (*Comprehensive psychiatric rating scale*) et la PAS (*Psychiatric assessment scale*) ne montraient pas de différence. La conclusion des auteurs est que la thérapie cognitive est un traitement prometteur mais encore insuffisamment évalué. Plus de travaux sont justifiés, en particulier des études comparatives par rapport aux simples approches de soutien.

Études concernant les troubles des comportements alimentaires

L'ensemble des études concernant l'évaluation de la TCC dans les troubles des comportements alimentaires concerne l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique.

Études concernant l'anorexie mentale

Bien que l'utilisation de techniques comportementales et cognitivo-comportementales soit partie intégrante de la plupart des programmes multimodaux de traitement de l'anorexie, qu'ils soient ambulatoires ou intrahospitaliers, il existe très peu d'études contrôlées évaluant l'efficacité de la TCC dans cette indication.

Cinq essais contrôlés randomisés (tableau 8.XX) et une revue de la littérature sur l'efficacité des TCC dans l'anorexie mentale ont été retrouvés dans la littérature.

Channon et coll. (1989) ont réparti 24 patientes anorexiques (diagnostiquées selon les critères de Russell) en trois groupes traités en ambulatoire par 24 séances échelonnées sur une période d'un an : 8 patientes participaient à des séances d'une heure de TCC, 8 à des séances d'une heure de thérapie comportementale (T comp.), et les 8 patientes du groupe contrôle à des séances non spécifiques de 30 minutes. L'état clinique était évalué sur l'échelle de Morgan et Russell à la fin du traitement, et à 6 et 12 mois de suivi. Le fonctionnement psychosocial s'améliorait dans les 3 groupes, sans supériorité de la TCC sur les autres conditions. En revanche, dans le groupe TCC, comparé au groupe T comp., on notait une meilleure compliance des patientes au traitement (aucune sortie d'essai). Ces résultats sont à interpréter avec prudence, vu le petit nombre de sujets.

Tableau 8.XX : Études contrôlées dans l'anorexie mentale

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Channon et coll., 1989 note : 6,5/10	3 groupes de 8 patientes ambulatoires Traitement par TCC, T comp. ou condition contrôle pendant un an ; suivi de 12 mois Évaluation sur l'échelle de Morgan et Russell	Amélioration similaire du fonctionnement psychosocial dans les 3 groupes Meilleure compliance au traitement dans le groupe TCC comparé au groupe T comp.
Crisp et coll., 1991 note : 6,5/10	90 adolescentes avec AN sévère, réparties en 4 groupes (hospitalisation puis psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire ; psychothérapie individuelle et familiale + conseil nutritionnel ; psychothérapie de groupe pour la patiente + psychothérapie de groupe pour la famille + conseil nutritionnel ; suivi par le médecin de famille) Évaluation par entretien semi-structuré, jusqu'à 5 ans de suivi	À la fin du traitement, pas de différence d'efficacité entre les 3 traitements actifs : prise de poids significative par rapport au poids d'entrée et à la condition contrôle Maintien au suivi à un an
Treasure et coll., 1995 note : 6,5/10	30 patientes ambulatoires adultes réparties en 2 groupes ; 20 séances hebdomadaires de 50 minutes : soit traitement psycho-éducatif comportemental, soit CAT Suivi de 12 mois	63 % des sujets ont un devenir bon ou intermédiaire sur le plan nutritionnel. À un an, amélioration subjective plus grande dans le groupe CAT
Wiseman et coll., 2002	40 patientes hospitalisées avec AN de type restrictif (n = 22), AN de type boulimique (n = 14) ou BN (n = 4) Séances de 45 minutes, 4 fois par semaine (un groupe de TCC et un groupe de traitement psycho-éducatif) Évaluation sur la YBC-EDS à l'admission et 2 semaines après	Pendant les deux semaines de traitement, amélioration des attitudes, idées et comportements alimentaires, sans différence significative entre les groupes
Pike et coll., 2003 note : 8,5/10	33 patientes avec AN (DSM-IV) assignées de façon randomisée à 1 an de traitement ambulatoire par TCC ou de conseil nutritionnel	Le groupe recevant le conseil nutritionnel a un taux de rechute plus élevé (53 % *versus* 22 %) et rechute significativement plus tôt que le groupe recevant la TCC. Un plus grand nombre de patientes recevant la TCC répondent aux critères de bon devenir (44 % *versus* 7 %). Le taux global d'échec du traitement est significativement plus faible pour la TCC que pour le conseil nutritionnel (22 % *versus* 73 %).

T comp. : thérapie comportementale ; AN : anorexie mentale ; CAT : thérapie cognitivo-analytique ; BN : boulimie ; YBC-EDS : *Yale Brown Cornell eating disorder scale*

L'étude de Crisp et coll. (1991) a concerné 90 adolescentes souffrant d'anorexie sévère (DSM-III-R), réparties en 4 groupes :

- traitement intra-hospitalier intensif pendant plusieurs mois suivi de 12 séances de psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire ;
- 12 séances de psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire, plus conseil nutritionnel ;

- 10 séances de psychothérapie de groupe pour la patiente, 10 séances de psychothérapie de groupe pour la famille, plus conseil nutritionnel ;
- suivi par le médecin de famille (condition contrôle).

L'évaluation, par entretien semi-structuré, du statut somatique, psychologique, social et comportemental était faite à la fin du traitement et à 1, 2 et 5 ans de suivi. En post-traitement et à un an de suivi, les auteurs constataient dans les 3 groupes de traitement actif une prise de poids significative par rapport au poids d'entrée et par rapport à la condition contrôle. Néanmoins, cette étude présente des faiblesses : nombreuses sorties d'essai (40 % dans le groupe hospitalisé), sévérité des malades incluses, nombre limité de séances de psychothérapie ambulatoire et, pour certains sujets du groupe contrôle, recours à un traitement extérieur à l'étude.

Treasure et coll. (1995) ont traité 30 adultes anorexiques (CIM-10) en ambulatoire, soit par traitement psycho-éducatif comportemental, soit par thérapie cognitivo-analytique (CAT), à raison de 20 séances hebdomadaires de 50 minutes. Ils les ont évalués sur l'échelle de Morgan and Russell à la fin du traitement, et à 3, 6, 9 et 12 mois de suivi. Au total, 63 % des sujets avaient un devenir bon ou intermédiaire sur le plan nutritionnel. À un an, les auteurs rapportaient une amélioration subjective plus grande dans le groupe CAT, mais pas de différence pour les mesures objectives. Toutefois, cette étude porte sur un petit échantillon, et les thérapeutes manquaient d'expérience pour une approche nouvelle comme la thérapie cognitivo-analytique.

Dans un essai contrôlé randomisé, Wiseman et coll. (2002) ont inclus 40 patientes hospitalisées. Vingt-deux présentaient une anorexie de type restrictif, 14 une anorexie de type boulimique, et 4 une boulimie (critères du DSM-IV). Ces patientes étaient réparties en 2 groupes : un groupe de TCC à court terme et un groupe psycho-éducatif, à raison de séances de 45 minutes 4 fois par semaine. L'évaluation a été faite sur la *Yale Brown Cornell eating disorder scale* (YBC-EDS), à l'admission et à 2 semaines. Pendant les deux semaines de traitement, les deux groupes s'amélioraient en termes d'attitudes, idées et comportements alimentaires, sans différence significative entre les groupes. Les patientes du groupe TCC, mais pas celles du groupe psycho-éducatif, déclaraient que le traitement était efficace et agréable. Les soignants rapportaient également que les patientes du groupe TCC semblaient plus satisfaites et, en conséquence, étaient plus assidues au traitement. Il faut noter que cette recherche a été difficile à mener du fait du caractère très structuré du programme intra-hospitalier habituel, dans lequel beaucoup des interventions ont une composante cognitivo-comportementale. Cela peut avoir induit un biais dans les réponses subjectives des patientes et des soignants.

La revue de Kaplan (2002) répertorie moins de 20 essais contrôlés évaluant l'efficacité de différents types de traitements psychothérapiques dans l'anorexie mentale, y compris des approches thérapeutiques nouvelles. Elle conclut à une efficacité incertaine pour la plupart des traitements, à

l'exception de la thérapie familiale pour les patients les plus jeunes avec la durée d'évolution de la maladie la plus courte. Les approches nouvelles, comme la « *Motivational enhancement therapy* » (MET) et les psychothérapies pour la prévention des rechutes apparaissent prometteuses, mais nécessitent des recherches complémentaires. Dans la plupart des études publiées, des problèmes méthodologiques importants limitent la portée des résultats.

Enfin, l'essai contrôlé randomisé de Pike et coll. (2003) fournit ce que les auteurs pensent être la première évaluation empirique de l'efficacité de la TCC comme traitement « après-hospitalisation » pour l'anorexie mentale chez les adultes. Après reprise pondérale, 33 patientes en fin de traitement hospitalier ont été randomisées à un an de traitement (50 séances individuelles), soit par TCC (approche des concepts d'estime de soi, de schéma personnel et de fonctionnement interpersonnel), soit par conseil nutritionnel (approche psycho-éducative basée sur un manuel). Le groupe recevant la TCC se différencie du groupe de comparaison par des taux inférieurs de rechute et de sortie de traitement et de meilleurs résultats cliniques globaux. Néanmoins, il est important de mentionner que, quoique les patientes traitées par TCC répondent plus souvent aux critères de « bons résultats » de l'étude, ces critères ne couvrent pas les attitudes psychologiques et comportementales sous-jacentes à la pathologie anorexique, comme la préoccupation concernant le poids et la forme corporelle et les habitudes de consommation.

Au total, l'insuffisance des données empiriques sur l'efficacité de la TCC dans l'anorexie mentale tient largement aux difficultés méthodologiques liées à la conduite d'essais contrôlés dans des populations de patients qui sont, de fait, traités par une combinaison d'approches, dans laquelle il est difficile d'isoler une composante, et d'en évaluer l'efficacité spécifique. Plusieurs études soulignent la meilleure compliance des patients anorexiques à la TCC comparée à d'autres traitements. Dans une pathologie où la demande personnelle et la motivation au changement sont classiquement réduites, ce résultat n'est pas négligeable. Aussi, les nouvelles thérapies visant, comme dans le traitement des addictions, à développer la motivation du patient à concourir à son propre traitement, suscitent actuellement un grand intérêt. L'étude contrôlée récente démontrant l'efficacité de la TCC pour la prévention des rechutes et le devenir a long terme d'anorexiques déjà traitées en milieu hospitalier devra être suivie d'autres études contrôlées évaluant, chez des sujets anorexiques améliorés, la stabilité de la reprise pondérale, la prévention des rechutes et la qualité de la réhabilitation psychosociale. Étant donné que la plupart des patients anorexiques hospitalisés reprennent du poids, c'est l'efficacité de la TCC, seule ou combinée à la pharmacothérapie, sur l'évolution à long terme qui doit faire l'objet de recherches ultérieures. Enfin, plusieurs auteurs insistent sur l'importance des facteurs non spécifiques dans le traitement des patients anorexiques. La chaleur, l'authenticité, l'empathie, la compréhension, l'acceptation, l'honnêteté et l'ouverture sont autant d'ingrédients

essentiels de la thérapie, nécessaires pour alléger les sentiments d'aliénation et d'isolement des patients anorexiques.

Études concernant la boulimie

Pour le traitement de la boulimie (BN) quatre méta-analyses (tableau 8.XXI), de nombreux essais contrôlés randomisés et revues de la littérature ont évalué l'efficacité de la TCC en comparaison de conditions contrôles (liste d'attente ou psychothérapie non spécifique).

Tableau 8.XXI : Méta-analyses pour la boulimie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Lewandowski et coll., 1997 note : 6,5/7	26 études contrôlées randomisées avec entre 6 et 69 participants (femmes entre 15 et 65 ans) Tailles d'effet (r) pondérées en fonction de la taille de l'échantillon Comparaison intragroupe (pré-post-traitement) et comparaison intergroupe (TCC *versus* condition contrôle)	Taille d'effet moyenne pour les mesures comportementales : r = 0,69 (0,64 dans les comparaisons intergroupe et 0,74 dans les comparaisons intragroupe) Taille d'effet moyenne pour les mesures cognitives : r = 0,67 (0,64 dans les comparaisons intergroupe et 0,69 dans les comparaisons intragroupe) Données moins favorables à long terme TCC efficace pour réduire les symptômes boulimiques et les distorsions et attitudes dysfonctionnelles associées
Whittal et coll., 1999 note : 6,5/7	35 études : 9 essais médicamenteux *versus* placebo (870 sujets) et 26 études contrôlées de TCC ou thérapie comportementale (460 sujets) Mesures (pré- post) de réponse au traitement : fréquence des crises de boulimie, fréquence des vomissements, dépression (auto- et hétéro-évaluation), attitudes alimentaires (auto-évaluation)	À court terme, taille d'effet pré- *versus* post-traitement de la TCC supérieure à celle du traitement médicamenteux pour chacune des variables examinées Association des deux traitements significativement plus efficace
Ghaderi et Anderson, 1999 note : 6,5/7	7 études contrôlées randomisées Fréquence des crises et des vomissements : comparaisons intragroupe (pré- *versus* post- traitement) et intergroupe (TCC *versus* condition contrôle)	Tailles d'effet de la TCC sur la fréquence des crises et celle des vomissements élevées dans les comparaisons pré-post-traitement (0,55 et 0,61, respectivement) Tailles d'effet modérées pour les comparaisons intergroupe sur les mêmes mesures (0,23 et 0,28)
Hay et Bacaltchuk, 2000 note : 6/7	27 études contrôlées randomisées dont 21 avec patients atteints de boulimie avec vomissements ou prise de purgatifs Diverses formes de psychothérapies (surtout TCC) en comparaison avec non-traitement ou placebo Analyse de risques relatifs pour les variables binaires Qualité hautement variable des études, faible taille des échantillons	TCC plus efficace que liste d'attente pour l'arrêt des crises de boulimie Thérapie d'exposition non indispensable pour que la TCC soit efficace TCC, sous forme intensive ou réduite, pas significativement supérieure à une forme auto-administrée

Quatre méta-analyses ont été publiées (Lewandowski et coll., 1997 ; Ghaderi et Anderson, 1999 ; Whittal et coll., 1999 ; Hay et Bacaltchuk, 2000) incluant, respectivement, 26, 7, 35 et 27 études contrôlées randomisées de traitement de sujets (le plus souvent des femmes) adultes et adolescents (pour certaines études) avec un diagnostic de boulimie (la dernière méta-analyse comporte une minorité d'études incluant aussi les diagnostics d'hyperphagie boulimique ou de trouble des comportements alimentaires non spécifié de type boulimique). Les quatre méta-analyses concluent à l'efficacité, à court terme, de la TCC pour réduire les symptômes boulimiques (souvent évalués par la fréquence des crises et des vomissements) et les distorsions et attitudes dysfonctionnelles qui leur sont associées (dans les plus rares études qui incluent ces mesures). Les comparaisons sont faites en pré- *versus* post-traitement, soit en comparant la TCC à la condition contrôle, et les tailles d'effet rapportées vont de 0,55 à 0,74 dans les comparaisons intra-groupe (pré- *versus* post-traitement) et de 0,23 à 0,67 dans les comparaisons inter-groupe (TCC *versus* contrôle). La question du maintien post-traitement des bénéfices thérapeutiques est plus problématique : les données à long terme sont soit insuffisantes, soit moins favorables que celles à court terme ; de plus, la diversité des durées de suivi et des mesures utilisées pour calculer les tailles d'effet limite la portée des résultats existants.

Une méta-analyse a comparé les études contrôlées randomisées de traitement médicamenteux (9 études) et de TTC ou thérapie comportementale (26 études) chez des sujets boulimiques (Whittal et coll., 1999). À court terme, la TCC produit des tailles d'effet (pré- *versus* post-traitement) supérieures à celles du traitement médicamenteux, sur toutes les variables examinées. L'association des deux traitements est significativement plus efficace que le traitement médicamenteux seul pour la fréquence des crises et des vomissements, et plus efficace que la TCC seule pour la fréquence des crises, mais pas celle des vomissements. Les sorties d'essais sont plus nombreuses dans les études médicamenteuses (25,4 %) que dans celles par TCC (18,6 %), mais la différence n'est pas significative.

La méta-analyse la plus récente (Hay et Bacaltchuk, 2000) rapporte que les formes auto-administrées (avec manuel) de TCC peuvent être aussi efficaces que la TCC délivrée par un thérapeute, et recommande une approche pas à pas (du plus simple au plus complexe) pour le traitement de la boulimie.

La majorité des auteurs insiste pourtant sur le fait que les résultats des méta-analyses actuelles doivent être interprétés avec prudence, car les critères utilisés pour inclure ou exclure les études ne sont pas toujours stricts, la taille des échantillons est parfois insuffisante, et les études sont très disparates quant à leur méthodologie et leur qualité. Ils insistent aussi sur la nécessité de recherches complémentaires afin d'identifier les composantes spécifiques de la TCC qui sont les plus efficaces, notamment sur les schémas cognitifs et émotionnels sous-jacents aux conduites boulimiques.

La revue de la littérature la plus ancienne est celle de Garner et coll. en 1987, qui souligne les difficultés méthodologiques rencontrées dans les études d'efficacité de la TCC pour la boulimie : définitions inadéquates et/ou inconsistantes des techniques utilisées, manque de manuels pour opérationnaliser les interventions, diversité du recrutement des sujets inclus dans les études, participation aux études de thérapeutes inexpérimentés. Au moins les deux premières remarques s'appliquent encore aujourd'hui. Néanmoins, comme dans la revue de Mitchell et coll. (1996) neuf ans plus tard, Garner et coll. (1987) concluent que les résultats en faveur de l'efficacité de la TCC dans la boulimie sont convaincants, même si des recherches plus strictes quant au diagnostic et au recrutement des sujets, au choix des moyens d'évaluation et des variables d'efficacité, et avec un suivi prolongé des sujets, sont nécessaires.

La revue de Ricca et coll. (2000) conclut, avec pragmatisme, que si la TCC ne donne pas entière satisfaction dans le traitement de la boulimie, aucun autre traitement n'est plus efficace et que, de ce fait, la TCC doit être le traitement de première intention dans ce trouble des comportements alimentaires. La revue la plus récente (Anderson et coll., 2001) a le grand intérêt d'évaluer les effets de la TCC sur les cinq symptômes fondamentaux de la boulimie : crises de boulimie, conduites de purge, restriction alimentaire, préoccupations concernant le poids et la forme corporelle, et estime de soi. Tous les instruments utilisés pour évaluer l'efficacité du traitement sont passés en revue, pour savoir s'ils évaluent bien les cinq composantes principales du modèle cognitif proposé (l'EAT – *Eating attitude test* – et le BULIT-R – *Bulimia test-revised* – ne sont pas retenus). La majorité des 16 études contrôlées incluses dans la revue fournit des données d'efficacité concernant les crises de boulimie, les conduites de purge et les préoccupations sur le poids et la forme corporelle, mais un petit nombre seulement comporte des mesures sur la restriction alimentaire et l'estime de soi. Les auteurs concluent que des travaux de recherche ultérieurs sont nécessaires pour évaluer tous les domaines du modèle cognitif proposé, rapporter des moyennes pré- et post-traitement pour les variables principales, utiliser des instruments autres que l'EDI (*Eating disorders inventory*), recueillir des mesures à la fois objectives et subjectives pour les crises de boulimie, évaluer toutes les méthodes possibles de contrôle du poids, avec ou sans purge, et notamment la restriction alimentaire.

Vingt essais thérapeutiques contrôlés et randomisés sur l'efficacité de la TCC dans la boulimie sont répertoriés dans la littérature (tableau 8.XXII pour les plus récents). On peut colliger leurs résultats de la manière suivante.

Deux études un peu anciennes comparent TCC et liste d'attente, l'une dans un groupe total de 30 patientes boulimiques (DSM-III) (Lee et Rush, 1986), l'autre dans un groupe de 44 femmes obèses avec boulimie sans vomissements ni prise de purgatifs (DSM-III-R) (Telch et coll., 1990). Dans les deux études, la TCC est supérieure à la liste d'attente.

Cinq essais contrôlés randomisés comparent la TCC à une thérapie purement comportementale (Freeman et coll., 1988 ; Fairburn et coll., 1991 ;

Tableau 8. XXII : Études contrôlées randomisées récentes pour la boulimie

Références	Description	Résultats
Halmi et coll., 2002 note : 9/10	Étude du taux de rechute chez des patientes boulimiques 48 patientes boulimiques (DSM-III-R) Évaluation pré- post-traitement et au suivi à 4 mois par entretien structuré et autoquestionnaires : YBC-EDS, TFEQ, MPQ, BDI, et par l'IMC	44 % des patientes ont rechuté 4 mois après la fin du traitement
Carter et coll., 2003 note : 6,5/10	Évaluation du devenir à 3 ans après ajout de l'ERP à un programme basal de TCC 113 femmes boulimiques (DSM-III-R) Évaluation pré- post-traitement et au suivi à 6 mois, 12 mois et 3 ans par entretien structuré et autoquestionnaires HDRS, GAFS et EDI	Au suivi à 3 ans, 85 % des participantes n'ont plus le diagnostic de boulimie et 69 % n'ont aucun diagnostic de trouble des comportements alimentaires Pas d'effets différentiels de la TCC avec ou sans ERP au suivi à 3 ans, mais la stabilité de la réponse thérapeutique pendant le suivi est meilleure chez les sujets qui ont terminé à la fois la TCC et l'ERP Les bénéfices thérapeutiques sont maintenus à 3 ans
Chen et coll., 2003 note : 9/10	Comparaison de TCC de groupe (19 séances de 90 minutes pendant 4,5 mois) et TCC individuelle (19 séances de 50 minutes, pendant 4,5 mois) 60 patientes boulimiques (DSM-IV) Évaluation pré- post-traitement et au suivi à 3 et 6 mois EDE-12, EDI-2, SAS, RSES et SCL-90-R	La TCC de groupe est aussi efficace que la TCC individuelle pour réduire les symptômes primaires et secondaires de la boulimie

BDI : *Beck depression inventory* ; EDE-12 : *eating disorders examination-12* ; EDI : *eating disorders inventory* ; EDI-2 : *eating disorders inventory-2* ; ERP : exposition et prévention de la réponse ; GAFS : *global assessment of functioning scale* ; HDRS : *Hamilton depression rating scale* ; IMC : indice de masse corporelle ; MPQ : *multidimensional personality questionnaire* ; RSES : *Rosenberg self-esteem scale* ; SAS : *social adjustment scale* ; SCL-90-R : *symptom checklist-90-revised* ; TFEQ : *three factor eating questionnaire* ; YBC-EDS : *Yale-Brown Cornell eating disorder scale*

Wolf et Crowther, 1992 ; Fairburn et coll., 1993 ; Thackwray et coll., 1993). Les deux traitements produisent une réduction significative de la fréquence des crises et des vomissements dans toutes les études, dont deux incluent une thérapie contrôle ne produisant pas de changement observé (Freeman et coll., 1988 ; Thackwray et coll., 1993). Dans 3 des 5 études, la TCC s'accompagne de bénéfices additionnels à ceux de la thérapie comportementale, notamment au niveau de la modification des distorsions cognitives et de l'amplitude de la réponse thérapeutique (Fairburn et coll., 1991 ; Wolf et Crowther, 1992 ; Fairburn et coll., 1993), supériorité maintenue lors du suivi dans l'étude de Wolf et Crowther.

L'utilisation de méthodes d'exposition avec prévention de la réponse au cours même des séances est un traitement onéreux et compliqué, qui ne semble offrir aucun bénéfice supplémentaire, ou du moins proportionnel à l'effort demandé pour l'implémentation de cette technique (Wilson et coll., 1991 ; Bulik et coll., 1998).

Dans une étude récente, la TCC de groupe et la TCC individuelle s'avèrent également efficaces pour la réduction des symptômes primaires et secondaires de la boulimie (Chen et coll., 2003). Bien entendu, la TCC de groupe est moins onéreuse, son coût étant estimé entre un cinquième et un tiers de celui de la TCC individuelle. Pour cette raison, la TCC de groupe peut être considérée comme le traitement de première intention, dans une approche hiérarchique des soins pour les sujets boulimiques.

Un essai contrôlé a mis en évidence une efficacité similaire d'une forme auto-administrée de TCC, en comparaison de traitements conduits par un thérapeute (Treasure et coll., 1994), ce qui suggère qu'en cas de manque de disponibilité de thérapeutes formés, l'auto-utilisation de manuels de traitements est une alternative à considérer.

Un essai contrôlé randomisé compare TCC et thérapie hypnocomportementale (Griffiths et coll., 1996), sans différence d'efficacité entre les traitements et avec une bonne acceptation par les patients.

Bien que les bénéfices à court terme de la TCC aient été clairement démontrés, et ce à de nombreuses reprises, beaucoup d'auteurs ont émis des réserves relatives à la durabilité des bénéfices thérapeutiques à plus long terme. Quatorze études comportent un suivi qui va de 10 semaines à 3 ans après la fin du traitement (Freeman et coll., 1988 ; Telch et coll., 1990 ; Fairburn et coll., 1991 ; Wolf et Crowther, 1992 ; Fairburn et coll., 1993 ; Thackwray et coll., 1993 ; Wilfley et coll., 1993 ; Griffiths et coll., 1996 ; Bulik et coll., 1998 ; Mussell et coll., 2000 ; Agras et coll., 2000a ; Halmi et coll., 2002 ; Carter et coll., 2003 ; Chen et coll., 2003). Si, dans tous les cas, la fréquence des crises au suivi reste inférieure à leur fréquence pré-traitement, les taux de rechute relativement élevés, quelques mois après la fin du traitement même chez des patients qui étaient devenus abstinents, sont décevants. Cela a incité les auteurs à porter leur attention sur l'identification de facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique. Pour Agras et coll. (2000b), peu de variables cliniques sont à même de prédire les arrêts prématurés ou la poursuite à terme d'un traitement par TCC de groupe, mais le meilleur prédicteur d'efficacité en fin de traitement est la précocité des progrès pendant le déroulement du processus thérapeutique. Pour Mussell et coll. (2000), le degré de sévérité de la boulimie en début de traitement prédit la probabilité de sa récurrence après la fin de celui-ci, tandis qu'une réponse thérapeutique précoce est un indicateur de bons résultats ultérieurs. Le meilleur prédicteur de la réponse à long terme est le degré de rémission symptomatique en fin de traitement et après un mois de suivi. Enfin, les cliniciens qui utilisent la TCC doivent aussi considérer la possibilité d'un traitement additionnel, notamment pharmacologique (avec des inhibiteurs de la recapture de sérotonine), s'ils n'obtiennent pas un taux de réduction suffisant de la fréquence des crises et des vomissements au bout d'un nombre raisonnable de séances de TCC.

Études concernant l'hyperphagie boulimique

L'hyperphagie boulimique (*binge eating disorder* ou BED) est un syndrome identifié récemment comme un trouble spécifique des comportements alimentaires. Bien que ce ne soit pas un diagnostic formel dans le DSM-IV, ce terme, et le tableau symptomatique qu'il recouvre, semblent maintenant généralement acceptés dans la pratique clinique quotidienne. Néanmoins, une controverse persiste parmi les cliniciens pour savoir si et comment il faut répondre aux demandes de traitement de ces patients. En effet, les personnes avec BED sont généralement obèses, et les cliniques spécialisées pour les troubles des comportements alimentaires sont souvent peu disposées à entreprendre un traitement chez ces patients qui présentent deux problèmes : l'obésité et un comportement alimentaire pathologique.

La revue récente de Dingemans et coll. (2002) propose une vue d'ensemble de la symptomatologie et de l'évolution du BED, et des essais thérapeutiques qui y ont été consacrés (tableau 8.XXIII). Les auteurs concluent que l'hyperphagie boulimique est très fréquente chez les sujets demandeurs d'un traitement pour perdre du poids. Un certain nombre d'arguments cliniques et peut-être biologiques suggèrent que le BED est plus proche de la boulimie que de l'obésité sans l'hyperphagie boulimique. De ce fait, les premières recherches sur le traitement du BED se sont concentrées sur l'investigation de l'efficacité des méthodes déjà éprouvées dans le traitement de la boulimie : la TCC et la psychothérapie interpersonnelle.

Tableau 8.XXIII : Revues de la littérature pour l'hyperphagie boulimique (*binge eating disorder* – BED –)

Références	Description	Résultats
Ricca et coll., 2000	Description des concepts et des méthodes de la TCC pour traiter la BN ou le BED Évaluation des données d'efficacité Essais contrôlés	TCC pour la boulimie adaptée au traitement de l'hyperphagie boulimique, sans évaluation suffisante dans des essais contrôlés TCC ne donne entière satisfaction ni dans le traitement de la boulimie ni dans celui de l'hyperphagie boulimique, mais aucun autre traitement n'est plus efficace
Dingemans et coll., 2002	Vue d'ensemble de l'épidémiologie, des caractéristiques cliniques, de l'étiologie, des critères diagnostiques, de l'évolution et du traitement du BED Revue des essais contrôlés randomisés (nombre non rapporté)	TCC : traitement de première intention pour l'hyperphagie boulimique, mais la psychothérapie interpersonnelle, l'autothérapie (*self-help*) et les médicaments inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine apparaissent comme des alternatives thérapeutiques valables ; l'arrêt des crises de boulimie ne doit pas être l'objectif premier du traitement.

Six études contrôlées (tableau 8.XXIV) ont été recensées dans la littérature (Carter et Fairburn, 1998 ; Peterson et coll., 1998 et 2000 ; Marchesini et coll., 2002 ; Pendleton et coll., 2002 ; Wilfley et coll., 2002). Toutes montrent l'efficacité de la TCC sous diverses formes (individuelle ou de groupe, auto-administrée ou sous supervision d'un thérapeute). La TCC est en général bien acceptée, et appréciée par les patients avec BED, comme le montrent les taux élevés de compliance au traitement, inhabituels dans les pathologies des comportements alimentaires.

Dans deux études, la TCC a été délivrée effectivement en format d'auto-assistance structurée (Carter et Fairburn, 1998 ; Peterson et coll., 1998). Dans la première (Carter et Fairburn, 1998), des programme de « *self-help* pur » et de « *self-help* guidé » par un thérapeute sont tous deux efficaces, en comparaison d'une liste d'attente, mais la compliance au traitement et son efficacité sont plus grandes dans le groupe de « *self-help* guidé ». Dans l'étude de Peterson et coll. (1998), trois programmes de *self-help* appliqués en groupe, semi- ou totalement structuré, avec ou sans l'aide d'un thérapeute, sont tous trois efficaces, en comparaison de la liste d'attente.

La recherche récente de Pendleton et coll. (2002) montre que, chez des femmes obèses avec BED, l'addition d'exercice physique à la TCC, et l'extension de la durée de la TCC (de 4 à 6 mois), améliorent les résultats du traitement, contribuant à une réduction plus importante de la fréquence des crises boulimiques et de l'indice de masse corporelle (IMC). Une autre étude indique que les effets positifs de la TCC chez les sujets obèses avec BED comprennent une réduction du poids (quoique celle-ci soit moins importante que chez des sujets obèses sans BED), mais aussi l'amélioration significative de la perception subjective de l'état de santé et de la qualité de vie qui y est associée (Marchesini et coll., 2002).

Dans l'étude de Wilfley et coll. (2002), les taux de guérison sont équivalents pour la TCC et la psychothérapie interpersonnelle. La restriction alimentaire diminue plus précocement avec la TCC, mais les résultats sont similaires en fin de traitement. La fréquence des crises augmente légèrement pendant le suivi, mais reste inférieure à la fréquence en pré-traitement, dans les deux groupes.

La fréquence des crises de boulimie en début de traitement prédit la probabilité de leur récurrence après sa terminaison (Peterson et coll., 2000). Pour cette raison, les individus avec des crises très fréquentes peuvent avoir besoin d'un programme de TCC plus prolongé ou, peut-être, d'un type d'intervention différent (IPT, par exemple). L'identification de facteurs différentiels prédictifs de la réponse au traitement est nécessaire pour diriger les patients vers les méthodes thérapeutiques qui seront les plus efficaces pour chacun d'entre eux.

Tableau 8. XXIV : Études contrôlées randomisées pour l'hyperphagie boulimique (*binge eating disorder* – BED –)

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Carter et Fairburn, 1998 note : 7,5/10	2 méthodes d'administration d'un programme de *self-help* de TCC 72 patientes avec BED (DSM-IV) Assignation randomisée pour 12 semaines : programme de *self-help* pur (PSH), programme de *self-help* guidé (GSH), liste d'attente (suivie par PSH ou GSH) Évaluation pré- et post-traitement, et au suivi à 3 et 6 mois : EDE, GSI, RSE (fréquence des crises boulimiques)	PSH et GSH ont des effets substantiels et durables sur les crises boulimiques ; peu de changement dans le groupe en liste d'attente Compliance au traitement plus grande et traitement plus efficace pour GSH que pour PSH Au suivi à 3 et 6 mois, 50 % des patients du groupe GSH et 40 % des patientes du groupe PSH n'ont plus de comportements boulimiques La variabilité interindividuelle des résultats est considérable.
Peterson et coll., 1998 note : 8/10	3 modèles de TCC de groupe et liste d'attente 61 femmes avec BED (DSM-IV) Assignation randomisée : groupe de *self-help* guidé par un thérapeute (TL), groupe de *self-help* partiellement structuré (PSH), groupe de *self-help* structuré (SH), liste d'attente Chaque traitement de groupe comprend psycho-éducation et discussions (14 séances de 1 heure pendant 8 semaines) Évaluation pré- et post-traitement : EB-IV, EDE, BES, TFEQ, HDRS, RSEQ, BSQ, IMC	Amélioration pour les trois groupes de TCC au cours du traitement : réduction significative des crises boulimiques, en comparaison de la liste d'attente Pour le BED, la TCC peut être administrée de manière efficace dans des groupes de *self-help*
Peterson et coll., 2000 note : 7/10	Identification des prédicteurs de réponse thérapeutique à court terme 50 femmes avec BED (DSM-IV) TCC en groupe décrite dans un manuel (14 sessions de 1 heure pendant 8 semaines) Évaluation initiale : EB-IV (fréquence des crises boulimique), BES, TFEQ, BDI, HDRS, RSEQ	La fréquence initiale et auto-rapportée de crises boulimiques objectivement importantes prédit l'existence de crises en fin du traitement Aucune variable ne prédit la probabilité de crises objectivement et subjectivement importantes en fin de traitement
Marchesini et coll., 2002 note : 5,5/10	Effets de la TCC sur la qualité de vie rapportée à la santé (HRQL) chez des sujets obèses avec ou sans BED Randomisation à 12 sessions, une fois par semaine, de TCC de groupe (n = 92) ou condition contrôle (n = 76) patients obèses (46/92 patients recevant le traitement ont un BED) Évaluation pré-traitement, et après 3-5 mois : SF-36, BES, EDE, SCL-90, HRQL	Perte moyenne de poids de 9,4 ± 7,5 kg (réduction moyenne de l'IMC de 3,48 ± 2,70 kg/m^2) ; toutes les échelles du HRQL s'améliorent chez les sujets traités par TCC ; pas de changements dans le groupe contrôle Chez sujets obèses avec BED : perte de poids moindre que chez sujets obèses sans BED ; cependant, amélioration sur les échelles du HRQL plus importante, différence significative sur les facteurs suivants : limitation de l'activité physique, limitation de l'activité émotionnelle, vitalité, santé mentale, fonctionnement social

Tableau 8. XXIV (suite) : Études contrôlées randomisées pour l'hyperphagie boulimique (*binge eating disorder* – BED –)

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Pendleton et coll., 2002 note : 7/10	Effets de l'adjonction d'exercice physique et de séances de consolidation de TCC 84 femmes obèses avec BED (entretien diagnostique : QEWP-R) Assignation randomisée : 4 mois de TCC ; 4 mois de TCC avec exercice physique ; 6 mois de TCC (4 mois) avec séances de TCC de consolidation (2 mois) ; 6 mois de TCC avec exercice physique, et séances de consolidation de TCC Évaluation pré-traitement, et après 4, 10, et 16 mois : fréquence auto-rapportée des crises boulimiques, relevé journalier d'activités physiques, BDI	TCC + exercice physique : réduction significative de la fréquence des crises boulimiques en comparaison TCC seule À la fin de l'étude, les sujets traités par TCC + exercice physique + séances de consolidation ont un taux d'abstinence de crises de 58 % et une réduction moyenne de l'IMC de 2,2 unités
Wilfley et coll., 2002 note : 10/10	Comparaison des effets de la TCC de groupe et de la PI de groupe sur les symptômes du BED patients souffrant de BED (DSM-IV) Assignation randomisée à la TCC de groupe ou à la PI de groupe pour 20 sessions hebdomadaires Évaluation pré- post-traitement, et à 4 mois d'intervalle jusqu'à 12 mois après le traitement : EDE, SCL-90-R, RSEQ, IIP, SAS et satisfaction subjective concernant le traitement	Taux de rémission des crises équivalents pour TCC et PI en fin de traitement et au suivi à un an Augmentation légère des crises pendant le suivi mais fréquence inférieure à la fréquence pré-traitement Réduction similaire des symptômes alimentaires et psychiatriques associés, et maintien des bénéfices thérapeutiques pendant la période de suivi ; la restriction alimentaire diminue plus précocement avec la TCC, mais mêmes résultats aux évaluations ultérieures

BES : *binge eating scale ;* BDI : *Beck depression inventory* ; BSQ : *body shape questionnaire* ; EB-IV : *eating behaviors-IV* ; EDE : *eating disorders examination* ; GSI : *general symptom index ;* HDRS : *Hamilton depression rating scale* ; HRQL : *health-related quality of life ;* IIP : *inventory of interpersonal problems* ; IMC : indice de masse corporelle ; PI : Psychothérapie interpersonnelle ; RSE ou RSEQ : *Rosenberg self-esteem questionnaire* ; SAS : *social adjustment scale* ; SCL-90 : *symptom checklist-90* ; SCL-90-R : *symptom checklist-90 revised* ; SF-36 : *medical outcome study short form-36* ; TFEQ : *three factor eating questionnaire*

Résultats des études en fonction du type de trouble chez l'enfant et l'adolescent

Études concernant la dépression chez l'enfant et l'adolescent

Les principes de la TCC pour les adolescents déprimés sont présentés dans le tableau 8.XXV.

Deux méta-analyses, publiées en 1998, examinent les résultats des études de traitement contrôlées dans lesquelles le traitement actif est une forme reconnue de TCC, chez des enfants ou adolescents présentant soit un trouble dépressif (Harrington et coll., 1998), soit des symptômes dépressifs (Reinecke et coll., 1998) (tableau 8.XXVI).

Tableau 8.XXV : Principes thérapeutiques et exemples d'intervention dans les thérapies cognitivo-comportementales de l'adolescent déprimé (traduit de Kendall, 1993)

Principes	Exemples
Apprentissage social à partir de l'observation de modèles (*modeling*)	Utilisation de modèles ayant des conduites adaptatives, avec des auto-verbalisations (*self-talk*) suggérées par le thérapeute
Construire une structure cognitive adaptative (*coping template*)	Changer les auto-verbalisations (*self-talk)* du sujet, et méthode de résolution de problème (*problem solving*)
Récompense	Utilisation de différentes procédures de renforcement, selon la nature du trouble à traiter Modifier la fréquence et les standards de l'auto-évaluation, selon le trouble
Améliorer les capacités d'interaction sociale	Jeux de rôles Exercices d'initiation Exposition *in vivo* Essai de comportements nouveaux
Éducation émotionnelle	Apprendre à reconnaître ses sentiments et ceux des autres Apprendre à utiliser des stratégies de *coping* dans les situations affectivement chargées
Tâches d'entraînement	Tâches pendant les séances (ex. : livres d'exercices) Travail à la maison (entre les séances)

Tableau 8.XXVI : Méta-analyses concernant la dépression chez l'enfant et l'adolescent

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Harrington et coll., 1998 note : 3/7	Études entre 1966 et 1997 ; sujets âgés de 6 à 19 ans ; 6 études retenues Diagnostic de trouble dépressif selon critères standardisés TCC *versus* liste d'attente ou « attention placebo » (relaxation, art thérapie) Calcul d'un *pooled odds ratio* de rémission après traitement	Fréquence de rémission plus élevée dans le groupe traité (62 %) que dans le groupe de comparaison (36 %) *pooled odds ratio* de 3,2 (IC 95 % [1,9–5,2]) : bénéfice significatif lié au traitement Taux élevé de rémissions dans les conditions contrôles (un sujet sur trois)
Reinecke et coll., 1998 note : 3/7	6 études (1970 à 1997) ; 217 adolescents (jusqu'à 19 ans) avec symptômes dépressifs recrutés et traités dans des écoles Interventions TCC très diverses ; administrée en groupe (5 études) Efficacité mesurée par autoquestionnaire ; pas d'entretien diagnostique structuré, pas d'évaluation des processus de changement Formule de Cohen (1977), avec correction de Hedges (1982)	Taille d'effet globale – 1,02 (IC 95 % [– 1,23 ; – 0,81]) en post-traitement, et de – 0,61 (IC 95 % [– 0,88 ; – 0,35]) au suivi un à trois mois plus tard

La méta-analyse de Harrington et coll. (1998) considère les études contrôlées randomisées publiées entre 1966 et 1997, incluant des sujets âgés de 6 à 19 ans avec un diagnostic de trouble dépressif défini selon des critères standardisés. Vingt-deux études sont identifiées, et six sont retenues (Lewinsohn et coll., 1990 ; Reed, 1994 ; Vostanis et coll., 1996 ; Wood et coll., 1996 ; Brent et coll., 1997 ; Lewinsohn et coll., 1997). L'intervention contrôle est soit inactive (liste d'attente), soit de « l'attention placebo » (relaxation, art thérapie).

Pour chaque étude, un contrôle de qualité est réalisé par deux cotateurs indépendants, utilisant une version modifiée des critères de Hazell et coll. (1995), et l'*odds ratio* de rémission après traitement est calculé. Après un test d'homogénéité entre les études, le résultat global est exprimé par un *pooled odds ratio* (méthode de DerSimonian Laird).

La fréquence de rémission du trouble dépressif est plus élevée dans le groupe traité (129/208 : 62 %) que dans le groupe de comparaison (61/168 : 36 %). Le *pooled odds ratio* est de 3,2 (IC 95 % [1,9-5,2]), indiquant un bénéfice significatif lié au traitement.

Les auteurs concluent que « la TCC est probablement efficace dans les troubles dépressifs de l'adolescent de sévérité modérée, mais ne peut encore être recommandée dans les dépressions sévères. » Ils soulignent : le petit nombre et la qualité médiocre des études existantes ; les faibles effectifs de sujets avec dépression endogène inclus dans ces études (contrairement aux essais médicamenteux par antidépresseurs qui en incluent beaucoup plus) ; le taux élevé de rémissions dans les conditions contrôles (un sujet sur trois s'améliore spontanément).

La méta-analyse de Reinecke et coll. (1998) inclut six études publiées entre 1970 et 1997, avec allocation randomisée à la TCC ou à une intervention contrôle, pour des adolescents jusqu'à 19 ans (217 sujets au total) présentant des symptômes dépressifs (Reynolds et Coats, 1986 ; Stark et coll., 1987 ; Lewinsohn et coll., 1990 ; Lerner et Clum, 1990 ; Kahn et coll., 1990 ; Wood et coll., 1996). Il n'y a pas de contrôle de qualité des études. Les auteurs calculent la taille d'effet (TCC *versus* contrôle) pour chaque mesure clinique d'efficacité (plusieurs mesures possibles par étude) selon la formule de Cohen (1977), avec correction de Hedges (1982), et un test d'homogénéité entre les études est pratiqué. Les tailles d'effet observées dans chaque étude sont modérées à grandes, et la taille d'effet globale est de – 1,02 (IC 95 % [– 1,23 ; – 0,81]) en post-traitement, et de – 0,61 (IC 95 % [– 0,88 ; – 0,35]) au suivi un à trois mois plus tard.

Selon les auteurs, les limites des études incluses dans la méta-analyse sont les suivantes : dans toutes les études, les sujets sont recrutés et traités dans des écoles, et non demandeurs de soins ; les interventions cognitivo-comportementales utilisées sont très diverses et, dans 5 études sur 6, la thérapie est administrée en groupe ; l'efficacité est mesurée uniquement par

autoquestionnaire ; il n'y a pas d'entretien diagnostique structuré, pas d'évaluation des processus de changement (variables cognitives, comportementales, interpersonnelles), pas de prise en considération des facteurs environnementaux ; aucune étude négative n'est incluse dans la méta-analyse.

Ces deux méta-analyses, qui incluent des études différentes (seules deux sont communes, du fait des critères de sélection propres à chaque méta-analyse) sont congruentes avec les conclusions d'une revue de la littérature publiée à la même époque (Marcotte, 1997). Elles concluent à la nécessité d'essais plus stricts, avec des échantillons plus grands, des sujets demandeurs de soins, des thérapies mieux définies (si possible par des manuels), ainsi que des comparaisons de la TCC avec d'autres traitements actifs, notamment médicamenteux.

Jayson et coll. (1998) ont recherché les prédicteurs de réponse au traitement dans un échantillon combiné d'adolescents inclus dans deux études antérieures (Kroll et coll., 1996 ; Wood et coll., 1996). Les patients les plus jeunes et ceux chez qui le retentissement des troubles était le moins sévère avaient le meilleur pronostic.

Une étude du groupe de Lewinsohn postérieure aux méta-analyses de 1998 (Clarke et coll., 1999) a porté sur 123 adolescents déprimés inclus, de manière randomisée, dans l'un des trois groupes suivants : TCC de groupe, TCC de groupe pour les adolescents plus groupe de parents, liste d'attente. La participation des parents au traitement n'en améliorait pas les résultats. La moitié des sujets traités par TCC recevaient des séances supplémentaires de consolidation, avec un bénéfice additionnel, lié à l'amélioration de sujets initialement non répondeurs.

Une importante série d'études (Brent et coll., 1997, 1998 et 1999 ; Renaud et coll., 1998 ; Birmaher et coll., 2000) a comparé l'efficacité de la TCC, d'une « thérapie familiale systémique-comportementale », et d'un soutien non directif, dans un groupe de 107 adolescents. Le délai moyen de guérison était de 8 mois, et l'amélioration était la plus grande dans le groupe TCC, surtout chez les adolescents avec anxiété comorbide, mais pas chez ceux dont la mère était elle-même déprimée (Brent et coll., 1998). Une réponse rapide au traitement prédisait un meilleur devenir à long terme (Renaud et coll., 1998). Au suivi à deux ans (Birmaher et coll., 2000), la supériorité de la TCC n'était plus apparente, avec des taux de rechute et de persistance des troubles similaires dans les trois groupes (globalement, un tiers avait rechuté, et un cinquième avait des troubles persistants). La récurrence ou la chronicité étaient associées à la sévérité initiale des symptômes dépressifs, et à la perception subjective d'un conflit parents-enfant. Les deux tiers des sujets initialement inclus dans l'étude étaient demandeurs de soins, tandis que le tiers restant avait été recruté par annonce. À sévérité symptomatique égale au début de l'étude, le devenir à court terme et le taux de rechute à deux ans étaient bien moins favorables chez les demandeurs de soins (Brent et coll.,

1998 et 1999), ce qui souligne que des résultats obtenus en population générale ne peuvent être extrapolés aux sujets consultants.

Études concernant les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent

Les études ayant évalué l'efficacité de la TCC dans les troubles anxieux sont encore en nombre limité. Concernant les peurs et les phobies, plusieurs essais randomisés évaluent différentes techniques de TCC (« *modeling* de participation », gestion des contingences de renforcement, désensibilisation en imagination ou *in vivo*…). Quelques études contrôlées évaluent l'efficacité de la TCC pour des troubles anxieux regroupés (hyperanxiété, anxiété de séparation, évitement social…). Un seul essai randomisé et neuf études en ouvert sont répertoriés pour le trouble obsessionnel compulsif de l'enfant et de l'adolescent.

Études concernant les phobies spécifiques et la phobie sociale

Un certain nombre d'études contrôlées ont évalué l'efficacité de différentes formes de TCC, comparées à des conditions de non-traitement ou à des traitements alternatifs, actifs ou non, chez des enfants âgés de 6 à 15 ans avec des peurs ou des phobies, ou une anxiété de performance. La plupart de ces études sont des études analogues expérimentales conduites chez des sujets non malades. Elles sont anciennes, et les phobies spécifiques étant rarement le motif d'une demande de soins, leur intérêt est plus théorique que clinique.

Dans les phobies, la désensibilisation systématique en imagination (Kondas, 1967 ; Mann et Rosenthal, 1969 ; Miller et coll., 1972 ; Barabasz, 1973) et la désensibilisation systématique *in vivo* (Kuroda, 1969 ; Ultee et coll., 1982) se sont avérées plus efficaces que le non-traitement (liste d'attente) ou qu'un traitement alternatif non spécifique (relaxation). La technique du modèle filmé (Bandura et Menlove, 1968 ; Hill et coll., 1968) et la technique du modèle *in vivo* (Bandura et coll., 1967 ; Mann et Rosenthal, 1969) étaient supérieures au non-traitement dans des études contrôlées évaluant, chez des enfants de 3 à 15 ans, l'extinction de la réponse d'évitement à des stimuli anxiogènes. Dans d'autres études (Ritter, 1968 ; Bandura et coll., 1969 ; Blanchard, 1970 ; Murphy et Bootzin, 1973 ; Lewis, 1974), le *modeling* de participation était plus efficace que des traitements comparatifs eux-mêmes considérés comme actifs, c'est-à-dire les techniques du modèle filmé ou du modèle *in vivo*, et la désensibilisation systématique en imagination.

La gestion des contingences de renforcement, traitement fondé sur le conditionnement opérant, utilisant le façonnement progressif des réponses, le renforcement positif et l'extinction, a fait l'objet de quatre études contrôlées (Ober et Terwillinger, 1970 ; Leitenberg et Callahan, 1973 ; Sheslow et coll., 1983 ; Menzies et Clarke, 1993) évaluant la réduction de l'évitement phobique et de l'anxiété chez des enfants de 3 à 8 ans. Ce traitement était supérieur à la fois au non-traitement et à des modalités thérapeutiques alternatives (« *verbal coping* » et technique du modèle *in vivo*). Enfin, deux études

utilisant, chez des enfants phobiques de 7 à 14 ans, un traitement fondé sur la formation à l'autocontrôle par les auto-instructions, avec des procédures pour modifier les perceptions, les pensées et les images par restructuration des cognitions distordues et mal adaptées, ont montré la supériorité de la TCC, comparée à des conditions de non-traitement ou à une liste d'attente (Kafner et coll., 1975 ; Graziano et Mooney, 1980).

Pour le traitement de la phobie scolaire, on trouve deux études randomisées contrôlées. Celle de King et coll. (1998), incluant 34 enfants, montrait la supériorité de la TCC sur une liste d'attente. Dans l'étude de Last et coll. (1998), incluant 56 enfants et adolescents, à la fois la TCC (exposition *in vivo* et *coping* par auto-instructions) et une condition de soutien psycho-éducatif – introduite comme contrôle – s'avéraient statistiquement et cliniquement efficaces, à la surprise des auteurs qui pensaient que l'exposition était une condition nécessaire à la réussite du traitement, comme cela était le cas dans une autre étude à petit effectif (Kearney et Silverman, 1999).

De même, Silverman et coll. (1999) ont traité 104 enfants avec une phobie spécifique, soit par un traitement comportemental fondé sur le conditionnement opérant (gestion de contingences de renforcement basée sur l'exposition), soit par un traitement cognitif (autocontrôle basé sur l'exposition), soit par soutien psycho-éducatif simple. Les deux traitements considérés comme actifs, mais aussi la condition contrôle, s'avéraient efficaces.

Pour les enfants atteints de phobie sociale, Beidel et coll. (2000) ont proposé un traitement intitulé *Social effectiveness therapy for children* (SET-C), qui associe un entraînement de groupe aux habiletés sociales, une exposition individuelle et des tâches à la maison. Ce traitement était plus efficace qu'une psychothérapie non spécifique centrée sur l'anxiété de performance, et les bénéfices étaient maintenus à 6 mois. Hayward et coll. (2000) ont traité 12 adolescentes souffrant de phobie sociale par une TCC de groupe, avec une amélioration supérieure à celle d'un groupe non traité. Un an plus tard, le risque de phobie sociale avec dépression (mais pas le risque de phobie sociale lui-même) était plus faible dans le groupe traité.

Études concernant l'hyperanxiété, l'anxiété de séparation et le trouble de l'évitement

Des études, peu nombreuses mais plus récentes que celles sur le traitement des phobies, ont testé les effets de la TCC chez des sujets âgés de 7 à 14 ans présentant des troubles anxieux, le plus souvent hyperanxiété, mais aussi anxiété de séparation ou trouble de l'évitement de l'enfance. Deux études randomisées de Kendall (Kendall, 1994 ; Kendall et coll., 1997) ont montré que le groupe traité par TCC avait un meilleur devenir que le groupe non traité. Une troisième étude, associant une composante familiale à la TCC, a conclu à une plus grande amélioration du groupe traité comparé à une liste d'attente (Barrett et coll., 1996).

Plusieurs essais contrôlés randomisés, incluant des enfants avec des diagnostics divers de troubles anxieux, suggèrent l'efficacité de la TCC de groupe, et ce d'autant plus que les enfants sont plus jeunes et que le niveau d'anxiété parental est lui-même élevé. L'étude de Mendlowitz et coll. (1999) montre, dans un groupe de 62 enfants, l'efficacité sur les symptômes anxieux et dépressifs de trois types de traitement : groupe parents-enfants, groupe d'enfants seulement, groupe de parents seulement. Les stratégies de *coping* actif étaient les meilleures dans le groupe incluant parents et enfants. L'étude de Silverman et coll. (1999) a montré la supériorité de la TCC de groupe sur une liste d'attente, dans un groupe de 56 enfants, en fin de traitement et au suivi à un an.

Une étude contrôlée randomisée a comparé la TCC individuelle à la TCC de groupe, dans un échantillon de 35 enfants consultant pour des troubles anxieux divers (Flannery-Schroeder et Kendall, 2000). En fin de traitement et 3 mois plus tard, 73 % des enfants traités par TCC de groupe, 50 % de ceux traités par TCC individuelle et 8 % en liste d'attente ne présentaient plus leur diagnostic initial. Néanmoins, du fait d'un nombre non négligeable de sorties d'essai, les pourcentages en intention de traiter n'étaient, respectivement, que de 50 %, 46 % et 8 %.

Toren et coll. (2000) ont réalisé une étude en ouvert de TCC de groupe associant parents et enfants, pour des préadolescents dont la quasi-totalité souffrait d'anxiété de séparation, et la moitié d'un diagnostic associé d'hyperanxiété et/ou de phobie. En fin de traitement, 70 % des sujets n'avaient plus le diagnostic initial, et ce pourcentage était de 91 % au suivi à 3 ans ; de manière étonnante, les enfants dont les mères avaient elles-mêmes un trouble anxieux allaient mieux que ceux dont les mères n'étaient pas anxieuses.

Études concernant le trouble obsessionnel compulsif

Des résultats positifs de la TCC pour le traitement du trouble obsessionnel compulsif (TOC) chez l'enfant et l'adolescent ont été rapportés dans des études de cas, dans 9 études en ouvert, et une étude contrôlée *versus* clomipramine. Ces études, conduites en Angleterre, aux États-Unis et en Hollande, sur des séries d'adolescents et enfants (n = 7 à 57), sont résumées dans le tableau 8.XXVII.

Comme chez l'adulte, le principe du traitement est une exposition graduelle et répétée aux situations ou stimuli relatifs aux obsessions (lieux ou objets « contaminés »), avec prévention de la réponse (rituels ou évitement). Des stratégies cognitives, des techniques de gestion de l'anxiété et des interventions familiales spécifiques complètent le traitement, qui est souvent associé à des médicaments, ou à un traitement psychothérapique ou institutionnel. La thérapie s'étend sur plusieurs mois, avec des séances hebdomadaires, puis des

Tableau 8.XXVII : Études pour le trouble obsessionnel compulsif chez l'enfant et l'adolescent

Références	Description	Résultats
Bolton et coll., 1983 et 1995 *Étude en ouvert*	15 patients (12-18 ans) Traitement de 2 à 48 mois PR ± médicaments ou autre traitement Suivi 9-14 ans	7 sujets asymptomatiques, 6 très améliorés
March et coll., 1994 *Étude en ouvert*	15 patients (8-18 ans) Traitement de 22 semaines EX/PR, T cog., AMT ± médicaments ou autre traitement Suivi 1-21 mois	6 sujets asymptomatiques, 3 très améliorés Tailles d'effet post-traitement suivi : 1,58/1,78
Scahill et coll., 1996 *Étude en ouvert*	7 patients (11-16 ans) Traitement de 9-15 semaines EX/PR ± médicaments ou autre traitement Suivi 3 mois	Réduction moyenne à la CY-BOCS : 30 % Tailles d'effet post-traitement suivi : 2,28/2,16
Wever et Rey, 1997 *Étude en ouvert*	57 patients (7-19 ans) Traitement de 3 semaines EX/PR ± médicaments ou autre traitement Suivi 6 mois	Amélioration définie par CY-BOCS < 16 Tailles d'effet post-traitement suivi : 2,63/2,69
Franklin et coll., 1998 *Étude en ouvert*	15 patients (10-17 ans) Traitement de 1 à 4 mois EX/PR ± médicaments ou autre traitement Suivi moyen 9,0 mois (SD = 8,9)	12 répondeurs (> 50 % réduction des symptômes) Tailles d'effet post-traitement suivi : 4,32/2,69
De Haan et coll., 1998 *Essai randomisé*	22 patients (8-18 ans) Traitement de 12 semaines EX/PR, T cog. (n = 12) *vs* clomipramine (n = 10)	5/10 *vs* 8/12 répondeurs (> 30 % réduction des symptômes) Réduction moyenne à la CY-BOCS : 30 % Tailles d'effet post-traitement : 1,58
Thienemann et coll., 2001 *Étude en ouvert*	18 patients (13-17 ans) Traitement de 14 semaines EX/PR, T cog. ± médicaments ou autre traitement	9 répondeurs (> 25 % réduction des symptômes) Réduction moyenne à la CY-BOCS : 25 % Tailles d'effet post-traitement : 1,00
Waters et coll., 2001 *Étude en ouvert*	7 patients (10-14 ans) Traitement de 14 semaines EX/PR, T cog., AMT, PST Suivi 3 mois	Réduction moyenne à la CY-BOCS : 40 % Tailles d'effet post-traitement suivi : 3,61/3,34
Piacentini et coll., 2002 *Étude en ouvert*	42 patients (5-17 ans) Traitement de 12,5 ± 4,7 séances TCC ± médicaments ou autre traitement	33 (79 %) répondeurs (ICG < 2)
Benazon et coll., 2002 *Étude en ouvert*	16 patients (8-17 ans) Traitement de 12 semaines EX/PR, T cog. Pas de pharmacothérapie	7 asymptomatiques, 10 répondeurs > 50 % réduction de symptômes Réduction moyenne à la CY-BOCS : 50 % Tailles d'effet post-traitement : 1,65

EX : exposition ; PR : prévention de la réponse ; T cog. : thérapie cognitive ; AMT : *anxiety management training* ; PST : *parental skills training ;* CY-BOCS : *Children Yale-Brown obsessive compulsive scale ;* ICG : *Impression clinique globale*
Les tailles d'effet pré- *versus* post-traitement ou suivi ont été calculées par Tolin et Franklin (2002).

séances plus espacées de consolidation. March et Mulle (1998) ont publié un manuel détaillé décrivant un programme de TCC spécifique au TOC de l'enfant, maintenant largement utilisé dans de nombreux pays. Les résultats des études publiées – qui ne sont que des études en ouvert (et une étude contrôlée à très petit effectif) – concordent en faveur d'une efficacité cliniquement significative de la TCC sur les symptômes obsessionnels et compulsifs, à court terme (entre 25 % et 79 % des sujets sont améliorés) et à long terme (6 études incluent des suivis allant de 3 mois à 14 ans). Des études contrôlées de la TCC dans de larges échantillons d'enfants et d'adolescents avec un TOC sont actuellement en cours aux États-Unis ; leurs résultats devraient être prochainement disponibles.

Études concernant l'autisme infantile, l'hyperactivité et les troubles des conduites

De nombreuses techniques cognitivo-comportementales sont utilisées dans les programmes d'intervention psychosociale destinés au traitement des troubles envahissants du développement – notamment l'autisme –, et des troubles externalisés – c'est-à-dire hyperactivité avec déficit de l'attention et troubles des conduites –, chez l'enfant et l'adolescent. Comme ces programmes incluent toujours une participation active des parents, ils sont envisagés en détail au chapitre traitant des thérapies familiales.

En conclusion, chez l'adulte**,** les preuves d'efficacité des TCC apparaissent importantes dans la plupart des troubles psychopathologiques.

Une preuve établie par une ou plusieurs méta-analyse(s) ou des essais randomisés convergents de forte puissance statistique est montrée pour la majorité des troubles anxieux, c'est-à-dire l'agoraphobie, les attaques de panique, les phobies sociales, l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique et les obsessions compulsions.

Une preuve d'efficacité établie est également démontrée dans les états dépressifs d'intensité faible ou moyenne. Les méta-analyses mettent en évidence un effet de la TCC pour traiter l'état dépressif aigu et prévenir les rechutes et les récidives chez les patients déprimés ambulatoires. Une seule méta-analyse a été effectuée pour les dépressions avec hospitalisation ; elle conclut à l'efficacité de la TCC en association avec les médicaments.

Cette preuve forte est également établie dans la réhabilitation psychosociale des états psychotiques, qui bénéficient des approches comportementales ; plusieurs méta-analyses le confirment. Six essais contrôlés et une méta-analyse ont également établi l'efficacité de la TCC dans la personnalité borderline chez les femmes. Bien que sensiblement inférieurs à ceux obtenus dans les troubles anxieux et la dépression, les résultats obtenus avec la TCC (deux méta-analyses et une revue) chez les personnes alcoolodépendantes

valident l'intervention TCC aussi bien dans le sevrage que dans la prévention des rechutes. Il en va de même pour la boulimie.

Une présomption d'efficacité des TCC (établie par des méta-analyses, études contrôlées randomisées, études de cohortes, revues – certaines de ces études peuvent se contredire et demander confirmation –) peut être évoquée pour les phobies spécifiques, la personnalité évitante, la personnalité antisociale. Une présomption d'efficacité de la thérapie cognitive (associée aux neuroleptiques) pour la schizophrénie en période aiguë peut également être évoquée (une méta-analyse). Pour le trouble bipolaire traité par des normothymiques, une seule étude contrôlée positive et de bonne qualité a été retrouvée dans la littérature.

Chez l'enfant et l'adolescent, seule l'efficacité de la TCC pour le traitement de la dépression a été évaluée dans deux méta-analyses, dont les résultats indiquent que la TCC conduit à une amélioration symptomatique significative.

On peut parler de présomption d'efficacité des TCC pour les troubles dépressifs de sévérité modérée chez l'enfant et l'adolescent, mais la TCC ne peut actuellement être recommandée comme traitement unique dans les cas de dépression sévère du sujet jeune.

Les preuves de l'efficacité de la TCC dans les troubles anxieux sont encore limitées. Pour le traitement des peurs et des phobies, une preuve d'efficacité établie par plusieurs essais randomisés convergents existe pour deux techniques de TCC : le « *modeling* de participation » (5 études) et la gestion des contingences de renforcement (4 études) ; une présomption d'efficacité existe pour la désensibilisation en imagination ou *in vivo*, le modèle *in vivo* et le modèle filmé.

Pour un ensemble de troubles anxieux malheureusement regroupés dans les mêmes études, à savoir l'hyperanxiété, l'anxiété de séparation et le trouble de l'évitement social, une présomption d'efficacité peut être évoquée à partir de quatre études contrôlées montrant la supériorité d'un programme de traitement individuel par TCC sur le non-traitement, et de deux études contrôlées montrant la supériorité de la TCC de groupe sur une liste d'attente.

Dans le trouble obsessionnel compulsif de l'enfant et de l'adolescent, on ne peut parler que de présomption d'efficacité d'un programme (manuelisé) de TCC basé sur l'exposition avec prévention de la réponse, présomption fondée seulement, à ce jour, sur un essai randomisé de faible puissance, et neuf études en ouvert.

Enfin, les preuves en faveur de l'efficacité des TCC dans l'autisme infantile, l'hyperactivité avec déficit de l'attention et les troubles des conduites sont envisagées au chapitre sur les thérapies familiales, car le traitement de ces troubles inclut toujours une participation active des parents.

BIBLIOGRAPHIE

AACAP OFFICIAL ACTION. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** (Suppl.) : 85S-121S

ABLON JS, JONES EE. Validity of controlled trials of psychotherapy : findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 2002, **159** : 775-783

ABRAMOWITZ JS. Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder : a meta-analysis. *Behav ther* 1996, **27** : 583-600

ABRAMOWITZ JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder : a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 44-52

ABRAMOWITZ JS. Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive discorder ? A meta analytic study of clinical significance. *Behav Ther* 1998, **29** : 339-355

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé. Recommandations pour la pratique clinique. Paris 2002, résumé publié sur Internet : http ://www.anaes.fr

AGRAS WS, WALSH T, FAIRBURN CG, WILSON GT, KRAEMER HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000a, **57** : 459-466

AGRAS WS, CROW SJ, HALMI KA, MITCHELL JE, WILSON GT, KRAEMER HC. Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa : data from a multisite study. *Am J Psychiatry* 2000b, **157 :** 1302-1308

ALDEN LE. Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 756-764

ALDEN LE, CAPREOL MJ. Avoidant personality disorder : interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behav Ther* 1993, **24** : 357-376

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders : alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatry* 1995, **152** (11 Suppl.) : 1-59

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997a, **154** (4 Suppl.) : 1-63

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. *Am J Psychiatry* 1997b, **154** (5 Suppl.) : 1-39

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000, **157** (Suppl.) : 1-45

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Task Force on Psychological Intervention Guidelines. Template for developing guidelines : Interventions for Mental Disorders and Psychosocial Aspects of Physical Disorders. Washington DC 1995

ANDERSON DA, MALONEY KC. The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clin Psychol Rev* 2001, **21** : 971-988

ARTHUS M, COTTRAUX J, MOLLARD E, GUERIN J, BOUVARD M. Cognitive behaviour therapy of agoraphobia, retrospective study of 345 cases. *Encephale* 1997, **23** : 300-307

BAKKER A, VAN BALKOM A, SPINHOVEN P, BLAAUW B, VAN DYCK R. Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. A quantitiative review. *J Nerv Ment Dis* 1998, **186** : 414-419

BANDURA A, GRUSEC JE, MENLOVE FL. Vicarious extinction of avoidance behavior. *J Person Soc Psychol* 1967, **5** : 16-23

BANDURA A, BLANCHARD EB, RITTER B. Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *J Person Soc Psychol* 1969, **13** : 173-199

BANDURA A, MENLOVE FL. Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *J Pers Soc Psychol* 1968, **8 :** 99-108

BARABASZ AF. Group desensitization of test anxiety in elementary school. *J Psychol* 1973, **83** : 295-301

BARRETT P, DADDS M, RAPEE R. Family treatment of childhood anxiety : a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 333-342

BASCO MR, RUSH AJ. Cognitive behavioral therapy for bipolar disorder. The Guilford Press, New York 1996

BECK AT, HOLLON S, YOUNG J, BEDROSIAN R, BUDENZ D. Treatment of depression with cognitive therapy and amitryptiline. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 142-148

BECK AT, FREEMAN A. Cognitive therapy of personality disorders. Guilford Press, New York 1990

BECK R, FERNANDEZ E. Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger : A meta-analysis. *Cognit Ther Res* 1998, 22, **1** : 63-74

BEIDEL DC, TURNER SM, MORRIS TL. Behavioral treatment of childhood social phobia. *J Consult Clin Psychol* 2000, **68** : 1072-1080

BENAZON NR, AGER J, ROSENBERG DR. Cognitive behavior therapy in treatment-naive children and adolescents with obsessive-compulsive disorder : an open trial. *Behav Res Ther* 2002, **40** : 529-539

BENTON MK, SCHROEDER HE. Social skills training with schizophrenics : a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990, **58** : 741-747

BIRMAHER B, BRENT DA, KOLKO D, BAUGHER M, BRIDGE J et coll. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000, **57** : 29-36

BLACKBURN I, EUNSON K, BISHOP S. A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and combination of both. *J Affect Disord* 1986, **10 :** 67-75

BLACKBURN I, COTTRAUX J. Thérapie cognitive de la dépression. Masson, deuxième édition, Paris 1997

BLACKBURN IM, MOORE RG. Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *Br J Psychiatry* 1997, **171** : 328-334

BLANCHARD EB. Relative contributions of modeling, informational influences, and physical contact in extinction of phobic behavior. *J Abnorm Psychol* 1970, **76** : 55-61

BOLTON D, COLLINS S, STEINBERG D. The treatment of obsessive-compulsive disorder in adolescence. A report of fifteen cases. *Br J Psychiatry* 1983, **142** : 456-464

BOLTON D, LUCKIE M, STEINBERG D. Long-term course of obsessive-compulsive disorder treated in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34 :** 1441-1450

BOWERS W. Treatment of depressed in-patients. Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *Br J Psychiatry* 1990, **156** : 73-78

BRENT DA, HOLDER D, KOLKO D, BIRMAHER B, BAUGHER M et coll. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 877-885

BRENT DA, KOLKO DJ, BIRMAHER B, BAUGHER M, BRIDGE J et coll. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 906-914

BRENT DA, KOLKO D, BIRMAHER B, BAUGHER M, BRIDGE J. A clinical trial for adolescent depression : Predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38 :** 263-270

BULIK CM, SULLIVAN PF, CARTER FA, MCINTOSH VV, JOYCE PR. The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *Psychol Med* 1998, **28** : 611-623

CARTER JC, FAIRBURN CG. Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder : a controlled effectiveness study. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 616-623

CARTER FA, MCINTOSH VV, JOYCE PR, SULLIVAN PF, BULIK CM. Role of exposure with response prevention in cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa : three-year follow-up results. *Int J Eat Disord* 2003, **33** : 127-135

CHAMBON O, MARIE-CARDINE M. La réadaptation psychosociale des psychotiques chroniques. Approche cognitivo-comportementale. PUF, Paris 1992

CHAMBON O, MARIE-CARDINE M. Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques. Masson, Paris 1993

CHANNON S, DE SILVA P, HEMSLEY D, PERKINS R. A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1989, **27** : 529-535

CHEN E, TOUYZ SW, BEUMONT PJ, FAIRBURN CG, GRIFFITHS R et coll. Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2003, **33** : 241-256

CHRISTENSEN H, HADZI-PAVLOVIC D, ANDREWS G, MATTICK R. Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder : a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 701-711

CLARKE GN, ROHDE P, LEWINSOHN PM, HOPS H, SEELEY JR. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression : efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 272-279

COHEN J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Academic Press, New York 1977

COLLET L, COTTRAUX J, LADOUCEUR R. Cognitive therapy of depression and counter-demand effects : a pilot study. *Psychol Rep* 1987, **60** : 555-560

COLOM F, VIETA E, MARTINEZ A, JORQUERA A, GASTO C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder ? *Psychother Psychosom* 1998, **67** : 3-9

CONTE HR, PLUTCHIK R, WILD KV, KARASU TB. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. A systematic analysis of the evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1986, **43** : 471-479

CORMAC I, JONES C, CAMPBELL C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002 : CD0005

CORRIGAN PW. Social skills training in adult psychiatric populations : a meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991, **22** : 203-210

COTTRAUX J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson, Troisième édition, Paris 1998

COTTRAUX J. Place des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression. Références en psychiatrie, Doin, Paris 1999

COTTRAUX J. L'approche cognitivo-comportementale présente de l'intérêt (dans l'épisode aigu de schizophrénie). *In* : Les troubles schizophréniques. DE CLERCQ M, PEUSKENS J eds, De Boeck et Larcier, Bruxelles 2000 : 257-279

COTTRAUX J. Les thérapies cognitives. Retz, deuxième édition, Paris 2001

COTTRAUX J, MOLLARD E, BOUVARD M, MARKS I, SLUYS M et coll. A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1990, **5** : 17-30

COTTRAUX J, MOLLARD E, BOUVARD M, MARKS I. Exposure therapy, fluvoxamine, or combination treatment in obsessive-compulsive disorder : one-year followup. *Psychiatry Res* 1993, **49** : 63-75

COTTRAUX J, NOTE ID, CUNGI C, LEGERON P, HEIM F et coll. A controlled study of Cognitive-Behavior Therapy with Buspirone or Placebo in Panic Disorder with Agoraphobia. A one year follow-up. *Br J Psychiatry* 1995, **167** : 635-641

COTTRAUX J, NOTE I, ALBUISSON E, YAO SN, NOTE B et coll. Cognitive behaviour therapy versus supportive therapy in social phobia : a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2000, **69 :** 137-146

COTTRAUX J, BLACKBURN IM. Thérapies cognitives des troubles de la personnalité. Masson, 1995, Troisième édition, Paris 2001

CRISP AH, NORTON K, GOWERS S, HALEK C, BOWYER C et coll. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991, **159** : 325-333

CUNGI C. Thérapie de groupe des patients souffrant de phobies sociales ou de troubles de le personnalité. *J Ther Comportementale Cognit* 1995, **5 :** 45-55

DAVIDSON PR, PARKER KCH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : a meta analysis *J Consult Clin Psychol*, 2001, 69, **2 :** 305-316

DE HAAN E, HOOGDUIN KA, BUITELAAR JK, KEIJSERS GP. Behavior therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 1022-1029

DERUBEIS RJ, GELFAND LA, TANG TZ, SIMONS AD. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients : mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1007-1013

DINGEMANS AE, BRUNA MJ, VAN FURTH EF. Binge eating disorder : a review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002, **26** : 299-307

DOBSON K. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57 :** 414-419

ELKIN I, SHEA MT, WATKINS JT, IMBER SD, SOTSKY SM et coll. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989, **46** : 971-983

ENGELS GI, VERMEY M. Efficacy of nonmedical treatments of depression in elders : a quantitative analysis. *J Clin Geropsychology* 1997, **3** : 17-35

EVANS M, HOLLON S, DERUBEIS R, PIASECKI J, GROVE W et coll. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992, **49 :** 802-808

EYSENCK HJ. The effects of psychotherapy : an evaluation. *J Consult Psychol* 1952, **16** : 319-324

FAIRBURN CG, JONES R, PEVELER RC, CARR SJ, SOLOMON RA et coll. Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 463-469

FAIRBURN CG, JONES R, PEVELER RC, HOPE RA, O'CONNOR M. Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy, and cognitive behaviour therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1993, **50** : 419-427

FANGET F, CHAMBON O. Intérêt et efficacité des groupes d'affirmation de soi en cabinet privé. *J Ther Comportementale Cognit* 1994, **4** : 116-126

FAVA GA, RAFANELLI C, GRANDI S, CONTI S, BELLUARDO P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy : preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1998a, **55 :** 816-820

FAVA GA, RAFANELLI C, GRANDI S, CANESTRARI R, MORPHY MA. Six year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1998b, **155** : 1443-1445

FEDOROFF IC, TAYLOR S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia : a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2001, **21** : 311-324

FESKE U, CHAMBLESS DL. Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia : a meta-analysis. *Behav Ther* 1995, **26** : 695-720

FLANNERY-SCHROEDER EC, KENDALL PC. Group and individual cognitive-behavioral treatments of youth with anxiety disorders : A randomized controlled trial. *Cognit Ther Res* 2000, **24** : 251-278

FRANKLIN ME, KOZAK MJ, CASHMAN LA, COLES ME, RHEINGOLD AA, FOA EB. Cognitive-behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder : an open clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37 :** 412-419

FREEMAN CP, BARRY F, DUNKELD-TURNBULL J, HENDERSON A. Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988, **296** : 521-525

GAFFAN EA, TSAOUSIS I, KEMP-WHEELER SM. Researcher allegiance and meta-analysis : the case of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 966-980

GARCIA-PALACIOS A, HOFFMAN, CARLIN A, FURNESS TA 3rd, BOTELLA C. Virtual reality in the treatment of spider phobia : a controlled study. *Behav Res Ther* 2002, **40** : 983-993

GARNER DM, FAIRBURN CG, DAVIS R. Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa. A critical appraisal. *Behav Modif* 1987, **11** : 398-431

GARNER DM, ROCKERT W, DAVIS R, GARNER MV, OLMSTED MP, EAGLE M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993, **150** : 37-46

GETKA EJ, GLASS C.R. Behavioral and cognitive-behavioral approaches to the reduction of dental anxiety. *Behav Ther* 1992, **23** : 433-448

GHADERI A, ANDERSON G. Meta-analysis of CBT for bulimia nervosa : Investigating the effects using DSM-III-R and DSM-IV criteria. *Scand J Behav Ther* 1999, **28 :** 79-87

GILROY LJ, KIRKBY KC, DANIELS BA, MENZIES RG, MONTGOMERY IM. Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus live exposure in the treatment of spider phobia. *Behav Ther* 2000, **31** : 733-744

GITTELEMAN R, ABIKOFF H, POLLACK E, KLEIN DF, KATZ S, MATTES J. A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. *In :* Hyperactive Children : The Social Ecology of Identification and Treatment. WHALEN CK, HENKER B. eds, New York Academic 1980 : 221-243

GLOAGUEN V, COTTRAUX J, CUCHERAT M, BLACKBURN IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998, **49** : 59-72

GOULD RA, OTTO MW, POLLACK MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Psychology Review* 1995, **8** : 819-844

GOULD RA, OTTO MW, POLLACK MH, YAP L. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder : A preliminary meta-analysis. *Behav Ther* 1997a, **28** : 285-305

GOULD RA, BUCKMINSTER S, POLLACK MH, OTTO MW, YAP L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia : a meta-analysis. *Clin Psychol Sci Prac* 1997b, **4** : 291-306

GRAZIANO AM, MOONEY KC. Family self-control instruction for children's nighttime fear reduction. *J Consult Clin Psychol* 1980, **48** : 206-213

GRIFFITHS RA, HADZI-PAVLOVIC D, CHANNON-LITTLE L. The short-term follow-up effects of hypnobehavioural and cognitive behavioural treatment for bulimia nervosa. *Eur Eating Disord Rev* 1996, **4** : 12-31

GUERIN J, BOUVARD M, COTTRAUX J, SECHAUD M. L'affirmation de soi en groupe dans les phobies sociales et les troubles de personnalité : étude de 93 cas. *J Ther Comportementale Cognit* 1994, **4** : 108-115

HALMI KA, AGRAS WS, MITCHELL J, WILSON GT, CROW S et coll. Relapse predictors of patients with bulimia nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2002, **59** : 1105-1109

HARRINGTON R, WHITTAKER J, SHOEBRIDGE P, CAMPBELL F. Systematic Review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BMJ* 1998, **316** : 1559-1563

HAWTON K, TOWNSEND E, ARENSMAN E, GUNNELL D, HAZELL P, HOOUSE A, VAN HEERINGEN K. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm (Cochrane review), Cochrane library, Update software, Issue 2, 2002

HAY PJ, BACALTCHUK J. Psychotherapy for bulimia nervosa and binging. *Cochrane Database Syst Rev* 2000

HAYWARD C, VARADY S, ALBANO AM, THIENEMANN M, HENDERSON L, SCHATZBERG AF. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents : results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 721-726

HAZELL P, O'CONNELL D, HEATHCOTE D, ROBERTSTON J, HENRY D. Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression : a meta-analysis. *BMJ* 1995, **310** : 897-901

HAZELRIGG MD, COOPER HM, BORDUIN CM. Evaluating the effectiveness of family therapies : An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin* 1987, **10** : 428-442

HEDGES L. Estimation of effect size from a series of independent experiments. *Psychol Bull* 1982, **92 :** 490-499

HIBBS ED. Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents *European child & Adolescent Psychiatry* 2001,**10** : 1/3-1/11

HILL JH, LIEBER RM, MOTT DEW. Vicarious extinction of avoidance behavior through films : an initial test. *Psychol Rep* 1968, **22** : 192

HORN WF, IALONGO N, GREENBERG G, PACKARD T, SMITH-WINBERRY C. Additive effects of behavioral parent training and self control therapy with ADHD children. *J Clin Child Psychol* 1990, **19 :** 98-110

IRVIN JE, BOWERS CA, DUNN ME, WANG MC. Efficacy of relapse prevention : a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 563-570

JAYSON D, WOOD A, KROLL L, FRASER J, HARRINGTON R. Which depressed patients respond to cognitive-behavioral treatment ? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 35-39

JENSEN PS. Fact versus fancy concerning the Multimodal Treatment Study for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Can J Psychiatry* 1999, **44** : 975-980

KAFNER FH, KAROLY P, NEWMAN A. Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related bal cues. *J Consult Clin Psychology* 1975, **43** : 251-258

KAHN J, KEHLE T, JENSON W, CLARK E. Comparison of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle school students. *School Psychological Review* 1990, **19** : 196-211

KAPLAN AS. Psychological treatments for anorexia nervosa : a review of published studies and promising new directions. *Can J Psychiatry* 2002, **47** : 235-242

KEARNEY CA, SILVERMAN WK. Functionally based prescriptive and nonprescriptive treatment for children and adolescents with school refusal behavior. *Behav Ther* 1999, **30** : 673-695

KENDALL PC. Cognitive-behavioral therapies with youth : guiding theory, current status, and emerging developments. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 235-247

KENDALL PC. Treating anxiety disorders in children : results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 100-110.

KENDALL PC, FLANNERY-SCHROEDER E, PANICHELLI-MINDEL SM, SOUTHAM-GEROW M, HENIN A, WARMAN M. Therapy for youths with anxiety disorders : a second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 366-380

KING NJ, TONGE BJ, HEYNE D, PRITCHARD M, ROLLINGS S et coll. Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children : a controlled evaluation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 395-403

KLERMAN GL, WEISSMAN MM, ROUNSAVILLE BJ, CHEVRON ES. Interpersonal psychotherapy of depression. Basic Books, New York 1984

KOBAK KA, GREIST JH, JEFFERSON JW, KATZELNICK DJ, HENK HJ. Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder : a meta-analysis. *Psychopharmacology* 1998, **136** : 205-216

KONDAS O. Reduction of examination anxiety and « stage fright » by group desensitization and relaxation. *Behav Res Ther* 1967, **5** : 275-281

KOONS CR, ROBINS CJ, TWEED JL, LYNCH TR, GONZALES AM et coll. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2001, **32** : 371-390

KOVACS M, RUSH AJ, BECK AT, HOLLON SD. Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. A one year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 33-39

KROLL L, HARRINGTON R, JAYSON D, FRASER J, GOWERS S. Pilot study of continuation cognitive-behavioral therapy for major depression in adolescent psychiatric patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, **35** : 1156-1161

KURODA J. Elimination of children's fears of animals by the method of experimental desensitization : an application of learning theory to child psychology. *Psychologia* 1969, **12 :** 161-165

LAMBERT MJ, HATCH DR, KINGSTON MD, EDWARDS BC. Zung, Beck and Hamilton scale as measures of treatment outcome : a meta-analytic comparison. *J Consult Clin Psychol* 1986, **54** : 54-59

LAST CG, HANSEN C, FRANCO N. Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 404-411

LEE NF, RUSH AJ. Cognitive-behavioural group therapy for bulimia. *Int J Eat Disord* 1986, **5** : 599-615

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** : 1223-1232

LEITENBERG H, CALLAHAN EJ. Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behav Res Ther* 1973, **11** : 19-30

LERNER M, CLUM G. Treatment of suicide ideators : a problem-solving approach. *Behav Ther* 1990, **21 :** 403-411

LEVITT EE. The results of psychotherapy with children : an evaluation. *J Consult Psychology* 1957, **21** : 189-196

LEWANDOWSKI LM, GEBING TA, ANTHONY JL, O'BRIEN WH. Meta-analysis of cognitive behavioral treatment studies for bulimia. *Clin Psychology Rev* 1997, **17** : 703-718

LEWINSOHN PM, CLARKE GN, HOPS H, ANDREWS J. Cognitive-behavioural treatment for depressed adolescents. *Behav Ther* 1990, **21** : 385-401

LEWINSOHN P, CLARKE GN, ROWHDE P, HOPS H, SEELEY J. A course in coping : a cognitive-behavioral approach to treatment of adolescent depression. *In* : Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. HIBBS ED, JENSEN PS eds, American Psychiatric Association, Washington DC 1997 : 109-135

LEWIS S. A comparison of behavior therapy techniques in the reduction of fearful avoidance behavior. *Behav Ther* 1974, **5** : 648-655

LIBERMAN RP. Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques (traduction française LELORD F). Masson, Paris 1991

LIBERMAN RP. Module éducation au traitement neuroleptique : Manuel du thérapeute. Adaptation française effectuée par l'unité de recherche en santé mentale du centre hospitalier de l'université Laval à Québec, diffusion en Europe par Socrate-réhabilitation, Hôpital Vincent Van Gogh, Marchienne le Pont, Belgique 1992

LINEHAN MM, ARMSTRONG HE, SUAREZ A, ALLMON D, HEARD HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 1060-1064

LINEHAN M, HEARD H, ARMSTRONG H. Naturalistic followup of behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993, **50** : 971-974

LINEHAN M, TUTEK DA, HEARD HL, ARMSTRONG HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 1171-1176

LINEHAN MM, SCHMIDT H, DIMEFF LA, CRAFT JC, KANTER J, COMTOIS KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 1999, **8** : 279-292

LINEHAN MM, DIMEFF LA, REYNOLDS SK, COMTOIS KA, WELCH SS, HEAGERTY P, KIVLAHAN DR. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002, **67 :** 13-26

LUBORSKY L, MC LELLAN AT, WOODY GE, O'BRIEN CP, AUERBACH A. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 602-611

MANN J, ROSENTHAL TL.Vicarious and direct counter-conditioning of test anxiety through individual and group desensitization. *Behav Res Ther* 1969, **7** : 359-367

MARCH JS, MULLE K, HERBEL B. Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder : an open trial of a new protocol-driven treatment package. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 333-341

MARCH JS, MULLE K. OCD in children and adolescents : A cognitive-behavioral treatment manual. Gilford Press, New York 1998

MARCHESINI G, NATALE S, CHIERICI S, MANINI R, BESTEGHI L et coll. Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002, **26** : 1261-1267

MARCOTTE D. Treating depression in adolescence : A review of the effectiveness of cognitive-behavioral treatments. *J Youth Adolesc* 1997, **26 :** 273-283

MARKOWITZ JC. Interpersonal psychotherapy. American Psychiatric Press, Washington DC 1998

MATTICK RP, ANDREWS G, HADZI-PAVLOVIC D, CHRISTENSEN H. Treatment of panic and agoraphobia. An integrative review. *J Nerv Ment Dis* 1990, **178** : 567-576

MAXFIELD L, HYER L. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol* 2002, **58** : 23-41

MENDLOWITZ SL, MANASSIS K, BRADLEY S, SCAPILLATO D, MIEZITIS S, SHAW BF. Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders : the role of parental involvement *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 1223-1229

MENZIES RG, CLARKE JC. A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia. *Behav Res Ther* 1993, **31 :** 9-15

MILLER LC, BARRETT CL, HAMPE E, NOBLE H. Comparison of reciprocal inhibition, psychotherapy, and waiting list control for phobic children. *J Abnorm Psychol* 1972, **79** : 269-279

MILLER RC, BERMAN JS. The efficacy of cognitive behavior therapies : a quantitative review of the resarch evidence. *Psychol Bull* 1983, **94** : 39-53

MILLER IW, NORMAN WH, KEITNER GI. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients : six and twelve month follow-up. *Am J Psychiatry* 1989, **146 :** 1274-1279

MILLER WR, WILBOURNE PL. Mesa Grande : a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002, **97 :** 265-277

MITCHELL JE, HOBERMAN HN, PETERSON CB, MUSSELL M, PYLE RL. Research on the psychotherapy of bulimia nervosa : half empty or half full. *Int J Eat Disord* 1996, **20** : 219-229

MOYER A, FINNEY JW, SWEARINGEN CE, VERGUN P. Brief interventions for alcohol problems : a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002, **97** : 279-292

MUHLBERGER A, HERRMANN MJ, WIEDEMANN GC, ELLGRING H, PAULI P. Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behav Res Ther* 2001, **39** : 1033-1050

MURPHY CM, BOOTZIN RR. Active and passive participation in the contact desensitization of snake fear in children. *Behav Ther* 1973, **4** : 203-211

MUSSELL MP, MITCHELL JE, CROSBY RD, FULKERSON JA, HOBERMAN HM, ROMANO JL. Commitment to treatment goals in prediction of group cognitive-behavioral therapy treatment outcome for women with bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 2000, **68** : 432-437

OBER M, TERWILLINGER RF. Pilot study on the effectiveness of systematic desensitization with neurologically impaired children with phobic disorders. *J Consult Clin Psychol* 1970, **34** : 314-318

OST LG, ALM T, BRANDBERG M, BREITHOLTZ E. One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behav Res Ther* 2001, **39 :** 167-183

O'SULLIVAN G, MARKS I. Long-term outcome of phobic and obsessive-compulsive disorders after treatment : a review. *In* : The treatment of anxiety. Handbook of anxiety, Vol. 4. NOYES R, ROTH M, BURROWS GD eds, Elsevier, Amsterdam 1990

PAYKEL ES, SCOTT J, TEASDALE JD, JOHNSON A, GARLAND A et coll. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy : a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999, **56** : 829-835

PENDLETON VR, GOODRICK GK, POSTON WS, EEVES RS, FOREYT JP. Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *Int J Eat Disord* 2002, **31** : 172-184

PERRY JC, BANON E, IANNI F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999a, **156** : 1312-1321

PERRY A, TARRIER N, MORRISS R, MCCARTHY E, LIMB K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999b, **318** : 149-153

PETERSON CB, MITCHELL JE, ENGBLOOM S, NUGENT S, MUSSELL MP, MILLER JP. Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder : a comparison of therapist-led versus self-help formats. *Int J Eat Disord* 1998, **24 :** 125-136

PETERSON CB, CROW SJ, NUGENT S, MITCHELL JE, ENGBLOOM S, MUSSELL MP. Predictors of treatment outcome for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2000, **28 :** 131-138

PIACENTINI J, BERGMAN RL, JACOBS C, MCCRACKEN JT, KRETCHMAN J. Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2002, **16** : 207-219

PIKE KM, WALSH BT, VITOUSEK K, WILSON GT, BAUER J. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 2046-2049

REED MK. Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence* 1994, **29** : 293-302

REINECKE MA, RYAN NE, DUBOIS DL. Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence : a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 26-34

RENAUD J, BRENT DA, BAUGHER M, BIRMAHER B, KOLKO D, BRIDGE J. Rapid response to psychosocial treatments for adolescent depression : a two-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37 :** 1184-1190

REYNOLDS W, COATS KI. A comparison of cognitive-behavior therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1986, **54 :** 653-660

RICCA V, MANNUCCI E, ZUCCHI T, ROTELLA CM, FARAVELLI C. Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. A review. *Psychother Psychosom* 2000, **69** : 287-295

RICHTERS JE, ARNOLD LE, JENSEN PS, ABIKOFF H, CONNERS K et coll. NIMH Collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD : I. Background and rationale. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34 :** 987-1000

RIST F. Evidence based psychotherapy of alcohol dependent patients : the contribution of cognitive-behavioral interventions. *Sucht* 2002, **48** : 171-181

RITTER B. The group desensitization of children's snake phobias using vicarious and contact desensitization procedures. *Behav Res Ther* 1968, **6** : 1-6

ROBINSON LA, BERMAN JS, NEIMEYER RA. Psychotherapy for the treatment of depression : a comprehensive review of controlled outcome reserach. *Psychol Bull* 1990, **108** : 30-49

ROTHBAUM BO, HODGES LF, KOOPER R, OPDYKE D, WILLIFORD JS, NORTH M. Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *Am J Psychiatry* 1995, **152** : 626-628

SACK M, LEMPA W, LAMPRECHT F. Study quality and effect sizes, a metaanalysis of EMDR treatment for posttraumatic stress disorder. *Psychoter Psychosom Med Psychol* 2001, 51,**9-10 :** 350-355

SCAHILL L, VITULANO LA, BRENNER EM, LYNCH KA, KING RA. Behavioral therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder : a pilot study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1996, **6** : 191-202

SHEA MT, ELKIN, I, IMBER SD, SOTSKY SM, WATKINS JT et coll. 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** : 782-787

SHEPHERD J, STEIN K, MILNE R. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder : a review of an emerging therapy. *Psychol Med* 2000, **30** : 863-871

SHERMAN JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD : a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress* 1998, **11** : 413-435

SHESLOW DV, BONDY AS, NELSON RO. A comparison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children's fear of the dark. *Child Fam Behav Ther* 1983, **4** : 33-45

SILVERMAN WK, KURTINES WM, GINSBURG GS, WEEMS CF, RABIAN B, SERAFINI LT. Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobic disorders : a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 675-687

SIMONS AD, MURPHY GE, LEVINE JL, WETZEL RD. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Sustained improvement over one year. *Arch Gen Psychiatry* 1986, **43** : 43-48

STARK KD, REYNOLDS WM, KASLOW NJ. A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *J Abnorm Child Psychol* 1987, **15** : 91-113

STARK K, ROUSE L, LIVINGSTON R.Treatment of depression during childhood and adolescence : cognitive-behavioral procedures for the individual and family. *In* : KENDALL P. ed, Child Psychotherapy. Guilford, New York 1991 : 165-206

STEINBRUECK SM, MAXWELL SE, HOWARD GS. A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *J Consult Clin Psychology* 1983, **51** : 856-863

STUART S, BOWERS WA. Cognitive therapy with inpatients : review and meta analysis. *J Cogn Psychother Int Q* 1995, **9** : 85-92

TARGET M, FONAGY P. The Psychological Treatment of Child and Adolescent Psychiatric Disorders. *In :* What Works for Whom ? A Critical Review of Psychotherapy Research. ROTH A, FONAGY P eds, Guilford Press, London 1996 : 263-320

TAYLOR S. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1996, **27 :** 1-9

TELCH CF, AGRAS WS, ROSSITER EM, WILFLEY DE, KENARDY J. Group cognitive-behavioral treatment for the nonpurging bulimic : an initial evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990, **58** : 629-635

THACKWRAY DE, SMITH MC, BODFISH JW, MEYERS AW. A comparison of behavioral and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 639-645

THASE ME, GREENHOUSE JB, FRANK E, REYNOLDS CF 3rd, PILKONIS PA et coll. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1009-1015

THIENEMANN M, MARTIN J, CREGGER B, THOMPSON HB, DYER-FRIEDMAN J. Manual-driven group cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder : a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, **40** : 1254-1260

TOREN P, WOLMER L, ROSENTAL B, ELDAR S, KOREN S et coll. Case series : brief parent-child group therapy for childhood anxiety disorders using a manual-based cognitive-behavioral technique. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 1309-1312

TOWNSEND E, HAWTON K, ALTMAN DG, ARENSMAN E, GUNNELL D et coll. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm : meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychol Med* 2001, **31** : 979-988

TREASURE J, SCHMIDT U, TROOP N, TILLER J, TODD G et coll. First step in managing bulimia nervosa : controlled trial of therapeutic manual. *BMJ* 1994, **308** : 686-689

TREASURE J, TODD G, BROLLY M, TILLER J, NEHMED A, DENMAN F. A pilot study of a randomized cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1995, **33 :** 363-367

TREMBLAY RE, PAGANI-KURTZ L, MASSE LC, VITARO F, PHIL R. A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys : its impact through mid-adolescence. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 560-568

ULTEE CA, GRIFFIOEN D, SCHELLEKENS J. The reduction of anxiety in children : a comparison of the effects of « systematic desensitization in vitro » and « systematic desensitization in vivo ». *Behav Res Ther* 1982, **20 :** 61-67

VAN BALKOM AJLM, VAN OPPEN P, VERMEULEN AWA, VAN DYCK R, NAUTA MCE, VORST HCM. A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder : a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clin Psychol Rev* 1994, **14** : 359-381

VAN BALKOM AJ, BAKKER A, SPINHOVEN P, BLAAUW BM, SMEENK S, RUESINK B. A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia : a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J Nerv Ment Dis* 1997, **185** : 510-516

VAN ETTEN ML, TAYLOR S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder : a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998, **5** : 126-144

VERHEUL R, VAN DEN BOSCH LM, KOETER MW, DE RIDDER MA, STIJNEN T, VAN DEN BRINK W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder : 12 month, randomised clinical trial in the Netherlands. *Brit J Psychiatry* 2003, **182** : 135-140

VOSTANIS P, FEEHAN C, GRATTAN E, BICKERTON W. Treatment for children and adolescents with depression : lessons from a controlled trial. *Clin Child Psychol Psychiatry* 1996, **1** : 199-212

WATERS T, BARRETT PM, MARCH JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder : premliminary findings. *Am J Psychother* 2001, **55** : 372-387

WEVER C, REY JM. Juvenile obsessive-compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1997, **31** : 105-113

WHITTAL ML, AGRAS WS, GOULD RA. Bulimia nervosa : A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behavior Therapy* 1999, **30** : 117-135

WILFLEY DE, AGRAS WS, TELCH CF, ROSSITER EM, SCHNEIDER JA et coll. Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual : a controlled comparison. *J Consul Clin Psychol* 1993, **61** : 296-305

WILFLEY DE, WELCH RR, STEIN RI, SPURRELL EB, COHEN LR et coll. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002, **59** : 713-721

WILSON GT, ELDREDGE KL, SMITH D, NILES B. Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behav Res Ther* 1991, **29** : 575-583

WILSON GT, FAIRBURN C, AGRAS WS, WALSH BT, KRAEMER H. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa : time course and mechanisms of change. *J Consult Clin Psychol* 2002, **70** : 267-274

WISEMAN CV, SUNDAY SR, KLAPPER F, KLEIN M, HALMI KA. Short-term group CBT versus psycho-education on an inpatient eating disorder unit. *Eating Disorders* 2002, **10** : 313-320.

WOLF EM, CROWTHER JH. An evaluation of behavioral and cognitive-behavioral group interventions for the treatment of bulimia nervosa in women. *Int J Eat Disord* 1992, **11** : 3-15

WOOD AJ, HARRINGTON RC, MOORE A. A Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1996, **37** : 737-746

WOODY GE, MCLELLAN AT, LUBORSKY L, O'BRIEN CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 1081-1086

WUNDERLICH UG, WIEDERMANN G, BUCHKREMER G. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam ? Eine Metaanalyse. [Are psychosocial methods of intervention effective in schizophrenic patients ? A meta-analysis]. *Verhaltenstherapie* 1996, **6** : 4-13

IV

Approche familiale et de couple

9

Présentation de l'approche familiale et de couple

Les thérapies familiales regroupent une grande diversité de pratiques, elles-mêmes inspirées d'apports multidisciplinaires variés. Apparues dans les années 1950, elles replacent l'individu dans son « système » relationnel et considèrent la famille comme un partenaire thérapeutique.

Définition des thérapies familiales

On pourra proposer la définition du « plus petit commun dénominateur » des thérapies familiales : relève de la thérapie familiale toute forme de consultation ponctuelle ou répétée réunissant au moins deux personnes faisant partie du contexte de vie et de survie d'une ou de plusieurs personne(s) en souffrance, c'est-à-dire partageant une destinée commune. L'effet de ce type de consultation est appréhendé comme bénéfique sur les symptômes, la souffrance, les problèmes, les relations. Cette appréhension bénéfique peut être le fait des personnes qui consultent, des personnes en souffrance, des thérapeutes impliqués, mais aussi de l'entourage thérapeutique élargi et de l'entourage de vie des personnes qui consultent.

Par vocation, les thérapies familiales reposent sur des principes multidisciplinaires, transdisciplinaires et interdisciplinaires. Elles se sont ainsi nourries de nombreux apports : psychodynamiques, biologiques, éthologiques, anthropologiques, comportementaux et cognitifs, cybernétiques et systémiques. Elles relient les champs de la médecine, de la psychiatrie, de la psychologie, de la justice, du travail éducatif et social.

La diversité des orientations théoriques, des modalités d'exercice et des styles thérapeutiques est à la mesure de l'extrême variété de contextes dans lesquels elles se réalisent, et des singularités personnelles et relationnelles qu'elles cherchent à appréhender (tableau 9. I).

Tableau 9. I : Définition des différentes formes de thérapie familiale

Technique	Définition
Thérapies de couple psychanalytiques	Centrées sur les associations libres, l'interprétation des rêves, l'analyse de résistances, la sexualité infantile, les mouvements inter-transférentiels, les processus inter-fantasmatiques, l'accès aux processus inconscients
Thérapies de couple psychodynamiques	Centrées sur l'*insight* et/ou les expériences affectives, l'expression du *self*, les conduites d'attachement, la gestion des conflits dynamiques, l'élaboration symbolique, la distinction entre réalité et imaginaire
Thérapies de couple écosystémiques	Centrées sur l'amélioration des communications, la prescription des paradoxes, la prise en considération de l'écosystème
Thérapies de couple comportementales-cognitives	Centrées sur l'amélioration des conduites et des cognitions, l'évaluation et la suppression des symptômes, l'apprentissage des habiletés aux relations sociales
Thérapies familiales psychanalytiques	Centrées sur les associations libres, l'interprétation des rêves, l'analyse de résistances, la sexualité infantile, les mouvements inter-transférentiels, les processus inter-fantasmatiques, l'accès aux processus inconscients
Thérapies familiales psychodynamiques	Centrées sur l'*insight* et/ou les expériences affectives, l'expression du *self*, les conduites d'attachement, la gestion des conflits dynamiques, l'élaboration symbolique, la distinction entre réalité et imaginaire
Thérapies familiales systémiques synchroniques	Centrées sur les communications dans l'ici et maintenant, la prescription des résistances, des symptômes, des tâches, des rituels, des paradoxes interactionnels
Thérapies familiales intergénérationnelles	Centrées sur l'équilibrage des dons et des dettes sur plusieurs générations, le repérage des loyautés invisibles, la promotion de l'éthique, les transmissions symboliques
Thérapies familiales multigénérationnelles	Centrées sur l'amélioration des niveaux de différenciation des *selfs*, des triangulations et des projections multigénérationnelles
Thérapies familiales stratégiques	Centrées sur la gestion des conflits de pouvoir, des triangles pervers, la résolution de problèmes, les prescriptions paradoxales
Thérapies familiales structurales	Centrées sur le remaniement des coalitions, l'aménagement des frontières, les triangulations, la restructuration des règles et des interactions
Thérapies familiales comportementales-cognitives	Centrées sur les conduites et les cognitions, l'évaluation et la suppression des symptômes, l'atténuation de l'expression des émotions critiques et hostiles, la gestion du stress, l'apprentissage de schèmes comportementaux et cognitifs, l'entraînement des habiletés aux relations sociales
Psychoéducation familiale	Centrée sur l'information sur les troubles, les maladies, les traitements et sur les attitudes adaptatives à adopter face aux perturbations liées à la maladie
Thérapies familiales narratives	Centrées sur les conversations, l'élaboration communautaire des événements vécus et des formes d'expérience
Thérapies familiales centrées sur la solution	Centrées sur les compétences et les ressources de la famille, et les moyens mis en œuvre par la famille pour se dégager des impasses liées aux symptômes et aux problèmes

Tableau 9.I (suite) : Définition des différentes formes de thérapie familiale

Technique	Définition
Thérapies familiales humanistes	Centrées sur les attentes et la personnalité des clients, leurs aptitudes à l'autonomisation, et sur la capacité à choisir de maintenir les symptômes ou de s'en dégager
Thérapies familiales éclectiques et intégratives	Centrées sur l'ajustement des méthodes, des techniques et des théories en fonction des exigences des familles et des projets thérapeutiques
Thérapies familiales éco-étho-anthropologiques	Centrées sur les processus de deutéro-apprentissages (apprentissages d'apprentissages) concernant la ritualisation, l'organisation des croyances mythiques et des compétences et performances épistémiques
Thérapies familiales pour familles non volontaires	Centrées sur l'apprentissage des contextes sociaux au sein desquels émerge la demande de soins ou l'injonction thérapeutique : la famille comme méta-thérapeute qui aide les thérapeutes
Thérapies multifamiliales comportementales et cognitives	Centrées sur l'échange d'informations, sur l'entraide, le partage des problèmes, les moyens d'y faire face, le développement de la solidarité interfamiliale
Thérapies psychosociales psychodynamiques	Centrées sur le psychodrame d'inspiration psychanalytique, les jeux de rôles, leur interprétation transférentielle
Thérapies psychosociales comportementales et cognitives	Centrées sur l'apprentissage aux habiletés sociales, à la réhabilitation socioprofessionnelle, à la gestion du stress

Historique

Les premières thérapies familiales sont apparues dans les années 1950 aux États-Unis, comme mode de réponse thérapeutique à des situations de violence comportementale et mentale, de risque vital imminent, impliquant plusieurs membres d'une même famille et produisant souvent des effets perturbateurs sur l'environnement social. Elles se sont ainsi développées pour faire face à une large gamme de troubles : troubles psychotiques, troubles psychosomatiques, troubles du comportement alimentaire, addictions, troubles démentiels, maltraitance envers les enfants, violence conjugale et familiale.

Principes thérapeutiques

Les premiers modèles ont été principalement conçus comme des modèles intrafamiliaux. Il s'agissait de comprendre et d'améliorer :

- le fonctionnement psychique et interpersonnel (modèles psychodynamiques) ;
- les communications et les interactions paradoxales intervenant dans « l'ici-et-maintenant » (modèles cybernétiques-systémiques) ;
- les coalitions, les frontières et les règles (modèles structuraux) ;

- les conflits de pouvoir, la résolution de problèmes (modèles stratégiques) ;
- la différenciation des *selfs* sur plusieurs générations (modèles multigénérationnels) ;
- l'équilibre des comptes et des mérites, des dons et des dettes entre générations (modèles intergénérationnels).

Ces recherches ont conduit à la description de processus cliniques familiaux riches et variés. L'accent mis sur les processus inter-fantasmatiques ou sur les processus relationnels cherchait à se décaler des grilles de lecture psychiatriques ou psychopathologiques. Dans la version psychodynamique, les termes psychiatriques sont utilisés de façon métaphorique, et généralisés sur l'ensemble de la famille, conçue comme un « appareil psychique familial ». Dans la version systémique « classique », la personne malade est considérée comme un « patient désigné », l'enjeu étant de lui permettre de se dégager de cette désignation.

En se développant, ces formes initiales de thérapies familiales ont eu tendance à se déconnecter des services spécialisés ayant à traiter des problèmes spécifiques et lourds, et se sont plutôt adressées à des familles ayant suffisamment de ressources personnelles pour se mobiliser et accepter parfois des remises en question éprouvantes.

Depuis cette époque pionnière, d'autres modalités d'interventions familiales sont apparues, mettant moins l'accent sur la dimension intrafamiliale des troubles à traiter.

Les thérapies centrées sur les solutions, plutôt que de se focaliser sur la résolution de problèmes bien définis et ciblés ou sur les modes de fonctionnement familial, cherchent à renforcer les ressources positives de la famille et à favoriser les initiatives créatrices du patient et de ses proches, en relativisant ainsi le poids des problèmes sans solution, ou sans solution immédiate.

Les thérapies narratives se réfèrent aux philosophes de la « post-modernité » et au constructionnisme social, en postulant que l'échange conversationnel est la condition, pour un groupe, pour construire une réalité partagée. Les thérapeutes narratifs ne cherchent pas à se positionner comme des spécialistes du changement qui auraient une compétence hiérarchiquement supérieure à la compétence de la famille. L'expression du discours et le développement de la conversation conduisent au partage des expériences personnelles et à la création d'une histoire commune.

Les thérapies familiales comportementales et cognitives, à l'inverse des précédentes, reposent sur des connaissances issues de la psychologie cognitive et expérimentale, et cherchent à développer des procédures objectivables et reproductibles, indépendamment de l'engagement et de l'appréciation subjective des interlocuteurs. Elles cherchent à définir aussi précisément que possible la nature des troubles et du fonctionnement personnel et familial à partir d'échelles d'évaluation validées, et se prêtent par nature à un examen statistique de leurs résultats. Dans la version psycho-éducationnelle familiale,

il s'agit, après l'établissement du diagnostic, d'en informer le patient et la famille selon un programme de rencontres extrêmement précis, puis de décrire les connaissances actuelles sur la nature de la maladie et la manière de la traiter. On apprend à la famille à développer les attitudes qui permettent de participer activement au traitement, en affirmant haut et clair qu'elle n'est pas à l'origine de la maladie, et qu'elle peut développer des compétences pour en atténuer les effets et prévenir les rechutes. On entraîne conjointement le patient à développer des habiletés sociales, et on met en œuvre des programmes de réhabilitation et de recherche d'emploi, lorsque cela est possible.

Les thérapies familiales écosystémiques contemporaines reposent sur l'appréhension de la complexité des systèmes, et sur un travail d'action-recherche. En reconnaissant la multiplicité des niveaux d'organisation, elles procèdent par l'élaboration d'hypothèses abductives, susceptibles d'être régulièrement modifiées en fonction de l'évaluation du processus thérapeutique. Au-delà de la généralisation des typologies sémiologiques ou fonctionnelles de la personne et de ses systèmes d'appartenance, elles tiennent compte de la singularité de chaque situation. Comme dans les thérapies familiales comportementales et cognitives, elles considèrent la famille comme un partenaire thérapeutique, à ceci près qu'elles conçoivent les procédures d'apprentissage comme une expérience également partagée par les patients, les familles et les intervenants. Par ailleurs, elles se focalisent sur l'évolution et la création des contextes organisationnels des patients et de leurs proches, c'est-à-dire sur les interfaces dynamiques qui connectent et articulent les niveaux d'organisation locaux et globaux.

La question de la demande est essentielle quant à la manière d'envisager une démarche en thérapie familiale. Celle-ci surgit fréquemment chez un membre de la famille qui ne présente pas le plus de troubles. Mais elle surgit non moins fréquemment chez les professionnels de la santé mentale ou du champ socio-éducatif qui perçoivent les limites de leurs possibilités d'intervention. Dans ce dernier cas de figure, les familles ne sont pas directement volontaires, et ne perçoivent pas nécessairement l'intérêt de telles consultations. Elles peuvent être pourtant motivées à répondre à la demande des professionnels concernés, pour peu que cette demande soit conçue comme un partage d'information, une aide à la concertation, à l'élaboration et à la décision.

On notera que ces formes actuelles de thérapies familiales partagent un certain nombre de points communs : une attitude modeste quant aux objectifs de changement dans les situations pathologiques lourdes et graves ; l'absence de mise en accusation de la famille, et le respect des personnes, de leurs modes de vie, de leurs croyances et de leurs systèmes de connaissance ; l'apaisement des situations anxiogènes ou stressantes ; l'accompagnement des patients et de leurs familles sur une durée suffisamment longue, si la nécessité l'impose ; l'acceptation d'une différenciation et d'une diversification des modalités d'intervention.

Formation des thérapeutes

Une vingtaine de pays européens participent à l'organisation de l'Association européenne de thérapie familiale (EFTA). Le courant dominant est le courant écosystémique. Environ 200 professionnels français adhèrent directement à l'EFTA, en majorité des psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs et infirmiers. La Société française de thérapie familiale (SFTF), qui adhère à l'EFTA et à la Fédération française de psychiatrie (FFP), est composée de 300 membres, dont 180 membres titulaires. Ces derniers doivent justifier de 4 ans de formation à raison de 200 heures par an, et de 4 ans de pratique des thérapies familiales. Elle est composée, pour plus de 50 %, de psychiatres, et comporte également des psychologues, infirmiers, éducateurs et travailleurs sociaux. La SFTF édite un annuaire tous les deux ans. Ses activités sont répertoriées sur un site Web[6]. Certains thérapeutes familiaux français adhèrent conjointement à la SFTF et à l'EFTA. Il existe par ailleurs plusieurs courants de thérapie familiale psychanalytique, en particulier la Société française de thérapie familiale psychanalytique, et le Collège de psychanalyse groupale et familiale.

Différents courants en thérapie familiale

La clinique des communications familiales est apparue pour faire face aux situations de crise, de perturbations, de violences qui caractérisent de nombreux troubles comportementaux et mentaux : psychoses, maltraitance, troubles du comportement alimentaire, troubles addictifs, troubles psychosomatiques, démences… Les thérapeutes qui sont confrontés à ces troubles interviennent dans des situations marquées par la violence extrême, se traduisant par des états de dangerosité vis-à-vis de soi-même ou d'autrui. Leur but n'est pas tant de percer un mystère, ni même de supprimer des symptômes, que de limiter les risques mortifères liés à ces symptômes, de gérer des contextes de survie et de solliciter des opportunités ouvertes sur la création et la vie.

Ces perturbations créent des situations critiques de survie qui mettent en cause l'identité des personnes et des groupes. Elles s'accompagnent d'une mise en question des systèmes de communication et de relation, des systèmes de croyance et de valeurs, des systèmes de connaissance et de reconnaissance qui opèrent habituellement dans la constitution des liens interhumains et les processus d'autonomisation. Le traitement de ces perturbations réclame des lectures multiples, qui débouchent sur des modes d'intervention éventuellement opposés : psychodynamiques, systémiques, comportementaux et cognitifs.

6. http ://mapage.noos.fr/jcbouley/index.htm

Si les premières expériences de thérapie familiale remontent au début des années 1950 aux États-Unis, il a fallu attendre dix à vingt ans pour que le mouvement se développe en Europe. Après quelques expériences sporadiques, la France a pris le vent vers la fin des années 1970. Depuis cette époque pionnière, les formes et les techniques d'intervention thérapeutique avec les familles se sont diversifiées, complexifiées, articulées.

Les développements qui sont proposés ici partent de l'exposé des grands courants qui se sont imposés depuis cinquante ans, et débouchent sur des considérations de nature éco-étho-anthropologique. Plutôt que de réduire l'examen des situations cliniques à des procédures simplificatrices qui risquent de conduire à des oppositions stériles et à des complications inextricables, la démarche éco-étho-anthropologique s'inscrit dans le paradigme de la complexité, en cherchant à articuler des modélisations éventuellement divergentes. Elle s'intéresse à la manière dont l'homme construit son écosystème et dont l'écosystème modifie récursivement son identité. Une telle « anthropologie » part du constat que même l'observateur le plus impartial est nécessairement une partie de l'objet de son étude, dont il ne peut totalement s'extraire.

Premières conceptions

Les premières conceptions ont eu en commun de considérer la famille comme une unité susceptible de changer en fonction d'une implication directe des membres qui la composent. Les symptômes qu'elle présente sont interprétables à partir de l'examen de ses modes de fonctionnement, qu'il s'agisse de son organisation psychique, de ses modes d'interaction actuels ou des processus historiques qui la constituent. Il s'agit de thérapies de la famille par la famille. En dernier ressort, c'est à la famille de gérer ses propres conflits, d'être questionnée sur ses défaillances et de prendre en charge la nature de ses difficultés.

Conceptions systémiques synchroniques

Le système familial est conçu comme un ensemble d'éléments (individus) en interaction, dont les communications sont régulées en fonction du ou des buts à atteindre.

En décrivant l'existence de « doubles liens » (*double binds*) dans les familles à transaction schizophrénique, Bateson, Jackson, Haley et Weakland ont non seulement permis de repérer des formes d'injonctions logiquement paradoxales conduisant à des impasses relationnelles, mais encore de concevoir des modalités d'intervention thérapeutique. En appartenant et en n'appartenant pas au système familial, les intervenants cherchent à produire des *double*

binds thérapeutiques. L'hypothèse de base, pour les premiers thérapeutes familiaux se réclamant de ce courant de pensée[7], est de considérer la pathologie schizophrénique comme réductible à un trouble interactionnel. La schizophrénie serait la résultante de perturbations relationnelles, produisant un effet de désignation qui viendrait à s'estomper, voire à disparaître, lorsque les communications s'améliorent.

Thérapie interactionnelle brève

Dans la version communicationnelle de la thérapie familiale brève (Watzlawick, Jackson, Fisch et Weakland), les thérapeutes cherchent à introduire des métarègles dans une interaction marquée par un jeu sans fin de règles où chaque partenaire ponctue la séquence des faits en réaction à ce qu'il perçoit chez l'autre. Il s'agit alors d'identifier le problème, et de prescrire des comportements (plutôt que proposer des interprétations) qui recadrent la valeur contextuelle des symptômes.

Thérapie familiale structurale

Dans la version structurale (Minuchin), les relations seraient caractérisées par des coalitions et des rejets, des engrenages (psychoses) ou des délitements (délinquance) liés à l'aspect poreux ou imperméable des frontières intra ou intergénérationnelles. La « désignation » du patient serait ainsi la conséquence d'instigations, de manœuvres affectant les relations entre celui-ci et ses proches. Le but de la thérapie est d'atténuer les aspects pathologiques des interactions par la restructuration des frontières et des coalitions du système familial et de ses sous-systèmes, dans l'idée de supprimer cette « désignation ».

Thérapie familiale stratégique

Dans la version stratégique issue des travaux menés au premier *Mental research institute* (MRI), de Minuchin (1974) et de Erickson (Haley, 1984), le symptôme est appréhendé comme la manifestation d'un conflit de pouvoir à l'intérieur de la famille. Le thérapeute stratégique est attentif aux triangles, aux processus hiérarchiques, aux séquences et aux règles d'interaction tels qu'ils se modifient lors des cycles de la vie familiale. La thérapie est conçue comme une résolution de problèmes pragmatiques, par l'examen de la fonction communicationnelle de la métaphore et la nature métaphorique des symptômes (Haley, 1993), et procède également par la prescription paradoxale de la résistance, du symptôme, de tâches à accomplir en séance ou à domicile, conduisant au remaniement des triangles pervers (qui peuvent par exemple entraîner une coalition entre un grand-parent et un enfant contre

7. Bateson est resté circonspect sur ce type d'hypothèse. Pour lui, la dimension pathologique du *double bind* schizophrénique peut être liée à une combinaison de facteurs génétiques rendant compte d'un trouble du deutéro-apprentissage et d'expériences relationnelles fréquemment répétées au cours du développement de l'enfance du patient.

un parent) et l'introduction de règles fonctionnelles. Les concepts de *double bind* et d'homéostasie familiale sont nettement moins utilisés que dans le modèle de thérapie interactionnelle brève du MRI.

Thérapie familiale systémique : connotation positive et contre-paradoxes

Le succès des travaux de Mara Selvini Palazzoli est à la mesure de son esprit de recherche, mais aussi de simplification. Son originalité tient à sa capacité à remettre en cause ses hypothèses et à abandonner des points de vue que ses lecteurs ou ses « élèves[8] » ont trop souvent pris pour argent comptant. Le terme de « thérapie familiale systémique » est souvent devenu synonyme de l'approche développée dans ses ouvrages. On notera que ses techniques ont beaucoup évolué au cours du temps. On retiendra ici :

- l'importance du recueil d'informations dès la prise de contact téléphonique ;
- une forte ritualisation et dramatisation du protocole thérapeutique ;
- une attitude de neutralité vis-à-vis des positions contradictoires des membres de la famille ;
- l'examen des comportements d'hubris dans la famille, c'est-à-dire de compétitions symétriques exacerbées dans les familles dites « à transaction schizophrénique » ;
- l'exploration des interactions par le « commérage en présence d'autrui », c'est-à-dire le fait de demander à un tiers ce qu'il pense de la relation entre deux autres personnes ;
- l'élaboration d'hypothèses, fréquemment élaborées et discutées pendant le déroulement de la séance ;
- l'énoncé de conclusions, éventuellement écrites, lues solennellement par un thérapeute, apportant un effet de surprise, et comportant une dimension contre-paradoxale. Il s'agit de prescrire des tâches et des rituels : par exemple pour les parents, sortir le soir sans prévenir leur enfant psychotique alors que celui-ci impose une présence constante ; ou encore concentrer les prises de décision alternativement sur chaque parent d'un jour à l'autre lorsqu'il existe un conflit majeur à ce sujet. Par ailleurs, les thérapeutes en viennent à connoter positivement les attitudes des membres de la famille qui assurent l'homéostasie du système, surtout lorsque celles-ci apparaissent comme contre-intuitives au premier regard.

Le « malade » est ainsi considéré comme un « patient désigné » qui serait ainsi l'enjeu d'instigations, de manœuvres, de discrédits, de coups tordus (Selvini Palazzoli et coll., 1975). Le but de la thérapie est d'atténuer les aspects pathologiques des interactions, dans l'idée de supprimer cette « désignation » et de normaliser la forme des échanges.

---

8. Mara Selvini Palazzoli a préféré renoncer à former des disciples, de crainte de figer son enseignement dans une théorie définitive et instituée. Mais ses proches collaborateurs et de nombreux formateurs ont fait référence à ses travaux, au point que « l'école de Milan » est devenue une référence internationalement reconnue.

Conceptions psychodynamiques

On peut distinguer deux orientations possibles des thérapies familiales psychodynamiques : l'orientation qui cherche à reproduire les conditions de la cure psychanalytique classique à l'approche de la famille et l'orientation qui tire parti des apports de la démarche psychanalytique en l'articulant, de manière plus ou moins vaste, aux apports de la cybernétique, de la sémiotique, de l'anthropologie et de la théorie des systèmes.

Psychanalyse familiale

Dans la version de la psychanalyse familiale, la famille est appréhendée à partir de la théorie d'un appareil psychique familial, agencé selon divers régimes de fonctionnement (perception-conscience, préconscient, inconscient), à partir d'organisateurs groupaux (l'illusion groupale, les imagos maternelle et paternelle, et les fantasmes originaires de la vie intra-utérine, de séduction, de la scène primitive, de castration), contribuant à la réalisation de relations à l'objet-groupe.

Les processus psychodynamiques en souffrance dans les familles confrontées à la psychose se traduisent par l'indifférenciation des sexes et des générations, l'existence d'une psyché groupale archaïque indifférenciée et de transferts éclatés.

Les techniques thérapeutiques reposent sur le recours aux associations libres, au principe de la règle d'abstinence, aux processus d'inter-fantasmatisation, à la sollicitation des activités oniriques (Ruffiot et coll., 1981). Il s'agit de respecter la lenteur des processus de maturation et de différenciation, et de solliciter l'émergence de la subjectivité et l'accès à la parole, source de symbolisation.

Thérapie familiale psychodynamique

La version de la thérapie familiale psychodynamique ou d'inspiration psychanalytique considère conjointement les personnes en souffrance, la part psychique d'elles-mêmes qui reste profondément active chez les proches, les mouvements conscients, préconscients et inconscients qui les mobilisent, et le système qu'ils constituent au travers des rituels et des mythes qui leur sont communs (Ackerman, 1958 et 1966 ; Lemaire, 1989). Le thérapeute est attentif aux impressions fugitives concernant les émotions et les expressions non verbales, les jeux, les fantaisies, les rêveries, susceptibles de révéler les productions collectives et les fantasmes partagés par les membres de la famille. L'action thérapeutique repose sur l'analyse des résistances et l'interprétation des effets de groupe à partir des mouvements transférentiels interpersonnels. L'interprétation porte sur les aspects communs des productions inconscientes. Celle-ci s'exprime au moins autant, sinon plus, par les attitudes non verbales du thérapeute que par son discours, et concerne l'échange à plusieurs, même si elle peut passer par le choix d'un échange adressé à une personne en présence des autres. Le thérapeute est amené à souligner le

bénéfice primaire et secondaire du symptôme collectif, et peut utiliser le jeu, les marionnettes, le psychodrame, le génogramme comme vecteurs de l'échange. Pour Lemaire, le système familial devient un moyen thérapeutique, à ceci près que celui-ci est constitué de personnes dont l'activité psychique contribue à son identité systémique et à son évolution dynamique.

Conceptions systémiques diachroniques : thérapies familiales transgénérationnelles

Les perspectives psychodynamiques élargies à l'appréhension du système familial ont conduit à la prise en compte de facteurs influençant celui-ci dans son déploiement temporel. Au-delà des influences liées à la petite enfance, se pose la question des événements et des constructions psychiques liés à la vie des parents, des grands-parents et des ancêtres. La famille est alors considérée comme une unité de reproduction transmettant des modes d'échange et de triangulation, des valeurs et des symboles au cours des générations.

On distingue deux formes de thérapie familiale transgénérationnelle :

- la thérapie familiale multigénérationnelle (Bowen, 1978), dans laquelle les cliniciens repèrent l'ensemble des processus émotionnels, intellectuels et sentimentaux qui s'organisent au cours du temps, sur plusieurs générations, par la constitution de *selfs* plus ou moins différenciés. Dans les familles souffrantes, il existe fréquemment une masse de mois indifférenciés, des ondes de choc émotionnelles, une aggravation de l'indifférenciation des *selfs* sur plusieurs générations, des triangulations et des projections sur des tiers, en particulier lors de l'existence de troubles psychotiques (Bowen, 1978) ;
- la thérapie familiale contextuelle intergénérationnelle (Boszormenyi-Nagy et Spark, 1973), dans laquelle la famille est le lieu de l'expérience de l'éthique, marquée par des dons et des dettes qui se transmettent de génération en génération. Elle peut être le siège de loyautés invisibles qui relient le patient à un parent exclu du système. L'équilibre des transmissions intergénérationnelles serait régie par une sorte de grand livre des comptes des dettes et mérites qui assigne à chaque membre de la famille, dès sa naissance, des droits et des devoirs, soumis éventuellement à des délégations, voire des missions transgénérationnelles. Les interventions thérapeutiques sont orientées vers la compréhension de ces facteurs historiques et vers le dégagement des circonstances encryptées susceptibles de générer des sentiments de culpabilité ou de honte.

Nouvelles conceptions

Les courants qui précèdent, en insistant sur l'implication des membres de la famille amenés à consulter, sur leurs motivations, leurs aptitudes à se remettre en question et à changer leurs modes de fonctionnement, rendent certes des

services aux familles présentant des ressources suffisantes pour une telle épreuve. Mais bien souvent, dans les situations de maltraitance, d'abus sexuel ou de psychose, une telle implication directement orientée sur les représentations que la famille a d'elle-même se révèle inadéquate, dans la mesure où elle risque d'amplifier les sentiments de culpabilité et de honte, ou de déplacer les symptômes et la souffrance sur les membres de la famille présumés sains. Des courants plus récents ont cherché à éviter cette focalisation, soit en orientant les interventions à partir de l'objectivation des symptômes, des conduites et des schèmes émotionnels et représentationnels (thérapies comportementales et cognitives), soit en partageant des expériences de vie en évitant les élaborations causalistes (courants humanistes, narratifs, centrés sur la solution) soit en élargissant les rencontres contextuelles à des systèmes plus vastes (séances multifamiliales, réseaux). De nombreux remaniements se réalisent en fait entre ces courants : les thérapies comportementales et cognitives élaborent des formes de rencontres ajustées à chaque objectif à traiter (individu, couple, famille, multifamilles, groupes de réhabilitation psychosociale) ; les thérapies écosystémiques font davantage référence à la théorie de la complexité, et conçoivent les séances comme des dispositifs de co-création et de co-évolution entre membres de la famille et thérapeutes, qui ne peuvent se réduire à des programmes préalablement formatés.

Conceptions comportementales et cognitives

Ce dégagement de l'implication familiale dans l'origine des troubles est devenu radical dans l'approche comportementale et cognitive. La famille est considérée comme une collectivité de personnes présentant des schèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs, éventuellement perturbés lors de l'existence de troubles de la personnalité, de troubles mentaux ou comportementaux. Dans la prise en charge psycho-éducative des patients schizophrènes et de leurs familles, ces dernières sont considérées comme des familles « normales », confrontées à une maladie ou un ensemble de maladies dont l'origine est cérébrale et vraisemblablement de nature neuro-développementale. S'il existe des perturbations dans les relations intrafamiliales, voire dans les relations entre la famille et l'environnement social, ces perturbations sont considérées comme secondaires à la maladie. Lors de troubles schizophréniques, on constate fréquemment une amplification des émotions exprimées, avec une exagération des tendances à la critique *ad hominem*, à l'hostilité, à la surimplication, à l'intrusion, au rejet de l'expression d'autrui. Bien que ces caractéristiques ne soient pas spécifiques (on les retrouve dans nombre d'autres pathologies graves, voire chez certaines familles ne présentant pas de maladie), elles semblent un facteur précipitant le recours aux hospitalisations.

Par ailleurs, des recherches en psychologie cognitive ont montré qu'à partir de 3-4 ans, l'enfant ne se contente pas de développer des représentations de lui-même et des autres : il construit des représentations de second ordre, ou

métareprésentations (je pense que…, je crois que…, je suppose que…) qui lui permettent d'inférer des intentions, des croyances, des sentiments tant dans son propre fonctionnement mental que dans celui d'autrui. Il élabore ainsi une théorie personnelle des états mentaux, qui se complexifie tout au long de son développement, tant en fonction de la structure de sa personnalité que de ses expériences.

Les objectifs thérapeutiques sont apparemment plus modestes que dans les courants précédents. La famille n'est plus considérée comme le lieu de l'origine des troubles, et ses membres ou leurs interactions ne sont plus tenus pour responsables, ni explicitement, ni implicitement, des manifestations pathologiques. Les thérapeutes partent du constat de la maladie, informent la famille de ses caractéristiques (en particulier de l'importance des facteurs génétiques et biologiques), de son évolution, de son traitement. Ils proposent des conseils psycho-éducatifs, en montrant de quelle manière l'atténuation des débordements émotionnels et des critiques est susceptible d'aboutir à une meilleure gestion des troubles.

Thérapies multifamiliales

Les thérapies multifamiliales comportent les conceptions écosystémiques et comportementales-cognitives.

Thérapies multifamiliales systémiques

Dès 1950, Laqueur (1978) a mis en œuvre des consultations thérapeutiques réunissant plusieurs familles, pour des jeunes patients schizophrènes hospitalisés dans le *New York State Hospital*. Cet auteur fait référence à la théorie générale des systèmes, mais dans une perspective assez éloignée des hypothèses de Bateson, Haley, Watzlawick et Minuchin. Si l'individu est appréhendé comme le sous-système du système plus vaste qu'est la famille, celle-ci apparaît également comme un sous-système de supra-systèmes : la communauté, la société, l'environnement. Le point de départ de ces consultations multifamiliales est ainsi de recréer un espace communautaire et social pour des familles et des patients confrontés à l'isolement, la souffrance et la détresse apparemment incommunicables à autrui. Les familles sont ainsi sollicitées pour participer à des rencontres d'informations partagées, sur le mode questions-réponses. L'expérience a montré que le recrutement mérite d'être aussi aléatoire que possible, indépendamment des caractéristiques ethniques, religieuses, politiques, économiques, intellectuelles…

L'interaction de plusieurs familles semble produire des changements plus rapides que les thérapies unifamiliales, également pratiquées dans certains cas. Des processus d'apprentissage s'initient à partir de la transmission par analogie, de l'interprétation indirecte, de l'identification croisée entre membres de familles différentes. Il apparaît que la communication est ainsi spontanément facilitée, que la prise de parole est plus aisée et que l'atmosphère est plus permissive que lorsque l'attention est focalisée sur une famille

unique. De fait, la co-présence de familles confrontées à une pathologie récente et de familles ayant une expérience et une maturité plus grandes face à la maladie fait que ces dernières fonctionnent comme « cothérapeutes ». Dans la perspective de Laqueur, la thérapie multifamiliale permet de « rompre le code » caractérisant le style de communication idiosyncrasique de chaque famille singulière en favorisant de nouvelles formes de boucles de rétroaction liées au contact interfamilial.

Thérapies multifamiliales comportementales et cognitives

Appartenant au courant comportementalo-cognitiviste, McFarlane (1983) a renouvelé la conception des thérapies multifamiliales. La démarche est nettement plus psychopédagogique que dans la version classique des approches systémiques, et évite les débordements liés à des expressions émotionnelles débridées. Elle contribue :

- à atténuer l'isolement interpersonnel et social ;
- à éviter la stigmatisation des patients ou des autres membres de la famille ;
- à soutenir chaque famille en allégeant le poids considérable que la maladie fait peser sur son fonctionnement ;
- à dégager chaque famille des tendances à la surprotection et/ou au désengagement, à l'hostilité, aux critiques ;
- à améliorer les communications familiales qui se révèlent d'emblée facilitées par le cadre même de l'échange multifamilial.

On notera que les thérapies multifamiliales ont été proposées pour des familles présentant des troubles homogènes, non seulement dans le cas des schizophrénies, mais également pour les troubles du comportement alimentaire, les troubles de l'humeur, les troubles psychosomatiques, les addictions, les maladies somatiques invalidantes. Si le profil pathologique des patients réclame d'être homogène dans la constitution de tels groupes multifamiliaux, les autres caractéristiques (origine ethnique et socio-économique, systèmes de croyances, opinions politiques…) gagnent à être aussi diverses et hétérogènes que possible. La taille du groupe est préférentiellement de 4 à 7 familles.

Thérapies de réseau

Initiées à partir de 1969 par R. V. Speck, J. L. Speck, Atteneave et Rueveni (Speck, 1987), les thérapies de réseau élargissent l'intervention thérapeutique à toutes les connaissances d'un patient et des membres de sa famille. Le nombre de participants peut atteindre 50 à 60 personnes. Une telle intervention peut être envisagée lorsque les autres modalités thérapeutiques ont échoué (individuelles, familiales, hospitalières institutionnelles) ou pour éviter l'hospitalisation, dans des situations hautement critiques : risques élevés de suicide, troubles mentaux et comportementaux graves avec climat de passage à l'acte.

L'équipe thérapeutique, composée de 4 à 5 intervenants, cherche à reconstituer les liens « tribaux » de l'individu tels qu'ils ont été dissous par la société moderne. De fait, les membres de l'équipe investissent les rôles de chaman et de sorcier des sociétés traditionnelles.

Les transformations apparaissant dans le réseau concernent les unités qui le composent et la complexification de sa cohésion globale ; on constate des modifications concernant l'ambiance, les distances physiques et émotionnelles, les alliances et la coopération. Souvent, les patients font l'expérience de relations entre plusieurs membres du réseau qui leur avaient échappé, ce qui permet de les soulager des liens écrasants à leurs propres parents.

Les thèmes de discussion peuvent être très variés : l'autorité parentale, les problèmes de dépendance et d'autonomisation, les relations symbiotiques, l'appréciation du tempérament et de la personnalité de chacun, l'interaction de couple, les rôles dans la famille, les problèmes de discipline… La valorisation du réseau lui permet de fonctionner comme soutien face aux angoisses déstructurantes, en redonnant confiance dans l'établissement de liens extérieurs à la famille.

Speck souligne deux formes opposées de réseaux : les réseaux trop soudés, où l'intériorisation des normes et de l'idéologie conduit à un *statu quo* figé ; les réseaux trop lâches, marqués par la projection, la tendance à la scission par référence à des normes extrinsèques. Ce même auteur focalise son action sur les phénomènes interpersonnels et transactionnels, sans minimiser l'importance des processus psychodynamiques. Depuis ces travaux pionniers, les pratiques de réseau ont beaucoup évolué et se sont diversifiées (Trimble et Kliman, 1995).

L'équipe thérapeutique cherche ainsi à améliorer le fonctionnement du réseau par l'intervention sur ses différents paramètres : sa taille, sa composition, sa densité, ses contextes d'appartenance, de même que la nature des liens, la direction de l'aide interpersonnelle, leur caractère uniplexe ou multiplexe (formes d'activités uniques ou multiples), leur intensité. On distinguera trois formes de thérapie de réseau, selon que l'on mobilise le secteur primaire (les connaissances proches du patient et de sa famille), le secteur secondaire (les professionnels missionnés par la demande sociale) et une combinaison des deux.

On peut concevoir que de telles pratiques soient à la fois une source de mobilisation intense et fructueuse, et en même temps le siège de multiples résistances. Le fait de mobiliser la totalité d'un réseau a permis (comme pour les formes initiales de thérapie familiale mobilisant la totalité de la famille) d'enrichir la connaissance, sur le terrain, des contextes de vie et de survie des personnes en grande souffrance. Mais le risque est grand d'exacerber le choc entre les attentes culturelles et politiques de la société globale, et les forces mobilisées au sein du réseau. Il apparaît heuristique d'envisager la mobilisation des partenaires des secteurs primaires et secondaires du réseau d'où

émerge(nt) la ou les demande(s), et de traiter avec autant de modestie que possible les conflits auto-contradictoires qui émergent des réseaux partiels ainsi constitués.

Conceptions humanistes, narratives et centrées sur la solution

Quoique très différentes quant à l'inspiration et à l'orientation, ces trois conceptions partagent le rejet d'une focalisation sur le symptôme et d'une quelconque recherche des causes. Elles insistent, à des degrés divers, sur le caractère singulier de la rencontre thérapeutique et considèrent que la famille et les thérapeutes réalisent une communauté de personnes qui développent des visions du monde singulières et relatives.

Thérapies humanistes

L'enjeu de la thérapie est moins de supprimer les symptômes coûte que coûte, que de développer les potentialités de chacun, en tenant compte de ses forces et de ses fragilités, de ses rythmes évolutifs propres, de ses projets de vie. Apprendre à faire connaissance avec chaque partenaire, et avec les styles d'échange de la famille, réclame du temps et du doigté. Favoriser la prise d'autonomie suppose que clients et thérapeutes se découvrent dans leurs singularités sans précipitation ni tentative d'emprise ou de contrôle de la situation. Les thérapeutes ne cherchent pas ici à créer des contextes transférentiels et contre-transférentiels, en faisant référence, si nécessaire, à ce qu'ils sont et ce qu'ils font dans leur existence réelle. Que le contact thérapeutique soit bref ou durable, il évite la création de dépendances qui réactiveraient des schèmes relationnels provenant du passé, et favorise plutôt l'actualisation de processus nouveaux, en prise avec les problèmes et les difficultés actuels.

Thérapies narratives

Dans le développement des thérapies narratives, l'élaboration de la réalité serait le produit des interactions et des conversations. « Les systèmes humains sont considérés comme existant seulement dans le domaine de la signification ou de la réalité linguistique intersubjective » (Anderson et Goolishian, 1988). La construction personnelle des connaissances serait déterminée par la comparaison des productions familiales et sociales, qui ne relèveraient, en dernière instance, que de points de vue relativistes sur l'état du monde. Les significations et les émotions, le sens du « je », du « tu », du « il »... naissant des contextes relationnels, le sentiment de l'identité serait le produit des narrations exprimées lors des échanges, celles-ci s'enchâssant dans des scénarios communs. Dans cette perspective, la notion de vérité objective s'estompe, voire disparaît, de même que celle de compétence ou de spécialiste. Chaque vision du monde étant relative à ses contextes relationnels de production, aucune ne saurait prétendre à une quelconque prééminence.

Thérapies centrées sur la solution

Plutôt que de se focaliser sur le problème et la manière de le résoudre, De Shazer et coll. (1986) s'orientent d'emblée vers les solutions mises en place par le patient, voire ses proches. Le thérapeute ne retient que les expériences positives du passé, et oriente ses interventions du présent vers le futur. Il considère que le client a mis en œuvre les bonnes solutions, et suggère des ajustements nouveaux qui confirment ces bonnes solutions. Seul un petit changement est nécessaire, par rapport à un but raisonnable et minime. Une petite différence a plus de chance de produire une évolution acceptable et fructueuse qu'un bouleversement, qui risque de conduire à un blocage ou à un échec. Dans cette perspective, une légère modification chez une personne peut avoir des répercussions sur l'ensemble du système conjugal ou familial, sans forcément rencontrer le conjoint ou les autres membres de la famille.

Cette perspective évite ainsi l'enchaînement habituel : l'impasse du patient est liée à des choix erronés ; toute menace de changement génère des résistances, qui méritent d'être analysées, voire prescrites. De même, considérer un comportement sous l'angle d'un symptôme risque d'aboutir à une lecture enfermante. Le même comportement, considéré sous l'angle de sa valeur constructive, prendra une signification ouverte sur de nouvelles potentialités. Le changement thérapeutique intervient alors sans que le thérapeute se soit focalisé sur la compréhension de la plainte, au moment précis où le problème aura trouvé une solution opportune.

Conceptions écosystémiques élargies

Les thérapies systémiques actuelles ne peuvent se réduire aux travaux des pionniers tels qu'ils ont été précédemment décrits. À l'inverse des thérapies cognitives et comportementales, qui cherchent à objectiver des procédures reproductibles, éventuellement étayées par des échelles d'évaluation ainsi que des guides d'information et d'apprentissage destinés aux clients, les thérapies systémiques se conçoivent comme des projets d'interventions contextuelles qui permettent de réajuster, voire d'inventer des manières de penser et de faire en fonction des caractéristiques de chaque situation clinique particulière. Les systémiciens sont d'entrée de jeu attentifs aux interférences entre observants et observés, et travaillent à partir de ces interférences. Celles-ci concernent non seulement les patients, les familles et les thérapeutes, mais également les contextes relationnels élargis au sein desquels les uns et les autres évoluent. La manière de recueillir ou de fournir des informations a une incidence sur le déroulement des séances. Le fait de surseoir à une prise de conscience aussi exacte que possible de l'état du patient et de sa famille permet d'enclencher une tension dynamique entre cet état et le surgissement d'événements non encore connus. Il s'agit d'accéder aux effets de la complexité, en évitant les attitudes réductrices et simplificatrices qui risquent de court-circuiter les processus ouverts sur l'innovation (même et surtout

dans les cas où les familles sont confrontées à de grosses difficultés de changement).

Le projet thérapeutique consiste alors à délimiter les zones de compétence et de performance des familles et des intervenants. On aboutit à des apprentissages d'apprentissages (deutéro-apprentissages) auxquels les patients et leurs proches n'accèdent pas spontanément face aux injonctions auto-contradictoires de la vie courante. Ces deutéro-apprentissages ne concernent pas seulement les renforcements opérants, mais cherchent à agir également aux niveaux sous-jacents (empreintes, habituations, accoutumances, réactions phobiques primaires, imitations) et aux niveaux supérieurs.

Cette perspective permet de reconnaître et de gérer conjointement les défaillances des uns et des autres, plutôt que de les dénier. La thérapie s'oriente alors vers l'acceptation de l'incertitude, de la valeur du tâtonnement partagé, de l'élaboration d'hypothèses à infirmer ou à confirmer. Initier un contexte thérapeutique consiste à créer un dispositif où les options pourront osciller entre l'expression de conversations ordinaires, qui n'arrivent plus spontanément, et l'élaboration de projets viables, par l'exploration contradictoire de solutions alternatives.

Certaines métaphores sont ici utiles :
- la métaphore de l'entorse : face à des liens distendus et douloureux, il est difficile d'intervenir directement ; il convient plutôt d'intervenir sur les contextes qui renforcent la mobilisation des interactions interpersonnelles autour de ces liens ;
- la métaphore de la fracture : face à des brisures, voire à un éparpillement de l'esprit, la rigidité des comportements mérite d'être accompagnée par une contention relationnelle, qui permet une réunion et une consolidation des parties disjointes de cet esprit, suivies d'une mobilisation patiente et progressive des interactions supportables.

Pour rendre compte de cet enchevêtrement des niveaux systémiques, force est de constater que la biologie, c'est-à-dire l'étude des processus vitaux, est indissociable de l'activation des comportements organisés en séquences sémiotiques et des contextes écologiques où ils prennent sens. Le clinicien devient un éco-éthologue, à ceci près que les êtres vivants étudiés sont de même nature que ceux qui réalisent l'étude et l'intervention : cet éco-éthologue devient un éco-étho-anthropologue qui, en sollicitant éventuellement les formes symboliques les plus abstraites de l'esprit humain, fait appel à des compétences et à des performances biologiques dont seuls les humains sont capables.

Thérapies conjugales

La thérapie conjugale comportementale est fondée sur l'apprentissage de la communication à l'intérieur du couple et de la résolution des problèmes. Elle propose une planification des changements de comportements de manière à

accroître les interactions satisfaisantes et à atténuer les interactions destructives et négatives : promotion des actes d'amour, des formes de rencontre entre partenaires (promenades, sorties au restaurant, au spectacle…). Elle n'est pas seulement une stratégie d'intervention, mais aussi un traitement fondé sur les apprentissages sociaux.

La thérapie conjugale cognitive est centrée sur les schèmes relationnels irrationnels et les croyances irrationnelles. Elle est souvent associée à des techniques comportementales, voire à un entraînement à l'expression émotionnelle.

Les thérapies conjugales psychodynamiques sont centrées sur les émotions, ou orientées sur l'*insight*. Lorsqu'elles sont orientées sur l'*insight*, elles mettent l'accent sur les processus émotionnels conflictuels concernant chacun des partenaires considérés séparément, les interactions entre eux et le système familial élargi. Ces thérapies intègrent le fonctionnement individuel, conjugal et familial en ce qui concerne les sujets de développement et de maturation, les collusions, les attentes contractuelles incongruentes, les assignements de rôles irrationnels, et les règles relationnelles désadaptées. Les thérapeutes utilisent le sondage, la clarification et l'interprétation dans la découverte et l'explicitation des sentiments, croyances et attentes que les partenaires ont d'eux-mêmes, de leur partenaire, et de leur mariage, pouvant être partiellement ou totalement inconscients, et relevant d'une restructuration par une renégociation consciente.

La thérapie conjugale focalisée sur les émotions repose sur la théorie de l'attachement de Bowlby, et conçoit les détresses relationnelles comme des liens peu sûrs où les besoins d'attachement sont inatteignables du fait de schémas d'interaction rigides qui bloquent l'engagement émotionnel (Greenberg et Johnson, 1988 ; Johnson et Greenberg, 1994 ; 1995). La méthode consiste à aider chaque partenaire à explorer et communiquer ses expériences émotionnelles sur des sujets comme la dépendance d'affiliation (proximité et contrôle) dans le contexte de la relation habituelle. Les besoins d'attachement valables sont clarifiés, chaque personne arrivant à mieux se comprendre et à percevoir son partenaire avec plus de sympathie. Ceci conduit à des interactions nouvelles et moins défensives. Cette approche apparaît opportune surtout pour les couples qui ne présentent pas de perturbations extrêmes.

En conclusion, il apparaît que les thérapies familiales se sont considérablement diversifiées depuis les apports des courants initiaux, et qu'elles continuent à évoluer en fonction des transformations des contextes familiaux et sociaux, des multiples symptômes à traiter, ainsi que des formes des demandes. On notera que, sur le terrain, les thérapeutes familiaux ont à faire face à une large gamme de problèmes, de difficultés, de troubles, de souffrances qui n'entrent ni dans des catégories syndromiques, ni dans des pathologies dûment répertoriées dans les traités de psychiatrie. Le fait de concevoir

de réunir un couple, deux ou plusieurs membres d'une même famille, une famille entière, plusieurs familles, un réseau social relève d'une démarche écosystémique. Pour autant, les méthodes utilisées lors des consultations familiales relèvent de principes théoriques et pratiques souvent distincts, voire opposés. Les modalités techniques revisitent les grandes orientations présentes dans le champ des psychothérapies et conduisent souvent à des confrontations, des interférences entre courants réputés distincts. Le courant psychanalytique s'est diversifié par l'apparition de conceptions psychodynamiques élargies, qui elles-mêmes peuvent s'inscrire dans la théorie des systèmes dynamiques, où les symptômes sont appréhendés comme la résultante de conflits de forces ago-antagonistes pouvant concerner plusieurs générations. De même, si le courant comportemental et cognitif se réfère essentiellement aux apports du behaviorisme, puis du cognitivisme (qui est une forme de behaviorisme de l'esprit) en cherchant à normaliser des schèmes de pensée et d'action, le courant systémique tente plutôt d'articuler les apports de l'éthologie et de l'anthropologie, en amplifiant les singularités symptomatiques et en resituant les patients et leur famille dans leurs contextes vitaux. Mais ces lignes de démarcation sont loin d'être étanches. Si par exemple les thérapeutes systémiques sont attentifs aux processus d'autonomisation, les thérapeutes cognitivistes pourront faire appel à la théorie du « *self-monitoring* ». Il est ainsi souhaitable que les différentes mouvances de thérapie familiale continuent à évoluer, et permettent à leurs représentants un dialogue d'autant plus fructueux qu'il est inspiré par les exigences des usagers.

BIBLIOGRAPHIE

ACKERMAN NW. The psychodynamics of family life. Diagnosis and treatment of family relationships. Basic Books Inc., New York 1958

ACKERMAN NW. Treating the troubled family. Basic Books Inc., New York 1966

ANDERSON H, GOOLISHIAN HA. Les systèmes humains comme systèmes linguistiques : implications pour une théorie clinique. (1988) *In* : Constructivisme et constructionnisme social : aux limites de la systémique ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 1997, **19** : 99-132 (DeBoeck Université)

BATESON G. Vers une écologie de l'esprit. (1972). Seuil, Paris 1977-1980

BOSZORMENYI-NAGY I, SPARK G. Invisible loyalties. Reciprocity in intergenerational family therapy. Harper & Row Publishers Inc., New York, San Francisco, London 1973

BOWEN M. Family therapy in clinical practice. Jason Aronson Inc., New York, London 1978

DE SHAZER S, BERG INSOO K, LIPCHIK E, NUNNALY E, MOLNAR A et coll. Brief therapy : focused solution development. *Fam Proc* 1986, **25** : 207-221

ELKAÏM M. Panorama des thérapies familiales. Seuil, Paris 1995

FALLOON IRH, BOYD JL, Mcgill CW. Family care of schizophrenia. The Guilford Press, New York 1984

GREENBERG L, JOHNSON S. Emotionally focused therapy for couples. Guilford Press, New-York 1988

HALEY J. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. EPI, Paris 1984

HALEY J. Stratégies de la psychothérapie. Erès, Toulouse 1993

JOHNSON S, GREENBERG L. The heart of the matter : perspectives on emotion in marital therapy. Brunner and Mazel, New York 1994

JOHNSON S, GREENBERG L. The emotionally focused approach to problems in adult attachment. *In* : Clinical handbook of marital therapy (2nd ed.). JACOBSON NS, GURMAN AS eds, Guilford Press, New York 1995 : 121-141

LAQUEUR PH. La thérapie multifamiliale. Questions et réponses. (1973) *In* : Techniques de base en thérapie familiale. BLOCH DA ed, Jean-Pierre Delarge, Paris 1979 : 135-152

LAQUEUR PH. Multiple family therapy. *In* : Family therapy : theory and practice. GUERIN PJ ed, Gardner Press, New York 1978 : 405-416

LE MOIGNE JL. La modélisation des systèmes complexes. Dunod, Paris 1990

LEMAIRE JG. Famille, amour, folie. Païdos/Centurion, Paris 1989

LORENZ K. Évolution et modification du comportement. (1965). L'inné et l'acquis. Payot, Paris 1970

MAURIZIO A. La thérapie avec la famille. (1977). Trad. COLAS AM, WAJEMAN M. ESF, Paris 1982

MCFARLANE WR. Family therapy in schizophrenia. The Guilford Press, New York, London 1983

MIERMONT J. Écologie des liens. ESF, Paris 1993

MIERMONT J. Psychose et thérapie familiale. ESF, Paris 1997

MIERMONT J. Psychothérapies contemporaines. Histoire, évolution, perspective. L'Harmattan, Paris 2000a

MIERMONT J. Dictionnaire des thérapies familiales. 2e édition revue et augmentée. Payot, Paris 2001

MINUCHIN S. Familles en thérapie. (1974). Erès, Toulouse 1998

MORIN E. Introduction à la pensée complexe. ESF, Paris 1990

RUFFIOT A, EIGUER A, LITOVSKY D, GEAR MC, LIENDO EC, PERROT J. La thérapie familiale psychanalytique. Dunod, Paris 1981

SELVINI PALAZZOLI M, BOSCOLO L, CECHIN G, PRATA G. Paradoxes et contre-paradoxes. (1975). ESF, Paris 1980

SIMON HA. Science des systèmes, science de l'artificiel. Dunod, Paris, 1991

SLUZKI CE, RANSOM DC. Double bind. The foundation of the communicational approach to the family. Grune & Stratton, New York, London, San Francisco 1976

SPECK RV. L'intervention en réseau social : les thérapies de réseau, théorie et développement. *In* : Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social. ELKAÏM M ed, ESF Editeur, Paris 1987 : 21-40

TRIMBLE DW, KLIMAN J. L'intervention en réseau. *In* : Panorama des thérapies familiales. ELKAÏM M ed, Seuil, Paris 1995 : 447-471

VON BERTALANFFY L. Théorie générale des systèmes. (1947). Dunod, Paris 1973

WATZLAWICK P, HELMICK-BEAVIN J, JACKSON DD. Une logique de la communication. Seuil, Paris 1972

WATZLAWICK P, WEAKLAND J, FISCH R. Changement, paradoxe et psychothérapie. Seuil, Paris 1975

WATZLAWICK P. La réalité de la réalité. Seuil, Paris 1978

WYNNE LC, RYCKOFF IM, DAY J, HIRSCH SI. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 1958, **21 :** 205-220

WYNNE LC. Knotted relationships, communication, deviances and metabinding. *In* : Beyond the double bind. BERGER MM ed, Brunner & Mazel, New York 1978 : 179-188

10

Études d'évaluation de l'approche familiale et de couple

Les études concernant l'évaluation globale de l'efficacité des différentes formes de thérapies familiales sont présentées dans un premier temps, puis les études ayant évalué l'efficacité par type de trouble. L'ordre de présentation de ces études est le suivant : méta-analyses, revues systématiques, études contrôlées.

Résultats des méta-analyses et études globales

Pour l'analyse, ont été retenues, la méta-analyse de Shadish et coll. (1993) ainsi que sa réévaluation (1995), la méta-analyse de Dunn et Schwebel (1995), trois études systématiques et deux études contrôlées.

Méta-analyses concernant l'évaluation des différentes formes de thérapies familiales

Shadish et coll. (1993) ont réalisé une évaluation comparative des effets de la thérapie familiale et de la thérapie conjugale, en fonction des orientations théoriques et méthodologiques (tableau 10.I). L'examen porte sur 163 études publiées entre 1963 et 1988 dont 62 sur les thérapies conjugales et 101 sur les thérapies familiales. Elles sont randomisées, hormis 7 études procédant plutôt de manière arbitraire que réellement par randomisation.

La définition retenue par les auteurs de la thérapie familiale est celle proposée par Gurman et coll. (1986) : « La thérapie familiale peut être définie comme toute tentative psychothérapeutique qui se focalise explicitement sur la modification des interactions entre ou parmi les membres de la famille et cherche à améliorer la famille en tant qu'unité, ou ses sous-systèmes, et/ou le fonctionnement des membres individuels de la famille. »

Sur les 163 études, 71 incluent les comparaisons de thérapies à des situations contrôles et 105 incluent des comparaisons de thérapies à d'autres thérapies ; 13 incluent les deux. Les principaux résultats sont évalués selon l'orientation théorique. Toutes les orientations, hormis l'orientation humaniste, montrent des tailles d'effet qui diffèrent sensiblement de zéro. La psychothérapie familiale et conjugale a un effet positif supérieur au groupe contrôle de clients en

Tableau 10. I : Méta-analyses concernant différentes formes de thérapies familiales

Références	Caractéristiques	Résultats (tailles d'effet)
Shadish et coll., 1993	163 études contrôlées (1963-1988) : 62 thérapies conjugales et 101 thérapies familiales 176 comparaisons : selon différentes orientations 71 comparaisons à des situations de contrôle Pathologies non précisées d de Glass	Psychothérapie familiale et conjugale : effet positif supérieur au groupe contrôle Pas de différences entre les différentes orientations après ajustement sur les covariances
Dunn et Schwebel, 1995	15 études de thérapies de couple Comparaisons orientations comportementale (TCjC), cognitivo-comportementale (TCjCC) et thérapie orientée sur l'*insight* (TCjOI) par rapport à groupe contrôle	Tailles d'effet supérieures au groupe contrôle, respectivement 0,79 ; 0,54 ; 0,87 TCjOI > TCjC ou TCjCC concernant l'évaluation générale des conjoints TCjCC > TCjC ou TCjOI concernant les changements des cognitions relationnelles

post-test. Les évaluations des tailles d'effet sont semblables à celles des études précédemment publiées (Eyberg et Johnson, 1974 ; Pevsner, 1982 ; Raue et Spence, 1985) ayant étudiées les mêmes procédures.

On notera d'une part le petit nombre d'études sur les thérapies familiales et conjugales psychodynamiques, ce qui ne permet pas de conclure sur les résultats, et d'autre part l'échec des thérapies humanistes à montrer des effets positifs significatifs. Par ailleurs, la thérapie familiale montre des tailles d'effet plus basses que la thérapie conjugale, mais cette différence peut être due aux types de problèmes traités, plus lourds pour la thérapie familiale (schizophrénies, délinquance juvénile, alcoolodépendance, toxicomanies), la thérapie conjugale s'adressant plutôt aux insatisfactions liées au couple. Dans les rares cas où elles traitent du même type de problèmes, elles montrent des tailles d'effet semblables.

Shadish et coll. (1995), dans l'évaluation de leur précédente méta-analyse (1993), soulignent plusieurs caractéristiques des méta-analyses en thérapie familiale qui en pondèrent les résultats. Le problème méthodologique posé par Shadish et coll. est que les orientations des thérapies sont associées à d'autres variables ayant des effets significatifs et ainsi constituent des biais dont il faudrait tenir compte dans la mesure et l'interprétation des effets des orientations psychothérapiques proprement dites. Un moyen de contrôler de tels facteurs de confusion dans une méta-analyse consiste à réaliser une régression statistique qui prend en compte ces variables en même temps que l'orientation thérapeutique. En procédant ainsi sur les 71 comparaisons de traitement *versus* contrôle, Shadish et coll. (1995) montrent que la seule variable produisant des différences significatives est l'utilisation d'un manuel

de traitement ou de formation et ne trouvent pas de différence entre orientations thérapeutiques.

Dans leur méta-analyse, Dunn et Schwebel (1995) ont étudié l'efficacité des thérapies de couple comportementales (TCjC), cognitives et comportementales (TCjCC) et orientées sur l'*insight* (TCjOI). L'examen a porté sur 15 études méthodologiquement rigoureuses, recensées dans 19 articles. L'appréciation des changements concerne le comportement relationnel au conjoint, les cognitions, les affects, et l'évaluation générale des relations conjugales.

Après traitement, les tailles d'effet sont significatives en comparaison avec des groupes témoins : 0,79, 0,54 et 0,87, respectivement pour les TCjC, les TCjCC, et les TCjOI.

On soulignera la nécessité, reconnue par les auteurs, d'affiner les grilles d'évaluation concernant les formes d'intervention, les styles de thérapeutes, les caractéristiques des partenaires, et la nature des troubles.

Revues systématiques concernant l'évaluation de l'efficacité des thérapies sur un plan général en fonction du type de troubles

Pinsof et coll. (1996) présentent un ensemble de conclusions concernant les résultats des thérapies de couple et de famille (TCF) selon les formes de pathologie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. La TCF est efficace en général (tableau 10.II), et peut même être supérieure aux traitements alternatifs (chimiothérapie isolée, psychothérapie individuelle, psychothérapie de groupe) pour certains problèmes ou troubles majeurs (schizophrénie, troubles des conduites, addictions, autisme…). Pour ces auteurs, une bonne preuve scientifique d'efficacité est définie par deux études contrôlées soutenant la supériorité de quelque force de TCF, et pas d'études contrôlées avec résultats négatifs ou contradictoires. Il est à noter que les revues concernant les troubles de l'enfant ne parlent pas de thérapie familiale, mais d'entraînement à la gestion parentale (*Parent management training*).

Dans leur revue systématique, Baucom et coll. (1998) cherchent à évaluer l'efficacité, l'efficience et la signification clinique des interventions de couple et de famille étayées empiriquement pour traiter les détresses conjugales et les troubles personnels de l'adulte, comprenant les troubles anxieux, la dépression, les dysfonctions sexuelles, l'alcoolodépendance et les problèmes de boisson, et la schizophrénie (tableau 10.III). Ils prennent en compte les différentes approches théoriques pour traiter ces problèmes, et les différents moyens d'inclure un partenaire ou une famille dans le traitement :

- interventions d'assistance partenaire – famille
- interventions partenaire présentant un trouble spécifique – famille
- thérapie plus générale couple – famille.

La thérapie conjugale comportementale apparaît comme une intervention efficace, en comparaison des listes d'attente ou des traitements placebo avec

Tableau 10.II : Efficacité de la thérapie de couple et de famille par rapport à l'absence de traitement pour différents troubles (d'après Pinsof et coll., 1996)

Type de thérapie	Population	Troubles
Thérapie de famille	Adultes	Schizophrénie, alcoolodépendance, addictions, démence et facteurs de risques cardiovasculaires
Thérapie de couple	Adultes (femmes)	Femmes présentant une dépression unipolaire suivie en ambulatoire avec troubles conjugaux, détresse et conflit conjugaux, obésité, hypertension
Thérapie de famille	Adolescents	Troubles des conduites, addictions, obésité, anorexie mentale pour les adolescentes plus jeunes ayant moins de 3 ans d'évolution de la maladie
Thérapie de famille	Enfants	Trouble des conduites, autisme, obésité, maladies physiques chroniques, agression et non compliance dans le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention

Tableau 10.III : Bilan des revues systématiques retenues

Références	Description	Résultats
Pinsof et coll., 1996	Thérapies de couple et de famille (TCF) d'orientation diverse centrées sur la relation *versus* centrées sur la pathologie	La TCF est efficace en général et parfois supérieurs aux traitements alternatifs pour certains problèmes ou troubles majeurs
Baucom et coll., 1998	Thérapies de couple et de famille d'orientations diverses centrées sur les pathologies	Pour diverses pathologies, les thérapies de couple et de famille ont des résultats supérieurs à l'absence de traitement, ou aux traitements alternatifs
Sandberg et coll., 1997	Comparaison des différentes méthodes de thérapies familiales pour une large gamme de troubles	Les courants classiques (humanistes, contextuels, multigénérationnels, stratégiques n'ont pas été testés empiriquement (1986). La thérapie familiale comportementale a fait la preuve de son efficacité dans une large gamme de troubles. La thérapie familiale structurale serait probablement efficiente pour certains troubles ciblés.

une taille d'effet de 1,01. Toutes les déclinaisons des techniques de thérapie conjugale et cognitive montrent une efficacité supérieure à une liste contrôle pour la modification de l'ajustement conjugal, l'amélioration des communications, des plaintes exprimées.

Les thérapies conjugales psychodynamiques orientées sur l'*insight* présentent une taille d'effet de 0,96. Après 4 ans, en recontactant les conjoints, on constate de manière significative plus de divorces dans les cas de thérapie conjugale comportementale (38 %) que dans les cas de thérapie conjugale orientée sur l'*insight* (3 %). On constate des schèmes semblables si l'on considère l'ajustement conjugal. Malheureusement, on ne sait pas si les couples bénéficièrent d'interventions supplémentaires pendant cette période.

En comparaison avec la thérapie familiale comportementale et la thérapie conjugale systémique (recadrage, connotation positive des symptômes et du système de fonctionnement, prescription du symptôme), la thérapie conjugale émotionnelle montre des effets similaires, et supérieurs à l'évolution de listes d'attente. L'investigation unique de la thérapie conjugale systémique la place dans la catégorie probablement efficace. James (1991) propose une version complétée de la thérapie conjugale émotionnelle, en ajoutant une approche des performances communicationnelles. Les résultats différentiels sont difficilement interprétables. Dans le suivi à plusieurs mois, il semble que pour les couples très perturbés, la thérapie conjugale émotionnelle ne soit pas assez performante pour créer une intimité suffisante et maintenir une amélioration en post-test. Dans les cas plus légers, elle fait preuve de résultats importants (90 % d'amélioration, 75 % de disparition des troubles à la fin du traitement). Mais la comparaison avec la liste d'attente montre que dans cette dernière, l'amélioration spontanée est de 50 %, alors qu'elle n'est que de 13 % pour la thérapie conjugale comportementale.

En résumé, la thérapie conjugale comportementale apparaît efficace et spécifique, la thérapie conjugale émotionnelle est efficace et probablement spécifique, la thérapie conjugale orientée sur l'*insight*, la thérapie conjugale cognitivo-comportementale, la thérapie conjugale systémique sont possiblement efficaces. On notera que si la thérapie conjugale orientée sur l'*insight* semble plus efficace à long terme, ce résultat doit être apprécié avec prudence : ce résultat n'ayant pas été retrouvé par ailleurs, la possibilité d'interventions connexes n'étant pas connue, et l'évaluation n'étant faite que par les thérapeutes prônant leur propre méthode.

La revue de Baucom et coll. (1998) présente également les résultats des interventions conjugales pour des troubles d'un des conjoints. Les interventions conjugales s'organisent selon trois grands types d'intervention : partenaire souffrant assisté de son conjoint ou de sa famille, fonctionnant comme thérapeute ou *coach* auxiliaire ; intervention sur le trouble relationnel du couple ou de la famille spécifique ; thérapie conjugale ou familiale complétant et assistant le traitement individuel de la personne souffrante. Ces trois modalités d'intervention sont bien souvent utilisées dans des formes conjointes.

Dans le cas des troubles obsessionnels compulsifs, le fait d'associer un partenaire ou un membre de la famille au traitement d'exposition et de prévention

de la réponse pourrait accroître la quantité et la qualité des séances pratiquées par le patient à la maison, où il est invité à s'exposer lui-même à l'appréhension des stimuli et à résister à l'urgence de s'engager dans des comportements compulsifs de manière à réduire l'anxiété. Il s'agit de se focaliser sur le trouble sans attribuer de rôle fonctionnel au fonctionnement conjugal ou familial (Emmelkamp et De Lange, 1983). Lorsqu'on utilise la relaxation en conjonction avec l'exposition et la prévention de la réponse et qu'on demande à un proche familial d'assister le patient dans ses exercices à la maison, on observe une amélioration dans la réduction de l'anxiété, de la dépression, des obsessions, et dans l'ajustement à l'interaction familiale et au fonctionnement occupationnel (Mehta, 1990).

Concernant l'agoraphobie, le traitement par exposition s'est révélé le plus efficace. Trois modalités semblent efficaces pour améliorer ce traitement en associant un ou plusieurs membres de la famille :

- l'exposition assistée du partenaire (Mathews et coll., 1977 et 1981) ;
- la thérapie cognitivo-comportementale assistée du partenaire (Barlow et Waddell, 1985) ;
- l'exposition assistée du partenaire avec apprentissage de la communication conjugale.

Contrairement aux TOC et aux phobies, les états dépressifs majeurs et les dysthymies (DSM-III) réclament que l'on s'intéresse aux questions générales des relations conjugales et familiales. Trois études contrôlées ont été consacrées aux thérapies conjugales avec le but explicite de traiter la dépression, qu'il s'agisse de la thérapie conjugale comportementale ou de la thérapie interpersonnelle conjointe (Jacobson et coll., 1991 ; O'Leary et Beach, 1990 ; Foley et coll., 1989).

Une étude a montré que la thérapie conjugale comportementale est plus efficace qu'une liste d'attente dans le soulagement de la dépression pour des femmes quand le couple est en souffrance (O'Leary et Beach, 1990). Deux études ont montré que la thérapie conjugale comportementale et la thérapie cognitive individuelle présentaient des résultats identiques dans ce cas de figure (Jacobson et coll., 1991 ; O'Leary et Beach, 1990). Il s'ensuit que la thérapie conjugale comportementale est un traitement possiblement efficace pour la dépression d'épouses avec souffrance conjugale associée. Trois patientes sur quatre ne présentent plus de signes de dépression au post-test. Quand on rapporte que la détresse conjugale a précédé la dépression, la relation conjugale est perçue plus négativement, et les distorsions cognitives sont moins prononcées. La thérapie cognitive individuelle n'est pas alors aussi efficace, et la thérapie conjugale comportementale apparaît plus efficace. O'Leary et Beach (1990) ont trouvé que l'amélioration de la dépression chez l'épouse était médiatisée par l'augmentation de leur ajustement conjugal grâce à la thérapie conjugale comportementale. Chez les couples les plus

perturbés, 100 % des épouses traitées par la thérapie conjugale comportementale sortirent de leur dépression, 50 % seulement avec la thérapie cognitive individuelle.

La thérapie interpersonnelle conjointe pour la dépression (DeRubeis et Crits-Christoph, 1998) est une forme brève de psychothérapie individuelle développée dans une perspective psychodynamique. Si l'amélioration symptomatique de la dépression apparaît équivalente au traitement individuel, les couples ayant participé à une prise en charge conjugale ont exprimé une amélioration significative de leurs relations, de l'expression affective, supérieure à la thérapie interpersonnelle conjointe isolée, où il existe une diminution de l'expression affective.

En résumé, la thérapie cognitive individuelle et la thérapie interpersonnelle conjointe semblent préférables lorsqu'il n'existe pas de trouble conjugal majeur dans la prise en charge d'un état dépressif majeur de l'un des conjoints, alors que les thérapies conjugales associées au traitement individuel montrent leur intérêt lorsque ce trouble existe.

Les problèmes liés à l'abus de boisson et la dépendance alcoolique s'entrelaçant avec l'interaction conjugale et familiale, des rapports cliniques et des recherches sur l'intervention conjugale ont tenté d'évaluer son efficacité. O'Farrell (1993) décrit le conflit conjugal comme antécédent et conséquent au problème alcoolique. Bien que la boisson puisse conduire au conflit conjugal, les interactions conjugales problématiques apparaissent fréquemment comme stimulant la prise de boisson ou précipitant la rechute chez des alcoolodépendants abstinents. Pour Jacob et coll. (1988), l'alcool assure, pour certains couples, une satisfaction conjugale et une amélioration de leur fonctionnement (au moins à court terme), tandis que pour d'autres, l'effet de l'alcool est clairement négatif dans le système. Quoi qu'il en soit, le fonctionnement conjugal peut jouer un rôle important dans le maintien ou l'arrêt de la prise de boisson.

On compte plus de 30 études ainsi que des articles de synthèse récents (Edwards et Steinglass, 1995 ; Miller et coll., 1995). Mais les critères d'inclusion de Chambless et Hollon (1998) restreignent considérablement le nombre d'études pertinentes. Deux évaluations sont ainsi retenues : l'approche de renforcement communautaire d'Azrin (1976), pour les hommes alcoolodépendants et leur environnement significatif, et la thérapie conjugale comportementale adaptée à l'alcoolodépendance de O'Farrell et coll. (1993).

L'approche de renforcement communautaire est un traitement comportemental qui implique le conjoint, les membres de la famille, et les autres personnes du réseau social. Les proches sont entraînés au départ à aider le patient à suivre le programme de traitement, puis à fournir et à supprimer les renforcements pendant les épisodes d'alcoolisation.

Malgré la faible échelle d'évaluation (n = 10) dans l'étude d'Azrin (1976), les participants à l'approche de renforcement communautaire montrent 98 % de

jours d'abstinence contre 45 % dans le traitement de groupe habituel. L'amélioration porte également sur les hospitalisations, l'emploi, l'ajustement social et conjugal (diminution des séparations conjugales). Cette approche a conduit à établir un système de compagnonnage dans la communauté (à partir de l'initiative d'un patient abstinent depuis plus d'un an) ; elle associe un traitement au disulfiram avec l'assistance du partenaire et de la famille. Le suivi sur 2 ans montre une abstinence de 90 % de jours d'abstinence (Azrin, 1976) et de 86 % de jours d'abstinence dans le suivi sur 6 mois (Hunt et Azrin, 1973). Une telle approche est donc efficace mais elle réclame l'utilisation intensive des ressources professionnelles, familiales et communautaires.

Pour la thérapie familiale comportementale, O'Farrell et coll. (1993) ont développé un programme thérapeutique hautement structuré formé de multiples composantes : préséances avec chaque couple, groupe de thérapie conjugale comportementale, un module de prévention de la rechute (avec un programme de prescription de disulfiram assisté par le partenaire).

Dans l'étude d'O'Farrell et coll. (1985), 34 hommes alcoolodépendants ont été assignés de façon randomisée dans trois formes de traitement : un groupe de couples recevant une thérapie conjugale comportementale ; un groupe de couples recevant une thérapie interactionnelle ; un groupe de couples recevant un traitement individuel habituel. Les traitements comportemental et interactionnel étaient précédés d'une séance d'orientation et d'amélioration de l'engagement. Les contrats de prise du disulfiram faisaient partie de la thérapie comportementale, mais pas de la thérapie interactionnelle. Le groupe interactionnel partageait les buts de diminuer la prise d'alcool et le conflit à son sujet, d'accroître les interactions positives entre les conjoints et insistaient sur le soutien mutuel, l'*insight* relationnel, le partage des sentiments plutôt que la répétition comportementale et l'entraînement à la performance. Les deux techniques semblent également crédibles et satisfaisantes. Mais à partir d'un index d'appréciation plus précis et élaboré, la thérapie conjugale comportementale donne de meilleurs résultats en termes de jours d'abstinence et de conséquences liées à l'alcoolisation (hospitalisation, perte du travail, arrestations) au bout de deux ans d'évolution. La seconde étude de O'Farrell et coll. (1993) a porté sur l'intervention de prévention de la rechute fondée sur la thérapie conjugale comportementale. Les différences entre sujets traités et sujets non traités étaient significatives à 9 et 12 mois de suivi après le traitement, en matière de jours d'abstinence, mais pas en matière de conséquences négatives de l'alcoolisation. Le projet global de O'Farrell et coll. apparaît comme possiblement efficace et spécifique.

En résumé, le fait d'associer les proches du patient alcoolodépendant, en particulier le conjoint, dans les différentes étapes du traitement, améliore les résultats.

Pour la schizophrénie, les interventions brèves n'apparaissent pas avoir d'effets à long terme sur l'évolution des patients schizophrènes. Par-delà l'extrême diversité des modalités d'intervention, en termes de « format »

(familles multiples *versus* familles singulières) et de « dispositif » (« *setting* ») (interventions à domicile *versus* consultations cliniques), on note les points communs suivants : programme éducatif (symptômes, théories biologiques, signes précoces de rechute, chimiothérapie, principes de traitement) ; refus de blâmer les membres de la famille ou de considérer leurs tentatives d'aide comme des manifestations pathologiques ; effort pour améliorer leurs aptitudes à la communication et à la résolution de problèmes, soit sous la forme d'entraînements aux performances sociales ou de discussions ; promotion du développement de tous les membres de la famille, et pas seulement le patient, incluant l'encouragement à étendre leurs soutiens sociaux à l'extérieur du réseau familial ; perspective à long terme pour améliorer la capacité de la famille à gérer la maladie et effort pour redonner espoir quant à la possibilité d'évolution favorable.

La thérapie familiale comportementale est considérée comme efficace et spécifique en termes de résultats positifs à long terme (Falloon et coll., 1984 ; Tarrier et coll., 1989 ; Xiong et coll., 1994 ; Randolph et coll., 1995 ; Schooler et coll., 1997 ; Leff et coll., 1985), la thérapie familiale de soutien est considérée comme efficace et spécifique en termes de résultats positifs à long terme (Leff et coll., 1990 ; Zhang et coll., 1994 ; McFarlane et coll., 1995a et b), la thérapie familiale systémique est considérée comme probablement efficace et spécifique (Hogarty et coll., 1991) et la thérapie familiale centrée sur l'*insight* et sur le passé est considérée comme inefficace ou présentant des résultats négatifs (Köttgen et coll., 1984).

En résumé, quelques remarques sur la méthodologie et la définition des troubles dans cette revue :

- La distinction entre troubles relationnels et troubles personnels et entre action placebo et action spécifique est incertaine dans certaines études.
- Les préconceptions de la grille initiale d'évaluation pourraient mettent en avant les thérapies familiales comportementales, les interventions psychodynamiques et écosystémiques n'étant pas toujours directement centrées sur des objectifs de suppression immédiate des symptômes.

La revue systématique de Sandberg et coll. (1997) se propose d'évaluer les différentes approches en thérapie familiale en fonction des grands types de pathologie. L'étude comporte l'examen de 18 approches de thérapie familiale pour 13 types de troubles. Il est à noter que selon cette étude, les modèles les plus populaires de thérapie familiale, qu'ils soient classiques (contextuels, multigénérationnels, stratégiques, interactionnels brefs) ou actuels (centrés sur la solution) n'ont pas été testés empiriquement.

La thérapie familiale comportementale a prouvé son efficacité dans le traitement de nombre de troubles : alcoolodépendance, troubles de l'humeur, troubles anxieux, délinquance juvénile, troubles des conduites, conflits conjugaux. Elle serait probablement efficiente dans le traitement de la schizophrénie. De même la psycho-éducation familiale a prouvé son efficacité

dans le traitement des schizophrénies, et est probablement efficace dans le traitement des troubles de l'humeur.

La thérapie familiale structurale est probablement efficace dans le traitement des toxicomanies (thérapie structurale-stratégique intégrée), les troubles psychosomatiques, les troubles des conduites, les troubles des comportements alimentaires.

La thérapie comportementale a prouvé son efficacité dans le traitement des conflits conjugaux, et ces derniers sont probablement traitables de manière également efficace par la thérapie conjugale psychodynamique éclectique et par la thérapie conjugale symbolique expérientielle (thérapie de couple centrée sur les émotions). Les thérapies familiales systémiques (modèle de Milan) et les thérapies narratives sont passées de 1986 à 1995 de la catégorie « non testée » à la catégorie « efficacité incertaine ».

Études contrôlées concernant l'évaluation de thérapies familiales et conjugales

Haas et coll. (1988) ont évalué l'efficacité de l'hospitalisation avec interventions psycho-éducationnelles familiales, comparée à l'hospitalisation seule : pour des patients présentant des troubles psychiatriques majeurs ; ayant besoin d'un traitement hospitalier ; pour lesquels les deux traitements sont envisageables. Sur 297 patients, 111 patients refusèrent de participer à l'étude. Dans la cohorte totale, 92 patients présentaient des troubles schizophréniques et schizophréniformes, 50 patients présentaient des troubles affectifs majeurs, et 27 d'autres troubles répertoriés par le DSM-III, mais non précisés. La durée moyenne de l'hospitalisation était de 51,1 jours, le nombre moyen de séances familiales était de 8,6. Treize patients sur 92 ont interrompu la prise en charge familiale (tableau 10.IV).

Tableau 10.IV : Études contrôlées retenues de thérapies familiales et conjugales

Références	Description	Résultats
Haas et coll., 1988	Étude contrôlée Thérapies familiales comportementales cognitives avec psycho-éducation pour des patients hospitalisés présentant des troubles psychiatriques majeurs	Les meilleurs résultats concernent les femmes présentant des troubles majeurs de l'humeur. Les résultats sont significativement satisfaisants pour les patients schizophrènes ayant présenté un fonctionnement relativement bon avant l'hospitalisation.
Snyder et coll., 1991	Étude contrôlée Thérapies de couple comportementales *versus* orientées vers l'insight	Résultats significatifs d'amélioration, avec maintien de difficultés conjugales dans 50 % des cas, et 38 % de divorces dans le suivi sur 3 ans des thérapies conjugales *versus* 3 % pour les thérapies orientées vers *l'insight*

L'intervention familiale présentait une composante psycho-éducationnelle importante : faire accepter au patient et à la famille la réalité de la maladie ; identifier les stress possibles comme ayant précipité le déclenchement de l'épisode actuel ; élucider les interactions familiales produisant le stress chez le patient ; planifier des stratégies pour gérer ou minimiser les stress à venir ; faire accepter au patient et à la famille la poursuite du traitement à la sortie de l'hôpital.

L'appréciation des résultats chez le patient concerne le résultat global, les symptômes, le fonctionnement des rôles dans la communauté, la compliance au traitement. Pour la famille, l'évaluation des attitudes et comportements de ses membres, l'intensité du fardeau, le taux de rejet du patient, la capacité à maintenir des liens en-dehors de la famille… à partir d'échelles FAS (*Family attitude scale*).

Les meilleurs résultats de l'intervention familiale concernent les femmes présentant des troubles majeurs de l'humeur. En ce qui concerne les patients schizophrènes, les bons résultats concernent les patients ayant un fonctionnement pré-hospitalier relativement satisfaisant.

À titre de commentaire, on soulignera qu'un levier important, pour les familles non motivées ou en grand désarroi, ainsi que pour les patients ayant de gros troubles de repérages temporo-spatiaux, est d'initier la thérapie familiale lors de l'hospitalisation. Celle-ci est fréquemment le signe d'un risque vital imminent qui motive les membres de la famille les plus concernés par ce qui arrive au patient hospitalisé à prendre contact avec les responsables du traitement hospitalier.

L'étude contrôlée de Snyder et coll. (1991) réalise la comparaison des effets à long terme de la thérapie de couple comportementale et de la thérapie de couple orientée sur l'*insight*. Elle a porté sur 59 couples ayant bénéficié d'une thérapie de couple comportementale (n = 29) ou d'une thérapie de couple orientée sur l'*insight* (n = 30).

La thérapie de couple comportementale consiste en un échange comportemental, un modèle d'entraînement aux habiletés à la communication, aux habiletés à la résolution de problèmes, un renforcement des relations, la gestion des contingences. Elle met en œuvre des procédures de façonnage, la réalisation de tâches à domicile, des instructions comportementales, le modelage, la répétition et le feedback.

La thérapie de couple orientée sur l'*insight* est centrée sur l'interprétation des dynamiques intrapersonnelles et interpersonnelles contribuant à l'expression des difficultés et à exposer des sujets de développement, les interactions collusives, les attentes non congruentes, les règles relationnelles dysfonctionnelles. Elle utilise des coups de sonde, la clarification et l'interprétation concernant la découverte et la mise à plat des sentiments inconscients, les croyances et les attentes concernant les difficultés conjugales habituellement observables.

Sur le plan des résultats, les deux cohortes ont indiqué avoir rencontré des difficultés conjugales à la suite du traitement dans 50 % des cas. Avec un recul de 4 ans, on observe un pourcentage significativement plus élevé de divorces chez les couples ayant participé à une thérapie de couple comportementale : 38 % *versus* 3 %.

Pour les couples qui sont restés mariés, la cohorte de la TCjC a fait état d'insatisfactions plus importantes, bien que les deux cohortes aient pu apprécier la stabilité de leur union.

On pourra souligner que les thérapies orientées sur l'*insight* ont tendance à davantage tenir compte des résistances au changement. La volonté d'efficacité immédiate des TCjC peut aboutir à un effet inverse à celui qui est consciemment recherché. Ce qui pose la question du risque d'augmentation des passages à l'acte, lorsque l'on veut confronter un couple en difficultés à des réalisations correspondant à des normes convenues.

Étude longitudinale concernant des troubles psychotiques

L'étude de Miermont (1997) repose sur le compte-rendu de thérapies familiales permettant d'évaluer l'intérêt d'un suivi à très long terme de patients présentant des troubles psychotiques graves. Il s'agit d'une étude longitudinale de onze patients adultes présentant des troubles psychotiques lourds ((schizophrénie, autisme, autres troubles psychotiques...) et suivis en thérapie familiale sur des échelles de temps longues (de 3 à 10 ans), sélectionnés à partir d'une cohorte de plusieurs de centaines de patients suivis en thérapie familiale avec un recul de 25 années de pratique.

La taille de l'échantillon est de 8 familles. L'âge moyen des patients s'échelonne de 22 à 40 ans (7 hommes, 4 femmes). Les critères diagnostiques reposent sur le DSM-IIIR et IV, ainsi que sur une évaluation à partir des traités classiques de psychiatrie. La durée du traitement a pu varier de 3 ans à 10 ans, associée le plus souvent à la prescription de neuroleptiques et de prises en charge institutionnelles hospitalières et/ou ambulatoires. La pratique de ces thérapies familiales s'inscrit dans le paradigme de la complexité écosystémique, et relève de principes éco-étho-anthropologiques. Elle module les axes d'intervention en tenant compte de la diversité des techniques thérapeutiques décrites dans la littérature et en insistant sur les processus rituels, mythiques et épistémiques en œuvre dans la clinique. Les résultats de cette étude longitudinale (sans groupe contrôle) semblent indiquer un bénéfice à la fois sur le plan clinique et relationnel.

La thérapie familiale entraîne un allègement des prescriptions médicamenteuses et des interventions institutionnelles en produisant des requalifications à distance. On constate des modifications qualitatives et quantitatives des conditions d'hospitalisation : les permissions, les sorties interviennent plus rapidement et augmentent les conditions de sécurité dans la prise de décision ; quand elles surviennent, les rechutes prennent une dimension

ponctuelle, voire permettent d'affronter de manière moins traumatique les différents aspects du drame familial : une nouvelle hospitalisation peut alors être appréhendée moins comme une rechute et un retour à la case départ, que comme l'expression d'une crise ouverte sur de nouveaux dégagements vitaux. Le rétablissement de conversations permet de traiter les problèmes en temps réel, d'encourager les solutions, de discuter des projets, d'accéder à de nouvelles formes d'autonomisation.

Résultats des études par troubles et problèmes spécifiques

L'évaluation des thérapies familiales, des thérapies conjugales et des thérapies psychosociales est abordée en fonction de 4 catégories de troubles chez l'adulte : schizophrénie, troubles du comportement alimentaire, troubles de l'humeur, alcoolodépendance. Chez l'enfant, les troubles anxieux, l'autisme, l'hyperactivité et les troubles des conduites ont été examinés. Le tableau 10.V résume les principales études prises en considération.

Études concernant la schizophrénie

Pour l'évaluation de l'efficacité des thérapies familiales pour la schizophrénie, 4 méta-analyses, 4 revues systématiques et 6 études contrôlées ont été retenues.

Méta-analyses concernant la schizophrénie

Mari et Streiner (1994) proposent une évaluation de l'efficacité et de l'efficience des interventions familiales en utilisant comme critère d'efficacité, la diminution des rechutes chez des patients schizophrènes (tableau 10.VI).

Les interventions psychosociales auprès de la famille cherchent à construire une alliance avec les parents qui ont la charge de la personne schizophrène, alléger le climat émotionnel en réduisant le stress et le fardeau des proches, améliorer la capacité à la résolution de problèmes chez les proches ; diminuer les expressions de colère et de culpabilité ; maintenir des attentes raisonnables face aux performances du patient (équilibre entre la tentative d'amélioration du fonctionnement du patient et l'hyper-stimulation accroissant le risque de rechute), réaliser des changements dans les systèmes de comportement et de croyance des proches. Un grand nombre d'interventions psychosociales ont été développées dans le but de diminuer l'émotion exprimée (EE) ou de réduire la tension dans l'environnement familial afin de faire baisser les taux de rechute schizophrénique. Ces interventions sont conçues comme adjuvants aux chimiothérapies, et non pas comme alternatives à celles-ci.

Se pose la question de la définition de la rechute : réhospitalisation à temps plein, hospitalisation partielle, ou changement substantiel de traitement

Tableau 10.V : Récapitulatif des principales études analysées pour l'évaluation des thérapies familiales

Pathologie	Études retenues : méta-analyses, revues systématiques et études contrôlées
Adulte	
Schizophrénie	4 méta-analyses : Mari et Streiner, 1994 ; Pitschel-Walz et coll., 2001 ; Wunderlich et coll., 1996 ; Benton et Schroeder, 1990 revues systématiques : Barbato et d'Avanzo, 2000 ; Bustillo et coll., 2001 ; Dixon et Lehman, 1995 ; Huxley et coll., 2000 études contrôlées : Doane et coll., 1986 ; Eckman et coll., 1992 ; Glick et coll., 1985 ; Hogarty et coll., 1991 ; Barrowclough et coll., 1999 et 2001 (suivi) ; MacFarlane et coll., 1995b
Troubles des comportements alimentaires	
Anorexie	1 revue systématique : Bowers et Andersen, 1994 études contrôlées : Crisp et coll., 1991 ; Dare et coll., 2001 ; Eisler et coll., 1997 ; Eisler et coll., 2000 ; Geist et coll., 2000 ; Robin et coll., 1994 et 1995
Boulimie	1 revue systématique : McKisack et Waller, 1997
Troubles de l'humeur	
Troubles confondus	2 études contrôlées : Anderson et coll., 1986 ; Beardslee et coll., 1993
Trouble bipolaire	2 études contrôlées : Clarkin et coll., 1998 ; Miklowitz et coll., 2000
Dépression majeure	1 étude contrôlée : Leff et coll., 2000
Alcoolodépendance	2 méta-analyses : Edwards et Steinglass, 1995 ; O'Farrell et Fals-Stewart, 2001
Enfant	
Troubles anxieux	1 étude contrôlée : Barrett et coll., 1996
Autisme	6 études contrôlées : Lovaas, 1987 ; (suivi McEachin et coll., 1993) ; Ozonoff et Cathcart, 1998 ; Birnbrauer et Leach, 1993 ; Jocelyn et coll., 1998 ; Sheinkopf et Siegel, 1998 ; Smith et coll., 2000
Hyperactivité	2 revues systématiques : Gittelman et coll., 1980 ; Pelham et coll., 1998
Troubles des conduites	2 revues systématiques : Brestan et Eyberg, 1998 ; Fonagy et Kurtz, 2002

médicamenteux (Goldstein et coll., 1978) ; réapparition des symptômes chez des patients qui en étaient libérés ou recrudescence marquée de l'intensité des symptômes (Leff et coll., 1982 et 1985) ; recrudescence de symptômes florides pendant plus d'une semaine, changement majeur dans la prise en charge (Falloon et coll., 1982 et 1985) ; changement de critères diagnostiques, (état non psychotique vers un état psychotique) (Hogarty et coll., 1986 et 1987) ; rechute à une semaine (Tarrier et coll., 1988 et 1989) ; augmentation d'un point sur deux échelles ou deux points ou plus sur chaque échelle de symptômes florides, symptômes d'incohérence ou catatoniques (Vaughn et coll., 1992). Il est notable qu'il n'existe pas de définition communément acceptée de rechute schizophrénique.

On observe également une grande diversité d'interventions familiales mais tous les investigateurs utilisaient une composante éducationnelle dans leur

Tableau 10.VI : Méta-analyses retenues concernant la schizophrénie en phase chronique

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Mari et Streiner, 1994 note : 3/7	6 études contrôlées randomisées 350 patients : 181 dans le groupe contrôle et 169 dans le groupe traité réduction du risque relatif de rechute, *odds ratio*	Diminution des rechutes (OR [IC à 95 %]) à 6 mois de suivi : 0,30 [0,06 – 0,71] à 9 mois de suivi : 0,22 [0,09 – 0,37] à 2 ans de suivi : 0,17 [0,10 – 0,35]
Pitschel-Walz et coll., 2001 note : 5/7	25 études contrôlées randomisées Thérapie familiale *versus* prise en charge habituelle Calcul de la taille d'effet selon Rosenthal (1991)	Les tailles d'effet à 6, 9, 12, 18 et 24 mois de suivi ne sont pas significativement différentes. Moyenne des tailles d'effet : 0,20. L'effet se maintient à 2 ans de suivi Les interventions courtes (2 à 10 semaines) sont moins efficaces que les interventions longues (de 9 à 24 mois) : 0,14 *versus* 0,30 Le type d'intervention, avec une orientation psycho-éducationnelle ou thérapeutique, n'influence pas la taille d'effet : 0,18 *versus* 0,23
Wunderlich et coll., 1996 note : 6/7	31 études 2 161 patients ; âge moyen des patients 28 ans (22-66 ans) rg : taille d'effet pondérée (pondérée pour la taille de l'échantillon)	Réduction des réhospitalisations et des rechutes, évaluée à partir de la taille d'effet pondérée rg : méthodes spécifiques d'intervention : 0,17 TFCC : 0,28
Benton et Schroeder, 1990 note : 6/7	27 études Taille d'effet : d de Glass Estimation du *failsafe*	Amélioration habiletés sociales Tailles d'effet : 0,85, 0,80 et 0,74 selon durée de l'entraînement (100 heures, 10 à 40 heures, moins de 10 heures) Auto-estimation et anxiété sociale Tailles d'effet : 0,69, 0,43 et 0,95 Résultats semblent stables dans le temps
Pharoah et coll., 2000 note : 6/7	12 études 836 patients	Groupe d'intervention familiale *versus* contrôle : diminution du taux de rechute à 1 an et 2 ans Effet de la psycho-éducation familiale sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique

TFCC : thérapie familiale cognitivo-comportementale

approche des parents. La stratégie de Leff (Leff et coll., 1982 et 1985) et Falloon (Falloon et coll., 1982 et 1985) inclut la thérapie familiale à domicile en présence des patients, tandis que Hogarty et coll. (1986 et 1987), Tarrier et coll. (1988 et 1989), Vaughn et coll. (1992) décidèrent de réduire les groupes aux membres de la famille sans le patient.

Le risque de rechute dans les groupes expérimentaux s'accroît avec le temps, à 9 mois, il varie de 6 à 41 % selon les études et à 2 ans, de 14 à 33 % mais il est nettement plus élevé dans les groupes contrôle.

La compliance aux médicaments est nettement améliorée lors des interventions familiales. Il existe manifestement un effet additionnel de la thérapie familiale. Celle-ci permet de faire baisser la probabilité des rechutes. Elle est un traitement efficace pour ceux qui acceptent les interventions familiales, mais les résultats de la méta-analyse montrèrent uniquement une efficacité modérée à 9 mois de suivi : en effet les résultats ne tiennent pas après une approche rigoureuse qui tient compte des abandons et des retraits. Deux patients sur cinq doivent être soumis à une intervention familiale pour prévenir une rechute dans un suivi de 9 mois, et ces conclusions sont réduites aux patients vivant dans un environnement familial à EE élevée.

Les changements dans l'état de l'émotion exprimée (EE) entre le groupe expérimental et le groupe contrôle sont marginalement significatifs à 9 mois et un an de suivi en faveur du groupe expérimental ($p < 0{,}06$). L'hyper-implication émotionnelle est aussi marginalement significative ($p < 0{,}07$), et on ne constate pas de différence dans les évaluations de critique et d'hostilité à l'Interview de l'Échelle de Camberwell (Vaughn et Leff, 1976). Cette méta-analyse n'a pas montré une association clairement attendue entre le changement dans l'état d'EE et l'intervention familiale. On peut conclure que les enquêteurs ont été hautement influencés par la théorie de l'EE. Cinq des six essais analysés utilisent la dichotomie de l'EE comme un critère d'inclusion dans leurs études. La supposition implicite est qu'il n'y aurait ni besoin ni bénéfice aux interventions familiales lors d'une EE basse chez les membres de la famille. Cette approche est en contradiction avec l'hypothèse précédente selon laquelle une EE élevée ne serait pas liée à des types de réaction « anormale ». Pourtant, un pourcentage important de EE élevée dans la famille (entre 25 % et 50 %) évoluera naturellement vers un état d'EE bas au cours du temps (Brown et coll., 1972 ; Dulz et Hand, 1986 ; Hogarty et coll., 1986).

Comme le soulignent Falloon et coll. (1985) « la conversion spontanée vers une EE basse est habituelle une fois que les patients se sont stabilisés, limitant la valeur de cet indice comme critère d'efficacité de l'intervention familiale ».

De plus, Tarrier et coll. (1988) ont montré que quelques parents à EE basse qui reçurent uniquement un traitement de routine ont vu leur EE augmenter, bien que ce changement ne soit pas statistiquement pertinent. Par ailleurs on a constaté qu'il existait un risque considérable de rechute chez les femmes à EE basse, diagnostiquées comme schizo-affectives dans l'essai réalisé par Hogarty et coll. (1986).

La plupart des essais ont été engagés avec les patients et leur famille après une admission psychiatrique. Il est apparemment plus facile d'engager les proches parents dans une intervention psychosociale pendant un épisode psychotique. Il semblerait également approprié de tester de nouvelles interventions psychosociales avec des schizophrènes ambulatoires.

Les auteurs soulignent par ailleurs que les patients, les proches et les professionnels de la santé mentale doivent accepter que le premier but du traitement est la réduction des dysfonctionnements liés au processus de la maladie (c'est-à-dire la réduction dans la fréquence et la sévérité des exacerbations de même que la prévention des conséquences sociales imposées par la schizophrénie). Il n'y a aucune raison de croire que l'intervention familiale pourrait « soigner » (« cure ») les patients schizophrènes. De plus, il est important de prendre en considération l'impact de l'intervention dans les domaines qui se situent au-delà de la performance clinique (c'est-à-dire le fonctionnement social du patient, les propos subjectifs du patient, les propos des proches concernant la manière dont il est perçu).

En résumé, les principes généraux de l'intervention psychosociale semblent particulièrement appropriés à la prise en charge familiale de patients présentant des troubles schizophréniques. Ils ne sont pas exclusifs d'autres principes complémentaires, où ce sont les thérapeutes qui se retrouvent en position d'apprentissage devant des familles présentant de multiples connaissances, croyances, compétences pouvant participer à la mise en œuvre d'un processus thérapeutique. Il existe manifestement des contre-indications à ce type d'intervention psycho-éducative, ce dont témoignent les patients et les proches « non compliants », qui refusent le modèle des professionnels, les diagnostics à l'emporte-pièce, la relation savant-ignorant et sont dans certains cas à la recherche d'autres modalités d'écoute, d'aide et de soins relationnels.

On peut noter la limite de la théorie des EE, qui ne tient pas compte de la signification singulière qu'elle représente dans chaque famille confrontée à une situation nouvelle et/ou difficilement gérable (non spécifique : une EE élevée se retrouve dans des formes très variées de pathologie physique, psychosomatique, comportementale ou mentale, et même dans des familles asymptomatiques). Le fait d'initier les séances de thérapie familiale au cours de l'hospitalisation, loin d'être une gêne, est souvent la seule manière d'établir un contact pour les familles qui se retrouvent dans un désarroi maximum. Très souvent, les patients qui sont hospitalisés ont un environnement familial en très grande souffrance, avec l'existence de maladies physiques, psychosomatiques ou mentales chez un ou plusieurs autres membres de la famille. L'articulation et la coordination de thérapies institutionnelles (hospitalières et ambulatoires) et de thérapies familiales apparaît particulièrement productrice d'évolutions intéressantes, en particulier dans les processus d'autonomisation. Dans cette optique, une réhospitalisation ne peut plus être exclusivement considérée comme une manifestation de rechute.

Pitschel-Walz et coll. (2001) cherchent à évaluer les effets des différentes formes d'intervention familiale (psycho-éducation familiale, thérapie familiale, conseil familial, thérapie multifamiliale, thérapie de groupe pour les

proches de patients), dans une perspective bio-psycho-sociale, cognitive et comportementale sur la prévention de rechutes et le nombre de réhospitalisations.

Dans cette méta-analyse, 25 études concernent des programmes d'intervention familiale pour éduquer les proches et les aider à faire face avec la maladie du patient (tableau 10.VI). Les critères d'évaluation ont été les taux de rechute et la réhospitalisation à un an d'évolution. On note 20 % de réduction des rechutes. Si les interventions familiales durent plus de 3 mois, l'effet est particulièrement marqué. Par ailleurs, différents types d'interventions familiales d'ensemble ont des résultats similaires. L'approche bifocale, qui offre un soutien psychosocial aux proches associés au traitement médicamenteux du patient, est clairement supérieure au traitement médical standard isolé. Les effets des interventions familiales et des interventions d'ensemble pour le patient sont comparables, mais leur combinaison ne montre pas de résultats supérieurs à un type de traitement, qu'il soit centré sur la famille ou sur le patient. La méta-analyse montre que les interventions psycho-éducatives sont essentielles pour le traitement des schizophrènes.

Les interventions familiales à long terme présentent une efficacité significative, les orientations théoriques et méthodologiques apparaissant secondaires, de même que l'intensité des interventions. Selon McFarlane et coll. (1995a et b), les interventions multifamiliales semblent présenter de meilleurs résultats que les interventions unifamiliales. Un tel constat mériterait des confirmations ultérieures.

La psycho-éducation pour les patients et leurs familles devrait devenir une partie fondamentale d'un traitement psychosocial global qui pourrait être proposé aux patients schizophrènes.

Cette méta-analyse est essentiellement centrée sur les risques de rechutes. D'autres études montrent : une réduction du fardeau familial ; une évolution d'EE élevée vers une EE basse ; une amélioration de la connaissance concernant la schizophrénie ; une meilleure compliance ; un meilleur ajustement social du patient ; une amélioration de la qualité de vie ; une réduction des coûts pour la société.

En résumé, cette méta-analyse indique que l'information du patient et de la famille apparaît comme un élément désormais incontournable dans la prise en charge des patients schizophrènes. Cette information mériterait d'être ajustée à chaque situation singulière, le concept de schizophrénie renvoyant à un ensemble de troubles, voire de maladies particulièrement complexes à diagnostiquer. De plus, la pratique de thérapies familiales reposant sur l'apprentissage des thérapeutes devant la diversité des situations symptomatiques et familiales conduit le plus souvent à une réévaluation des diagnostics initiaux.

La méta-analyse de Wunderlich et coll. (1996) cherche à préciser l'influence des méthodes psychosociales d'intervention (principalement, des thérapies

familiales et des thérapies cognitives personnelles) sur le jugement et le comportement de patients schizophrènes, en comparaison avec des groupes contrôles (recevant le traitement hospitalier standard, sans méthodes spécifiques).

L'examen méta-analytique porte sur 31 études, recensant un échantillon de preuve de 2 161 patients. La taille d'effet moyenne pondérée (pondérée eu égard à la taille d'échantillon) est de $r_g = +0{,}17$ ($d = +0{,}34$). L'interprétation de ces résultats repose sur la présentation de taille d'effet binomiale de Rosenthal (1984) et conduit à un taux comparatif d'amélioration de 59 % pour les patients recevant des méthodes spécifiques d'intervention, *versus* 41 % pour les groupes témoin (tableau 10.VI).

Parmi les différents traitements examinés, on trouve diverses formes de thérapies familiales. Goldstein et coll. (1978) ont proposé un suivi familial avec focalisation sur les moments de crise. Le but thérapeutique est d'identifier et de gérer les facteurs de stress responsables de l'accès psychotique. Le suivi familial de Falloon et coll. (1982) consistait à enseigner des stratégies par la gestion du stress, d'améliorer la conscience morbide et d'entraîner les stratégies de résolution de problèmes. Xiong et coll. (1994) ont proposé une approche familiale où les familles reçoivent des informations et des conseils en ce qui concerne la gestion des problèmes sociaux et professionnels, ainsi que la gestion des médicaments. Les membres des familles se sont réunis régulièrement dans des séances de groupe dans lesquelles ont été également effectuées des interventions de crises. Dans l'étude de Hogarty et coll. (1986), l'objectif thérapeutique a été de réduire les sentiments de peur et de culpabilité chez les membres de la famille ainsi que d'augmenter la confiance en soi. Les familles ont reçu des informations sur les troubles schizophréniques et sur l'évolution de ceux-ci, et ont été entraînées à la mise en œuvre de stratégies de gestion des symptômes schizophréniques. Dans l'étude de Leff et coll. (1982), les patients ont reçu des informations sur les causes ainsi que sur les modalités thérapeutiques et préventives de leurs troubles, et ont été également suivis avec leurs familles dans des programmes de soutien psychoéducatif. Tarrier et coll. (1988) ont également mis en œuvre des séances familiales reposant sur des principes comportementaux, de gestion du stress et d'assignation de buts. On peut constater que, dans ces six études, il ne s'agit pas d'un suivi familial standardisé. Il n'est pas évident de savoir quelle technique thérapeutique de suivi familial est la plus efficace, pour quelle sorte de patient et pour quel type de famille. Il existe ainsi un grand décalage entre les études concernant les familles de schizophrènes au cours de ces trente dernières années et l'application de ces connaissances dans les principes thérapeutiques.

L'appréciation des résultats se fait à partir du nombre et de la fréquence des réhospitalisations, des rechutes symptomatiques, parfois à partir du comportement social et des habiletés sociales.

Les résultats montrent que la thérapie familiale reposant sur des méthodes psycho-éducatives, comportementales cognitives sont parmi les plus efficaces (Falloon et coll., 1982 ; Hogarty et coll. 1986 ; Leff et coll. 1982 ; Tarrier et coll. 1988 ; von Xiong et coll, 1994) : 6 études de 360 patients, corrélation moyenne de la taille d'effet, ou taille d'effet pondérée : rg = + 0,28.

Il s'agit de la méta-analyse la plus complète concernant l'évaluation des thérapies familiales psycho-éducationnelles et les thérapies cognitives personnelles dans le traitement des schizophrénies. Il apparaît que les patients peuvent être aidés personnellement dans « l'ici et maintenant », face aux situations concrètes qui les dépassent, en développant leurs compétences comportementales, émotionnelles et cognitives, et que ce travail personnel est grandement potentialisé par la participation active des groupes de vie et de survie : famille, communautés de soins et de réhabilitation, communautés de travail assisté, voire de travail dans les conditions normales.

Il ressort assez nettement que le travail d'introspection et de questionnement de l'histoire passée, tant personnelle que familiale est peu pertinent, voire nocif dans certains cas. La participation de la famille à un projet thérapeutique devient beaucoup plus heuristique si elle repose sur l'échange d'informations ajustées aux situations concrètes et actuelles, et aux capacités de traitement des différents participants. Les grands principes de respect des personnes, de leurs modes de vie, de croyance, de valeurs permettent d'envisager des formes d'intervention qui tiennent compte des singularités des patients, des familles et des thérapeutes.

Plusieurs limitations peuvent être soulignées en dehors des questions liées aux singularités des patients et des familles, et des thérapies pertinentes en fonction de ces singularités. L'hospitalisation et la sortie de l'hôpital ne sont pas facilement corrélables à l'importance ou à la diminution des troubles et de la souffrance. Elles révèlent pour une grande part la capacité, ou l'incapacité de la famille à faire face à la souffrance et au fardeau liés à la maladie. De plus, le pourcentage d'amélioration par les soins hospitaliers montre que ceux-ci ne sont pas réductibles à l'appréciation des rechutes.

L'objectif de l'étude de Benton et Schroeder (1990) est une évaluation méta-analytique de l'entraînement hospitalier aux habiletés sociales chez les patients présentant des troubles schizophréniques (tableau 10.VI). Elle prend en compte 27 études sur l'entraînement aux habiletés sociales (*social skills training*) de schizophrènes, conduite pour se pencher sur trois éléments critiques dans la littérature : la magnitude des effets du traitement en relation avec les mesures des résultats ; l'étendue de la généralisation et le maintien des effets du traitement ; l'impact de deux résultats méthodologiques : clarté du diagnostic et variations du *training*.

L'entraînement aux habiletés sociales a un impact fort, positif sur les mesures comportementales de l'habileté sociale, l'assurance dans l'auto-évaluation, et le taux de sortie de l'hôpital, et un impact modéré sur le taux de rechute.

Pourtant, les effets ne sont que marginalement significatifs sur les classes plus larges de symptômes et de fonctionnement. L'homogénéité du diagnostic, le nombre de techniques utilisées, et la quantité d'entraînement n'apparaissent pas être significativement associés au résultat.

Trois critères parmi les éléments suivants sont nécessaires pour définir un entraînement aux habiletés sociales : instructions ou coaching ; modèle ou patron de vie ; modèle enregistré ; simple répétition ; répétition de jeu de rôle ; feedback verbal ; feedback vidéo ; renforcement interpersonnel ; consignes de travail à la maison. Certains groupes expérimentaux ne répondent qu'à deux critères au lieu de trois.

Les mesures comportementales de l'habileté sociale concernent : les tâches de jeux de rôles, les situations de jeux de rôles enregistrés, les interactions co-ajustées (*confederate*), les observations standardisées dans des situations non structurées, les interactions structurées en groupe.

Les principaux résultats peuvent être ainsi résumés (tableau 10.VI) :
- il existe des améliorations significatives grâce à l'entraînement des habiletés sociales, quand on utilise des mesures spécifiques du comportement, un impact positif concernant les perceptions plus affirmées que les schizophrènes ont d'eux-mêmes, ainsi que leur niveau d'anxiété sociale, un impact marginal sur l'auto-évaluation générale du fonctionnement général, et sur l'auto-évaluation des symptômes ;
- la comparaison de l'habileté sociale dans le milieu naturel et dans les jeux de rôles montre que la taille d'effet est légèrement plus petite en ce qui concerne les mesures en milieu naturel. Celles-ci s'avèrent significativement positives ;
- la différence entre sujets entraînés et sujets non entraînés s'accroît réellement dans le temps. De même, l'entraînement aux habiletés sociales a un effet non négligeable sur l'accélération de la sortie hospitalière, de même que sur les taux de rechute ;
- l'entraînement aux habiletés sociales peut être considérée comme une composante essentielle du traitement de personnes présentant des troubles schizophréniques.

On soulignera l'intérêt manifeste à centrer le travail thérapeutique sur les cognitions sociales, par l'utilisation de techniques d'apprentissage, de jeux de rôles, de répétition de tâches.

Dans la méta-analyse de Pharoah et coll. (2000), 12 études randomisées centrées sur les familles de personnes présentant des troubles schizophréniques ou schizo-affectifs ont été retenues, portant sur la comparaison de l'intervention psychosociale de la famille et comportant au moins cinq séances. Quinze études ont été exclues. Les interventions psychosociales de la famille présentent un certain nombre de caractéristiques : la construction d'une alliance avec les membres de la famille qui soutiennent le patient, la réduction de l'ambiance hostile (par la diminution du stress et du fardeau des

proches permettant une amélioration du climat émotionnel), le renforcement de la capacité des proches à anticiper et à résoudre les problèmes, la réduction des expressions de colère et de culpabilité, le maintien d'attentes raisonnables concernant la performance du patient, l'encouragement des proches à établir et garder des limites appropriées tout en développant certains degrés de séparation lorsque c'est possible, l'obtention d'un changement souhaitable dans les systèmes de comportement et de croyance des proches. Le nombre total de cas recensés est de 836 (454 hommes, 205 femmes pour les études le mentionnant).

Le principal bénéfice de l'intervention familiale pour les personnes présentant une schizophrénie est de diminuer le risque de rechute. À un an d'évaluation, l'*odds ratio* est de 0,57 (intervalle de confiance [0,4-0,8]) ; le nombre nécessaire de traitements est de 6,5, (intervalle de confiance [4-14]). Une telle intervention peut également aider les patients à prendre leur traitement médicamenteux. Ce type d'intervention familiale ne prévient pas la tendance des personnes et des familles à interrompre la prise en charge. Cet examen ne fournit pas de données qui suggèrent que cette forme d'intervention permet de prévenir le suicide, ni qu'elle risque de le précipiter. Il apparaît que les familles manifestant de hauts niveaux d'émotion exprimée (hostilité, critique, sur-implication) présentent de plus forts taux de rechute que celles ayant des niveaux peu élevés. L'intervention psychosociale de la famille diminue l'intensité de l'expression des émotions, et se présente davantage comme un traitement complémentaire à la chimiothérapie plutôt que comme un traitement alternatif.

Revues systématiques concernant la schizophrénie

Barbato et d'Avanzo (2000) ont comparé les effets des thérapies familiales systémiques, de la psycho-éducation familiale, et de méthodes intégrant les deux approches, par un examen attentif des questions méthodologiques (tableau 10.VII). Vingt-cinq études sont examinées avec des critères spécifiques et des tailles d'effet quand c'est possible.

Sur le plan des résultats, l'effet sur la prévention des rechutes est relativement bien établi, bien que des différences apparaissent en particulier si l'on compare avec des traitements de contrôle insuffisants et que ces différences disparaissent dans les études récentes. Sont pris en compte les symptômes, le fonctionnement social, les variables familiales. On ne constate pas de différence entre les modèles d'intervention. La participation du patient, la fréquence et la durée plus grande donnent de meilleurs résultats. Il est difficile de savoir si l'effet dépend du traitement familial ou de l'intensité plus grande des soins. La croyance largement soutenue selon laquelle le traitement familial efficace consiste en un dispositif clairement défini de techniques psycho-éducationnelles et comportementales, suivant un schéma construit pas à pas, n'est pas garanti. L'identification des ingrédients efficaces de l'intervention familiale reste en grande partie un sujet de recherches

Tableau 10.VII : Revues systématiques concernant la schizophrénie

Références	Description	Résultats
Barbato et d'Avanzo, 2000	25 études	Prévention des rechutes (TF *versus* contrôle) : 18 % *versus* 44 % à 1 an 33 % *versus* 64 % à 2 ans Variation selon les études : 6 %-52 % *versus* 15 %-67 % à 1 an 15 %-50 % *versus* 46 %-83 % à 2 ans
Bustillo et coll., 2001	11 études	Prévention des rechutes : 16 %-20 % à 1 an ; 27 %-36 % à 2 ans ; 29 % à 3 ans selon les études Pas de supériorité relative selon la forme de thérapie familiale envisagée
Dixon et Lehman, 1995	16 études	Prévention des rechutes : 6 %-23 % *versus* 40 %-53 % à 9 mois-1 an Preuve modeste pour le statut fonctionnel, le bien-être familial
Huxley et coll., 2000	18 études	Amélioration significative prise en considération : p = 0,05 TF *versus* contrôle : rechutes (5 études sur 7), symptomatologie (6 sur 9), fonctionnement social (4 sur 5), fonctionnement professionnel (3 sur 3), observance (1 sur 3) et hospitalisation (4 sur 8)

futures, bien que l'information et l'éducation à propos de la maladie semblent une composante nécessaire.

Il existe par ailleurs une consistance dans l'existence de résultats négatifs avec les groupes de proches en l'absence des patients, suggérant que l'effet est influencé par la participation du patient, au moins dans certaines phases du traitement. La discussion reste ouverte concernant la comparaison entre thérapie familiale singulière *versus* thérapie multifamiliale. L'étude de McFarlane et coll. (1995b) montre plus d'effets positifs dans les groupes multifamiliaux.

En ce qui concerne le dispositif, les interventions à domicile prônées par Falloon et coll. (1982) n'ont pas eu de résultats confirmés par l'étude de Randolph et coll. (1994) qui obtint des effets semblables avec la même méthode en clinique ambulatoire. Le traitement à domicile peut être un indicateur de la plus grande intensité de l'intervention, plutôt que celui du modèle de traitement.

Sept études consacrées aux interventions brèves (moins de 10 séances sur moins de 6 mois) ont montré l'échec des résultats à long terme. On peut noter que la qualité moyenne de la plupart des interventions familiales est comparable à celle des traitements médicamenteux. Par ailleurs la comparaison avec des groupes témoins est assez difficile. La notion de « contrôle placebo » est inappropriée en psychothérapie, les termes de « psychothérapie placebo » (liste d'attente, contacts non spécifiques, contrôles attentionnels…) n'aidant pas à résoudre le problème. La sévérité de la maladie et l'efficacité

démontrée des neuroleptiques permettent d'estimer que l'association des chimiothérapies et des thérapies psycho-familio-sociales est préférable à l'utilisation d'une méthode exclusive des autres.

Aucune méthode de thérapie familiale n'a fait la preuve de sa supériorité sur les autres. Le plus souvent, lorsqu'elles sont utilisées, les interventions systémiques associent des principes psycho-éducationnels. Dans cette revue systématique, la participation du patient à des groupes sociaux et familiaux et l'engagement thérapeutique à long terme apparaissent comme des facteurs communs aux différentes approches indépendamment de l'orientation théorique et méthodologique affichée.

Bustillo et coll. (2001) montrent l'intérêt de l'association de modalités diversifiées d'aide, de soutien, de formation, d'accompagnement des patients schizophrènes dans leur environnement familial et social. Ils proposent une analyse actuelle de la littérature sur les essais contrôlés randomisés des traitements psychosociaux de la schizophrénie, depuis 1996.

La thérapie familiale et le traitement communautaire de soutien ont des effets clairs sur la prévention des rechutes psychotiques et sur la réhospitalisation. Cependant, ces traitements n'ont pas d'effets consistants sur les autres mesures de résultats : symptômes positifs et négatifs, fonctionnement social global, capacité à obtenir des emplois compétitifs. L'entraînement aux habiletés sociales améliore les performances sociales mais n'a pas d'effets clairs sur la prévention des rechutes, la psychopathologie, ou le statut professionnel. Des programmes de soutien à l'emploi utilisant des modèles de placement et d'accompagnement ont des effets importants sur l'obtention d'emplois compétitifs.

Sur le plan des résultats, les auteurs font des constats nuancés, voire contradictoires. Relativement simple, la psycho-éducation familiale devrait être disponible pour la majorité des personnes souffrant de schizophrénie. Les programmes d'entraînement à l'affirmation communautaire devraient être proposés aux patients qui présentent de fréquentes rechutes et réhospitalisations, surtout s'ils ont des soutiens familiaux limités. Les patients ayant des troubles schizophréniques peuvent clairement améliorer leurs compétences sociales avec une formation aux habiletés sociales, qui peuvent se traduire par un fonctionnement plus adaptatif dans la communauté. Pour les patients motivés par le travail, un placement rapide avec un soutien suivi offre la meilleure opportunité pour maintenir un travail régulier dans la société. La thérapie cognitive peut bénéficier à grand nombre de patients qui continuent à être la proie de symptômes psychotiques invalidants (délire, hallucinations) malgré un traitement pharmacologique optimal. Pourtant, les études récentes les plus exhaustives sur l'évaluation des interventions globales (thérapie familiale associée à l'entraînement à l'affirmation communautaire) débouchent sur des constatations largement négatives. Du point de vue des auteurs, cela ne remet pas en cause l'important corps de recherches soutenant l'efficacité de ces traitements mais souligne plutôt le faible niveau des modalités

d'évaluation. Ces études se penchent de manière plus sophistiquée sur des populations spéciales (patients au tout début de l'éclosion de la maladie) ou l'inclusion de plus grands groupes de personnes soignées comme conditions de contrôles. En contraste, l'appréciation de nouvelles modalités d'intervention (programmes de soutien à l'emploi et thérapie cognitivo-comportementale) montrent des résultats plus positifs.

Dixon et Lehman (1995), à partir de 16 études recensées, le nombre de patients traités variant de 10 à 172, évaluent les preuves de l'efficacité et de l'efficience des interventions familiales psycho-éducationnelles dans le traitement de personnes présentant une schizophrénie. Leur travail fait un recensement d'études centrées essentiellement sur des familles à EE élevées.

Par-delà les différences de méthodes et de caractéristiques, ces interventions partagent un ensemble commun d'affirmations : la schizophrénie est une maladie ; l'environnement familial n'est pas impliqué dans l'étiologie de la maladie ; on soutient les familles et on les considère comme des agents thérapeutiques ; ces interventions sont une partie d'un ensemble composé d'un traitement médicamenteux de routine et d'une prise en charge ambulatoire du patient.

Elle se distinguent des thérapies familiales traditionnelles (contextuelles, symboliques-expérientielles, structurales, stratégiques et intégratives) qui considèrent que le comportement et/ou la communication dans les familles jouent un rôle étiologique clé dans le développement de la schizophrénie. Lorsqu'elles sont associées à la pharmacothérapie, les interventions de psycho-éducation familiale ont un effet consistant et robuste sur le délai des rechutes, sinon dans leur prévention. L'étude multifamiliale de McFarlane et coll. (1995b) suggère un effet possible sur la reprise de travail. Les effets de l'intervention familiale peuvent avoir un effet indirect sur le fonctionnement du patient, effets qui peuvent durer au-delà des rechutes et des réhospitalisations. La qualité de vie semble également améliorée dans une modeste mesure, mais cette amélioration pourrait s'accroître avec le temps. La comparaison entre formes d'intervention semble montrer la supériorité de la thérapie multifamiliale, au moins pour certains sous-groupes de patients, en particulier quand les EE sont élevées, les symptômes bruyants, et les patients blancs (McFarlane et coll., 1995b). Il semble que la participation minimale aux interventions familiales et/ou multifamiliales donne des effets supérieurs à des prises en charge séparées. Il n'y a pas de preuve que les thérapies à domicile aient des effets supérieurs à des thérapies ambulatoires. Il semble que les orientations psychodynamiques n'aient pas d'effets notables, et conduisent à des résultats identiques à ceux des groupes témoins. La psycho-éducation seule est inférieure à d'autres interventions familiales qui les combinent avec l'engagement, le soutien, la résolution de problèmes.

Huxley et coll. (2000) font un bilan de la littérature de ces vingt dernières années concernant l'intérêt à associer à la pharmacothérapie différentes modalités de psychothérapie individuelle, familiale et communautaire. Ils

proposent une étude comparative des effets de ces différentes modalités d'intervention.

Il en résulte les points suivants :
• l'entraînement traditionnel aux habiletés sociales améliore les performances sociales ;
• l'entraînement largement fondé sur des modules sociaux variés aux habiletés sociales (programme UCLA) améliore l'apprentissage de compétences dans des sphères sociales spécifiques ;
• des thérapies moins structurées, centrées sur la discussion montrent des résultats mitigés. Certaines montrent des effets thérapeutiques sur les symptômes et le fonctionnement social, d'autres non ;
• la thérapie familiale peut améliorer les symptômes, le taux de rechutes, et le fonctionnement social et professionnel. Les thérapies familiales singulières ou multiples, aux orientations variées ne montrent pas d'effets différentiels notables entre elles ;
• les séances individuelles d'éducation en matière de prise de médicaments améliorent la connaissance de ceux-ci et la compliance thérapeutique ;
• la thérapie individuelle non psychanalytique est souvent suivie d'une amélioration symptomatique, et agit moins sur la compétence sociale. On ne note pas de meilleurs résultats en fonction de la méthode employée ;
• la thérapie familiale donne de meilleurs résultats que la thérapie individuelle ;
• l'association de la thérapie familiale et de l'entraînement aux habiletés sociales donne des résultats supérieurs à l'utilisation d'une seule méthode, ou de la seule prescription de médicaments.

Il existe une cohérence certaine dans l'affirmation de ces principes généraux. Mais leur application stricte pourrait aboutir à des pratiques discutables : faudrait-il supprimer toute forme de psychothérapie individuelle pour des patients présentant des troubles schizophréniques, sous prétexte qu'elle est moins efficace que la thérapie familiale ? Dans les schizophrénies, la question des relations individu-groupe est centrale et ouverte. Les processus d'individuation-socialisation surgissent fréquemment de l'association entre psychothérapie individuelle, thérapie familiale et thérapie institutionnelle. Le plus important semble bien la construction harmonieuse d'un réseau de thérapeutes, par-delà leurs méthodes et leurs orientations théoriques éventuellement divergentes (apparemment). Il apparaît que les effets d'une thérapie moins efficiente peuvent être potentialisés par l'association à une thérapie plus efficace. Par ailleurs, le terme de schizophrénie (au singulier) introduit un biais important.

Études contrôlées concernant la schizophrénie

Doane et coll. (1986) évaluent les interventions familiales à domicile, de type comportemental, centrées sur la résolution de problèmes et son apprentissage et l'amélioration de la communication familiale (tableau 10.VIII).

L'étude concerne 36 patients sortis de l'hôpital, appartenant à des familles à EE élevées. Après accord familial initial, deux groupes sont composés de manière aléatoire, l'un pour un programme de thérapie individuelle, l'autre pour un programme de thérapie familiale. L'évaluation se fait par une mesure du style affectif, c'est-à-dire du taux de critiques interpersonnelles, de l'induction de culpabilité, de comportements intrusifs ainsi que par la mesure du taux de rechutes. Le groupe témoin est composé de patients recevant une psychothérapie individuelle de soutien. Les deux groupes de patients reçoivent un traitement médicamenteux associé.

Sur le plan des résultats, il existe une réduction significative du climat négatif global dans la famille dans le groupe suivi en famille, en comparaison du groupe engagé dans un suivi individuel. Il existe également une diminution significative du taux de rechute, ainsi qu'une meilleure capacité pour les parents à utiliser des moyens non émotionnels et constructifs d'échanges verbaux avec le patient, lors de discussions émotionnellement intenses (tableau 10.VIII). Il s'agit là d'une des études inaugurales de l'intérêt de la psycho-éducation familiale pour les patients présentant des troubles schizophréniques.

Dans l'étude contrôlée de Eckman et coll. (1992) l'évaluation de l'apprentissage aux habiletés personnelles concernant la gestion de la maladie et les habiletés sociales permet de savoir si les patients schizophrènes recevant des soins ambulatoire avec des doses faibles de neuroleptiques peuvent apprendre et retenir des informations complexes et des habiletés relatives à l'autogestion de leur maladie, par l'utilisation d'une nouvelle technique cognitive et comportementale. Dans la thérapie de groupe, les sujets s'engagent dans un processus groupe de soutien (compréhension mutuelle, soutien social, cohésion groupale) et orienté sur l'*insight*, avec information et éducation abondantes concernant la schizophrénie comme maladie et l'importance d'adhérer à la prise de médicaments. Au cours de séances bihebdomadaires de 90 minutes, les patients discutent des problèmes rencontrés dans la vie courante et dans leurs relations sociales. On encourage les sujets à proposer des suggestions et à explorer des solutions pour les problèmes émis par les autres. Le thérapeute utilise les techniques habituelles de questions ouvertes, réflexion, chaleur et implication, et compréhension empathique. Après 6 mois, le groupe continue à un rythme hebdomadaire pendant un an.

Un entraînement aux aptitudes sociales comprend deux modules du programme social de l'UCLA et des aptitudes à la vie indépendante. Chaque module comprend le manuel d'un clinicien, le livre de travail du patient, et une bande vidéo qui montre les habiletés à apprendre. Les sphères d'aptitude sont :

- la gestion des symptômes ; identifier les signes d'alerte de la rechute, gérer les signes d'alerte, faire avec les symptômes persistants, éviter l'alcool et les autres drogues ;

Tableau 10.VIII : Études contrôlées concernant la schizophrénie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Doane et coll., 1986 note : 7,5/10	36 patients ; âge : 18 à 45 ans Intervention familiale de type comportementale centrée sur la résolution de problèmes (TF) *versus* psychothérapie de soutien individuelle en milieu thérapeutique (TI) Évaluation du style affectif (AS) ; évaluation de la communication affective au sein de la famille par l'estimation de la critique et d'une attitude intrusive de la famille envers le patient	Évaluation du style affectif (AS) : TF : diminution de l'AS négatif dans 12 familles sur 17 (71 %) TI : augmentation de l'AS négatif dans 11 familles sur 16 (69 %) Attitude critique : augmentation significative dans le groupe TI, tendance à la baisse dans le groupe TF Intrusion : baisse significative dans le groupe TF, tendance à l'augmentation dans le group TI Résolution de problèmes : augmentation significative dans le groupe TF, pas de changement dans le groupe TI
Eckman et coll., 1992 note : 8/10	Comparaison d'une thérapie de groupe-soutien avec orientation sur l'insight à une thérapie reposant sur un entraînement aux habiletés sociales	Développement des habiletés sociales
Glick et coll., 1985 note : 7,5/10	Comparaison randomisée d'une intervention familiale à rien dans le devenir à 6 mois de patients hospitalisés (84 schizophrènes, 60 déprimés)	Résultats à la limite de la significativité sur des scores cliniques dans le groupe de schizophrènes à bon niveau de fonctionnement
Hogarty et coll., 1991 note : 4/7	103 patients (90 seulement ont une bonne compliance au traitement) 4 groupes : Thérapie familiale + médicaments (TF) ; entraînement aux habiletés sociales + médicaments (HS) ; thérapie familiales + entraînement aux habiletés sociales + médicaments (TFHS) ; médicaments (C)	Pourcentage de rechute à 1 an de suivi : TF : 19 % ; HS : 20 % ; TFHS : 0 % ; C : 38 % Pourcentage de rechute à 2 ans de suivi : TF : 29 % ; HS : 50 % ; TFHS : 25 % ; C : 66 % L'effet des thérapies familiale persiste à 2 ans alors que l'effet de l'entraînement aux HS n'est plus observé et que l'effet de la combinaison des deux traitements n'est plus additif
Barrowclough et coll., 1999 et 2001 (suivi) note : 6/10	77 paires patient-soignant ; âge moyen patient : 31,1 ans Intervention familiale psychosociales (IFP) *versus* traitement habituel (C). Mesure du fonctionnement et des symptômes à l'aide de trois échelles : *Global assessment of functioning scale* (GAFS), *Positive and negative syndrome scale* (PNSS) et *Social functionning scale* (SFS)	Rechute à 9 mois et 1 an de traitement IFP : 27 et 33 % ; C : 55 et 66 % Score GAFS : supérieur pour le groupe IFP par rapport au groupe C à 9 et 12 mois (57 *versus* 46 ; 60 *versus* 46) Pas d'évolution dans le groupe contrôle Score PNSS et SFS : pas de différences significatives entre les deux groupes mais réduction des symptômes positifs dans le groupe IFP Abstinence : augmentation du pourcentage de jours d'abstinence sur une période de 12 mois entre le début du traitement et le suivi dans le groupe IFP
MacFarlane et coll., 1995b note : 5/7	172 patients Psycho-éducation familiale en groupe multifamilial (TMF) *versus* unifamilial (TUF)	Pourcentage de rechute à 2 ans TMF : 28 % ; TUF : 42 %

• la gestion des médicaments ; information concernant les médicaments anti-psychotiques, connaissance et évaluation de l'auto-administration correcte, identification des effets secondaires des médicaments, négociation des questions posées à propos des médicaments avec les prescripteurs.

Les procédures modulaires sont conçues pour compenser l'interférence cognitive et symptomatique avec l'apprentissage des connaissances communes sur la schizophrénie.

En introduction, on utilise des principes de restructuration cognitive, combinée avec un abondant renforcement social positif initié par le leader du groupe au travers des activités d'apprentissage. Le but est de surmonter le manque de motivation vécu par de nombreux patients schizophrènes. On utilise des démonstrations avec des graphiques, les expériences de succès maximal, et des feedback vidéo. Des instructions focalisées, des incitations, le coaching avec feedback positif immédiat ont pour but de surmonter les obstacles à l'apprentissage qui naissent des déficits cognitifs et des perturbations de la maladie. On apprend ensuite aux patients à faire face aux obstacles fréquemment rencontrés pour réaliser leurs habiletés nouvellement acquises dans leur environnement naturel. L'activité de gestion des ressources est conçue pour apprendre aux patients comment rassembler les ressources nécessaires pour rendre effectif une aptitude particulière ; par exemple accéder au téléphone pour prendre un rendez-vous clinique, ou comment accéder aux moyens de transport.

L'activité centrée sur la résolution de problèmes apprend aux patients à trouver les réponses quand l'environnement faillit à procurer les résultats attendus après la performance d'une habileté particulière. On aboutit à une stratégie générale de résolution de problèmes pour l'autogestion de la maladie, et pour surmonter les carences dans la résolution de problèmes sociaux et dans l'auto-affirmation si fréquemment présents chez les patients schizophrènes.

Les deux activités d'apprentissage terminales sont des exercices *in vivo* et des assignations de tâches à domicile, de manière à faciliter le transfert des acquisitions vers l'environnement de vie du patient.

Les résultats montrent que l'utilisation d'apprentissages structurés et de thérapie cognitive dans la conception de modules d'entraînement à l'autogestion de la maladie présente une valeur instrumentale dans l'accomplissement de hauts niveaux de connaissances et d'habiletés sociales pour les patients schizophrènes.

Il faut noter que les patients qui participent à ce type de programme sont des patients ambulatoires stabilisés, avec des niveaux modérés de troubles. La permanence des effets est robuste, résistant à l'érosion après un suivi d'un an, et conduisant alors à une séance de rappel. On note que ces acquisitions sont indépendantes de la durée de la maladie, du nombre des réhospitalisations, et des ajustements sociaux prémorbides.

En résumé, on soulignera qu'il s'agit d'une technique intéressante et pertinente, complémentaire de la prescription de neuroleptiques et des thérapies individuelles, familiales et institutionnelles.

Glick et coll. (1985) évaluent l'efficacité d'interventions familiales brèves, lors de l'hospitalisation de patients présentant des troubles schizophréniques et des troubles affectifs majeurs. Ils comparent l'efficacité de l'hospitalisation avec intervention auprès de la famille et sans intervention, avec un suivi de 6 mois pour 144 patients (80 avec des troubles schizophréniques, et 64 avec des troubles affectifs majeurs). Il s'agit d'un minimum de 6 séances avec une moyenne de 9, au cours d'une hospitalisation dont la durée moyenne est de 5 semaines. L'évaluation des niveaux de fonctionnement précédant l'hospitalisation, à partir de l'Échelle de traitement de performance de rôle permet de distinguer deux groupes de patient : un groupe avec un bon niveau, et l'autre avec un niveau faible. La répartition est randomisée entre deux groupes de traitement, dont l'un comporte une prise en charge familiale. Les deux groupes participent également à des activités individuelles, groupales, de milieu, et des thérapies somatiques. Les deux groupes sont traités par la même équipe dans la même unité.

Les buts de l'intervention familiale sont :
- d'accepter la réalité de la maladie et de développer une compréhension de l'épisode actuel ;
- d'identifier les stress précipitants possibles de l'épisode en cours ;
- d'identifier les stress futurs vraisemblables à la fois dans la famille et en dehors d'elle ;
- d'élucider les séquences d'interaction familiale qui produisent le stress du patient identifié ;
- de planifier des stratégies réalistes permettant de gérer et/ou minimiser les stress futurs ;
- d'accepter le besoin de poursuivre le traitement à la sortie de l'hôpital.

Les résultats sont évalués par l'échelle de sévérité globale, et l'échelle d'évaluation globale appréciant le niveau de fonctionnement et la sévérité des symptômes. Pour les patients schizophrènes avec un relativement bon niveau de fonctionnement pré-hospitalier, les résultats de l'intervention familiale sont supérieurs au groupe témoin. Les résultats ne montrent pas de différences pour les patients avec un mauvais niveau de fonctionnement avant l'hospitalisation. Pour les patients présentant des troubles affectifs majeurs, les résultats sont meilleurs pour le groupe avec intervention familiale à une échelle sur deux à la sortie de l'hôpital. La différence entre les deux groupes s'estompe à 6 mois. Il est à noter que l'intervention familiale était de courte durée.

On notera par ailleurs qu'une thérapie familiale, souvent initiée lors d'une hospitalisation, et poursuivie sur plusieurs années (3 à 10 ans) montre l'apparition d'évolutions favorables surprenantes pour des patients qui présentaient

des formes de schizophrénie particulièrement graves avant la première hospitalisation.

Hogarty et coll. (1991) évaluent à deux ans les bénéfices de la combinaison de la psycho-éducation familiale et de l'entraînement aux habiletés sociales. Une nouvelle approche combinant la psycho-éducation familiale et un entraînement individuel aux habiletés sociales, conçue pour des patients vivant dans des foyers à EE élevée permet de réduire de moitié la réhospitalisation au bout d'un an de traitement ambulatoire. Après 2 ans, l'effet persistant et significatif se maintient sur la prévention des rechutes, mais les effets de l'entraînement aux habiletés sociales se perdent. Il n'existe pas d'effet additif sur la rechute dans la combinaison des deux traitements. Vraisemblablement, au bout de deux ans, il existe également une érosion de l'intervention familiale.

L'hypothèse est que l'intervention familiale agit directement sur la prévention des rechutes, et que l'entraînement aux habiletés sociales intervient indirectement, si l'on considère la théorie de la vulnérabilité des patients aux stimuli stressants, liée à des déficits dans les processus de traitement de l'information et de prise d'initiative (*arousal*).

Au bout d'un an, le taux de rechute est réduit de 100 % dans l'approche combinée, de 40 % dans l'utilisation unique de chaque technique, et de 20 % dans le groupe contrôle. La nature de la rechute est soit de type 1 (critères diagnostiques passant d'un état non psychotique à un état psychotique pour 12 patients) soit de type 2 (recrudescence significative de symptômes persistants pour 15 patients), soit de type 3 (épisodes dépressifs non psychotiques pour 3 patients).

Au bout de deux ans, l'effet de l'intervention familiale se maintient, sans effet additif dans l'association des deux méthodes. L'effet de l'entraînement aux habiletés sociales disparaît, mais seulement après 2 ans d'évolution. Dans la mesure où la schizophrénie est une maladie chronique, les recommandations de proposer des traitements à court terme ne semblent pas adaptés. L'arrêt prématuré d'interventions familiales, l'absence de remboursement des traitements longs conduit à précipiter le nombre des rechutes à moyen et long terme. L'étude de traitement à très long terme conduite par Test et coll. (1985) démontre que la persistance du gain thérapeutique est liée à la poursuite du traitement, aussi longtemps que nécessaire. L'hypothèse selon laquelle l'effet du traitement s'arrête quand le traitement s'arrête semble pertinente.

Les recherches futures devraient être dirigées vers un plus grand raffinement des environnements sûrs, prévisibles, générateurs de santé, qui s'étendent au-delà de la famille pour inclure les dispositifs hospitaliers, des conseils et des soins à domicile, des résidences de réhabilitation, des dispositifs favorisant la réhabilitation, et une variété de situations vitales indépendantes.

Les thérapies familiales, qui ne sont pas exclusivement centrées sur des méthodes psycho-éducationnelles, ni sur l'histoire ou le fonctionnement familial, mais qui favorisent la conception d'environnements viables pour le patient, la découverte de personnes et d'activités qui lui conviennent et lui rendent service dans le tissu social, et ceci sans préjuger de la durée de l'engagement thérapeutique, montrent sur le long terme des évolutions favorables surprenantes et qui défient les pronostics immédiats les plus défaitistes, dans des formes particulièrement graves et invalidantes de schizophrénies. Il s'agit alors de thérapies familiales centrées sur l'enrichissement des interfaces contextuelles.

Barrowclough et coll. (1999) proposent de tester l'efficacité d'une intervention familiale ambulatoire fondée sur les besoins de la famille, incluant les familles à EE basse lors de troubles schizophréniques. Il s'agit d'évaluer des interventions familiales psychosociales fondées sur un travail de soutien : informations, conseils sur les bénéfices, argumentation, soutien émotionnel et aide pratique.

Il existe trois grands types d'interventions : techniques de résolution de problèmes (gestion familiale comportementale de Falloon et coll. 1984) ; interventions cognitivo-comportementales avec les familles de Barrowclough et Tarrier (1992) ; interventions cognitivo-comportementales avec les patients psychotiques seuls (Haddock et coll., 1998).

Barrowclough et coll. (1999) font la distinction entre efficacité (testée dans des circonstances idéales) et efficience (réellement utile dans les situations pratiques). On note un effet positif sur la prévention des rechutes à 6 mois de traitement ambulatoire, sur la compliance médicamenteuse, bien que la plupart des autres variables cliniques et symptomatiques du patient, ainsi que l'intensité du fardeau familial restent stables. On constate une rechute pour 46 % des patients du groupe contrôle, pour 24 % des patients traités par la méthode. On constate une amélioration des besoins des parents significative dans le groupe traité, diminution du nombre de problèmes à traiter, mais stabilité de la situation en termes de diminution de la détresse et du fardeau, toujours par rapport au groupe contrôle (pas d'amélioration significative sur ces paramètres, tant pour les patients que pour leurs proches).

L'étude de Barrowclough et coll. (2001) présente les résultats après 9 mois et un an de traitement. On constate une confirmation des résultats après un temps de traitement plus long qui s'accorde avec l'hypothèse que le contexte familial a un rôle contenant, structurant et rassurant dans le rassemblement de l'esprit éparpillé du patient, cette restauration s'opérant sur des échelles de temps nettement plus longues.

L'étude contrôlée de McFarlane et coll. (1995b) cherche à montrer la supé-
 riorité de la psychoéducation multifamiliale dans six hôpitaux d'État

new-yorkais, par la comparaison des résultats du traitement psycho-éducationnel en groupe multifamilial (TMF), avec ceux du traitement psycho-éducationnel unifamilial (TUF).

Les groupes multifamiliaux montrent des taux de rechutes à deux ans significativement inférieurs à la modalité de prise en charge familiale singulière (16 % *versus* 27 %). Les deux approches montrent par ailleurs des taux de rechute significativement inférieurs au suivi de patients recevant des traitements individuels médicamenteux et psychothérapiques (65 % à 80 % de rechutes). On note une diminution significative des symptômes, une grande compliance médicamenteuse, à un degré équivalent dans les deux modalités d'intervention familiale. La principale découverte est que la thérapie multifamiliale psycho-éducationnelle accroît les rémissions et améliore le fonctionnement de manière plus efficace que la thérapie unifamiliale. L'efficacité et la faisabilité de l'intervention familiale ont fait la preuve, pour des patients recevant des psychotropes, que ces effets sont équivalents aux effets des médicaments eux-mêmes. Dans le groupe non compliant, il n'existe pas de différence significative entre les types de traitement familial. Le fait que les patients qui retournaient chez eux avec des taux relativement élevés de symptômes psychotiques montraient des améliorations durant le cours de l'étude révèle qu'il existe un effet de stabilisation symptomatique à long terme pour l'intervention familiale.

Une explication plausible de l'effet de la thérapie multifamiliale est que cette méthode élargit le réseau social du patient et de la famille. Les patients et leurs proches deviennent plus ouverts, coopératifs, et personnellement impliqués à franchir les frontières familiales au fur et à mesure des rencontres. La thérapie multifamiliale psycho-éducationnelle remplit un vide spécifique dans le système de soutien social du patient et de la famille, permet d'atténuer les niveaux d'angoisse et de stress. Le même niveau de symptômes dans la thérapie familiale singulière tend à créer davantage de tensions familiales. Les autres hypothèses concernant l'efficacité de la méthode tient à l'augmentation de la capacité à résoudre les problèmes, à diminuer la sur-implication émotionnelle des EE, à favoriser des expériences de tonalité émotionnelle chaleureuse. La TMF permet d'envisager une plus grande variété d'alternatives dans la résolution de problème que la TUF. Les familles sur-impliquées améliorent leur fonctionnement en développant des relations avec les membres des autres familles présentes, en faisant des expériences marquées par la chaleur et l'humour. Il est difficile d'apprécier si ces facteurs opèrent via le patient, la famille ou les deux. On note l'augmentation des capacités à poursuivre des activités normales, en particulier en matière d'emploi, en faisant l'expérience de longues périodes de rémission et de réduction du stress familial.

N'Guyen et coll. (2001) ont cherché à évaluer l'intérêt des thérapies familiales pour des patients schizophrènes articulées à la thérapie institutionnelle, par comparaison avec des patients bénéficiant uniquement d'une thérapie

institutionnelle. La taille de l'échantillon est de 10 patients. L'âge moyen de 25 à 44 ans (9 hommes, 1 femme). Les critères diagnostiques se réfèrent au DSM-IV. La durée du traitement varie de 2 à 9 ans. Il s'agit d'une étude contrôlée non randomisée de dix patients présentant des troubles schizophréniques : cinq patients étant conjointement suivis en thérapie familiale (Fédération de services en thérapie familiales, J. Miermont) et dans un suivi institutionnel classique (groupe A), cinq patients étant uniquement suivis dans une prise en charge institutionnelle classique (groupe B).

L'évaluation s'est faite à partir des troubles cliniques (3 schizophrénies paranoïdes et 2 schizophrénies hébéphréniques dans le groupe A, 5 schizophrénies paranoïdes dans le groupe B), de l'histoire des patients, et de deux échelles d'évaluation : TLC (*Thought, language and communication*) d'Andreasen (1979), (Miermont, 2000, communication personnelle) repérant des indices cliniques en séance à partir de critères communicationnels, éthologiques et anthropologiques. Les thérapies familiales engagées se réfèrent au paradigme de la complexité écosystémique, tenant compte des apports des différents courants et de leurs évolutions, et s'ajustant aux exigences à chaque fois singulières des situations cliniques. La prescription de neuroleptiques était associée dans tous les cas.

L'analyse des résultats, au niveau global ou particulier, montre que les patients évoluent de façon plus favorable lorsque la thérapie institutionnelle est combinée à la thérapie familiale. L'évolution des cinq patients ayant bénéficié d'une thérapie familiale, malgré l'incidence d'événements de vie difficiles (licenciement, rechute ou maladie grave de la mère), montre une amélioration globale de leur état. Aucune réhospitalisation n'a été envisagée, et le niveau d'insertion sociale des patients a été préservé. Les consultations familiales ont contribué, pour une grande part, à un soutien et un accompagnement du patient et de ses proches dans ces contextes d'événements difficiles. En ce qui concerne les patients du groupe contrôle, seuls 2 patients montrent une évolution positive.

Études concernant les troubles des comportements alimentaires

Six études contrôlées concernant l'anorexie et une étude de suivi ainsi que deux revues systématiques concernant anorexie et boulimie sont présentées.

Études contrôlées concernant l'anorexie

Crisp et coll. (1991) ont évalué quatre formes différentes d'intervention dans le cas de l'anorexie mentale (tableau 10.IX).

Le traitement hospitalier se poursuit pendant plusieurs mois, reposant sur la restauration pondérale, la psychothérapie individuelle, la thérapie familiale, la thérapie de groupe, le conseil diététique et la thérapie occupationnelle, incluant le psychodrame et l'art thérapie. À la sortie de l'hôpital, 12 séances ambulatoires impliquent la patiente et sa famille.

Tableau 10.IX : Études contrôlées concernant l'anorexie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Crisp et coll., 1991 note : 7/10	n = 90 4 groupes : traitement hospitalier (1), psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire (2), psychothérapie de groupe ambulatoire (3), et absence de traitement ultérieur (4)	Gain de poids pour l'ensemble des patients, mais les patients des groupes 2 et 3 reprennent plus de poids que les patients du groupe 4 (9 et 10,2 kg *versus* 3,2 kg) Une amélioration significative du score de Morgan-Russell sur 1 an est observée pour tous les groupes
Dare et coll., 2001 note : 5,5/10	n = 84 4 groupes : 1 an de psychothérapie psychanalytique focale ; 7 mois de thérapie cognitivo-analytique ; 1 an de thérapie familiale ; 1 an de suivi de routine, avec contacts limités (groupe contrôle)	Après un an de traitement : amélioration symptomatique dans tous les groupes La thérapie familiale a des effets significativement supérieurs au suivi de routine
Eisler et coll., 1997 note : 7/10	Étude de suivi 80 patients (57 anorexiques et 23 boulimiques) Thérapie familiales (TF) *versus* thérapie individuelle (TI) 4 groupes de patients : anorexie à début précoce et durée courte (< 3 ans) (APC) ; anorexie à début précoce et durée longue (> 3 ans) (APL) ; anorexie à début tardif (> 18 ans) et durée longue (ATL) ; boulimie avec un faible poids (B)	Groupe APC : TF > TI Groupe ATL : TI > TF Groupes APL et B : TF = TI, amélioration médiocre
Eisler et coll., 2000 note : 6/10	40 patientes Thérapie familiale conjointe (TFC) *versus* thérapie familiale séparée (TFS)	Amélioration de tous les scores à un an de traitement TFS > TFC tendance Groupe avec EE élevée : TFS > TFC Groupe avec EE basse : TFS = TFC
Geist et coll., 2000 note : 6,5/10	25 adolescentes ; moyenne d'âge du groupe TF : 14,3 ans, du groupe PEF : 14,9 ans Thérapie familiale (TF) *versus* psycho-éducation familiale (PEF) *Diagnostic interview for children and adolescents* (DICA) ; *Eating disorder inventory* (EDI-2) ; *Children's depression inventory* (CDI) ; *Brief symptom inventory* (BSI) et *Family assessment measure* (FAM-III)	Reprise de poids significative dans les deux groupes 4 mois après la fin du traitement Pas de différences significatives sur les scores mesurés

Tableau 10.IX (suite) : Études contrôlées concernant l'anorexie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Robin et coll., 1994 et 1995 note : 9/10	22 adolescentes ; âge moyen groupe TCSF : 14,7 ans ; âge moyen du groupe PICM : 13,9 ans Thérapie comportementale des systèmes familiaux (TCSF) *versus* psychothérapie individuelle centrée sur le moi (PICM) *Eating attitudes test (EAT)*, *Body shape questionnaire* (BSQ), *Ineffectiveness, Interpersonal distrust and interoceptive awareness scale of* EDI, *Beck depression inventory* (BDI), *Child behavior checklist internalizing behavior problems score*, *Parent adolescent relationship questionnaire* (PARQ) indice de masse corporelle (IMC)	Reprise de poids significative dans les deux groupes après 16 mois de traitement : de 15,0 à 20,1 (IMC) pour le groupe TCSF et de 16,3 à 19,0 pour le groupe PICM Amélioration des scores mesurés par les différentes échelles Au suivi à 1 an, reprise de poids et réapparition des menstruations (100 %) dans les deux groupes : 82 % du groupe TCSF et 50 % du groupe PICM répondent aux deux critères ; la différence n'est pas significative entre les deux groupes Impact positif sur les interactions familiales, maintenu à 1 an de suivi

Le traitement ambulatoire comporte 12 séances de psychothérapie individuelle et familiale. L'attitude des thérapeutes est active, avec une attention portée à l'ambivalence concernant le statut de la patiente, la difficulté à demander de l'aide, la faible estime de soi, le sens défaillant de la maîtrise, et les moyens défensifs utilisés pour maintenir la relation nourriture/poids. Les techniques utilisées comportent le maniement intensif des processus transférentiels et contre-transférentiels, l'établissement de frontières appropriées, l'abord des relations enchevêtrées et des stratégies d'évitement des conflits telles que la non-communication dans les domaines du développement affectif, la tentative de résolution de problèmes (mise à l'épreuve de la relation parentale au moment où la patiente reprend du poids).

Le groupe ambulatoire consiste en 10 séances de thérapie de groupe d'adolescentes, et 10 séances de groupe de parents reçus séparément, à un rythme mensuel. Il s'agissait de groupes tournants (*rolling groups*) dans lesquels les patientes abordaient un certains nombre de sujets choisis dans le livre de bord de l'hôpital : l'évitement des conflits, le sens de soi-même, les relations familiales, l'identification des états d'humeur, les formes d'attachements, les origines, la signification du poids et de la forme, la gestion des impulsions, les habiletés relationnelles et la communication. Les mêmes problèmes étaient abordés dans le groupe de parents, dans la perspective de les aider mutuellement à gérer leurs problèmes partagés et les difficultés concernant l'autonomie.

Le conseil diététique est un aspect important du traitement hospitalier, également proposé à quatre reprises pour les deux groupes de patientes ambulatoires. Il n'existe pas de prescription de psychotropes pendant la durée de

l'étude dans les trois groupes. La dernière option, sans suivi psychothérapeutique, concerne des patientes qui sont réadressées à leur médecin généraliste ou à un consultant extérieur, qui reçoivent un compte-rendu détaillé de l'hospitalisation.

La compliance est un problème majeur pour les patientes hospitalisées. La moyenne d'âge est de 22 ans (de 20 à 23 ans). La durée moyenne de la maladie est de 39 mois, avec une variation de 4 à 107 mois. Au bout d'un an de traitement, on note une augmentation du poids moyen qui varie de 3,2 kg (groupe 4) à 10,1 kg (groupe 3). Les groupes 2 et 3 présentent une amélioration significativement supérieure (9,0 kg et 10,2 kg) à celle du groupe 4, avec un gain moyen de 9,6 kg pour les deux premiers. Le poids moyen obtenu était de 50 kg (option 2) à 52,6 kg (option 1), celui du groupe 4 étant de 45,8 kg. Si l'on considère uniquement les patientes compliantes, le poids moyen monte à 54,9 kg. Le groupe 3 montre des résultats relativement moins bons en ce qui concerne le retour des règles, et l'ajustement sexuel et socio-économique.

La prise en considération de la dynamique familiale dans le projet thérapeutique semble avoir un effet spécifique sur l'amélioration globale, non uniquement centrée sur la reprise de poids. Une patiente est décédée dans l'attente d'un traitement. Ce qui pourrait poser la question de l'adresse : le lien entre traitement hospitalier et traitement ambulatoire est une dimension non négligeable du processus thérapeutique.

L'étude comparative de Dare et coll. (2001) pour des patientes anorexiques adultes de psychothérapies spécifiques examine des suivis selon des théories systémiques et d'autres orientations.

Au bout d'une année, une amélioration symptomatique est observée dans tous les groupes de patientes. Cette amélioration était modeste, plusieurs patientes étant significativement dénutries dans le suivi. La thérapie familiale était significativement supérieure au groupe témoin. Dans le groupe témoin, la moitié des patientes ne présente aucune prise de poids, et seul un cinquième du groupe a dépassé un taux de 10 % de prise de poids. La prise de poids liée aux traitements spécifiques est statistiquement pertinente. Un tiers des patientes ne présentent plus un diagnostic d'anorexie mentale selon les critères du DSM dans les trois groupes traités, tandis que ce taux n'est que de 5 % pour le groupe témoin. Le groupe de patientes avec un pronostic plutôt mauvais est caractérisé par : âge avancé, longue durée de la maladie, antécédents de traitements ayant échoué. Plus des deux tiers restaient à un poids anormalement bas à la fin du traitement. Pour des patientes avec une anorexie mentale relativement résistante, l'admission à l'hôpital peut être indispensable pour des raisons vitales. On notera que si les thérapies familiales ont une incidence positive sur la prise de poids, elles permettent d'améliorer sensiblement les troubles connexes : appauvrissement de la vie relationnelle, état dépressif, anxiété, tension et stress lié à l'aspect coercitif du trouble alimentaire sur la vie familiale.

L'étude de Eisler et coll. (1997) compare les effets de la thérapie familiale et de la psychothérapie individuelle pour des patientes présentant une anorexie mentale. L'étude a porté sur un suivi pendant 5 ans de patientes ayant participé à des essais précédents de thérapie familiale (Russel et coll., 1987 ; Dare et coll., 1990 ; Szmukler et Dare, 1991). La thérapie familiale ou la thérapie de soutien individuelle a été administrée à 80 patientes pendant une année, après la sortie de l'hôpital et restauration du poids. Le groupe a été subdivisé en 4 groupes homogènes quant au pronostic, et 2 groupes correspondant à la durée de la maladie : débutante ou durable.

Le début des thérapies intervient après l'hospitalisation. À la sortie de l'hôpital, tous les patients présentaient une amélioration notable, pendant 1 an, en comparaison de leur perte de poids précédente. Les bénéfices significatifs sont attribuables, surtout à la thérapie familiale pour les patientes présentant un trouble récent, et mettent en valeur la thérapie de soutien individuelle pour les patients ayant une forme d'anorexie plus durable.

Les malades ayant une anorexie mentale avec un début précoce (≤ 18 ans) et une histoire brève de la maladie (< 3 ans) avaient une meilleure amélioration en cas de thérapie familiale plutôt qu'une psychothérapie individuelle. Les malades avec un début tardif (> 18 ans) ont davantage bénéficié d'une psychothérapie individuelle.

Les malades avec anorexie avec début précoce, mais évolution durable de la maladie au-delà de 3 ans, et les malades avec une boulimie nerveuse sévère présentaient une amélioration médiocre quelle que soit la modalité de thérapie. Sur 80 malades, 3 sont décédées au bout de 5 ans. Dans les familles à EE élevées, les résultats de la thérapie familiale apparaissent moins favorables que la psychothérapie individuelle.

Il semble que, dans cette étude, les thérapies hospitalières et ambulatoires sont conçues comme indépendantes les unes des autres. Dans les cas extrêmes, il est utile de concevoir une interconnexion étroite entre thérapie institutionnelle et thérapie familiale, voire psychothérapie individuelle.

L'étude de Eisler et coll (2000) est centrée sur la comparaison entre thérapie familiale conjointe et thérapie familiale « séparée », c'est-à-dire où les parents et la patiente sont traités séparément de manière parallèle. L'essai consiste en un traitement randomisé de 40 patientes avec deux formes d'intervention familiale ambulatoire pour l'anorexie mentale. L'ensemble du groupe est évalué au début du traitement et à chaque temps d'évaluation du traitement pour les niveaux de commentaires critiques utilisant l'index d'Expression des émotions. Une amélioration considérable de l'état nutritionnel et psychologique est apparue dans les deux groupes en traitement. Pour les patientes confrontées aux critiques maternelles élevées, la thérapie familiale séparée s'est révélée supérieure à la thérapie familiale conjointe. Le changement symptomatique était plus marqué dans la thérapie

familiale séparée, tandis qu'il existait un changement psychologique nettement plus important dans le groupe de thérapie familiale conjointe. Des changements significatifs sont apparus dans les mesures familiales d'Émotions exprimées. Les commentaires critiques entre les parents et la patiente étaient significativement réduits de même que ceux intervenant entre les parents. La chaleur entre les parents s'est accrue. La thérapie familiale séparée apporte un soutien à la patiente et une guidance aux parents. On parle encore de conseil familial.

Des points communs existent entre les deux formes de thérapie : la famille n'est pas considérée comme étant la cause de la maladie, mais plus comme une ressource pour aider l'adolescente à surmonter ses problèmes ; l'apport d'informations détaillées concernant les effets psychologiques de la faim ; l'accent mis sur l'aspect compulsif des comportements anorexiques, qui empêchent l'auto-contrôle de la patiente sur ses symptômes ; la nécessité de la réalimentation dirigée vers le parent sans critique ou blâme de la patiente ; informations fournies sur le besoin de soutien de l'adolescente dans le recouvrement du contrôle de sa vie aussi vite que possible ; soutien aux deux parents (s'ils viennent en couple) pour montrer à l'adolescente que les parents partagent leur vie au-delà des soins prodigués à leurs enfants.

Les données suggèrent qu'il puisse y avoir des différences importantes dans l'impact des deux formes de traitement. Il y avait des différences relativement petites entre les traitements dans les pourcentages de changement de la symptomatologie du trouble alimentaire mais ils étaient uniformément en faveur de la thérapie familiale séparée. Ceci est particulièrement vrai pour les familles où il y avait de hauts niveaux de critique maternelle.

Des différences plus claires concernent les mesures du fonctionnement psychologique. Les gains sont plus grands pour la thérapie familiale conjointe en termes d'humeur, d'obsessions et d'ajustement psychosexuel.

Si la thérapie de soutien individuelle apparaît moins efficace lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'un suivi parental, les résultats apparaissent comparables à ceux de la thérapie familiale conjointe quand les parents sont associés séparément au traitement. Les auteurs soulignent par ailleurs qu'ils associent fréquemment les deux techniques pour une même famille.

Dans les faits, pour peu qu'on laisse le choix aux membres de la famille de participer ou non aux séances familiales, il existe des cas où la patiente, ou un autre membre de la famille, refuse de participer. Dans les cas de discorde conjugale importante, on peut proposer aux parents des séances où ils viennent seuls. La manière de gérer l'intensité émotionnelle des conflits peut varier selon les techniques de thérapie. Selon les cas, l'affrontement direct peut avoir une valeur de maturation, ou présenter un caractère destructeur. Le jugement clinique des thérapeutes au cas par cas semble indispensable.

Geist et coll. (2000) ont comparé deux formes de traitement, la thérapie familiale (TF) et la psycho-éducation familiale (PEF), d'une durée de 4 mois,

engagées lors d'une hospitalisation pour 25 adolescentes présentant des troubles d'anorexie mentale récemment apparus.

Les auteurs ont constaté un effet temporel significatif dans les deux groupes de traitement pour la reprise du poids. On ne trouve pas de différences significatives entre les groupes en ce qui concerne les mesures d'auto-évaluation du trouble alimentaire, qu'il s'agisse de ses aspects spécifiques ou non spécifiques.

La reprise de poids est réalisée à la fin des 4 mois de traitement, tant dans le groupe de thérapie familiale que dans le groupe de psychoéducation familiale. On ne note pas de changement significatif sur le fonctionnement psychopathologique des patientes et des parents. La psychoéducation familiale présente le meilleur coût-bénéfice.

Plus de la moitié des adolescentes furent réadmises à l'hôpital, soit au cours, soit à la suite de la période de traitement, laissant à penser que les changements psychosociaux n'étaient pas suffisants pour éviter la rechute. Les auteurs reconnaissent que 4 mois d'évolution ne sont pas suffisants pour apprécier un changement thérapeutique significatif dans les cas graves d'anorexie mentale.

Les critères d'efficacité comparatifs des deux méthodes aboutissent à une évaluation un peu « courte » : si l'information donnée aux familles est équivalente à une implication plus active de celles-ci en matière de reprise de poids, le « rapport qualité-prix » est biaisé si l'on ne tient pas compte :
- de l'intérêt (et sans doute du devoir) à informer toutes les familles des connaissances dont les professionnels disposent concernant la maladie, en fonction de leurs capacités singulières à recevoir ces informations ;
- de l'intérêt qualitatif et quantitatif à poursuivre un travail thérapeutique au-delà de 4 mois ;
- de l'intérêt à considérer que les thérapeutes ont aussi des informations à recevoir de la part des familles, dans une expérience de partage de connaissances et d'incertitudes dont la durée est incompressible.

L'étude contrôlée de Robin et coll. (1994) a comparé la thérapie comportementale des systèmes familiaux (TCSF) et la psychothérapie individuelle centrée sur le moi (PICM), avec un assignement randomisé impliquant 22 jeunes adolescentes présentant une anorexie mentale.

Les protocoles thérapeutiques ont été ainsi définis :
- TCSF : séances hebdomadaires de 72 minutes ;
- PICM : séances hebdomadaires individuelles de 45 minutes avec la patiente ; séances bimensuelles de 54 minutes ;
- régime médical et diététique, projet de reprise de poids, avec poids-cible fixé. Le régime débute à 1200 calories par jour. Le nombre de calories est régulièrement réajusté et augmenté.

La thérapie comportementale du système familial comporte trois phases. Dans la première phase, on demande aux parents de prendre en charge l'alimentation de leur fille et la prise de poids. L'adolescente est définie comme incapable de contrôler son alimentation et son poids. Cette incapacité est attribuée aux effets de la dénutrition, d'une manière à minimiser le blâme adressé à la patiente ou aux parents. Les thérapeutes « coachent » les parents pour permettre le développement et l'exécution du programme comportemental de reprise de poids, impliquant la préparation et la gestion des repas de leur fille, la régulation de l'exercice, et l'établissement des conséquences clairement définies de la consommation de toutes les calories requises.

Lorsque cette prise en charge est réalisée par les parents et que l'adolescente commence à reprendre du poids, le thérapeute oriente le sujet vers les distorsions cognitives et la structure familiale. Les techniques de restructuration cognitive sont utilisées pour corriger l'image corporelle distordue de la patiente et les croyances déréelles concernant la nourriture. Le thérapeute utilise des interventions stratégiques pour évaluer et modifier les schèmes d'enchevêtrement, triangulation, coalitions et renversements hiérarchiques, et formule des hypothèses sur le rôle des symptômes anorexiques dans le maintien de l'homéostasie familiale.

Puis, quand l'adolescente a atteint le poids-cible, le thérapeute guide les parents dans un retour graduel à la restitution du contrôle alimentaire à l'adolescente. Le thérapeute utilise des techniques de résolution de problème concernant l'habileté à la communication pour favoriser l'individuation de l'adolescente et apprendre les schèmes de résolution de conflit efficaces.

Dans la psychothérapie individuelle centrée sur le moi, les séances individuelles sont focalisées d'abord sur la force du moi de l'adolescente, son habileté à se débrouiller, son individuation de la famille nucléaire, ses confusions identitaires, et d'autres manifestations interpersonnelles concernant la croissance physique, sociale et émotionnelle ; de même que la relation de ces phénomènes sur l'alimentation, les soucis de poids, et l'image corporelle. Le thérapeute communique une posture nourricière protectrice marquée par l'autorité : il se montre fort et disponible pour aider une adolescente en situation de faiblesse. Il respecte l'autonomie de la patiente et comprend sa lutte pour s'individuer d'une famille hautement dysfonctionnelle ; et le thérapeute ne souhaite pas exercer une coercition sur l'adolescente pour qu'elle prenne du poids ou change ses attitudes, mais il cherche à l'aider pour comprendre comment elle peut choisir de recouvrer la santé, de se débrouiller avec sa famille dysfonctionnelle et ses frayeurs internes sans auto-dénutrition. Les thérapeutes suivent des traitements très standardisés, à partir de manuels codifiant les différents paramètres symptomatiques, relationnels, et les méthodes d'intervention. En particulier, ils utilisent l'indice de masse corporelle (IMC) et un questionnaire de relation parents-adolescente (QRPA).

La prédiction que chaque traitement produirait le plus grand impact sur les dimensions du fonctionnement reflétant l'orientation théorique est partiellement soutenue. La TCSF produit plus d'effets sur l'évolution de l'indice de masse corporelle (IMC) que la PICM, mais pas sur les attitudes alimentaires ou le conflit familial. La PICM ne produisait pas de plus grandes améliorations que la TCSF sur la force du moi et les problèmes d'internalisation des comportements. L'absence de résultats différentiels dans ces mesures est intéressante étant donnée les accents drastiquement différents de ces deux types de traitement. Malgré l'absence de séances familiales ou même d'une insistance explicite sur l'apprentissage des habiletés familiales pendant les séances parentales collatérales, le groupe de PICM montra des améliorations plus grandes sur le conflit familial centré sur le problème alimentaire. Pareillement, le groupe de TCSF présente une amélioration sur la dépression et la conscience introspective malgré l'absence d'une insistance forte et directe de l'action thérapeutique dans ces domaines. Il se peut que les changements comportementaux, cognitifs et interactionnels dans la famille aient un impact indirect sur les processus affectifs et l'estime de soi.

Une PICM avec des séances parentales collatérales aboutit à des améliorations sur la santé, les attitudes, les affects et les relations familiales chez les jeunes adolescentes présentant une anorexie mentale, en contraste avec les résultats plus limités que Russell et coll. (1987) trouvèrent dans la mise en œuvre de PICM sans séances parentales collatérales.

En résumé, il apparaît en tout état de cause, au travers de cette étude et de deux autres (Russell et coll., 1987 ; Le Grange et coll., 1992), que l'efficacité de la thérapie familiale est avérée pour le traitement de jeunes adolescentes présentant une anorexie mentale. Celle-ci est particulièrement indiquée pour des adolescentes dont l'âge s'étend entre 12 ans et 17 ans. Dans la pratique, il est rare que des thérapeutes réalisent des PICM sans associer de séances parentales.

Robin et coll. (1995) ont évalué de manière comparative l'efficacité des thérapies comportementales des systèmes familiaux (TCSF) et des psychothérapies individuelles centrées sur le moi (PICM) dans le traitement de jeunes adolescentes présentant une anorexie mentale. Cette étude fait suite à la précédente.

Les adolescents percevaient très peu de conflit général au QRPA avant le traitement, après celui-ci, et dans le suivi. En revanche, les familles percevaient des conflits sévères concernant l'alimentation avant le traitement. Cette perception change au décours des traitements, qu'il s'agisse de la TCSF ou de la PICM. De même, les signes de mauvaise communication s'estompent de manière significative, les signes de communication positive apparaissent et se renforcent. Les deux formes de thérapie produisent des diminutions significatives de la communication négative dans le conflit parents-enfant, avec quelques différences dans les mesures de conflit liées à l'alimentation ou la restriction alimentaire et entre les conditions de la communication.

L'amélioration du conflit lié à l'alimentation perdure au bout d'un an de suivi. L'étude montre que les thérapies structurées pour l'adolescente anorexique ont un impact sur les relations familiales, même lorsque la famille n'est jamais rencontrée comme unité pendant la thérapie.

Une étude précédente de Le Grange et coll. (1992) a montré que des niveaux élevés de critique parentale avant l'intervention thérapeutique étaient associés à des résultats médiocres de l'intervention familiale, qu'il s'agisse d'une thérapie familiale conjointe ou d'une thérapie individuelle avec conseil parental disjoint.

Il n'existe pas de différence significative dans les effets thérapeutiques entre les deux formes de thérapie. Seuls, deux paramètres diffèrent : l'IMC s'améliore davantage lors de la TCSF, mais l'analyse statistique montre que cette différence n'est pas pertinente.

Une divergence apparaît entre l'impact des deux thérapies selon l'auto-évaluation des familles et selon les interactions familiales observées. Les membres de la famille reportent très peu de conflit général avant ou après traitement, mais reportent un conflit sévère concernant l'alimentation avant le traitement. Après traitement, ce conflit diminue significativement. En contraste, les familles exprimaient des formes élevées de communication négative sur l'IMC pendant les discussions générales ou les discussions centrées sur le conflit alimentaire, et le traitement a une action significative sur la réduction de la communication négative dans les deux types de discussion. Il se peut que le conflit alimentaire soit secondaire à la maladie, et que de telles familles ne soient pas conscientes des autres types de conflits.

L'étude pose la question de l'action effective de la thérapie, et de la manière dont les relations personnelles et interactionnelles interfèrent. Par certains côtés, les termes de « psychothérapie individuelle » et de « thérapie familiale » induisent en erreur, laissant penser que la « boîte » dans laquelle intervient le changement est celle que définit le thérapeute dans son cabinet de consultation. D'une part, l'impact des actions indirectes et interactions incidentes est très difficile à apprécier. D'autre part, la question des processus interfaciels (interférences patientes-familles-thérapeutes, thérapies hospitalières-thérapies ambulatoires) est particulière délicate à aborder, dans un modèle implicite où l'on peut ranger les symptômes, les conflits, les interactions, les personnes, les groupes, dans des domaines de l'espace-temps bien séparés les uns des autres (limites du modèle bio-psycho-social).

Revues systématiques concernant l'anorexie et la boulimie

Bowers et coll. (1994) ont évalué un traitement hospitalier intégrant de multiples approches, par le recensement des différentes formes de thérapie utilisées conjointement lors de l'hospitalisation de patientes présentant une anorexie mentale (tableau 10.X). Cette approche de traitement intégrée incluait des interventions médicales, psychologiques, nutritionnelles, et sociales. Les patientes et leur famille ont de nombreuses idées fausses au sujet

de l'anorexie mentale. Ces idées concernent la nourriture, le poids, l'apparence, qui peuvent aboutir à un véritable fossé. L'information peut être transmise avec des livres, la thérapie occupationnelle, et la thérapie de groupe psycho-éducationnelle.

Tableau 10.X : Revues systématiques concernant l'anorexie et la boulimie

Pathologies Références	Description	Résultats
Anorexie		
Bowers et Andersen, 1994	Traitement hospitalier intégré (approche psychologique, nutritionnelle, sociale…)	50 % d'amélioration satisfaisante, 30 % d'amélioration intermédiaire, 20 % de symptômes résiduels (poids insuffisant et image corporelle distordue)
Boulimie		
McKisack et Waller, 1997	Thérapie de groupe avec 4 types d'orientations théoriques : cognitivo-comportementale, psycho-éducationnelle, psychodyamique, soutien	Pas d'avantages évidents liés à quelque orientation théorique

Le traitement intégré comporte :
- un régime nutritionnel ;
- un programme de restauration pondérale ;
- une psychoéducation de la patiente et de sa famille ;
- une technique de feedback cognitif-comportemental, comprenant l'information des progrès concernant le poids, la nourriture, le comportement alimentaire, et le fonctionnement psychologique ;
- une thérapie occupationnelle ;
- une psychothérapie : thérapie familiale particulièrement indiquée avant 18 ans, psychothérapie individuelle, préférentiellement cognitivo-comportementale, ou psychodynamique, mais pas spécifiquement psychanalytique.

Les résultats montrent 50 % d'amélioration satisfaisante, 30 % d'amélioration intermédiaire, 20 % de symptômes résiduels de poids insuffisant et d'image corporelle distordue. On notera, que la diversité des modes d'intervention apparaît effectivement dans la qualité principale d'une prise en charge hospitalière. Cependant, la combinaison des approches ne permet pas de conclure sur l'efficacité d'une thérapie donnée. Le traitement hospitalier de l'anorexie mentale peut être une tâche difficile et complexe, mais il est souvent très positif. Le succès intervient quand on met l'accent sur le travail d'équipe, sur l'intégration des approches thérapeutiques, qui réclament un travail de coordination. La psycho-éducation familiale est particulièrement appropriée en matière de « rapport coût-bénéfice », en comparaison avec la

thérapie familiale, qui reste une bonne indication, en particulier pour les adolescentes ayant moins de 18 ans.

McKisack et Waller (1997) réalisent une revue de la littérature publiée sur l'efficacité de la thérapie de groupe pour la boulimie nerveuse. Les facteurs étudiés sont l'orientation théorique, l'intensité thérapeutique, le traitement conjoint, les caractéristiques de la cliente, les caractéristiques du service. Les orientations théoriques sont de 4 types.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) repose sur le *self-monitoring*, le contrôle des stimuli, la psychoéducation, la restructuration cognitive, la résolution de problème, l'apprentissage de l'autorité, et l'exposition à la prévention de réponse. Pour certains auteurs, l'aspect cognitif du traitement serait plus efficient que l'aspect comportemental. D'autres ont comparé des traitements exclusivement comportementaux ou cognitifs, qui se sont révélés plus efficaces que le groupe témoin (liste d'attente). Le groupe comportemental était plus efficace pour la réduction de la fréquence des goinfreries (*binging*), et le groupe comportemental-cognitif était plus efficace pour le traitement des autres problèmes psychologiques. Schneider et Agras (1985) ont évalué un groupe de TCC pour boulimiques en utilisant une adaptation de l'approche thérapeutique individuelle de Fairburn (1981). Ils trouvèrent une amélioration significative sur la fréquence des vomissements auto-provoqués, la dépression, les attitudes alimentaires, et l'autorité (*assertiveness*). Près de 50 % de cette amélioration s'est maintenue après un suivi de 6 mois.

La thérapie de groupe psycho-éducationnelle inclut fréquemment un apprentissage de l'affirmation d'autorité ; l'éducation concernant les troubles alimentaires, leurs effets médicaux collatéraux, et les facteurs sociaux ; le *self-monitoring* ; la relaxation ; l'assignation de buts ; la prise de conscience des pensées négatives ; des conseils pratiques. On note des améliorations notables concernant la fréquence des épisodes de goinfrerie et de purge, l'augmentation de l'estime de soi, la dépression, l'affirmation d'autorité, et les attitudes alimentaires déviantes.

Les groupes thérapeutiques psychodynamiques ou psychanalytiques sont plus rares, peut-être parce qu'ils réclament une durée plus longue. Ils nécessitent au moins 25 séances. Ils sont non directifs, et tendent à infléchir les expériences émotionnelles dans les relations de groupe et à explorer les liens entre les perturbations alimentaires et les problèmes sous-jacents. Ils peuvent être ou non limités dans le temps. MacKenzie (1990) suggère l'intérêt d'une limitation dans le temps, permettant aux participants de faire l'expérience d'un plus grand sens du contrôle, de l'autonomie et de l'accomplissement.

Les groupes de psychothérapie de soutien sont également rares. Il s'agit de groupes conversationnels, et expérientiels. Pour Gordon et Ahmed (1988), les effets sont comparables à ceux obtenus avec un groupe de TCC. Les approches combinées, éclectiques montrent quelques signes de succès.

Quelle que soit l'approche, il existe un consensus :
- la plupart des groupes thérapeutiques emploient un mélange d'approches différentes, TCC, éducationnelles, prise de conscience, *insight* et soutien ;
- les thérapeutes et les membres du groupe prennent un rôle actif ;
- la thérapie de groupe pour la boulimie nerveuse est modérément efficace en post-traitement ;
- la rémission spontanée des symptômes surgit rarement sans traitement ;
- il n'existe pas d'avantage significatif d'une orientation thérapeutique particulière.

Tous les groupes furent limités dans le temps. La durée et la fréquence varient beaucoup selon les études. Fettes et Peters (1992) dans leur méta-analyse de 31 études indiquent une moyenne de 14 semaines, impliquant une moyenne de 2,5 heures par semaine. On note un bénéfice au moins partiel, avec réduction symptomatique, mais peu de patientes présentent une rémission complète.

Pour Hartmann et coll. (1992), les groupes de plus de 15 séances semblent plus efficaces que les groupes de moins de 15 séances. Pour les personnes les plus perturbées, il apparaît qu'une durée d'au moins un an est requise (Herzog et coll., 1991). De même, pour Mitchell et coll. (1993), l'augmentation de fréquence (deux séances par semaine plutôt qu'une) est plus efficace. La méta-analyse de Fettes et Peters (1992) va dans le même sens. Elle indique par ailleurs que l'association de thérapies conjointes a des effets supérieurs (médication, thérapie individuelle ou familiale, ou activation psychodynamique subliminale) à la thérapie de groupe seule, ou associée à un placebo.

Par ailleurs, la nature de la cliente et sa psychopathologie mériteraient d'être prises en compte dans la prédiction de l'efficacité de la thérapie de groupe. Les modalités d'entrée dans le groupe sont également importantes. Il existe également quelques indices laissant à penser que l'augmentation de la taille du groupe a un effet positif.

En résumé, sur le plan des résultats, il n'apparaît pas d'avantages évidents liés à quelque orientation théorique ou au genre du thérapeute. Les meilleurs résultats semblent liés aux groupes plus durables, intensément programmés, avec l'addition de composants extérieurs (par exemple un travail individuel). Les groupes relativement grands sont également une option pertinente. Ces conclusions sont congruentes avec les préférences exprimées par les clientes elles-mêmes. On pourra noter que la boulimie nerveuse semble bénéficier de formes de thérapies qui renforcent le lien d'appartenance communautaire, ce qui suppose la mise en œuvre de rituels de rencontre suffisamment fréquents, diversifiés (grand groupe, famille, personnel) et durables.

Études concernant les troubles de l'humeur

Concernant les troubles de l'humeur, 7 études contrôlées sont présentées. Sont décrites également une méta-analyse et une revue sur la thérapie interpersonnelle.

Études contrôlées concernant les troubles de l'humeur (plusieurs types)

L'étude contrôlée de Anderson et coll. (1986) compare deux formes d'intervention multifamiliale pour des patients présentant des troubles de l'humeur, et hospitalisés dans des services de psychiatrie :
- un groupe multifamilial classique orienté vers le processus, avec soutien, déstigmatisation, et autogestion de la résolution de problèmes communs ;
- un groupe multifamilial psycho-éducationnel centré sur l'apport d'information à propos de la maladie du patient et les façons d'y faire face.

Quarante patients et leurs familles ont été répartis dans deux groupes multifamiliaux d'orientation différente. Parmi les patients, 60 % sont des femmes, avec un âge moyen de 49,5 ans. L'âge moyen des hommes est de 50,5 ans. La répartition des pathologies est la suivante : 57 % présentent une dépression sévère, 22 % présentent une dépression avec des traits psychotiques, 10 % présentent un trouble bipolaire, et 10 % avaient un autre diagnostic (personnalité limite, dysthymie, trouble schizo-affectif). Concernant les familles, 62 % étaient conjugales, 20 % parentales, 15 % avec les enfants des patients, 7,5 % impliquaient d'autres membres de la famille étendue. Les patients présentant des troubles bipolaires se sont retrouvés en plus grand nombre dans le groupe psycho-éducationnel. Chaque groupe était composé de 20 à 25 personnes.

Les instruments d'évaluation sont le Questionnaire de gestion (*coping*) et d'Attitude de la famille, l'Échelle d'ajustement dyadique. La gestion (*coping*) de la famille est appréciée en fonction des tentatives d'éliminer ou de modifier les conditions causant les problèmes, les essais de contrôler la signification d'une expérience, ou de la « neutraliser », et les essais de maintenir les conséquences émotionnelles des problèmes dans des limites gérables. Le questionnaire d'attitude familiale est centré sur le sujet de l'étiologie, le risque, le fardeau. Il essaie par ailleurs d'apprécier les attitudes face au mariage, la manière d'élever les enfants étant donné la présence d'une maladie psychiatrique. L'échelle d'ajustement dyadique est conçue pour apprécier le niveau de satisfaction conjugale.

Les séances durent 4 heures le samedi après-midi, et font partie d'un programme hospitalier spécialisé dans le traitement des troubles affectifs. Les mesures précédant et succédant au traitement concernent la connaissance de la famille et du patient sur les troubles affectifs, le niveau de détresse personnelle, l'ajustement dyadique. S'y ajoute un questionnement du patient et de la famille sur leur niveau de satisfaction à propos des séances.

L'intervention psycho-éducationnelle repose sur l'affirmation selon laquelle la connaissance peut diminuer l'anxiété et accroître la capacité à faire face au trouble. Il s'agit d'apporter des informations spécifiques sur l'étiologie de la maladie, le pronostic, et les comportements spécifiques du patient et des proches qui peuvent influencer le cours des troubles. Il est nécessaire de préciser les différentes variétés de troubles, sachant que la majorité des patients présentait une dépression majeure récurrente.

Les groupes multifamiliaux traditionnels ont été conçus comme un moyen de diminuer la stigmatisation de la famille, à augmenter sa connaissance concernant le traitement de la maladie, à améliorer les schèmes de communication en développant des habiletés relationnelles. Le but est d'augmenter le sens du soutien mutuel, faciliter le partage d'expériences divergentes, accroître la capacité à exprimer les émotions, diminuer les sentiments d'isolement et de stigmatisation et de promouvoir la solution de problèmes en groupe.

Sur le plan des résultats, on constate peu de différences entre les deux groupes, sinon une satisfaction significativement plus grande des patients et de leur famille dans le groupe psycho-éducationnel.

Les deux formes d'intervention donnent aux patients un plus grand sens de pouvoir contrôler leur maladie et son cours. L'approche du groupe familial processuel semble avoir montré un changement significativement plus grand à cet égard. Dans les deux groupes, sans différence significative, les patients se montrent plus optimistes concernant leur capacité à gérer leur maladie dans le futur. Ils deviennent plus adhérents à l'idée que les stress courants peuvent être responsables de leurs problèmes et ils reconnaissent que leurs familles font de leur mieux pour les aider.

Il semble que les patients et leurs familles, au moins initialement, se sentent plus à l'aise et se montrent plus intéressés par un groupe structuré centré sur l'apport d'information. De plus, les commentaires écrits sur chaque questionnaire d'évaluation ont révélé des questions fréquentes venant du groupe multifamilial processuel, concernant la maladie et la manière d'y faire face.

L'impact de ces groupes sur l'ajustement conjugal est plus compliqué et d'un plus grand intérêt. Tandis que les perceptions des patients concernant leur mariage s'amélioraient (au moins sur le plan de la cohésion dyadique), les perceptions du conjoint concernant leur mariage semblaient se détériorer. On ne peut préciser si les groupes ont simplement aidé le conjoint à exprimer leurs sentiments négatifs concernant leur mariage, ou si les conjoints devenaient plus conscients de leurs propres besoins non réalisés.

Beardslee et coll. (1993) ont comparé deux méthodes cognitives psycho-éducationnelles chez des adultes présentant des troubles de l'humeur : entretien clinique *versus* participation à des conférences sur l'état actuel de la question

Vingt familles avec un membre souffrant de troubles de l'humeur ont participé par assignement aléatoire à deux interventions préventives cognitives

psycho-éducationnelles. Douze familles ont participé à une intervention fondée sur la clinique, 8 familles ont participé à des interventions fondées sur des conférences. Si les deux groupes ont été satisfaits, le plus satisfait était le groupe psycho-éducationnel clinique, qui présentait également le plus de changements sur le plan des comportements et des attitudes vis-à-vis de la maladie. Les deux groupes ont montré pareillement une diminution de la contrariété concernant les sujets de préoccupation avant et après l'intervention. Le groupe clinique fut manifestement plus aidé en ce qui concerne leurs préoccupations primaires.

Les deux groupes ont montré un accroissement des connaissances sur la dépression et les risques et la résilience chez les enfants. Les interventions familiales cliniques ont montré plus de changements dans leurs attitudes et ont rapporté davantage de modifications de leurs comportements, ce qui suggère une intégration du matériel cognitif, confirmant ainsi l'hypothèse centrale des auteurs. On peut effectivement supposer que l'engagement clinique donne des résultats supérieurs à un simple enseignement.

Florin et coll. (1992) ont cherché à évaluer l'état des émotions exprimées (EE) chez le conjoint de patients déprimés et chez les patients eux-mêmes, pour relier cet état d'EE à la sévérité de la dépression, et pour comparer la prévalence d'EE élevée entre le groupe cible et le groupe contrôle. Soixante dix patients déprimés et leurs conjoints ont été répartis dans le groupe expérimental, et 20 couples dans le groupe contrôle.

Les émotions exprimées sont plus habituelles, de manière significative, chez les conjoints de patients déprimés et chez les patients eux-mêmes que chez les couples contrôles. Il y avait une relation significative entre l'état d'EE élevée chez le patient et le conjoint et un score élevé à l'Échelle de dépression de Beck pour le patient.

Ce résultat est en contradiction avec l'étude de Hooley et Hahlweg (1986), qui a trouvé que le niveau de dépression élevé ne dépend pas du niveau d'EE élevé ou bas chez le conjoint. Les patients de la présente étude sont : plus jeunes et sont mariés depuis moins longtemps ; ils présentaient une dépression moins sévère en moyenne ; ceux qui présentaient une dépression majeure étaient inclus dans l'étude, avec un facteur de comorbidité entre la dépression majeure et la dysthymie ; les patients étaient en ambulatoire (alors qu'il s'agissait de patients hospitalisés dans l'étude de Hooley et Hahlweg, 1986).

Études contrôlées concernant les troubles bipolaires

L'étude contrôlée de Clarkin et coll. (1998) a cherché à démontrer l'intérêt de la psychoéducation familiale dans les troubles bipolaires. L'évaluation est celle d'une intervention conjugale psycho-éducationnelle pour patients d'âge moyen, mariés depuis 17 ans en moyenne, et présentant des troubles bipolaires. Le suivi est de 11 mois, composé de 25 séances, les 10 premières étant

hebdomadaires, puis bimensuelles pour les 15 séances restantes. Le groupe contrôle ne reçoit que les traitements médicamenteux habituels.

Les patients participant à l'intervention conjugale psycho-éducationnelle montrèrent des améliorations significatives dans le fonctionnement global par rapport au groupe contrôle, mais pas sur les symptômes. La compliance médicamenteuse était également significativement meilleure.

L'objectif de l'étude contrôlée de Miklowitz et coll. (2000) est de montrer l'efficacité de la psycho-éducation familiale dans la prévention des rechutes de patients présentant des troubles bipolaires (tableau 10.XI). Les patients furent évalués tous les 3 mois pendant 1 an concernant la rechute, la sévérité des symptômes et la compliance médicamenteuse.

Les patients suivant la thérapie focalisée sur la famille eurent moins de rechutes et des délais plus longs avant la rechute, une amélioration plus nette des symptômes dépressifs (mais pas des symptômes maniaques). Les résultats les plus spectaculaires concernaient les familles à EE élevée. Cette efficacité de la thérapie focalisée sur la famille ne peut pas être expliquée par des différences entre patients en matière de prise de médicaments ou de compliance médicamenteuse.

Notons que les distorsions dans les résonances émotionnelles entre un patient bipolaire et ses proches (en particulier le conjoint) rendent particulièrement pertinente et nécessaire l'association d'une thérapie familiale à la prescription de thymorégulateurs. Si la psycho-éducation se prête bien, par nature, à des études randomisées, d'autres modalités de thérapies familiales sont envisageables, et ont été envisagées.

Dans leur étude contrôlée, Miklowitz et coll. (1990) réalisent la description et l'évaluation d'une méthode de traitement ambulatoire des patients ayant présenté un état maniaque combinant la psychoéducation familiale et l'entraînement aux habiletés sociales.

Le traitement consiste en 21 séances d'une heure sur 9 mois, à la sortie de l'hôpital. Il s'agit de séances hebdomadaires pendant 3 mois, bimensuelles pendant 3 mois, puis mensuelles pendant 3 mois. Ces séances sont réparties en trois modules : éducation familiale, entraînement aux habiletés communicationnelles et entraînement à l'aptitude de résoudre les problèmes.

Il s'agit dans un premier temps de reconnaître le trauma causé par l'épisode maniaque, qui peut être conçu comme créant un stress post-traumatique sur toute la famille. Les patients bipolaires, avant le déclenchement de la maladie sont assez fréquemment perçus comme des « superstars » dans leur famille d'origine, avec de nombreuses attentes. Le fait qu'ils deviennent le malade dans la famille est d'autant plus difficile à admettre pour eux-mêmes et pour leurs proches. La partie éducative du programme est souvent la plus aidante. Avec de tels patients, on doit être particulièrement sensible à la résistante au processus didactique, qui se traduit par un rejet de la notion de maladie et des appréhensions à propos de la désignation et la stigmatisation.

Tableau 10.XI : Études contrôlées concernant les troubles de l'humeur

Pathologies	Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Troubles de l'humeur (confondus)			
	Anderson et coll., 1986 note : 2/10	Étude contrôlée randomisée Comparaison entre deux formes d'intervention multifamiliale	Peu de différences entre les deux groupes
	Beardslee et coll., 1993 note : 8,5/10	Étude contrôlée randomisée Comparaison de deux méthodes cognitives psycho-éducationnelles	Accroissement des connaissances pour les deux groupes L'intervention clinique favorise les changements de comportements
Trouble bipolaire			
	Clarkin et coll., 1998 note : 8/10	Thérapie de couple psycho-éducationnelle et médicaments *versus* médicaments	Amélioration significative dans le groupe recevant l'intervention psycho-éducative concernant le fonctionnement général
	Miklowitz et coll., 2000 note : 7/10	101 patients En combinaison avec un traitement thymorégulateur, traitement psycho-éducationnel centré sur la famille, PEF (n = 31) *versus* traitement par quelques séances limitées d'éducation familiale et gestion de crise, GC (n = 70). *Structured clinical interview* DSM-III-R (SCID-P), *Schedule for affective disorders and schizophrenia* (SADS-C), *Camberwell family interview, Maintenance treatment scale*	À 1 an, taux de rechute inférieur (p = 0,037) dans le groupe PEF (29 % *versus* 53 %) Après 1 an de traitement : le groupe PEF est associé à une stabilisation plus importante des symptômes dépressifs (SADS-C) mais pas des épisodes maniaques Amélioration la plus importante se retrouve chez les patients d'EE élevées dans le groupe PEF
Dépression majeure			
	Leff et coll., 2000 note : 7,5/10	Traitement par antidépresseur *versus* thérapie de couple chez 77 déprimés vivant avec un partenaire « critique » *Present state examination*, *Hamilton rating scale for depression* (HRSD), *Beck depression inventory* (BDI), *Camberwell family interview* et *Dyadic adjustment scale*	Interruptions de traitement : 56,8 % pour le groupe médicaments et 15 % pour le groupe thérapie de couple À 2 ans, amélioration supérieure (significative à 5 %) du score de dépression BDI dans le groupe thérapie de couple

Le module d'entraînement aux habiletés communicationnelles comporte, comme dans le modèle de Falloon pour la schizophrénie : l'écoute active, offrir des feedback positifs pour des comportements spécifiques, faire des

requêtes positives pour changer, et exprimer des sentiments négatifs au sujets de comportements spécifiques. On peut initier des jeux de rôle avec la famille, dans lesquels les compétences de chaque membre de la famille sont soutenues et façonnées. Les principaux sujets concernant la résolution de problème sont : l'utilisation des médicaments, les conséquences de la stigmatisation, l'irritabilité chez les patients, la gestion de l'argent, les soucis concernant l'éducation des enfants, les problèmes de communauté, de travail ou d'école, les tâches domestiques, les habitudes concernant le sommeil ou le maintien d'heures inhabituelles. Il n'y a pas de solutions toutes faites pour ces problèmes, mais le clinicien peut encourager et aider la famille à générer des solutions qui fonctionnent bien pour elle.

La thérapie familiale comportementale est applicable en traitement ambulatoire pour des patients bipolaires, récemment hospitalisés pour un état maniaque. Il est nécessaire d'ajuster la technique aux caractéristiques du trouble et des effets qu'il produit sur le fonctionnement familial. Fréquemment, il s'agit de familles à fonctionnement élevé, qui semblent se réjouir des échanges et sont hautement affectives et spontanées. Il est ainsi nécessaire d'être moins didactique et plus flexible que dans la forme standard de psychoéducation familiale, plus orientée vers la gestion des affects et la résistance au changement, et plus focalisée sur les sentiments du patient et de la famille concernant la désignation, la stigmatisation et l'utilisation des médicaments.

Une des limites observées de l'efficacité des thymorégulateurs est liée au taux élevé de non compliance des patients. Parmi les patients bipolaires, 45 % arrêtent leur traitement au bout d'un an. En proposant un traitement psychosocial à court terme, on cherche à diminuer le stress interpersonnel, à renforcer la capacité à faire face aux situations et à accroître vraisemblablement la compliance médicamenteuse. La méthode semble avoir un effet sur la prévention des rechutes. Les troubles bipolaires, comme les schizophrénies, peuvent être associés avec une longue période de traitement des symptômes résiduels après la sortie de l'hôpital.

En résumé, si la description de la méthode est intéressante, les résultats semblent peu précis. L'information et l'aide apportées aux patients et à leurs familles apparaissent comme des démarches hautement recommandables. Le caractère plus « flexible » de la dimension didactique ou éducative mériterait d'être également généralisée.

Étude contrôlée concernant la dépression majeure

Leff et coll. (2000) ont évalué l'alternative entre le traitement antidépresseur et la thérapie de couple pour des patients présentant une dépression majeure et un partenaire critique (Tableau 10.XI).

La rechute dépressive est associée avec une attitude critique du partenaire du patient. Le but est de contrôler l'efficacité et le coût de la thérapie de couple

et des antidépresseurs pour le traitement de personnes présentant un état dépressif et vivant avec un conjoint critique.

Les patients des deux groupes présentèrent une amélioration, avec un avantage significatif pour la thérapie de couple évaluée par l'Échelle de la dépression de Beck, à la fois à la fin du traitement et deux ans après la fin du traitement. En matière de coût, on ne note pas de différence significative. Pour ce groupe, la thérapie de couple apparaît plus acceptable que les traitements anti-dépresseurs, et est au moins aussi efficace, sinon plus, tant pendant le traitement que dans la phase de maintien.

Cette étude « expérimentale » apparaît intéressante et pertinente. Mais dans la mesure où l'on considère que la dépression est une affection complexe, l'association de la chimiothérapie et de la thérapie conjugale ou familiale apparaît souvent indispensable.

Revue et méta-analyse concernant la dépression

Cottraux (1999) étudie l'efficacité de la thérapie interpersonnelle de la dépression, et la compare à la thérapie cognitivo-comportementale. Il part de l'exposé du modèle théorique, des modalités d'intervention, des études contrôlées et d'une méta-analyse de la thérapie interpersonnelle de la dépression.

La thérapie interpersonnelle de la dépression se centre sur les problèmes actuels plutôt que passés, se focalise sur le contexte social immédiat du patient et cherche à intervenir sur la formation des symptômes et les dysfonctions sociales qui sont associées avec la dépression plutôt que sur les aspects durables de la personnalité. Dans cette optique, les relations interpersonnelles sont à la fois des antécédents et des conséquences de la maladie mentale. Il existe un lien entre la dépression, la perte du soutien social et les difficultés du rôle social.

Le thérapeute s'intéresse :
- aux relations actuelles et passées avec les personnes importantes de l'entourage ;
- à la qualité et à la structuration des interactions qui ont permis de construire l'histoire des relations interpersonnelles : autorité, domination-soumission, dépendance et autonomie, intimité, confiance, affection, sentiments et activités sexuelles, relations de voisinage, division du travail dans la famille, le domaine financier, les loisirs, la relation, les activités communautaires, les réactions à la séparation ;
- aux cognitions de l'individu et des personnes importantes de l'entourage (croyances, attitudes vis-à-vis des normes, attentes et significations attribuées aux rôles) ;
- aux émotions associées aux relations interpersonnelles : colère, hostilité, confiance, chaleur et dépression.

La thérapie interpersonnelle fait référence à la théorie de l'attachement de Bowlby, aux processus de deuil, aux facteurs psychosociaux.

Il s'agit d'une thérapie brève de 20 séances sur 4 mois, focale, centrée sur l'effet présent des relations, interpersonnelle mais non intrapsychique (pas d'interprétation sur les conflits inconscients, pas d'analyse de rêves), ni cognitivo-comportementale (l'affirmation de soi, la culpabilité, le manque de compétences sociales ne sont étudiées qu'en relation avec les personnages importants). Les distorsions cognitives par rapport à soi-même et aux autres sont prises en considération, comme en TCC. Elle prend en compte la personnalité du patient sans se focaliser sur ses troubles et les liens éventuels avec la dépression.

Sur le plan des résultats, l'efficacité de la thérapie interpersonnelle a été démontrée par une étude de quatre groupes (Sotsky et coll., 1991 ; Shea et coll., 1992) : thérapie interpersonnelle seule, thérapie interpersonnelle associée à l'amitryptiline, amitryptiline seule, groupe contrôle.

Les résultats de la thérapie interpersonnelle sont équivalents à la prise d'amitryptiline, avec un délai dans l'effet pour la première de une à deux semaines. La réduction des effets est supérieure au groupe contrôle. Au bout d'un an de suivi naturaliste, de nombreux patients présentent une amélioration du fonctionnement social, avec ou non prise d'amitryptiline.

Une méta-analyse portant sur 6 études de 595 patients présentant une dépression non psychotique (Thase et coll., 1997), d'une moyenne d'âge de 44 ans, avec 69 % de femmes, ne montre pas de différences d'effets entre la thérapie interpersonnelle et la TCC. Dans les formes sévères de dépression, l'adjonction de médicaments donne des résultats supérieurs. Par ailleurs, la thérapie interpersonnelle semble avoir un effet sur la prévention des rechutes.

On pourra noter en résumé que la thérapie interpersonnelle et la TCC pour la dépression se rapprochent de la thérapie systémique individuelle. Il serait intéressant d'envisager la participation des proches, en particulier du conjoint, dans le traitement des états dépressifs, qu'ils soient « réactionnels » ou « endogènes ».

Études concernant l'alcoolodépendance

Deux méta-analyses, une revue systématique et une revue sont présentées à propos de l'alcoolodépendance.

Méta-analyses concernant l'alcoolodépendance

La méta-analyse d'Edwards et Steinglass (1995) regroupe 21 études de thérapies familiales et les résultats sont évalués en terme clinique et statistique (taille d'effet) (tableau 10.XII).

Tableau 10.XII : Méta-analyses concernant l'alcoolodépendance

Références Appréciation méthodologique	Caractéristiques	Résultats
Edwards et Steinglass, 1995 note : 4/7	21 études évaluant l'efficacité de la thérapie familiale comme traitement de l'alcoolodépendance sur les trois phases du traitement : initiation, traitement primaire/réhabilitation, postcure	Preuve apportée de l'utilité d'inclure les membres de la famille dans les trois phases du traitement Aucun type singulier d'approche familiale n'apparaît supérieur aux autres. Des facteurs tels que l'identité sexuée de la personne, l'engagement et/ou la satisfaction dans le mariage, et le soutien du conjoint pour l'abstinence semblent influencer positivement les résultats.
O'Farrell et Fals-Stewart, 2001 note : 3/7	1 260 sujets 36 études randomisées comparant les thérapies impliquant la famille à des thérapies individuelles et à des listes d'attente	La taille d'effet moyenne favorise les thérapies impliquant la famille en ce qui concerne la consommation d'alcool, l'entrée et l'assistance dans le traitement, et l'ajustement familial.

Le traitement de l'addiction comporte trois phases : l'initiation du traitement, le traitement ou réhabilitation primaires et la postcure. Les résultats de chacune de ces trois phases influencent vraisemblablement l'efficacité du traitement, il est donc nécessaire de préciser l'implication de la famille dans ces trois phases du traitement.

Le but principal des phases 2 et 3 est de diminuer la consommation d'alcool. L'abstinence totale a longtemps été considérée comme le seul indicateur acceptable de traitement réussi. Cependant, les psychologues comportementaux ont développé des techniques pour apprendre à des alcoolodépendants sévères à moins boire ; la consommation contrôlée semble présenter une alternative raisonnable comme but thérapeutique.

On étudie d'abord quel niveau d'abstinence on peut attendre si l'alcoolodépendance suit son cours naturel. Vaillant (1983) l'évalue à 2 % à 3 % par an. Ceci est comparable aux 5 % d'abstinence trouvée dans une liste d'attente (Kissin et coll., 1970).

Les résultats des traitements sans implication familiale montrent des taux d'abstinence de 54 % à un an, 58 % après 14 mois, 29 % complètement abstinents et 26 % ayant des rechutes occasionnelles à 4 ans, 58 % sans spécification de durée selon les études.

Dans la phase 1, initiation du traitement, la méthode d'intervention est une confrontation des membres et amis de la famille avec l'alcoolodépendant (4 à 5 séances de 2 heures) dans l'étude de Liepman et coll. (1989). Vingt quatre familles, parmi lesquelles 7 apportent un soutien (confrontation) et 17 ne poursuivent pas ultérieurement. Les patients dans 6 familles participantes sur

7 acceptèrent d'entrer dans un programme de désintoxication ou de réhabilitation, *versus* 3 dans les familles non participantes. L'abstinence a duré 11 mois pour les premiers et seulement 2,8 mois pour les seconds.

Dans la thérapie familiale unilatérale (TFU), les thérapeutes travaillent exclusivement avec le conjoint abstinent coopératif pour aider le conjoint alcoolodépendant non coopératif à entrer dans le traitement. La thérapie familiale unilatérale comporte : une évaluation initiale, l'éducation face à l'alcool, le renforcement de la relation unilatérale, la neutralisation des vieux comportements contrôlant la prise d'alcool, la préparation aux interventions dirigées vers l'alcoolodépendant (c'est-à-dire confrontation, requête, contrat), le soutien pour le maintien des gains, l'apprentissage de la prévention de la rechute, et, lorsque la situation le permet, aider le conjoint à se désengager du partenaire alcoolodépendant et du problème de boisson et de gérer les problèmes émotionnels.

Deux études ont testé l'efficacité de la méthode non seulement en ce qui concerne la motivation des alcoolodépendants à s'engager dans le traitement mais aussi dans la réduction de l'addiction. Thomas et coll. (1987) montrent que 61 % des alcoolodépendants dont les conjoints ont participé à la TFU ont été classés comme améliorés, *versus* aucun pour le groupe contrôle. Ces résultats sont significatifs, cliniquement et statistiquement. Ultérieurement, ils constatèrent une réduction de 53 % dans la consommation avec la participation à la TFU des conjoints, comparé à un accroissement léger dans la consommation des alcoolodépendants dont les épouses ne reçurent pas de traitement. La TFU a été associée également à une diminution de la détresse du conjoint. Bien qu'il n'y eût pas de différences dans les deux groupes concernant la satisfaction conjugale globale, le traitement fut associé avec une augmentation des comptes-rendus concernant l'affection et la satisfaction sexuelles dans le mariage.

Thomas et Ager (1993) montrèrent que juste après le traitement, les conjoints alcoolodépendants d'individus en TFU s'engagèrent dans le traitement de manière significativement plus importante que les alcoolodépendants dont les époux ne participaient pas au programme. Dans un suivi plus récent, cette différence reste cliniquement significative, mais pas statistiquement (57 % *versus* 31 %). La réduction de la consommation d'alcool était également significative (68 % *versus* 20 %).

L'aspect de la thérapie, entraînement au renforcement communautaire (ERC) comporte pour le conjoint abstinent coopératif les questions suivantes : comment réduire la maltraitance physique, comment encourager la sobriété (en renforçant l'alcoolodépendant dans ses périodes de sobriété et en aménageant les conséquences négatives de la boisson), comment encourager le traitement (en identifiant et en prenant avantage des moments où le buveur est le plus motivé à commencer le traitement). La principale différence avec la TFU est que dans cette dernière, le conjoint abstinent demande à l'alcoolodépendant d'entreprendre le traitement, tandis que dans l'ERC, il

attend que le buveur soit prêt à le faire (le plus souvent après un incident qui a gêné, embarrassé ou rempli de honte le buveur).

Lors de la période où les femmes participèrent au programme d'entraînement, les alcoolodépendants augmentèrent leurs jours d'abstinence de 20 % à 63 %, tandis que dans le groupe témoin, ils accrurent légèrement leur consommation.

La taille d'effet moyenne pour débuter le traitement (qui n'inclut pas la mesure de résultat concernant la réduction de la boisson) est de 1,3, statistiquement significative. Ceci revient à dire que les alcoolodépendants dont l'épouse participe à quelque intervention s'engagèrent dans un programme thérapeutique à un taux presque de 2 déviations standard plus élevés que ceux dont l'épouse n'a pas participé à une intervention.

Dans la phase 2, traitement ou réhabilitation primaires, deux types de thérapie familiale sont proposés :
- approches orientées sur les systèmes, caractérisées par une focalisation sur les patterns d'interaction et la régulation des environnements internes et externes ;
- approches orientées sur les comportements, reposant sur la théorie de l'apprentissage social et incluant des concepts tels que le renforcement, la réciprocité et la coercition.

Concernant le modèle du traitement des systèmes familiaux, 4 études ont été réalisées. L'étude de Corder et coll. (1972) inclut une séquence de thérapie de couple dans le cadre d'un programme traditionnel, comportant : 4 semaines d'un traitement de séances quotidiennes de thérapie de groupe, des conférences didactiques, et une thérapie de soutien récréationnel et occupationnel. La moitié des alcoolodépendants fut reçue en couples les 4 derniers jours du programme hospitalier, comportant deux séances de thérapie à plusieurs couples, fondée sur des discussions d'analyse transactionnelle de jeu de rôle, des rencontres d'AA et d'Al-Anon, et des activités récréationnelles conjointes. Ils assistèrent également à des conférences sur les aspects médicaux et psychologiques de l'alcoolodépendance et rencontrèrent des représentants des programmes de post-cure. À 6 mois de suivi, 58 % des sujets suivis en thérapie de couple étaient abstinents, contre 15 % pour le programme traditionnel seul. Il n'y eut pas de différence dans le taux de séparation ou de divorce entre les deux groupes.

L'étude de Cadogan (1973) testa un programme plus long impliquant la famille dans différentes focalisations, l'expression des sentiments, l'amélioration des communications et la résolution de problèmes à partir des discussions. À la sortie de l'hôpital, les patients et leurs épouses furent suivis en thérapie multi-couples pendant 3 à 6 mois. À 6 mois de suivi, 45 % des patients étaient abstinents contre 10 % dans le groupe contrôle, sans qu'on puisse conclure à une différence cliniquement significative.

Dans l'étude de McCrady et coll. (1979), un traitement en thérapie de groupe et deux formes de thérapie de couple sont comparées : un traitement d'implication des couples (groupe de thérapie multi-couples), avec la possibilité ouverte pour chaque partenaire de rejoindre un groupe thérapeutique ; et un traitement d'admission conjointe, où les partenaires participèrent à l'ensemble des activités proposées. La thérapie multi-couples permet aux couples de discuter comment l'alcool a affecté le mariage, d'évoquer les sentiments respectifs, les manières de faire face à l'alcoolisation, et les manières d'alléger les troubles. Les sujets abordés concernent la sexualité, les problèmes financiers, les enfants, le travail, les loisirs en termes de résolution de problèmes. Les groupes de patients abordent les situations déclenchantes de l'alcoolisation et les solutions alternatives. Les groupes de conjoints sont centrés sur la manière dont ils peuvent se focaliser sur leurs propres comportements et sentiments, et comment arriver à se détacher des comportements d'alcoolisation des patients. À 6 mois de suivi, les taux d'abstinence étaient respectivement de 61 % (thérapies multi-couples d'implication), 83 % (thérapie d'admission conjointe), et 43 % (thérapie de groupes de patients). Bien que les différences entre thérapies ne soient pas statistiquement significatives, les traitements du couple montrèrent un taux d'abstinence cliniquement significatif. Ces différences se sont révélées moins pertinentes dans l'étude de McCrady et coll. (1982).

L'étude de Zweben et coll. (1988) propose un traitement de couples en ambulatoire en interpellant certains problèmes soulevés par Steinglass et coll. (1987) dans leur description de la famille alcoolodépendant. La thérapie de couple observe le fonctionnement adaptatif que l'alcool pourrait remplir dans la famille, et le rôle qu'il joue dans les styles de vie typiques de la famille. En 8 séances conjointes, le thérapeute aide le couple à évaluer leurs schèmes d'interaction typiques et les communications problématiques, à identifier les liens entre le problème de boisson et les schèmes d'interaction, et proposent des suggestions pour une résolution de problème et une communication plus effectives. Le traitement contrôle comporte une séance unique de conseil proposé aux deux partenaires du couple. À 6 mois de suivi, les sujets des deux groupes avaient significativement accru le pourcentage des jours d'abstinence en comparaison avec les niveaux précédant le traitement (36 % à 52 % pour la thérapie de couple, contre 29 % à 58 % pour le groupe conseil). Le pourcentage des jours d'alcoolisation intense a significativement diminué (44 % à 16 % *versus* 45 % à 18 %). On ne constate pas de différences significatives entre les deux groupes. Les résultats restent semblables à 18 mois de suivi (51 % de jours d'abstinence *versus* 56 %). Cette étude n'a pas réussi à montrer une signification clinique pertinente (qui aurait dû atteindre 85 %) pour les jours d'abstinence.

En résumé, la taille d'effet moyenne à 6 mois, pour les traitements des systèmes familiaux, montre une différence de 0,75, ce qui est statistiquement significatif. À court terme, la thérapie des systèmes familiaux aboutit à des

taux d'abstinence plus élevés que la thérapie individuelle, et cette différence est généralement significative d'un point de vue clinique. Cependant, de 18 mois à 4 ans, la taille d'effet diminue à 0,17, différence non significative.

Pour le modèle du traitement comportemental impliquant les familles, six groupes de chercheurs ont conduit des études d'évaluation du traitement comportemental impliquant les familles.

Hedberg et Campbell (1974) ont comparé quatre types de traitement comportemental, dont l'un comportait la présence de la famille nucléaire au complet, sous la forme d'un conseil comportemental apporté à la famille. Les trois autres formes de traitement ont été : l'électrochoc, la sensibilisation cachée, la désensibilisation systématique. Le conseil comportemental de la famille comportait des contrats de comportements, l'apprentissage concernant la communication, le renforcement, l'assurance, et la répétition comportementale. Pour les quatre traitements, 20 séances furent conduites sur 6 mois, avec 14 séances pendant les 8 premières semaines. Les taux d'abstinence ont été de 80 % pour le conseil familial comportemental, 60 % pour le groupe de désensibilisation systématique, 36 % pour le groupe de sensibilisation cachée, et 0 % (avec de nombreux abandons) pour le groupe d'électro-convulsivo-thérapie.

Un second groupe de chercheurs a considéré l'alcool comme un obstacle aux autres renforcements sociaux. Le but thérapeutique est dès lors d'accroître la qualité, la fréquence et la variété de ces renforçateurs de manière à créer une interférence avec la boisson. Ils appelèrent leur intervention « approche de renforcement communautaire » (ARC), et l'ont évalué dans 4 études (Hunt et Azrin, 1973 ; Azrin, 1976 ; Azrin et coll., 1982 ; Sisson et Azrin, 1986). Le programme traditionnel (PT) incluait 25 séances didactiques d'une heure avec information concernant les AA, les statistiques concernant la boisson et les problèmes des alcoolodépendants (comportementaux, physiques, sexuels), et les moyens de venir à bout de ces problèmes. L'approche de renforcement communautaire comportait 4 composantes qui étaient utilisées par les participants si besoin : conseil professionnel, conseil conjugal-familial conjoint, conseil social (pour aider le patient à développer ou maintenir un cercle d'amis), et un conseil de renforcement des activités (radio, téléphone, télévision, journaux, permis de conduire). Quatre composantes supplémentaires étaient également mises en œuvre : la prescription de disulfiram (Antabuse), un système d'appel précoce du conseiller en cas d'alerte concernant le développement des problèmes, un voisin ami prodiguant des conseils pour continuer le soutien social après la fin du programme du conseil du professionnel, et des procédures de conseil en groupe pour réduire la quantité de temps de conseil individuel par client. Après 6 mois de suivi après la sortie de l'hôpital, 86 % sujets ayant bénéficié de l'ARC étaient abstinents, pour 21 % seulement pour les sujets ayant suivit le PT. Ils présentaient moins d'absentéisme professionnel, moins de jours passés hors de chez eux, et moins de temps

d'institutionnalisation, de manière statistiquement et cliniquement significative. L'abstinence concernait 98 % du temps pour les patients ayant bénéficié de l'ARC, *versus* 45 % du temps pour les patient du PT.

Ces études concernant le traitement comportemental impliquant la famille ont brossé un tableau nuancé de son efficience. La taille d'effet moyenne était de 0,86. Dans une étude (Hedberg et coll., 1974), le traitement familial ne montre pas de résultats supérieurs au traitement individuel. L'approche de renforcement communautaire montre pourtant des effets cliniques significativement supérieurs au programme traditionnel. Lorsque dans ces études, on exclut la dimension familiale, la taille d'effet moyenne est de 0,58, ce qui montre l'influence importante du milieu social sur la possibilité pour l'alcoolodépendant de réduire sa consommation.

Lors de la phase 3, la postcure, les patients et leurs conjoints ont besoin d'être soutenus dans des programmes au long cours : thérapies de groupe, participation aux groupes d'AA et l'Al-Anon pour les conjoints. La taille d'effet moyen est de 0,94. La différence entre les traitements avec ou sans participation de la famille est significative. La famille apparaît comme une dimension importante dans le maintien du traitement primaire et de la prévention de la rechute.

En résumé, les 21 études évaluant l'efficacité de la thérapie familiale recensées comme traitement de l'alcoolodépendance ont fait la preuve de l'utilité d'inclure les membres de la famille dans les trois phases du traitement de l'alcoolodépendance : initiation, traitement primaire / réhabilitation, postcure. En même temps on a pu noter que le tableau d'ensemble était plus complexe que prévu. D'une part, aucun type singulier d'approche familiale n'apparaît supérieur aux autres. D'autre part, des facteurs tels que l'identité sexuée de la personne alcoolodépendante, l'engagement et/ou la satisfaction dans le mariage, et le soutien du conjoint pour l'abstinence semblent influencer positivement les résultats.

L'implication de la famille dans le traitement a-t-il des effets ? Lors de l'initiation du traitement, les résultats sont univoques. Cette implication présente des résultats très nets pour aider l'alcoolodépendant dans sa motivation à s'engager dans le traitement. Le conjoint apprend à réduire l'incitation à boire et à baisser les bras dans le contrôle du comportement du buveur. Il apprend conjointement à renforcer positivement le comportement d'abstinence, planifie et organise des activités diverses qui permettent de rendre l'alcoolisation moins impérieuse. La responsabilisation concerne les autres membres de la famille qui apprennent à mieux s'assumer à titre personnel, et à être moins impliqués dans le circuit de l'alcoolisation. Ces traitements ne sont pourtant envisageables que si la motivation au changement est forte. Tel n'est pas le cas lorsque le conjoint ne conçoit sa participation que comme une partie du programme du traitement de l'alcoolodépendant. Il importe que le partenaire soit prêt à modifier ses attitudes et à soutenir l'esprit du traitement.

Dans la phase de traitement et de réhabilitation primaires, les effets sont moins à l'emporte pièce. Par exemple, si le comportement d'alcoolodépendance isolé est utilisé comme la variable du résultat, la thérapie familiale montre des résultats impressionnants à court terme mais moins nets à long terme. Les gains se dissipent au-delà d'un an. Si l'on considère les autres aspects du fonctionnement, les résultats apparaissent également ambigus. Le fonctionnement conjugal s'améliore tant dans les traitements familiaux que les traitements individuels pour trois études sur quatre, seule l'étude de O'Farrell et coll. (1985 et 1992) mentionnant un effet significativement supérieur pour la thérapie familiale. La phase de post-cure apparaît la moins satisfaisante. Aucun traitement ne s'est montré efficient au-delà de 2 ans.

Le traitement d'implication de la famille a-t-il un effet en matière de coût ? Seule, l'étude d'Azrin (1976) montre que l'efficience de l'approche de renforcement communautaire en matière de coût était améliorée en changeant l'unité de traitement (individuelle ou familiale) vers une unité multiple (thérapie de groupe et thérapie multi conjugale et multifamiliale), les heures de rencontre des équipes étant réduites de 50 à 30 par client. Les effets indirects méritent d'être notés : réduction du coût social (accidents de circulation, intoxication publique), du recours aux services sociaux, aux soins médicaux et psychologiques, minimisation de la déchéance financière.

Quels sont les facteurs qui influencent l'efficacité du traitement d'implication familiale ? Dans les études d'initiation du traitement, 8 des 12 études où le traitement familial était supérieur au traitement individuel comportait un pourcentage moyen de femmes alcooliques de 6 %. Les 4 études où le résultat n'est pas supérieur comportaient un pourcentage moyen de femmes alcooliques de 30 %. Il apparaît que la thérapie familiale donne de meilleurs résultats pour les hommes que pour les femmes alcoolodépendants, en comparaison avec les traitements individuels.

Concernant l'investissement de la relation, O'Farrell et coll. (1992) ont montré que le traitement familial n'est pas aussi efficace que le traitement individuel lorsque la satisfaction conjugale est trop basse. Longabaugh et coll. (1993) ont découvert que l'investissement de la relation affectait aussi le degré d'efficacité de la thérapie de couple. Il apparaît judicieux d'ajuster les modalités d'intervention en fonction de la situation familiale, et des attentes des clients et de leurs proches.

Concernant l'engagement familial dans l'abstinence, Longabaugh et coll. (1993) ont trouvé que le soutien familial porté à l'abstinence de l'alcoolodépendant était un facteur influençant la qualité du traitement. Steinglass et coll. (1987) ont individualisé les facteurs aggravants : l'enchâssement des comportements dans les routines familiales, les rituels et les stratégies de résolution de problème. Ces facteurs, lorsqu'ils sont pris en compte dans la démarche thérapeutique (exploration du rôle de l'alcool dans la famille avec

sa participation globale au traitement) perdent leur valeur d'obstacles au changement, en permettant à la famille de devenir une alliée du processus thérapeutique.

Les 21 études s'étalant de 1972 à 1993 ne permettent pas de préciser les nombreux paramètres qui peuvent influencer le cours de la thérapie : les personnes incluses dans la thérapie, le sexe, le lieu de la thérapie (hospitalière ou ambulatoire), le contexte thérapeutique (thérapie uniconjugale, unifamiliale, multiconjugale, multifamiliale), le nombre et le type de groupes contrôles, le nombre et l'uniformité des séances, les mesures des résultats (comportement alcoolodépendant, satisfaction familiale, interaction familiale), les moyens d'évaluer les résultats (nombre de jours d'abstinence, quantité d'alcool consommé, réduction comparative de l'alcoolisation avant et après traitement). Le plus difficile concerne l'absence d'études longitudinales, l'alcoolodépendance étant un processus chronique.

Concernant l'effet sur le traitement des types d'alcoolodépendance, aucune des études publiées n'a utilisé les notions courantes concernant les typologies d'alcoolodépendance pour différencier les formes d'intervention thérapeutique et évaluer les résultats. Cloninger (1987) suggère que deux formes d'alcoolodépendance sont vraisemblablement liées à des prédispositions génétiques différentes. Le premier type est caractérisé par le surgissement précoce lors de l'adolescence de consommations excessives (alcool et autres drogues), une forte impulsivité et le recours aux comportements à risque, le comportement antisocial, une histoire familiale marquée par l'alcoolodépendance et la criminalité chez les ascendants. Le second type se caractérise par l'apparition plus tardive et plus insidieuse de l'alcoolodépendance, la consommation régulière plutôt que le recours à des beuveries, peu de comportements sociopathiques, des histoires familiales plus variables en matière de conduites addictives.

Jacob et coll. (1983) proposent une autre typologie fondée sur l'observation des schèmes d'interaction clinique. Ils distinguent les alcoolodépendants épisodiques ayant des comportements d'alcoolisation en dehors de la maison, associés à l'impulsivité et des relations interpersonnelles pauvres, et les alcoolodépendants réguliers (quotidiens ou hebdomadaires) qui boivent à la maison, avec des symptômes associés d'impulsivité et de violence physique.

Helzer et Pryzbeck (1988) rapportent que 44 % des hommes alcoolodépendants et 65 % des femmes alcoolodépendants ont présenté des troubles psychiatriques diagnostiqués au cours de leur vie. Seules trois études d'évaluation ont ciblé les patients présentant des troubles majeurs de l'humeur, des schizophrénies ou des déficits neurologiques en les excluant de l'évaluation. Une étude a ciblé l'existence d'autres addictions associées, présentes éventuellement chez le conjoint. Aucune étude n'a mentionné les troubles de la personnalité.

Il apparaît souhaitable d'envisager des modalités de traitement multimodales, ajustées à chaque situation particulière. L'approche individuelle de l'alcoolodépendant et du conjoint, l'approche conjugale et familiale, l'approche multiconjugale et multifamiliale, l'approche de renforcement communautaire peuvent être associées selon des déclinaisons qui tiennent compte de la personnalité des patients et de leur proches, de la situation familiale, de la forme de l'alcoolisation, de la comorbidité éventuelle, des niveaux de motivation et d'engagement dans le projet thérapeutique.

Dans leur méta-analyse, O'Farrell et Fals-Stewart (2001) ont recensé 36 études randomisées comparant les thérapies impliquant la famille pour le traitement de l'alcoolodépendance à des thérapies individuelles et à des listes d'attente. La méta-analyse de 22 études comportant 1 260 sujets montre que la taille d'effet moyenne favorise les thérapies impliquant la famille en ce qui concerne la consommation d'alcool, l'entrée et l'assistance dans le traitement, et l'ajustement familial (tableau 10.XII).

En ce qui concerne la consommation d'alcool, 16 études comportant 692 patients montrent une taille d'effet moyenne de 0,30. L'assistance au traitement est évaluée à partir de 3 études comportant 106 patients, avec une taille d'effet moyenne de 0,32. Le fonctionnement du couple et de la famille est évalué sur 11 études avec 413 patients, avec une taille d'effet moyenne de 0,17. Pour l'ajustement du patient, 10 études avec 309 sujets montrent une taille d'effet moyenne de 0,21. L'ajustement du conjoint ou d'un membre de la famille est apprécié à partir de 6 études comportant 348 patients avec une taille d'effet moyenne de 0,26. Pour mieux évaluer les résultats de cette méta-analyse, rappelons que selon la convention de Cohen, une taille d'effet $r = 0{,}10$ est considérée comme correspondant à un effet faible, $r = 0{,}30$ correspond à un effet moyen, $r = 0{,}50$ correspond à un effet important.

Les auteurs distinguent deux étapes distinctes dans la prise en charge thérapeutique de l'alcoolodépendance : l'implication thérapeutique de la famille lorsque l'alcoolodépendant ne souhaite pas d'aide, et l'implication thérapeutique de la famille lorsque l'alcoolodépendant est disposé à se faire aider. Dans la première étape, l'aide à la famille, sans projet d'initier un changement de disposition chez l'alcoolodépendant, deux approches ont été proposées et évaluées.

La thérapie de développement des habiletés permettant de faire face au trouble (*coping skills therapy*) : deux études randomisées (Rychtarik et McGillicuddy, 1998 ; Zetterlind et coll., 1998) comportant respectivement 39 et 172 épouses d'alcoolodépendants montrent que celles-ci présentent moins de détresse émotionnelle, moins de réactions dépressives et anxieuses lorsqu'elles participent à une thérapie d'entraînement aux habiletés à faire face aux comportements alcoolodépendants que lorsqu'elles font partie d'un groupe contrôle (liste d'attente). La participation du conjoint abstinent à un groupe d'Al-Anon lui permet de se détacher de l'implication dans les

conduites addictives, d'accepter son impuissance face à celles-ci, et trouvent un soutien et un réconfort dans le partage d'expériences avec d'autres conjoints abstinents. On note une réduction des comportements d'incitation, de l'anxiété et de la dépression chez le conjoint abstinent, une augmentation de la conscience de soi, d'une manière significativement pertinente par rapport aux groupes contrôles.

L'incitation au changement de la personne alcoolodépendante : 4 méthodes ont été proposées pour chercher à initier un changement chez la personne alcoolodépendante (la thérapie familiale unilatérale, l'approche créant une pression au changement, l'approche de renforcement communautaire et d'entraînement familial, l'intervention du *Johnson Institute*).

L'approche familiale unilatérale (Thomas et coll., 1987) consiste à proposer au conjoint abstinent un conseil individuel concernant la maladie alcoolique, la manière d'éviter les comportements d'incitation à l'alcoolisation, de diminuer la détresse, et de favoriser les conditions permettant au partenaire de pouvoir envisager l'abstinence de son plein gré. Sur 25 cas, 61 % des alcooliques ont accepté de participer au traitement ou de réduire leur consommation, *versus* aucun dans le groupe contrôle. Dans une seconde étude randomisée (Thomas et coll., 1990), 23 épouses ayant bénéficié d'une thérapie familiale unilatérale immédiate ont vu, de manière significative, leur conjoint accepter de se joindre au projet thérapeutique, et ont diminué leurs comportements d'incitation à la consommation d'alcool, d'essais de contrôler celle-ci, leur détresse psychopathologique et vitale ; de même, on a pu constater l'amélioration de l'harmonisation et de la satisfaction dans la relation de couple, en comparaison avec 19 conjoints dans une liste d'attente.

L'approche d'incitation au changement développée par James Barber s'adresse aux partenaires d'une personne ayant une alcoolodépendance grave, qui dénie son problème et refuse tout traitement. Elle comporte 5 à 6 séances d'entraînement du conjoint abstinent pour l'aider, en 5 étapes progressives, à inciter (faire pression sur) le conjoint dépendant à rechercher de l'aide et à diminuer sa consommation : le conjoint abstinent (1) reçoit des feedback sur le sérieux du problème alcoolique et sur la manière de le traiter ; (2) planifie des activités incompatibles avec la prise d'alcool aux moments où le conjoint boit habituellement ; (3) répond à l'alcoolisation en évitant les renforcements de la prise d'alcool et des crises liées à celle-ci en suggérant le recours à un traitement ; (4) établit un contrat dans lequel le partenaire accepte d'échanger quelques renforcements aidant à recourir à la sobriété ; (5) quand les étapes précédentes sont atteintes, confronte son partenaire dépendant aux effets nocifs de l'alcoolisation et lui fait une demande simple et non ambiguë de changement et de recherche d'aide. Trois études randomisées (Barber et Crisp, 1995 ; Barber et Gilbertson, 1996 et 1998) comportant respectivement 23, 48 et 38 partenaires ont montré un changement significatif dans 2/3 des cas (*versus* aucun dans les groupes contrôles) pour les deux premières
 études, et dans la moitié des cas (*versus* 18 % dans le groupe contrôle). Le

changement pouvait comporter l'arrêt de l'alcoolisation, sa diminution pendant au moins 2 semaines, ou l'acceptation du traitement.

L'approche de renforcement communautaire et d'entraînement familial (Sisson et Azrin, 1986) est un programme d'apprentissage du partenaire abstinent pour (1) réduire les risques de violence physique et de dangerosité, (2) encourager la sobriété en renforçant des conduites d'abstinence, la planification d'activités compensatrices, (3) accroître les relations positives, (4) initier des activités extérieures pour réduire la dépendance à la relation avec le partenaire alcoolodépendant, et (5) encourager celui-ci à chercher un traitement approprié. Dans leur étude, Sisson et Azrin ont réparti 12 conjoints abstinents (principalement des épouses) soit dans le programme précédent (7 cas), soit dans un programme plus traditionnel d'éducation vis-à-vis de l'alcool, de soutien et de conseil individuel, et de participation à un groupe d'Al-Anon. Six des 7 personnes alcoolodépendantes participèrent au traitement et montrèrent une diminution moyenne de 50 % concernant leur consommation. Dans une étude plus large de 130 cas, Miller et coll. (1999) reprirent ce même programme intensif, constatèrent un engagement de 64 % des patients alcoolodépendants dans le programme, *versus* 22 % dans un programme alternatif réalisé par Johnson (1986) et largement utilisé aux États-Unis, et 14 % lors d'une participation aux Al-Anon.

L'intervention de l'institut Johnson (1986) comporte 3 à 4 séances éducationnelles et répétitives pour dépasser le déni de l'alcoolodépendant et promouvoir l'entrée en thérapie. Les membres de la famille confrontent la personne alcoolodépendante à ses comportements addictifs et l'encouragent fortement à entreprendre un traitement. Bien que largement diffusé, ce type d'intervention n'entraîne que 25 % de patients dans un projet thérapeutique. L'aspect peu performant de la méthode est lié au fait que 30 % des familles seulement participent à ce type d'intervention.

Lorsque l'alcoolodépendant a demandé de l'aide, l'implication thérapeutique de la famille peut être réalisée par des thérapies comportementales de couples (14 études sur 26 recensées), des thérapies des systèmes familiaux (7 sur 26) et d'autres formes de traitements impliquant la famille (5 sur 26).

Les thérapies comportementales de couple reçoivent le patient alcoolodépendant et son partenaire (marié ou concubin) pour édifier un soutien pour l'abstinence et/ou pour améliorer le fonctionnement relationnel. Elles considèrent que les partenaires peuvent récompenser l'abstinence, et les patient alcoolodépendants qui sont plus heureux, qui ont des relations solides avec des communications meilleures ont un moins grand risque de rechute. Ces thérapies ont deux composantes : des interventions auprès de la personne alcoolodépendante pour assurer un support à l'abstinence, et des interventions focalisées sur la relation pour accroître les sentiments positifs, les activités partagées, et les communications constructives. Quatre modalités d'interventions ont été envisagées : un contrat comportemental sans prise de disulfiram ; un contrat comportemental centré sur la prise de disulfiram ; une

méthode focalisée sur l'alcool sans contrat comportemental, de manière à gérer les situations liées à l'alcoolisation ; une méthode focalisée sur la relation, et sans focalisation spécifique sur l'alcoolisation.

La thérapie des systèmes familiaux (TSF) intervient davantage sur le plan interactionnel que sur le plan individuel en utilisant des techniques variées, cherchant à identifier et à modifier les schèmes d'interaction qui sont liés à l'usage problématique de l'alcool. Cette thérapie peut être centrée sur le couple, ou s'adresser à la famille dans son ensemble. Par ailleurs, des thérapies familiales éclectiques ont été proposées, ne suivant pas les principes comportementaux ou systémiques.

Des progrès considérables ont été réalisés dans la recherche concernant le traitement des personnes alcoolodépendantes impliquant la famille. Sur les 26 études recensées, seules 10 étaient mentionnées dans les précédentes revues systématiques.

En résumé, les preuves se sont accumulées concernant l'efficacité des thérapies comportementales de couple, concernant l'abstinence, la résolution des problèmes liés à l'alcool, la qualité des relations, la diminution des séparations et des divorces, lorsque la comparaison est faite avec des traitements individuels. En particulier, le projet CALM (*Counselling for alcoholics marriages*) a des effets notables sur la violence domestique et la réduction des hospitalisations et des emprisonnements, avec un coût-bénéfice dont le ratio est de 5 à 1. Il inclut un contrat de prescription du disulfiram dans des interventions focalisées sur les relations pour accroître les sentiments positifs, les activités partagées et des communications constructives. Le conjoint est le témoin des prises du disulfiram et les note sur un calendrier octroyé par le thérapeute. Les partenaires apprenant à se remercier mutuellement des efforts respectivement accomplis. Ils acceptent de ne pas discuter entre eux des événements passés concernant l'alcoolisation, ou des appréhensions à propos des risques de rechute futurs, et réservent ces niveaux d'échange au temps des séances. Un tel projet cherche par ailleurs à restructurer la relation de couple pour réduire les conflits autour de l'alcool, l'anxiété, la défiance et le besoin de contrôle du partenaire abstinent.

Par ailleurs, la méthode comportementale la plus puissante est celle qui établit un contrat d'abstinence avec prise de disulfiram et qui favorise les comportements incitant à celle-ci. Un tel contrat a un effet positif significatif dans 8 études sur 9. Enfin, il apparaît pertinent de poursuivre pendant 1 à 2 ans les séances après la phase de prise en charge intensive pour renforcer les comportements ciblés sur le traitement (disulfiram).

Le nombre d'études concernant la thérapie des systèmes familiaux est passé de 1 à 7 depuis la revue de McCrady (1989). Deux études ont trouvé des résultats significativement meilleurs pour la TSF que pour le traitement individuel ou pour une liste d'attente, une étude n'a pas noté de différence. Trois des 4 études comparant la TSF aux autres types de traitement familial n'ont

pas trouvé de différences, tandis qu'une étude a trouvé que la TSF était supérieure à la TCC (sans contrat comportemental) pour les couples ayant des schèmes de communication plus perturbés.

Revues concernant l'alcoolodépendance

La revue systématique de Lipps (1999) fait le point sur l'évaluation de l'efficacité de différentes formes de thérapie familiale pour le traitement de l'alcoolodépendance, ainsi que d'un programme d'ajustement (*matching*) de modalités spécifiques d'interventions familiales tenant compte de l'hétérogénéité des troubles et des autres variables concernant les clients.

La thérapie familiale comportementale de l'alcoolodépendance considère que le comportement addictif et les perturbations associées sont le produit d'un effet de renforcement (9 études publiées de 1976 à 1993). Ces renforcements sont liés à des facteurs personnels, environnementaux et comportementaux qui agissent de manière indépendante. L'implication des membres de la famille dans une thérapie comportementale les aide à apprendre comment modifier l'environnement de manière à changer les comportements qui renforcent l'alcoolisation. Il peut s'agir d'entraîner le conjoint ou un autre membre de la famille à favoriser la prescription de disulfiram. Six études publiées entre 1982 et 1987 montrent que la thérapie familiale comportementale, en permettant au conjoint de développer des habiletés à aider le patient, permet à celui-ci d'accepter le principe du traitement et de diminuer sa consommation. La conjonction d'un conseil comportemental personnel et familial améliore les scores d'ajustement, de satisfaction et de stabilité du couple, et diminue la fréquence de l'alcoolisation, de manière significativement supérieure au conseil personnel isolé.

La thérapie systémique de la famille appréhende l'alcoolodépendance comme un symptôme enchâssé dans le système familial. La dynamique interpersonnelle tend à la fois à soutenir et à maintenir le comportement addictif. L'alcoolodépendance devient un principe organisateur de la vie familiale qui affecte tous les membres du système, et fonctionne comme agent homéostatique. Le but de la thérapie est alors de modifier le système familial de manière à ce que l'alcool ne fonctionne plus comme une force de maintien homéostatique. Dans cette perspective, ne traiter que le patient alcoolisé ne suffit pas. La discorde conjugale est un facteur d'amplification des comportements addictifs, voire un facteur conditionnant la rechute chez l'alcoolodépendant abstinent. Cinq études publiées entre 1985 à 1995 tendent à valider la thérapie familiale systémique comme un traitement pertinent pour les problèmes d'alcoolisation.

L'ajustement du traitement (*Project MATCH research group*, 1997) se définit comme une méthode de choix du traitement en fonction des caractéristiques du client, de ses modalités d'interaction, de son âge, de son sexe, de son statut économique, de son réseau social, de son type de personnalité, de la comorbidité... Les niveaux élevés de dysfonctionnement familial sont des facteurs

prédictifs du résultat plus faible obtenu les sujets masculins concernant leur autonomie, contrairement aux sujets féminins. Dans une étude de suivi (McKay et coll., 1993), les changements de fonctionnement familial sont prédictifs de résultats plus faibles chez les sujets peu autonomes, mais pas chez les sujets ayant une autonomie élevée.

Longabaugh et coll. (1995) montrent que parmi les patients ayant bénéficié d'une thérapie d'enrichissement relationnel, ceux qui présentaient des scores élevés sur le plan de l'investissement social, et une propension importante au soutien à l'abstinence avant le traitement avaient plus de chances d'être abstinents dans un suivi à 18 mois que les autres patients.

Le *Project MATCH research group* (1997) ne put localiser qu'une variable qui modérait l'effet du traitement sur les résultats du traitement. Les patients suivis en ambulatoire et sans psychopathologie étaient plus abstinents de manière significative quand ils participaient à une thérapie de facilitation en douze étapes que ceux qui bénéficiaient d'une thérapie cognitivo-comportementale favorisant les habiletés. Les différences entre traitements disparaissaient en fonction de la gravité des troubles associés. Bien que les résultats soient pour l'instant incertains concernant l'efficacité de la démarche par ajustement, de nouvelles hypothèses méritent d'être formulées, de manière à préciser en quoi les variables concernant la sévérité des troubles psychiatriques, le niveau d'autonomie, le degré de soutien à l'abstinence, et le degré d'investissement dans les relations sociales peuvent orienter pour déterminer le type de thérapie le plus pertinent. Il serait intéressant, par exemple, de tester les effets d'interaction entre la théorie d'un traitement et les caractéristiques d'un client. La recherche montre que certaines personnes progressent lors d'une thérapie comportementale en présence d'un proche, tandis que d'autres n'en tirent pas profit. Il est logiquement probable que certains bénéficieront davantage d'une thérapie familiale orientée vers le changement systémique, tandis que d'autres tireront profit d'une approche comportementale.

Dans sa revue, O'Farrell (1989) souligne qu'il existe des preuves à la fois sur le plan clinique et sur le plan de la recherche des relations réciproques entre l'abus d'alcool et les interactions familiales. Les problèmes de boisson conduisent à des discordes conjugales et familiales, dont les plus graves sont la séparation, le divorce, la violence vis-à-vis du conjoint et des enfants. En même temps, les problèmes conjugaux et familiaux peuvent stimuler la consommation de boissons alcooliques, les interactions familiales ayant tendance à maintenir cette consommation une fois qu'elle est apparue. Ces problèmes peuvent déclencher à nouveau une alcoolisation excessive après une tentative d'abstinence.

L'intervention au niveau du couple et de la famille avec les membres non alcoolodépendants peut motiver une incitation initiale au changement pour le parent dépendant à l'alcool, incapable par lui-même à demander de l'aide. Les résultats au bout de six mois de traitement sont supérieurs lorsque le

couple ou la famille est impliqué dans la prise en charge. L'approche la plus prometteuse est la thérapie conjugale-familiale comportementale, qui combine une focalisation sur l'alcoolisation avec un travail sur les autres sujets concernant les relations conjugales, par une investigation sur les activités positives du couple et de la famille et par l'apprentissage d'habiletés concernant la communication et la résolution de problèmes (McCrady et coll., 1979 ; O'Farrell et Cutter, 1982 ; O'Farrell et coll., 1985 ; McCrady et coll., 1986).

Deux méthodes sont combinées : un contrat comportemental entre l'alcoolodépendant et son conjoint pour maintenir la prise de disulfiram ; et une « implication du conjoint focalisé sur l'alcool », par un réaménagement des contingences de renforcement de manière à diminuer les comportements familiaux qui déclenchent ou favorisent la prise de boisson, et à accroître les renforcements positifs favorisant la sobriété.

Dans l'étude de McCrady et coll. (1986) les résultats au bout de 6 mois sont significativement supérieurs pour la thérapie conjugale comportementale que pour la thérapie impliquant le conjoint dans un apprentissage d'habiletés centré sur la gestion des alcoolisations. On note une meilleure satisfaction dans les relations de couple, une plus grande stabilisation du mariage, une compliance plus importante dans l'accomplissement des tâches à domicile. Le nombre de jours d'alcoolisation diminue de façon plus significative pendant le traitement, et la tendance à la reprise de l'alcoolisation s'effectue plus lentement après l'arrêt de la thérapie.

Le maintien à long terme des résultats est supérieur pour la thérapie comportementale du couple focalisée sur l'alcool et la relation en comparaison avec les méthodes individuelles, en ce qui concerne la réduction de la détérioration liée à l'alcool et celle concernant le couple. On notera que cette étude ne donne aucune indication quantitative (pas de chiffres sur la taille des cohortes ou sur la taille d'effet).

Étude contrôlée concernant les troubles anxieux de l'enfant

Dans leur étude contrôlée, Barrett et coll. (1996) ont évalué l'efficacité comparée de la thérapie cognitivo-comportementale, de la thérapie cognitivo-comportementale associée au management familial (TCC-MF), et d'une liste d'attente pour le groupe contrôle (tableau 10.XIII). Il s'agit de l'évaluation d'un traitement fondé sur la famille pour 79 enfants (45 garçons, 34 filles), âgés de 7 à 14 ans, répondant à des critères diagnostiques d'anxiété de séparation (n = 30), d'hyperanxiété (n = 30), ou de phobie sociale (n = 19). Trois groupes sont randomisés : thérapie comportementale et cognitive (n = 28), thérapie comportementale et cognitive associée à un management familial (n = 25), et liste d'attente (n = 26). Les critères diagnostiques sont ceux de l'ADIS-C et de l'ADIS-P, congruents avec le

Tableau 10. XIII : Étude contrôlée concernant les troubles anxieux de l'enfant

Référence Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Barrett et coll., 1996 note : 9/10	79 enfants (45 garçons, 34 filles), de 7 à 14 ans : anxiété de séparation (n = 30), hyperanxiété (n = 30), phobie sociale (n = 19) Thérapie comportementale et cognitive (TCC) *versus* thérapie comportementale et cognitive associée à un management familial (TCC-MF) *versus* liste d'attente	À 12 mois de suivi après traitement : 70,3 % des enfants dans le groupe de TCC et 95,6 % des enfants dans le groupe de TCC-MF ne présentent plus les critères diagnostiques DSM-III-R des troubles anxieux de l'enfant ($p < 0,05$) Les enfants les plus jeunes et de sexe féminin répondent le mieux à la TCC-MF

DSM-III-R (*Anxiety Interview disorder schedule for children and for parents*), ainsi que des mesures d'auto-évaluation.

À 12 mois de suivi après traitement, on constate que 70,3 % des enfants dans le groupe de TCC et que 95,6 % des enfants dans le groupe de TCC-MF ne présentent plus les critères diagnostiques DSM-III-R des troubles anxieux de l'enfant. Les enfants les plus jeunes et de sexe féminin répondent le mieux à la TCC-MF, celle-ci montrant par ailleurs sa supériorité sur la TCC seule.

On soulignera que l'association éclairée des parents comme co-thérapeutes apparaît comme une avancée notable des psychothérapies d'enfants présentant une anxiété de séparation, une hyperanxiété et des phobies sociales.

Études concernant l'autisme

Les pathologies autistiques précoces ont donné lieu à l'élaboration de programmes d'entraînement intensif éducatif et comportemental. Les programmes ont pour originalité d'associer étroitement les parents au traitement. Ceux-ci ne sont pas considérés comme ayant la moindre part de responsabilité dans l'origine des troubles. Il leur est proposé un entraînement à devenir des éducateurs spécialisés dans la perspective d'améliorer les apprentissages de leur enfant. Deux principaux programmes ont été ainsi réalisés et évalués : le programme intensif de Lovaas dans les études contrôlées de Lovaas (1987), Anderson et coll. (1987), Birnbrauer et coll. (1993), Sheinkopf et coll. (1998), Smith et coll. (2000), la méthode d'entraînement à domicile TEACCH, dans l'étude contrôlée de Ozonoff et Cathcart (1998). Un programme psycho-éducatif avec soutien aux familles est par ailleurs évalué dans l'étude de Jocelyn et coll. (1998).

Études contrôlées concernant l'autisme et les autres troubles envahissants du développement (TED)

L'étude contrôlée inaugurale de Lovaas (1987) s'est proposée d'évaluer les effets d'un programme intensif de traitement comportemental expérimental à long terme pour des enfants autistes, avec la participation active des parents (tableau 10.XIV). Ce projet d'intervention comportementale, commencé en 1970, conçu pour maximiser les gains de ce traitement comportemental réalisé pendant la majeure partie du temps d'éveil des enfants sur plusieurs années. Ce projet s'est adressé à des enfants autistes très jeunes (moins de 4 ans). L'hypothèse est que les jeunes enfants normaux réalisent une foule d'apprentissages dans leur environnement naturel tout au long de leurs heures d'éveil, ce que les enfants autistes n'arrivent pas à réaliser. Le projet a été de construire un environnement d'apprentissage spécial, intensif et compréhensif pour de très jeunes enfants autistes. Dix neuf enfants furent ainsi confrontés à 40 heures par semaine au moins d'apprentissage spécialisé. Le groupe contrôle étant composé de 19 enfants qui reçurent un apprentissage de 10 heures par semaine ou moins. Le traitement pour les deux groupes dura au moins 2 ans. Un assignement strictement randomisé fut impossible, en raison de la protestation de certains parents, et pour des raisons éthiques. Deux familles quittèrent le groupe expérimental intensif, qui était initialement composé de 21 familles.

Le diagnostic d'autisme fut soigneusement réalisé par des médecins ou psychologues indépendants de l'étude, pour des enfants ayant moins de 40 mois en cas de mutité et moins de 46 mois en cas d'écholalie, à partir des critères diagnostiques du DSM-III : détachement émotionnel, isolation interpersonnelle extrême, jeu avec des jouets ou avec des compagnons limité ou absent, troubles du langage (mutisme ou écholalie), rituels pathologiques, et début précoce dans l'enfance.

Les observations comportementales furent réalisées sur des enregistrements vidéo d'enfants situés dans une salle de jeu munie de jouets très simples pour enfants. Les comportements furent évalués à partir de scores comportementaux :

- comportements d'auto-stimulation ritualisés, répétitifs, stéréotypés : balancement du corps, regards prolongés vers les lumières, frappement des mains excessifs, tournoiement du corps comme une toupie, tournoiement ou rayure d'objets, léchage ou reniflage d'objets ou de surface murales ;
- comportements de jeux adaptés : pousser des camions, appuyer sur les boutons d'une caisse enregistreuse, faire marcher le magnétophone, taper avec le marteau ;
- reconnaissance de mots, qu'ils soient utilisés dans leurs contextes et à des fins de communication ou non.

On demande aux parents, pendant une heure d'entretien, de préciser l'histoire de leur enfant, et la nature de ses troubles : absence de reconnaissance verbale, absence de jeux, déficit d'attachement émotionnel, absence

Tableau 10.XIV : Études contrôlées concernant l'autisme

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Lovaas, 1987* *Étude contrôlée non randomisée*	Enfants autistes n = 19 dans le groupe intervention, n = 19 dans le groupe contrôle 1 et n = 21 dans le groupe contrôle 2 Âge moyen : 35 mois Programme intensif (40 h/semaine) *versus* groupe contrôle 1 programme basse intensité (10 h/semaine) *versus* groupe contrôle 2 (pas d'intervention spécifique) Outils d'évaluations : QI, type de scolarisation, *Vineland social maturity scale*, questionnaires de personnalité	Au suivi à l'âge moyen de 11,5 ans : % du groupe expérimental sont dans des classes normales *versus* 0 % des groupes contrôles ($p < 0,05$) Différence de 30 points de QI en faveur du groupe expérimental ($p < 0,01$) Différence dans la même direction pour le comportement adaptatif et les problèmes comportementaux
McEachin et coll., 1993* *Étude de suivi*	Étude de suivi (19 autistes de l'étude de Lovaas, 1987)	Maintien des acquisitions
Ozonoff et Cathcart, 1998 *Étude contrôlée non randomisée* note : 5/10	22 enfants autistes (n = 11 dans groupe intervention et n = 11 dans groupe contrôle) Âge moyen : 53 mois (31-69) Programme TEACCH *versus* pas d'intervention *Psychoeducational profile-revised* (PEP-R) et *Childhood autism rating scale* (CARS)	4 mois après le début du traitement : Gains significativement plus élevés en imitation, compétences motrices, performance cognitive, et meilleur score total du PEP-R dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle (28,7 *versus* 26,9) Des scores initiaux élevés au PEP et bas sur la CARS prédisent des gains développementaux plus élevés.
Birnbrauer et Leach, 1993 *Étude contrôlée randomisée* note : 6,5/10	14 enfants autistes (diagnostic DSM-III-R ; n = 9 dans le groupe traité et n = 5 dans le groupe sans intervention) Âge moyen : 39 mois (24-48) Intervention selon la méthode de Lovaas *versus* pas d'intervention QI, langage, *Vineland, Parenting stress index* (PSI), personnalité	Après 24 mois de traitement enfants sur 9 du groupe expérimental ont des QI performances = 89. Le niveau de langage du groupe expérimental est le double de celui des contrôles.
Jocelyn et coll., 1998 *Étude contrôlée randomisée* note : 5/10	35 enfants autistes ou TED : n = 16 dans le groupe expérimental et n = 19 dans le groupe sans intervention Intervention psycho-éducative et prise en charge de soutien des familles *versus* pas d'intervention spécifique *Early intervention developmental profile* (EIDP), *Preschool developmental profile* (PSDP), *Autism behavior checklist* (ABC), stress parental, satisfaction des familles	À la fin du traitement (12 semaines) : Différences significatives en faveur du groupe expérimental : Meilleure connaissance de l'autisme chez les parents et instituteurs Gains développementaux dans tous les domaines (le niveau de langage progresse de 5,3 mois contre 1,1 mois) Meilleure satisfaction avec l'aide reçue

Tableau 10.XIV (suite) : Études contrôlées concernant l'autisme

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Sheinkopf et Siegel, 1998 *Étude contrôlée randomisée* note : 5/10	22 enfants autistes (DSM-III-R) ; n = 11 dans le groupe contrôle et le groupe traité Âge moyen : 35 mois Intervention selon la méthode de Lovaas allégé (27 h/semaine) *versus* traitement moins intensif (11 h/semaine) ou sans intervention comportementale Sévérité de la symptomatologie, évaluations cognitives	À la fin du traitement (19 mois et plus) Gain de 25 points de QI dans le groupe expérimental ; atténuation légère, mais significative de la symptomatologie autistique Tous les enfants gardent un diagnostic de trouble envahissant du développement
Smith et coll., 2000 *Étude randomisée contrôlée* note : 9/10	28 enfants autistes et TED (n = 15 dans le groupe traitement et n = 13 dans le groupe contrôle) Âge moyen : 36 mois Traitement intensif individuel comportemental *versus* intervention éducative des parents Placement scolaire, QI, langage, *Vineland, apprentissages*, *Child behaviour checklist* (CBCL), questionnaire de satisfaction	Suivi à l'âge de 7-8 ans Gain de 17 points de QI et meilleure acquisition du langage en faveur du groupe expérimental Pas de différence pour le comportement adaptatif ni les problèmes de comportement Gains plus élevés chez les TED que chez les autistes des enfants ont un QI > 85 et sont dans des classes normales *versus* 0/13

* : études non notées car non randomisées ou non contrôlées

d'interaction ludique avec d'autres enfants, comportements d'autostimulation, colères violentes, automutilations, absence de toilette. On fait la somme de ces 8 mesures pour évaluer la gravité des troubles.

Les thérapeutes sont des étudiants bien formés qui interviennent à domicile, à l'école et dans la communauté avec une moyenne de 40 heures par semaine sur au moins 2 ans. Les parents interviennent comme partie intégrante du traitement, en étant formés de manière approfondie à l'éducation et au traitement de leur enfant. La procédure du traitement a fait l'objet d'un manuel (Lovaas et coll., 1981). La base conceptuelle du traitement est la théorie du renforcement opérant. Chaque trouble fait l'objet d'une procédure spécifique. Les degrés élevés d'agression et d'autostimulation sont atténués soit en étant ignorés, soit en faisant une pause (*time out*), soit en façonnant des formes socialement plus acceptables de comportement, soit, en dernière instance, en exprimant fortement un « non », voire en donnant une tape sur la cuisse en relation avec le comportement inacceptable.

Les comportements aversifs ne furent pas utilisés dans le groupe contrôle (n = 40), dans la mesure où celui-ci ne permettait pas la mise en œuvre d'apprentissages alternatifs de comportements sociaux appropriés.

La première année du traitement fut centrée sur la réduction des comportements agressifs et d'autostimulation, sur la construction de l'acceptation des

demandes verbales élémentaires, l'apprentissage par imitation, l'accès au jeu avec des jouets, et l'introduction du traitement dans la famille. La deuxième année insista sur l'apprentissage du langage expressif et du langage abstrait élémentaire, ainsi que le jeu interactif avec les compagnons. Le traitement fut aussi introduit dans la communauté pour apprendre à l'enfant à fonctionner dans un groupe préscolaire. La troisième année insista sur l'apprentissage de l'expression appropriée et variée des émotions ; sur l'acquisition des tâches pré-conventionnelles comme la lecture, l'écriture et l'arithmétique ; et l'apprentissage par l'observation des autres enfants en train d'apprendre. Un effort particulier fut prodigué pour permettre aux enfants de rester dans les écoles maternelles normales.

Les deux différences principales d'enseignement du groupe contrôle étaient liées au nombre d'heures réduit (moins de 10 par semaine) et à l'absence de mesures aversives. Un deuxième groupe contrôle était constitué de 62 enfants qui ont reçu des soins conventionnels, sans participer au programme expérimental intensif ou réduit.

Sur le plan des résultats, ce traitement expérimental à long terme pour 19 enfants autistes a montré que 47 % d'entre eux a pu recouvrer un fonctionnement intellectuel et éducationnel normal avec des scores normaux de QI et des performances réussies à l'école publique élémentaire, 40 % sont restés modérément retardés et furent inscrits dans des classes spécialisées pour enfants ayant un retard de langage et 10 % seulement des enfants restèrent profondément retardés, et furent adressés à des classes spécialisées pour enfants présentant une arriération mentale et/ou un autisme. Les deux groupes contrôle de 40 enfants présentèrent respectivement les résultats suivants : 2 % de retour à un fonctionnement normal ; 45 % de retard modéré ; 53 % de retard sévère. Comme l'indique Lovaas, la différence d'évolution des enfants recevant une intervention intensive tend à suggérer l'hypothèse de formes diverses d'autisme, aux étiologies et aux singularités différentes.

Si un tel programme semble judicieux pour les enfants autistes particulièrement doués, que faire pour les autres ? Étant donné la souffrance et les angoisses des parents, il apparaît souhaitable de concevoir des formes de thérapies familiales spécifiques qui soutiennent les parents dans leurs efforts d'aider leur enfant autiste, de prendre les décisions adéquates, sans nécessairement aboutir à un « forçage » éducatif et au souhait souvent illusoire de rendre l'enfant conforme aux attentes sociales conventionnelles.

L'intérêt de l'étude de McEachin et coll (1993) a été d'évaluer à long terme le devenir d'enfants autistes ayant bénéficié d'un programme d'entraînement éducatif et comportemental intensif à domicile médiatisé par les parents, et relaté dans l'étude contrôlée précédente. Il s'agit en effet de l'évaluation de l'évolution 6 ans plus tard des 19 enfants autistes de l'étude de Lovaas (1987) ayant reçu un programme intensif à domicile, (à un âge moyen de 11,5 ans).

Les résultats montrent que les enfants du groupe expérimental ont maintenu leurs acquisitions. Huit enfants sur 9 qui avaient eu les meilleurs résultats à l'âge de 7 ans ne peuvent être distingués de la moyenne des enfants normaux aux tests d'intelligence et sur le plan des comportements adaptatifs à une batterie d'évaluation particulièrement précise. Le premier groupe contrôle, qui avait participé à un entraînement de 10 heures par semaine, ne montre pas de différence avec le deuxième groupe contrôle. Ces deux groupes montrèrent des résultats sensiblement moins favorables que les enfants du groupe expérimental. La présente étude semble confirmer le fait que l'autisme précoce ne renvoie pas à un groupe de pathologie et/ou de handicap homogène, et qu'il existe une grande diversité de réponses des enfants et des familles à des sollicitations psycho-éducatives et comportementales intensives.

L'étude contrôlée de Ozonoff et Cathcart (1998) s'est proposée d'évaluer l'efficacité d'une méthode spécifique d'entraînement à domicile aux habiletés cognitives et sociales d'enfants autistes, par la formation conjointe des parents comme éducateurs spécialisés et comme co-thérapeutes (tableau 10.XIV).

Elle résulte de la mise en œuvre d'un programme établi par l'université de la Caroline Nord, nommé TEACCH : *Treatment and education of autistic and related communication handicaped children* (Schopler et Reichler, 1971). On apprend aux parents comment travailler avec leur enfant autiste d'âge préscolaire dans un dispositif à domicile, en se focalisant sur les habiletés cognitives, intellectuelles, préscolaires. Vingt deux enfants et leurs parents ont été répartis en deux groupes, 11 participant au programme, 11 appartenant au groupe contrôle. L'âge des enfants était de 2 à 6 ans. On compte 9 garçons pour 2 filles dans chacun des groupes.

On considère que l'autisme a un fondement organique et que les parents ne doivent pas être mis en cause ni blâmés, mais qu'ils sont partie intégrante de l'équipe thérapeutique. Un point crucial est de considérer le modèle d'intervention comme un programme à réaliser à domicile, où les parents sont des thérapeutes. Le fait d'utiliser plusieurs programmes simultanés n'apporte pas la preuve d'un effet préjudiciable de cette combinaison. Par ailleurs, un traitement à plus long terme (au-delà de 8 à 12 semaines) pourrait produire une amélioration plus importante que celle constatée dans cette étude.

On soulignera que ce type de programme présente un caractère expérimental. Sa brièveté est à la fois un avantage et un inconvénient. L'avantage est de ne pas surcharger outrageusement le fardeau familial dans une escalade de techniques réparatrices, pouvant en fin de compte amplifier la détresse de l'enfant et de ses proches face aux différences de développement difficilement contournables. L'inconvénient serait de mésestimer l'intérêt d'un soutien familial modeste et suffisamment continu pour permettre à l'enfant autiste à sa famille de faire face, à court, moyen et long terme aux différents écueils qu'ils rencontrent aux diverses étapes de leur histoire.

Quoi qu'il en soit, l'attitude qui consiste à considérer les parents comme des éducateurs et des co-thérapeutes privilégiés apparaît une avancée, face aux attitudes thérapeutiques qui consiste à les exclure des soins. L'erreur serait de leur rendre la totalité du fardeau thérapeutique, et de se défausser d'un partage et d'un co-apprentissage respectueux des ressources, compétences, performances et défaillances propres au groupe familial et au groupe des professionnels.

L'objectif de l'étude de Anderson et coll. (1987) est de montrer l'intérêt d'une approche combinant l'éducation et le traitement d'enfants autistes à domicile avec une formation approfondie des parents comme éducateurs-thérapeutes. La présente étude cherche à reproduire le modèle de Lovaas.

Le modèle de traitement comporte trois caractéristiques :
- l'usage systématique de techniques d'apprentissage comportemental et de procédures thérapeutiques ;
- un entraînement intensif proposé pour chaque enfant dans son foyer ;
- une formation parentale approfondie.

La moyenne d'âge des enfants était de 43 mois (de 18 mois à 64 mois). Le diagnostic d'autisme a été posé avec le DSM III-R : absence de réponse aux autres personnes (93 % des enfants présentaient une aversion du regard) ; altérations dans la communication (43 % des enfants étaient mutiques et 50 % présentaient une écholalie) ; réponses bizarres à l'environnement (86 % résistaient au changement et 86 % présentaient une autostimulation) ; agression (43 %) ; automutilation (50 %) ; indocilité aux instructions (93 %) ; accès de colère sévères (100 %).

Les parents avaient fait des études supérieures et avaient une activité professionnelle. Une seule famille était monoparentale. Pour 11 familles sur 14, ce sont les mères qui furent les principales participantes, pour les 3 restantes les pères et les mères étant également présents. Les thérapeutes avaient un niveau de maîtrise en psychologie, et reçurent 30 heures de formation aux techniques d'apprentissage et de traitement comportemental, de même qu'aux méthodes d'analyse de mesures comportementales. Un thérapeute fut assigné pour chaque enfant individuellement et sa famille pour 20 heures par semaine (15 heures centrées sur les instructions directes données à l'enfant et aux parents, 5 heures pour le développement du programme et la planification). Les heures des séances étaient flexibles de manière à s'adapter aux contraintes des parents.

Après une évaluation comportementale soigneuse de chaque enfant, thérapeutes et parents précisent les objectifs d'entraînement et les programmes centrés sur les déficits et les problèmes comportementaux dans toutes les sphères majeures du développement : langage, comportemental, prise en charge par soi-même, motricité-jeu, habiletés préscolaires et sociales. Les thérapeutes combinent leur travail en liaison avec le programme scolaire pour la majorité des enfants de plus de 36 mois.

L'entraînement parental est une dimension primordiale de l'intervention. Il s'agit de leur permettre de développer l'aptitude à gérer les comportements désadaptés de leur enfant autiste et à leur apprendre les habiletés adaptatives. Leur implication leur permet de passer progressivement du statut d'observateur au statut de thérapeute fondamental de leur enfant pour le programme éducatif. Ils sont présents pour 50 % du temps passé par le thérapeute à domicile, et sont amenés à utiliser 10 heures par semaine pour l'éducation de leur enfant (leur implication globale est ainsi de 15 à 25 heures par semaine). Les techniques d'instructions données aux parents comportent la modélisation, le feedback et des manuels de formation.

Les 14 enfants ainsi formés et traités montrèrent des améliorations significatives dans l'utilisation du langage, la prise en charge par soi-même, le développement social et conventionnel (*academic*) chez les enfants. Des changements dans la capacité des parents à apprendre à leur enfant handicapé ont également été observés. On note une augmentation significative de l'âge mental de l'enfant au bout d'un an de traitement. Pour 5 enfants, la seconde année montra une amélioration encore plus significative de leur âge mental. La performance verbale est également statistiquement significative. Sur 11 enfants testés sur 14, 9 montrèrent un changement positif dans l'utilisation du langage au bout d'une moyenne de 10 mois, tant sur le plan de la réception que de l'expression verbales. Il existe également une amélioration pertinente en ce qui concerne la socialisation et la capacité à se prendre en charge. Il est à noter qu'un seul enfant put participer à une scolarisation normale ; les onze autres jeunes autistes continuèrent à recourir aux services spécialisés.

Les parents, après 6 mois d'apprentissage, se révélèrent capables de réaliser le programme d'entraînement auprès de leur enfant par :
- l'utilisation des instructions : 17,5 % au départ à 91,7 % au bout de 6 mois ;
- l'exactitude et l'incitation : 21,8 % à 81,8 % ;
- les conséquences : 48,5 % à 88,7 %.

Ces capacités se maintiennent après 12 mois : 88,6 %, 85,6 %, 82,7 %, respectivement. Sur 14 familles, 13 donnèrent 99 % de réponses de satisfaction à l'évaluation de la réalisation du programme à la fin de celui-ci.

À la différence de l'étude de Lovaas (1987), dans l'étude de Anderson, la majorité des enfants autistes ne retournèrent pas dans un milieu scolaire normal. Mais, il faut noter les différences entre les enfants des deux études :
- le plus jeune âge des enfants dans l'étude de Lovaas (moyenne de 32 mois, *versus* 43 mois) ;
- la différence d'âge mental initial (13 mois de différence entre l'âge mental attendu et l'âge mental réel dans l'étude de Lovaas, *versus* 19 mois de différence) ;

- la différence d'intensité du programme : 40 heures au moins dans l'étude de Lovaas, 20 heures dans la présente étude ;
- le recours à des mesures aversives dans l'étude de Lovaas : un « non » ferme, et une tape sur la cuisse pour contrôler l'agression, la désobéissance et les comportements d'auto simulation, absentes dans la présente étude.

Ainsi, la qualification active des parents comme éducateurs et thérapeutes principaux (principe de méta-thérapie familiale, déjà présente dans les thérapies systémiques) apparaît comme une démarche hautement pertinente. Le problème de l'accompagnement soutenant et respectueux des ressources de l'enfant et de sa famille sur le long terme reste posé. Faut-il concevoir des programmes relativement limités dans le temps, ou s'engager dans des formes de thérapie plus ou moins longues qui répondent aux demandes des parents ?

Birnbrauer et Leach (1993) ont cherché à reproduire le programme d'intervention précoce et intensif de Lovaas pour le traitement d'enfants autistes. Ce programme repose sur les principes généraux de Clunies-Ross (1988) suivis par Lovaas concernant la prise en charge d'enfants autistes :
- l'intervention doit être faite précocement ;
- les objectifs doivent être clairement spécifiés ;
- les méthodes d'apprentissage doivent être appliquées précisément ;
- les opportunités de formation et d'enseignement doivent être maximisées ;
- l'approche doit être interdisciplinaire ;
- les parents doivent être activement impliqués ;
- un dispositif doit être mis en place pour le suivi.

La taille de l'échantillon est de 9 cas *versus* 5. L'âge moyen est de 24 à 48 mois. Le diagnostic est établi à partir du DSM-III-R. La durée du traitement est de 2 ans. Les observations comportementales sont enregistrées par vidéo.

Le programme comporte des jeux : exemple de jeux avec deux ensembles de 12 jouets et 2 jouets favoris de l'enfant ; l'enfant et la mère jouent ensemble ; ou bien, moins fréquemment, l'enfant joue seul en présence de sa mère et avec l'observation d'un membre de l'équipe. Il comporte aussi des items d'imitation non verbale, que l'on apprend à la mère à présenter à son enfant : montrer comment applaudir des deux mains, donner un ballon, une voiture, un ours en peluche, un cube ; présentation d'items verbaux (« Dis Boo ! », « Comment t'appelles-tu ? »…). Chaque leçon comporte de 10 à 20 essais, en fonction des performances de l'enfant. La moyenne d'heures par semaine a été de 18,72.

Les résultats soulignent que 4 enfants sur 9 du programme expérimental ont montré des signes d'amélioration les rapprochant d'un niveau de fonctionnement normal *versus* 1 sur 5 dans le groupe contrôle.

Le sous-groupe ayant particulièrement réussi montra un QI dépassant 80, des gains substantiels en matière de langage et de comportement adaptatif, qui restèrent malgré tout en deçà des performances d'enfants normaux du même

âge. Ces enfants commencèrent à communiquer, à s'engager dans des jeux appropriés avec des objets et des compagnons, montrèrent peu de colères violentes, apprirent à faire leur toilette, et à développer des capacités d'autonomisation. À l'inverse, les comportements d'autostimulation ont été peu modifiés. Ceci semble dû au fait que ces comportements étaient le plus souvent tolérés lors des séances, alors qu'ils avaient tendance à cesser lorsque les enfants étaient incités à les arrêter. Les comportements de retrait diminuèrent de façon significative. On a pu noter par ailleurs une diminution significative du stress parental (en particulier maternel).

Comme le soulignent les auteurs, l'intervention à domicile pose la question de l'intrusion dans l'intimité familiale. Ceux-ci, ont proposé un programme moins extrême que celui de Lovaas, et ont obtenu des « résultats » moins spectaculaires. On notera par ailleurs le nombre limité de la cohorte des enfants traités et du groupe contrôle.

L'étude contrôlée randomisée de Jocelyn et coll. (1998), évalue l'aide ambulatoire apportée par une équipe multidisciplinaire, sur une brève échelle de temps, aux parents ayant un enfant autiste ou un enfant ayant un trouble envahissant du développement. Cette équipe réalise un programme d'intervention de soignants pour des enfants autistes dans des centres communautaires de jour. Trente cinq enfants préscolaires avec un diagnostic d'autisme ou de trouble du développement invasif d'après le DSM III-R ont été répartis dans un groupe expérimental et dans un groupe contrôle de manière randomisée. Les enfants du groupe expérimental ont été placés en centre de soin de jour et les parents ainsi que les soignants ont reçu une formation de 12 semaines comportant des conférences et des consultations sur place. De surcroît, les familles ont reçu une prise en charge de soutien. Les sujets contrôles ont seulement reçu des soins dans le centre de jour.

L'équipe multidisciplinaire est composée de pédopsychiatres, d'un psychiatre, d'une infirmière psychiatrique, de travailleurs sociaux et de spécialistes du comportement avec une coopération entre l'hôpital, le gouvernement et la province (étude réalisée au Canada), et les ressources communautaires. L'intervention est focalisée essentiellement sur les parents et l'équipe de soins plutôt que sur l'enfant et cherche à leur apporter une aide pour développer la compréhension et l'empathie de la vision du monde de l'enfant, comme un moyen pour prévoir son comportement, comprendre ses aspects communicationnels, et améliorer un plaisir au partage des interactions.

Parmi les 35 enfants de l'échantillon, 14 présentaient des symptômes sévères et 21 présentaient des symptômes modérés. L'âge s'étalait de 24 mois à 72 mois. Le groupe témoin est composé de 19 cas : 8 présentant des symptômes sévères et 11 avec des symptômes modérés. Les cas sont répartis de manière randomisée, avec un pourcentage plus élevé de familles monoparentales dans le groupe contrôle. Le nombre d'heures par semaine de soins journaliers n'était pas significativement différent entre les deux groupes : 21,4 ± 11,9 heures, *versus* 19,9 ± 13,5 heures.

Dans le groupe expérimental, on constate des améliorations significatives dans le développement des aptitudes langagières, un accroissement des connaissances sur l'autisme chez les soignants, une plus grande perception du contrôle de la part des mères, et une meilleure satisfaction de la part des parents. Les pères ont moins participé à l'ensemble du programme de traitement, celui-ci ayant lieu au moment des heures de travail. L'effet apparaît minime à la Mesure d'évaluation familiale, ce qui peut être expliqué par le cadre temporel limité de l'intervention.

On conçoit que la brièveté du programme ne puisse que se focaliser sur les performances de l'enfant, bien qu'orienté vers une participation active de la famille. L'étude repose sur un recrutement randomisé, ce qui laisse ouverte la question des motivations personnelles et familiales, ainsi que d'un accompagnement et d'un soutien familial thérapeutique au long cours.

L'étude contrôlée de Sheinkopf et Siegel (1998) évalue un traitement comportemental centré sur les interventions à domicile pour les jeunes enfants présentant un autisme, d'après le programme de Lovaas allégé. L'évaluation porte sur l'impact d'un traitement comportemental intensif sur le développement de jeunes enfants autistes. Ce traitement a été réalisé à domicile par les parents des enfants autistes avec l'assistance de cliniciens pratiquant un travail communautaire. Il reposait sur les méthodes développées par Lovaas et coll. (1981). L'originalité du traitement de l'étude était liée au fait qu'il était effectué en dehors de dispositifs scolaires (*academic*) et pour une période plus courte. De même, la fréquence des séances de thérapie pour les enfants était moins élevée que dans les études précédentes. Le protocole thérapeutique était très structuré, avec des activités clairement décrites et organisées dans un format développemental hiérarchiquement structuré. Les buts de la thérapie sont orientés vers les comportements, faciles à mesurer, et explicitement intégrés dans la thérapie elle-même.

La taille de l'échantillon est de 11 enfants de même que dans le groupe contrôle. Les critères diagnostiques se réfèrent au DSM-III-R. La durée du traitement est de 20,36 mois *versus* 18,09 mois pour le groupe contrôle. Les enfants du groupe traité ont présenté des QI significativement supérieurs à ceux du groupe témoin. De même, les effets sur les symptômes autistiques étaient significatifs dans le groupe traité, quoique dans une moindre mesure, et rentrant toujours dans les critères d'un diagnostic d'autisme.

Ces effets modestes sur les symptômes contrastent avec les résultats de Lovaas (1987) et McEachin et coll. (1993). Dans la présente étude, les données portant sur les améliorations des fonctions comportementales, par exemple celles du domaine des habiletés sociales n'étaient pas disponibles. De même, les intervalles dans le suivi étaient plus courts que dans les précédentes études. Les effets sur le QI semblent robustes. Ces gains cognitifs solides semblent montrer qu'il n'existe pas une corrélation directe entre l'intensité du traitement et la réponse thérapeutique. Deux explications sont possibles :

- Lovaas a peut-être surestimé le nombre d'heures de traitement nécessaires pour un effet thérapeutique ;
- l'implication intensive des parents, et la réalisation du traitement à domicile ont aidé les parents à généraliser leurs habiletés à des interactions formatrices en dehors des séances de traitement formalisées.

On notera que le fait d'aider les parents à faire face aux tâches éducatives de leur enfant autiste, en dehors de protocoles institutionnels formalisés, apparaît comme une démarche heuristique pertinente.

L'étude contrôlée randomisée de Smith et coll. (2000) cherche à vérifier la pertinence du programme de Lovaas, et comparer l'intervention auprès des enfants et l'intervention médiatisée par la formation parentale. La répartition s'effectue de manière randomisée pour des enfants présentant un trouble envahissant du développement dans un groupe de traitement intensif ou dans un groupe de formation parentale.

Le traitement individuel intensif fut composé de 24,52 heures par semaine sur une année, se réduisant progressivement lors de l'année suivante ou des deux années suivantes, pour 7 enfants autistes et 8 enfants présentant un trouble envahissant du développement non spécifié. La formation parentale dura de 3 à 9 mois pour 7 enfants autistes et 6 enfants ayant un trouble envahissant du développement. Dans les deux cas, il s'agit de traitement « allégé » par rapport au programme de Lovaas. L'âge varie entre 18 et 42 mois. Les critères diagnostiques reposent sur de nombreux instruments standardisés. La durée du traitement varie de 2 à 3 ans ; les auteurs ont effectué un arrêt du traitement au bout de 18 mois pour les enfants avançant lentement. Ce traitement s'est réalisé à raison de 30 heures par semaine (en fait, 25 heures, du fait du manque de temps des équipes, l'existence de conflits, et des maladies, contre 40 heures pour Lovaas).

Les deux groupes sont apparus semblables lors de l'admission pour toutes les mesures d'évaluation. Le groupe de traitement individuel intensif montra des performances supérieures au groupe de formation parentale aux mesures de l'intelligence, les habiletés visuo-spatiales, le développement du langage, et les acquisitions scolaires (*academics*), mais pas sur le plan du fonctionnement adaptatif ou pour les problèmes de comportement. Les enfants présentant un trouble envahissant du développement peuvent avoir davantage bénéficié du traitement que les enfants présentant un autisme. Le caractère moins « performant » des résultats, en comparaison avec l'étude de Lovaas peut être liée à la nature moins intensive du programme.

Soulignons que le caractère bref de l'aide aux parents (9 mois) crée un biais dans la comparaison entre les deux groupes, le groupe « gagnant » des enfants éduqués ayant été suivis pendant 3 ans. On pourra s'interroger sur les risques de compétition entre les professionnels et les parents concernant la question de savoir qui sont les meilleurs éducateurs, et les meilleurs thérapeutes.

Études concernant l'hyperactivité

Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (THADA) est certainement le trouble de l'enfant qui a reçu la plus grande attention en recherche thérapeutique, et la littérature recèle des centaines d'études sur son traitement tant pharmacologique que psychothérapique. Les traitements comportementaux les plus utilisés, ou du moins les plus étudiés, se basent sur des techniques de modification du comportement en classe, et 23 études sont en faveur de leur efficacité (pour revue, Gittelman et coll., 1980 ; Pelham et coll., 1998).

L'efficacité de la formation comportementale des parents, qui consiste à entraîner les parents à adopter, avec leur enfant hyperactif, un système de gestion des contingences de renforcement, a été démontrée, en comparaison à une condition de liste d'attente (Anastopoulos et coll., 1993 ; Gittelman et coll., 1980 ; Horn et coll., 1990, voir annexe 2), mais non en comparaison à d'autres traitements.

Dans les années 1970, une approche cognitivo-comportementale tenue pour prometteuse était la formation à l'autocontrôle par les auto-instructions. Néanmoins, dans une méta-analyse incluant 48 essais contrôlés randomisés utilisant cette technique (Dush et coll., 1989), la taille d'effet thérapeutique globale n'était que de 0,41 en comparaison avec le non-traitement, et ce traitement n'est plus, aujourd'hui, considéré comme efficace.

Les traitements proprement cognitifs n'ont pas fait la preuve expérimentale de leur efficacité dans le THADA, bien que des interventions telles que l'entraînement aux habiletés sociales et à la résolution de problèmes puissent s'avérer efficaces lorsqu'elles sont partie intégrante de programmes de traitement multimodaux intensifs (Hinshaw et Erhard, 1991). Quant aux autres interventions proposées et utilisées dans le traitement du THADA, qui sont nombreuses et vont de la psychothérapie traditionnelle au *biofeedback*, aux régimes alimentaires, à l'acupuncture, à la thérapie par le jeu, et autres variétés thérapeutiques, aucune n'a fait la preuve de son efficacité (Pelham et coll., 1998).

Une revue de consensus réalisée par des experts pour *l'American academy of child and adolescent psychiatry* en 1997 (AACAP, 1997) résume l'évidence empirique en faveur de l'efficacité des interventions pharmacologiques et psychothérapeutiques dans le THADA (voir annexe 2). Elle souligne que, dans l'ensemble, les thérapies comportementales sont moins efficaces que les médicaments (méthylphénidate et autres stimulants) pour la réduction des symptômes cardinaux du trouble, mais qu'elles les améliorent, de même que les habiletés sociales et les performances scolaires. Leurs limites tiennent à ce que les progrès réalisés tendent à s'estomper avec le temps, et ne se généralisent pas à des situations autres que celles dans lesquelles l'apprentissage a eu lieu.

Plus récemment, une grande étude multicentrique longitudinale prospective sur cinq ans, coordonnée par le *National institute of mental health* aux États-Unis (Richters et coll., 1995 ; *MTA Cooperative group*, 1999a, 1999b) a comparé, dans un échantillon total de 539 enfants avec un THADA, 4 groupes de traitement d'une durée de 14 mois chacun : médicaments ; prise en charge comportementale intensive incluant les parents, l'enfant et l'école ; les deux combinés ; traitement standard dans la communauté (allocation randomisée à l'un des quatre traitements). Le traitement médicamenteux avait l'avantage pour les cotations des parents et des professeurs concernant l'inattention, et les cotations des professeurs concernant l'hyperactivité-impulsivité. C'étaient les seules différences entre pharmacothérapie et thérapie comportementale. Le traitement combiné avait les mêmes avantages que la pharmacothérapie seule et s'avérait, de plus, significativement supérieur à la thérapie comportementale dans trois domaines : comportements opposants et agressifs cotés par les parents, symptômes internalisés, et performances en lecture. Le traitement combiné était également plus favorable que le traitement dans la communauté pour les symptômes internalisés, les comportements d'opposition, les relations avec les pairs et les interactions parents-enfant. Les investigateurs recherchaient également les facteurs susceptibles de moduler la réponse thérapeutique : la présence d'un trouble anxieux comorbide (34 % des sujets) réduisait l'avantage du traitement pharmacologique sur les autres modalités thérapeutiques (tendant à donner l'avantage au traitement combiné), sans pour autant réduire le taux de réponse au traitement pharmacologique. Les auteurs de l'étude MTA insistent sur le fait que les résultats ne signifient pas que la thérapie comportementale est inefficace (Jensen, 1999), car celle-ci, au contraire, est associée à une taille d'effet importante (entre 0,9 et 1,3) pour l'amélioration avant-après traitement de l'ensemble des mesures examinées (Pelham, 1999). De plus, et cela est confirmé par d'autres études, le traitement combiné nécessitait une dose de médicament inférieure de 20 % à la dose requise en cas de traitement médicamenteux seul (Pelham, 1999).

Il faut savoir, également, qu'environ 20 % à 30 % des enfants avec un THADA ne répondent pas aux médicaments, ou ont une réponse défavorable, d'autres ont une bonne réponse mais sont gênés par les effets secondaires (réduction de l'appétit, insomnie…). Les effets des traitements psychosociaux s'avèrent alors tout à fait bénéfiques (Weisz et Jensen, 2001).

Enfin, dans un trouble aussi persistant que le THADA, qui se prolonge, dans environ la moitié des cas, à l'âge adulte (Weiss et Hechtman, 1993), les études à long terme sont capitales. Satterfield et coll. (1981 et 1987) ont conduit toute une série d'études, utilisant un traitement multimodal prolongé (traitements individuel, familial, de groupe, éducationnel, formation parentale…) administré dans un large échantillon de garçons hyperactifs âgés de 6 à 12 ans, selon les besoins de l'enfant et de sa famille. Les traitements les plus longs (2 ans et plus) étaient associés aux plus grands degrés

d'amélioration sur plusieurs mesures. Dans un suivi à 9 ans (les sujets étant alors âgés de 14 à 21 ans), comparant le traitement multimodal au traitement médicamenteux seul, le devenir était meilleur dans le groupe ayant reçu le traitement multimodal (Satterfield et coll., 1987).

Études concernant les troubles des conduites

Les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent posent des problèmes sérieux au niveau de la famille, de l'école et de la société dans son ensemble. Ils incluent une large gamme de comportements qui vont de simples conduites d'opposition ou de provocation, à des agressions aussi graves que l'homicide. Si ces conduites semblent hétérogènes, les données épidémiologiques et même biologiques semblent indiquer qu'elles constituent un syndrome complexe, et que des troubles mineurs chez le jeune enfant représentent souvent les prémisses développementaux d'agressions graves à l'adolescence (Lahey et coll., 1995) ou à l'âge adulte (Farrington, 1995), ce qui rend leur traitement à la fois désirable et justifié (Offord et coll., 1992). Néanmoins, bien qu'ils soient le motif de consultation le plus fréquent en psychiatrie infanto-juvénile (Kazdin, 2000), à ce jour, aucun traitement, ni psychologique, ni médicamenteux, n'a vraiment établi son efficacité dans cette indication. Brestan et Eyberg (1998) ont résumé 29 années de littérature sur l'efficacité des traitements psychosociaux dans les troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent, passant en revue 82 études sur un total de 5 272 sujets (voir annexe 2). Fonagy et Kurtz (2002) présentent également une description très détaillée des méthodes thérapeutiques utilisées, et des résultats des études d'efficacité publiées. Les traitements proposés peuvent être orientés vers les parents, le sujet lui-même, ou son environnement (par exemple scolaire), les approches sont souvent différentes selon qu'il s'agit d'enfants pré-pubères ou d'adolescents, plusieurs peuvent être associées.

L'apprentissage parental est un programme d'apprentissage comportemental destiné aux parents, à court terme, reposant sur le livre « Living with children » de Patterson et Gullion (1968). On y apprend aux parents à observer et identifier de manière systématique les problèmes de conduite de l'enfant, et on leur explique les principes de l'apprentissage social et de la modification du comportement, qui impliquent notamment de récompenser les conduites souhaitées, et de retirer l'attention ou les privilèges en cas de conduites indésirables. Quatre études ont utilisé cette méthode pour traiter des garçons et des filles âgés de 3 à 18 ans, adressés pour traitement soit par leurs parents, soit par des instances judiciaires, avec un diagnostic de trouble des conduites ou de trouble oppositionnel avec provocation (Alexander et Parsons, 1973 ; Bernal et coll., 1980 ; Firestone et coll., 1980 ; Wiltz et Patterson, 1974). Dans toutes ces études, le traitement par apprentissage parental était d'efficacité supérieure à celle du non traitement (liste d'attente), ou même de traitements alternatifs. Les effets du traitement étaient encore apparents

plusieurs mois après sa terminaison dans l'étude de Miller et Prinz (1990), et même 10 à 14 ans plus tard dans celle de Long et coll. (Forehand et Long, 1988 ; Long et coll., 1994). De plus, ce type de traitement, destiné à réduire les comportements antisociaux chez le sujet initialement adressé pour soins, peut également diminuer le risque de survenue de comportements analogues dans la fratrie (Kazdin, 1985).

La formation des parents par l'observation de modèles sur vidéo est fondée sur une série de bandes réalisée par Webster-Stratton (1984) et présentée à des groupes de parents d'enfants de maternelle, avec discussion de chaque présentation animée par un thérapeute. Cette technique a fait preuve de son efficacité dans plusieurs études (mais toutes, sauf une, sont conduites par l'initiateur de la méthode), en comparaison avec une liste d'attente ou d'autres formes d'apprentissage parental (Spaccarelli et coll., 1992 ; Webster-Stratton, 1984, 1990 et 1994 ; Webster-Stratton et coll., 1988).

Une autre modalité proposée pour le traitement des conduites perturbatrices de l'enfant et de l'adolescent, est l'entraînement aux habiletés de résolution de problèmes. Il est fondé sur l'idée que les conduites antisociales sont, au moins en partie, liées à des processus cognitifs, tels la tendance à attribuer l'hostilité aux autres de manière inappropriée, et une faible capacité à comprendre les situations sociales et résoudre les problèmes interpersonnels (Rubin et coll., 1991). Le traitement se concentre sur la manière dont l'enfant perçoit et aborde les situations sociales. Plusieurs études ont montré son efficacité chez des sujets recrutés en population générale ou dans des échantillons cliniques (Kazdin et coll., 1987a, 1987b, 1989 ; Kendall et coll., 1991). Malheureusement, celles de ces études qui ont mesuré les changements cognitifs supposés actifs dans le traitement, n'ont pas montré de relation significative entre ces derniers et les modifications du comportement cible (Kazdin, 1993), et les changements observés sont souvent insuffisants pour un retour à une adaptation normale.

Kazdin et coll. (1992) ont comparé les effets de l'apprentissage parental, de l'entraînement à la résolution de problèmes, et des deux traitements combinés (s'adressant l'un aux parents, l'autre à l'enfant), dans un groupe de 97 enfants de 7 à 13 ans, assignés de manière randomisée à l'un des trois groupes de traitement. Après traitement, les pourcentages d'enfants dont le comportement s'était normalisé étaient, respectivement, de 39 %, 33 % et 64 %, en faveur donc du double traitement. Néanmoins, les cotations réalisées par les enseignants différaient peu d'un groupe à l'autre. Les changements obtenus étaient stables à un an.

En conclusion, les études se rapportant à la thérapie familiale se sont particulièrement intéressées à la schizophrénie, aux troubles du comportement alimentaire et aux troubles de l'humeur chez l'adulte. Quant à l'enfant, les programmes de psychoéducation ont donné lieu à de nombreuses études chez les enfants autistes.

Il ressort de ces divers travaux que les méta-analyses favorisent, dans l'évaluation des résultats, les thérapies familiales cognitivo-comportementales et la psycho-éducation familiale. Celles-ci, par principe, sont explicitement centrées sur l'examen des symptômes, des comportements et des cognitions telles qu'elles se manifestent au travers d'investigations donnant lieu à des recueils d'information apparemment objectivables par une mise à distance des observateurs. Les revues systématiques, les études contrôlées, voire les études longitudinales aboutissent à des résultats plus diversifiés et plus hétérogènes, mais plus respectueux de la grande diversité des formes de thérapie familiale.

Concernant les schizophrénies, l'ensemble des travaux (5 méta-analyses, 4 revues systématiques et 8 études contrôlées) montre un effet positif significatif des thérapies familiales sur le pourcentage de rechute et l'amélioration des habiletés sociales.

Pour les patients présentant des troubles du comportement alimentaires, les études (2 revues systématiques, 7 études contrôlées) montrent l'efficacité des thérapies familiales pour la prise en charge de l'anorexie. Pour la boulimie, l'orientation théorique ne semble pas jouer un rôle prépondérant, la durée du traitement et le renforcement du lien d'appartenance communautaire apparaissent comme des éléments importants.

Concernant les troubles de l'humeur, les travaux (2 méta-analyses et 6 études contrôlées) montrent des résultats significatifs sur l'amélioration des symptômes (2 études) et sur le pourcentage de rechute (1 étude). Les résultats des méta-analyses sur l'efficacité de la thérapie interpersonnelle pour la prise en charge de la dépression montrent un effet équivalent à la prise de médicaments ou aux autres thérapies (TCC et thérapie familiale).

Aucun travail d'évaluation chez l'adulte n'a été mené sur les troubles anxieux, une seule étude chez l'enfant montre un effet significatif de la thérapie familiale associé à la TCC sur la disparition des symptômes.

De nombreuses études (8 études, dont deux non contrôlées) chez l'enfant ont été mené sur la base des premiers travaux de Lovaas et du programme TEACCH montrant une certaine efficacité sur le comportement et les capacités d'apprentissage des enfants autistes.

Concernant le déficit de l'attention avec hyperactivité, les thérapies familiales trouvent leur place dans le cadre de traitements multimodaux qui, s'ils sont prolongés, sont associés à une amélioration de plusieurs mesures. Pour les troubles des conduites, des programmes fondés sur l'apprentissage parental sont supérieurs à l'absence de traitement.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER JF, PARSONS BV. Short-term Behavioral intervention with delinquent families : impact on family process and recidivism. *J Abnormal Psychol* 1973, **81** : 219-225

ALEXANDER JF, PARSONS BV. Functional family therapy. Monterey, CA Brooks-Cole, 1982

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Official action. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 85S-121S

ANASTOPOULOS AD, SHELTON TL, DUPAUL GL, GUEVREMONT DC. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder. Its impact on parent functioning. *J Abnormal Child Psychol* 1993, **21** : 581-596

ANDERSON CM, GRIFFIN S, ROSSI A, PAGONIS I, HOLDER DP, TREIBER R. A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. *Fam Process* 1986, **25** : 185-205

ANDERSON SR, AVERY DL, DIPIETRO EK, EDWARDS GL, CHRISTIAN WP. Intensive home-based early intervention with autistic children. *Educ Treatment Children* 1987, **10** : 352-366

ANDREASEN NC. Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry* 1979, **36** : 1325-1330

ARNOW BA, TAYLOR CB, AGRAS WS, TELCH MJ. Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. *Behav Ther* 1985, **16** : 452-467

AZRIN NH. Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Therap* 1976, **14** : 339-348

AZRIN NH., SISSON RW, MEYERS R, GODLEY M. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982, **13** : 105-112

BARBATO A, D'AVANZO B. Family interventions in schizophrenia and related disorders : a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 2000, **102** : 81-97

BARBER JG, CRISP BR. The "pressures to change" approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction* 1995, **90** : 269-276

BARBER JG, GILBERTSON R. An experimental study of brief unilateral intervention for the partners of heavy drinkers. *Res Soc Work Pract* 1996, **6** : 325-336

BARBER JG, GILBERTSON R. Evaluation of self-help manual for the female partners of heavy drinkers. *Res Soc Work Pract* 1998, **8** : 141-151

BARLOW DH, WADDELL MT. Agoraphobia. *In* : Clinical handbook of psychological disorders. BARLOW DH ed, Guilford Press, New York 1985 : 1-68

BARRETT PM, DADDS MR, RAPEE RM. Family treatment of childhood anxiety : a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 333-342

BARROWCLOUGH C, TARRIER N. Families of schizophrenic patients : cognitive behavioral intervention. Chapman & Hall, London 1992

BARROWCLOUGH C, TARRIER N, LEWIS S, SELLWOOD W, MAINWARING J, QUINN J, HAMLIN C. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999, **174** : 505-511

BARROWCLOUGH C, HADDOCK G, TARRIER N, LEWIS SW, MORING J, O'BRIEN R, SCHOFIELD N, MCGOVERN J. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 1706-1713

BAUCOM DH, SHOHAM V, MUESER KT, DAIUTO AD, STICKLE TR. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 53-88

BEARDSLEE WR, SALT P, PORTERFIELD K, ROTHBERG PC, VAN DE VELDE P, SWATLING S et coll. Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 254-263

BENTON MK, SCHROEDER HE. Social skills training with schizophrenics : a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990, **58** : 741-747

BERNAL ME, KLINNERT MD, SCHULTZ LA. Outcome evaluation of behavioral parent training and client-centered parent counseling for children with conduct problems. *J Applied Behav Analysis* 1980, **13 :** 677-691

BIRNBRAUER JS, LEACH DJ. The murdoch early intervention program after 2 years. *Behav Change* 1993, **10** : 63-74

BOWERS WA, ANDERSEN AE. Inpatient treatment of anorexia nervosa : review and recommendations. *Harv Rev Psychiatry* 1994, **2** : 193-203

BRENNER HD, STRAMKE WG, HODEL B, RUI C. Untersuchungen zur Effizienz und Indikation eines psychologischen Therapieprogramms bei schizophrenen Basisstörungen : Ergebnisse einer 18monatigen Feldstudie. *In* : Verhaltenstherapie in der Psychiatrie. REIMER F ed, Springer, Berlin 1982

BRENNER HD, HODEL B, KUBE G, RODER V. Kognitive Therapie bei Schizophrenen : Problemanalyse und empirische Ergebnisse [Cognitive therapy of schizophrenic patients : problem analysis and empirical results]. *Nervenarzt* 1987, **58** : 72-83

BRENNER HD, HODEL B, RODER V, COSSIJAN P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1992, **18** : 21-26

BRESTON EV, EYBERG SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents : 29 years, 82 studies, and 5 272 kids. *J Clin Child Psychol* 1998, **27** : 180-189

BROWN GW, BIRLEY JLT, WING JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders : a replication. *Br J Psychiatry* 1972, **121** : 241-258

BRUCHKREMER G, FIEDLER P. Kognitive versus handlungsorientierte Therapie. Vergleich zweier psychotherapeutischer Methoden zur Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Patienten. *Nervenarzt* 1987, **58** : 481-488

BUSTILLO J, LAURIELLO J, HORAN W, KEITH S. The psychosocial treatment of schizophrenia : an update. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 163-175

CADOGAN DA. Marital group therapy in the treatment of alcoholism. *Q J Stud Alcohol*. 1973, **34** : 1187-1194

CHAMBLESS DL, HOLLON SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 7-18

CLARKIN JF, MARZIALI E, MUNROE-BLUM H. Group and family treatments for borderline personality disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1991, **42** : 1038-1043

CLONINGER CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987, **236** : 410-416

CLUNIES-ROSS GG. Early education and integration for children with intellectual disabilities : Some results of a 10 year EPIC. *In* : Early intervention for children with disabilities : the Australian experience. PIETERSE M, BOCHNER S, BETTISON S eds, Macquarie University Special Education Centre, Sydney 1988

COTTRAUX J. La thérapie interpersonnelle de la dépression. *Dépression* 1999, **17 :** 9-14.

CORDER BF, CORDER RF, LAIDLAW ND. An intensive treatment program for alcoholics and their wives. *Q J Stud Alcohol* 1972, **33** : 1144-1146

CRISP AH, NORTON K, GOWERS S, HALEK C, BOWYER C, YELDHAM D, LEVETT G, BHAT A. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991, **159** : 325-333

DARE C, EISLER I, RUSSELL G, TREASURE J, DODGE L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa : randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001, **178** : 216-221

DARE C, EISLER I, RUSSELL GFM, SZMUKLER GI. Family therapy for anorexia nervosa : implications from the results of a controlled trial of family and individual therapy. *J Marital Fam Ther* 1990, **16** : 39-57

DERUBEIS RJ, CRITS-CHRISTOPH P. Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 37-52

DIXON LB, LEHMAN AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995, **21** : 631-643

DOANE JA, GOLDSTEIN MJ, MIKLOWITZ DJ, FALLOON IR. The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *Br J Psychiatry* 1986, **148** : 279-287

DULZ B, HAND I. Short-term relapse in young schizophrenics : Can it be predicted and affected by family (CFI), patient, and treatment variables ? An experimental study. In : Treatment of schizophrenia. GOLDSTEIN MJ, HAND I, HAHLWEG K eds, Springer-Verlag, New York 1986

DUNN RL, SCHWEBEL AI. Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *J Fam Psychol* 1995, **9** : 58-68

DUSH DM, HIRT ML, SCHROEDER HE. Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders : a meta-analysis. *Psychol Bull* 1989, **106** : 97-106

ECKMAN TA, WIRSHING WC, MARDER SR, LIBERMAN RP, JOHNSTON-CRONK K et coll. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management : a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1549-1555

EDWARDS ME, STEINGLASS P. Family Therapy Outcomes for Alcoolism. *J Marit Fam Ther* 1995, **21** : 475-509

EISLER I, DARE C, HODES M, RUSSELL G, DODGE E, LE GRANGE D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa : the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, **41** : 727-736

EISLER I, DARE C, RUSSELL GF, SZMUKLER G, LE GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1025-1030

EMMELKAMP PM, DE LANGE I. Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behav Res Therapy* 1983, **21** : 341-346

EYBERG SM, JOHNSON SM. Multiple assessment of behavior modification with families : effects of contingency contracting and order of treated problems. *J Consult Clin Psychol* 1974, **42** : 594-606

FALLOON IRH, BOYD JL, Mcgill CW, RAZANI J, MOSS HB, GILBERMAN AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia : a controlled study. *N Engl J Med* 1982, **306** : 1437-1440

FALLOON IRH, BOYD JL, MCGILL CW. Family care of schizophrenia. Guilford Press, New York 1984

FALLOON IR, BOYD JL, MCGILL CW, WILLIAMSON M, RAZANI J, MOSS HB et coll. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 887-896

FARRINGTON DP. The twelfth Jack Tizard memorial lecture : the development of offending and antisocial behaviour from childhood. Key findings from the Cambridge study in delinquent development. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disc* 1995, **36** : 929-964

FETTES PA, PETERS JM. A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992, **11** : 97-110

FIRESTONE P, KELLY MJ, FIKE S. Are fathers necessary in parent training groups ? *J Clin Child Psychol* 1980, **9** : 44-47

FLORIN I, NOSTADT A, RECK C, FRANZEN U, JENKINS M. Expressed emotion in depressed patients and their partners. *Fam Process* 1992, **31** : 163-171

FOLEY SH, ROUNSAVILLE BJ, WEISSMAN MM, SHOLOMSKAS D, CHEVRON E. Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *Int J Fam Psychiatry* 1989, **10** : 29-42

FONAGY P, KURTZ A. Disturbance of conduct. *In :* What works for whom ? A critical review of treatments for children and adolescents. FONAGY P, TARGET M, COTTRELL D, PHILLIPS J, KURTZ Z eds, The Guilford Press, New York London, 2002 : 106-192

FOREHAND R, LONG N. Outpatient treatment of the Acting out child : Procedures, long-term follow-up data, and clinical problems. *Adv Behav Res Therap* 1988, **10** : 129-177

GEIST R, HEINMAA M, STEPHENS D, DAVIS R, KATZMAN DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry* 2000, **45** : 173-178

GITTELMAN R, ABIKOFF H, POLLACK E, KLEIN DF, KATZ S, MATTES J. A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. *In* : Hyperactive children : the social ecology of identification and treatment. WHALEN CK, HENKER B eds, New York Academic, 1980 : 221-243

GLICK ID, CLARKIN JF, SPENCER JH JR, HAAS GL, LEWIS AB, PEYSER J et coll. A controlled evaluation of inpatient family intervention. I. Preliminary results of the six-month follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 882-886

GOLDSTEIN MJ. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder. *Psychopharmacol Bull* 1992, **28** : 237-240

GOLDSTEIN MJ, RODNICK EH, EVANS JR, MAY PR, STEINBERG MR. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1978, **35** : 1169-1177

GORDON K, AHMED W. A comparison of two group therapies for bulimia. *Br Rev Bulimia Anorexia Nerv* 1988, **3** : 17-31

GREENBERG LS, JOHNSON SM. Emotionally focused therapy for couples, Guilford Press, New York, 1988

GURMAN AS, KINSKERN DP, PINSOF WM. Research on marital and family therapies. *In* : Handbook of psychotherapy and behavior changes. 3rd ed. GARFIELD SL, BERGIN AE eds, Wiley, New York 1986 : 565-624

HAAS GL, GLICK ID, CLARKIN JF, SPENCER JH, LEWIS AB et coll. Inpatient family intervention : a randomized clinical trial. II. Results at hospital discharge. *Arch Gen Psychiatry* 1988, **45** : 217-224

HADDOCK G, MORRISON AP, HOPKINS R, LEWIS S, TARRIER N. Individual cognitive-behavioural interventions in early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998, **172** : 101-106

HARTMANN A, HERZOG T, DRINKMANN D. Psychotherapy of bulimia nervosa : what is effective ? A meta-analysis. *J Psychosom Res* 1992, **36** : 159-167

HEDBERG AG, CAMPBELL L. A comparison of four behavioral treatments of alcoholism. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1974, **5** : 251-256

HELZER JE, PRYZBECK FR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 1988, **49** : 219-224

HERMANUTZ M, GESTRICH J. Kognitives Training mit Schizophrenen. Beschreibung des Trainings und Ergebnisse einer kontrollierten Therapiestudie. [Cognitive training of schizophrenic patients. Description of the training and results of a controlled therapeutic study] *Nervenarzt* 1987, **58** : 91-96

HERZOG T, HARTMANN A, SANDHOLZ Z, STAMMER H. Prognostic factors in out-patient psychotherapy of bulimia. *Psychother Psychosom* 1991, **54** : 48-55

HINSHAW SP, ERHARD D. Attention-deficit hyperactivity disorder. *In* : Child and adolescent therapy : cognitive-behavioral procedures. KENDALL P ed, Guilford Press, New York 1991 : 98-128

HOGARTY GE, GOLDBERG SC. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. One-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1973, **28** : 54-64

HOGARTY GE, GOLDBERG SC, SCHOOLER NR, ULRICH RF. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1974, **31** : 603-608

HOGARTY GE, SCHOOLER NR, ULRICH R, MUSSARE F, FERRO P, HERRON E. Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients. Relapse analyses of a two-year controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride. *Arch Gen Psychiatry* 1979, **36** : 1283-1294

HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ, KORNBLITH SJ, GREENWALD DP, JAVNA CD, MADONIA MJ. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiat* 1986, **43** : 633-642

HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ. Family psychoeducation, social skills training, and medication in schizophrenia : the long and short of it. *Psychopharmacol Bull* 1987, **23** : 12-13

HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ, KORNBLITH SJ, GREENWALD DP et coll. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 340-347

HOOLEY JM, HAHLWEG K. The marriages and interaction patterns of depressed patients and their spouses : Comparison of high and low EE dyads. *In* : Treatment of schizophrenia : Family assessment and intervention. GOLDSTEIN MJ, HAND I, HAHLWEG K eds, Springer-Verlag, Berlin 1986 : 85-95

HORN WF, IALONGO N, GREENBERG G, PACKARD T, SMITH-WINBERRY C. Additive effects of behavioral parent training and self control therapy with ADHD children. J Clin Child Psychol 1990, **19 :** 98-110

HUNT GM, AZRIN NH. A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Ther* 1973, **11** : 91-104

HUXLEY NA, RENDALL M, SEDERER L. Psychosocial treatments in schizophrenia : a review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis* 2000, **188** : 187-201

JACOB T, DUNN NJ, LEONARD K. Patterns of alcohol abuse and family stability. *Alcohol Clin Exp Res* 1983, **7** : 382-385

JACOB T, LEONARD KE. Alcoholic-spouse interaction as a function of alcoholism subtype and alcohol consumption interaction. *J Abnorm Psychol* 1988, **97** : 231-237

JACOBSON NS, DOBSON K, FRUZZETTI AE, SCHMALING KB, SALUSKY S. Marital therapy as a treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 547-557

JAMES PS. Effects of a communication training component added to an emotionally focused couples therapy. *J Marital Family Therap* 1991, **17** : 263-275

JENSEN PS. Fact versus fancy concerning the Multimodal Treatment Study for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Can J Psychiatry* 1999, **44** : 975-980

JOCELYN LJ, CASIRO OG, BEATTIE D, BOW J, KNEISZ J. Treatment of children with autism : a randomized controlled trial to evaluate a caregiver-based intervention program in community day-care centers. *J Dev Behav Pediatr* 1998, **19** : 326-334

JOHNSON VE. Intervention : how to help someone who doesn't want help ? Johnson Institute books, Minneapolis MN 1986

KAZDIN A. Treatment of antisocial behavior in children and adolescents. Dorsey Press, Homewood IL 1985

KAZDIN AE. Treatment of conduct disorder : Progress and directions in psychotherapy research. *Dev Psychopathol* 1993, **5** : 277-310

KAZDIN AE. Treatments for aggressive and antisocial children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000, **9** : 841-858

KAZDIN AE, ESVELDT-DAWSON K, FRENCH NH, UNIS AS. Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *J Consult Clin Psychol* 1987a, **55** : 76-85

KAZDIN AE, ESVELDT-DAWSON K, FRENCH NH, UNIS AS. Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987b, **26** : 416-424

KAZDIN AE, BASS D, SIEGEL T, THOMAS C. Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 522-535

KAZDIN AE, SIEGEL TC, BASS D. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *J Consult Clin Psychol* 1992, **60** : 733-747

KENDALL PC, RONAN KR, EPPS J. Aggression in children/adolescents : Cognitive-behavioral treatment perspective. *In* : The Development and treatment of childhood aggression. PEPLER DJ, RUBIN KH eds, Erlbaum, Hillsdale NJ 1991 : 341-360

KISSIN B, PLATZ A, SU WH. Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. *J Psychiatr Res* 1970, **8** : 13-27

KÖTTGEN C, SÖNNICHSEN I, MOLLENHAUER K, JURTH R. Group therapy with the families of schizophrenic patients : Results of the Hamburg Camberwell-Family Interview Study III. *Int J Fam Psychiatry* 1984, **5** : 84-94

KRAEMER S, SULZ KH, SCHMID R, LÄSSLE R. Kognitive Therapie bei standardversorgten schizophrenen Patienten. [Cognitive therapy of schizophrenic patients managed by standard means] *Nervenarzt* 1987, **58** : 84-90

LAHEY BB, LOEBER R, HART EL, FRICK PJ, APPLEGATE B, ZHANG Q, GREEN SM, RUSSO MF. Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys : Patterns and predictors of persistence. *J Abnormal Psychol* 1995, **104 :** 83-93

LE GRANGE D, EISLER I., DARE C., RUSSELL GMF. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa. A pilot study. *Int J Eat Disor* 1992, **12** : 347-357

LEFF J, KUIPERS L, BERKOWITZ R, EBERLEIN-VRIES R, STURGEON D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982, **141** : 121-134

LEFF J, KUIPERS L, BERKOWITZ R, STURGEON D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients : two year follow-up. *Br J Psychiatry* 1985, **146** : 594-600

LEFF J, BERKOWITZ R, SHAVIT N, STRACHAN A, GLASS I, VAUGHN C. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1990, **157** : 571-577

LEFF J, VEARNALS S, BREWIN CR, WOLFF G, ALEXANDER B. The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner : clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000, **177** : 95-100

LIPPS AJ. Family therapy in the treatment of alcohol related problems : a review of behavioral family therapy, family systems therapy and treatment matching research. *Alcohol Treat Quart* 1999, **17** : 13-23

LONG P, FOREHAND R, WIERSON M, MORGAN A Moving into adulthood : Does parent training with young noncompliant children have long-term effects ? *Behav Res Therapy* 1994, **32** : 101-107

LONGABAUGH R, BEATTIE M, NOEL N, STOUT R, MALLOY P. The effect of social investment on treatment outcome. *J Stud Alcohol* 1993, **54** : 465-478

LONGABAUGH R, WIRTZ PW, BEATTIE MC, NOEL N, STOUT R. Matching treatment focus to patient social investment and support : 18-month follow-up results. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 296-307

LOVAAS OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 3-9

LOVAAS OI, ACKERMAN AB, ALEXANDER D, FIRESTONE P, PERKINS J, YOUNG D. Teaching developmentally disabled children : The me book. Pro-Ed, Austin TX 1981

MACKENZIE KR. Introduction to time-limited group psychotherapy. American Psychiatric Press, Washington DC 1990

MARI JJ, STREINER DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia : meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994, **24** : 565-578

MATHEWS AM, TEASDALE J, MUNBY M, JOHNSTON D, SHAW P. A home-based treatment program for agoraphobia. *Behav Therapy* 1977, **8** : 915-924

MATHEWS AM, GELDER MG, JOHNSTON DW. Agoraphobia : nature and treatment. Guilford Press, New York 1981

MCCRADY BS. Outcomes of family-involved alcoholism treatment. *In* : Recent developments in alcoholism : vol. 7. Treatment research. GALANTER M ed, Plenum, New York 1989 : 165-182

MCCRADY BS, PAOLINO TJ JR, LONGABAUGH R, ROSSI J. Effects of joint hospital admission and couples treatment for hospitalized alcoholics : a pilot study. *Addict Behav* 1979, **4** : 155-165

MCCRADY BS, MOREAU J, PAOLINO TJ JR, LONGABAUGH R. Joint hospitalization and couples therapy for alcoholism ; a four-year follow-up. *J Stud Alcohol* 1982, **43** : 1244-1250

MCCRADY BS, NOEL NE, ABRAMS DB, STOUT RL, NELSON HF, HAY WM. Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *J Stud Alcohol* 1986, **47** : 459-467

MCEACHIN JJ, SMITH T, LOVAAS OI. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *Am J Ment Retard* 1993, **97** : 359-372

MCFARLANE WR, LINK B, DUSHAY R, MARCHAL J, CRILLY J. Psychoeducational multiple family groups : four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process* 1995a, **34** : 127-144

MCFARLANE WR, LUKENS E, LINK B, DUSHAY R, DEAKINS SA et coll. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995b, **52** : 679-687

MCKISACK C, WALLER G. Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997, **22** : 1-13

MEHTA M. A comparative study of family-based and patient-based behavioral management in obsessive-compulsvie dosorder. *Brit J Psychiat* 1990, **157** : 133-135

MIERMONT J. Psychose et thérapie familiale. ESF Éditeur, Paris, 1997

MIKLOWITZ DJ, GOLDSTEIN MJ. Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behav Modif* 1990, **14** : 457-489

MIKLOWITZ DJ, SIMONEAU TL, GEORGE EL, RICHARDS JA, KALBAG A et coll. Family-focused treatment of bipolar disorder : 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000, **48** : 582-592

MILLER GE, PRINCZ RJ. The enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorders. *Psychol Bul* 1990, **108** : 291-307

MILLER WR, BROWN JM, SIMPSON TL, HANDMAKER NS, BIEN TH et coll. What works ? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. *In* : Handbook of alcoholism treatment approaches : Effectives alternatives. HESTER RK, MILLER WR eds, Allyn & Bacon, Boston 1995 : 12-44

MILLER WR, MEYERS RJ, TONIGAN JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems : a comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 688-697

MITCHELL JE, PYLE RL, POMEROY C, ZOLLMAN M, CROSBY R et coll. Cognitive-behavioral group psychotherapy of bulimia nervosa : importance of logistical variables. *Int J Eat Disord* 1993, **14** : 277-287

MOSHER LR, MENN A, MATTHEW SM. Soteria : Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 1975, **45** : 455-467

MTA COOPERATIVE GROUP. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999a, **56** : 1073-1086

MTA COOPERATIVE GROUP. Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999b, **56** : 1088-1096

MUESER KT, BERENBAUM H. Psychodynamic treatment of schizophrenia : is there a future ? *Psychol Med* 1990, **20** : 253-262

NGUYEN-COLOMBINI C. Schizophrénies : intérêt thérapeutique d'une articulation thérapie institutionnelle – thérapie familiale. Mémoire de maîtrise, sous la direction de ANGEL P, ANTOINE C. Université Paris VIII, 2001 : 92p

O'FARRELL TJ. Marital and family therapy in alcoolism treatment. *J Subst Abuse Treat* 1989, **6 :** 23-29

O'FARRELL TJ (ed). Treating alcohol problems : marital and family interventions. Guilford Press, New York 1993

O'FARRELL TJ, CUTTER HSG. Effect of adding a behavioral or an interactional couples group to individual outpatient alcoholism counseling. *In* : Spouse-involved treatment for alcohol, abuse. O'FARRELL TJ (chair.). Symposium conducted at the Sixteenth Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Los Angeles, November 1982

O'FARRELL TJ, CUTTER HSG, FLOYD FJ. Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics : Effects on marital adjustment and communication from before to after therapy. *Behav Ther*1985, **16** : 147-167

O'FARRELL TJ, CUTTER HSG, CHOQUETTE KA, FLOYD FJ, BAYOG RD. Behavioral marital therapy for male alcoholics : Marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behav Ther* 1992, **23** : 529-549

O'FARRELL TJ, CHOQUETTE KA, CUTTER HS, BROWN ED, MCCOURT WF. Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *J Stud Alcohol* 1993, **54** : 652-666

O'FARRELL TJ, FALS-STEWART W. Family-involved alcoholism treatment. An update. *In* : Recent developments in alcoholism, Vol.15, Services Research in the Era of Managed Care, Galanter, Kluwer. Academic/Plenum Publishers, New York, 2001, 329-356

OFFORD DR, BOYLE MH, RACINE YA, FLEMING JE, CADMAN DT, BLUM HM, et coll. Outcome, prognosis and risk in a longitudinal follow-up study. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 1992, **31 :** 916-923

O'LEARY KD, BEACH SR. Marital therapy : a viable treatment for depression and marital discord. *Am J Psychiatry* 1990, **147** : 183-186

OZONOFF S, CATHCART K. Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *J Autism Dev Disord* 1998, **28** : 25-32

PATTERSON GR, GULLION ME. Living with children : new methods for parents and teachers. Champaign, IL, Research Press, 1968

PELHAM WE JR, WHEELER T, CHRONIS A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol* 1998, **27** : 190-205

PELHAM WE. The NIMH multimodal treatment study for attention deficit hyperactiveity disorder : just say yes to drugs alone ? *Can J Psychiatry* 1999, **44** : 981-990

PEVSNER R. Group parent training versus individual family therapy : an outcome study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982, **13** : 119-122

PHAROAH FM, MARI JJ, STREINER D. Family intervention for schizophrénia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, CD0000

PINSOF WILLIAM M, WYNNE LYMAN C, HAMBRIGHT ALEXANDRA B. The outcomes of couple and family therapy : Findings, conclusions, and recommendations. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training* 1996, **33** : 321-331

PITSCHEL-WALZ G, LEUCHT S, BAUML J, KISSLING W, ENGEL RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001, **27** : 73-92

PROJECT MATCH RESEARCH GROUP. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity : Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997, **58** : 7-29

RANDOLPH ET, SPENCER E, GLYNN SM, PAZ GG, LEONG GB et coll. Behavioural family management in schizophrenia. Outcome of a clinic-based intervention. *Br J Psychiatry* 1994, **164** : 501-506

RANDOLPH ET, GLYNN SM, ETH S, PAZ GG, LEONG GB, SHANER AL. Family therapy for schizophrenia : Two year outcome. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Miami, FL, May 1995

RAUE J, SPENCE SH. Group versus individual applications of reciprocity training for parent-youth conflict. *Behav Res Ther* 1985, **23** : 177-186

RICHTERS JE, ARNOLD LE, JENSEN PS, ABIKOFF H, CONNERS K, GREENHILL LL et coll. NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD : I background and rationale. *J Am Acad child AdolPsychiatry* 1995, **34** : 987-1000

ROBIN AL, SIEGEL PT, KOEPKE T, MOYE AW, TICE S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr* 1994, **15** : 111-116

ROBIN AL, SIEGEL PT, MOYE A. Family versus individual therapy for anorexia : impact on family conflict. *Int J Eat Disord* 1995, **17** : 313-322

RUBIN KH, BREAM, LA, ROSE-KRASNOR L. Social problem solving and aggression in childhood. *In* : The Development and treatment of childhood aggression. PEPLER DJ, RUBIN KH eds, Erlbaum, Hillsdale NJ 1991 : 219-248

RUSSELL GMF, SZMUKLER GI, DARE C et coll. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987, **44** : 1047-1056

RYCHTARIK RG, MCGILLICUDDY NB. Effects of skill training and twelve-step facilitation on posttreatment coping skills in women with acoholic partners. Poster presented at the International Conference on the Treatment of Addictive Behaviors, Santa Fe, New Mexico 1998

SANDBERG JG, JOHNSON LN, DERMER SB, GFELLER-STROUTS LL, SEIBOLD JM et coll. Demonstrated efficacy of models of marriage and family therapy : an update of Gurman, Kniskern and Pinsof's chart. *Am J Family Therapy* 1997, **25** : 121-137

SATTERFIELD JH, SATTERFIELD BT, CANTWELL DP. Three-year multimodality treatment study of 100 hyperactive boys. *J Pediat* 1981, **98** : 650-655

SATTERFIELD JH, SATTERFIELD BT, SCHELL AM. Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys. *J Am Acad Child and Adol Psychiatry* 1987, **26** : 56-64

SCHNEIDER JA, AGRAS WS. A cognitive behavioural group treatment of bulimia. *Br J Psychiatry* 1985, **146** : 66-69

SCHOOLER NR, KEITH SJ, SEVERE JB, MATTHEWS SM, BELLACK AS et coll. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 453-463

SCHOPLER E, REICHLER RJ. Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children. *J Autism Child Schizophr* 1971, **1** : 87-102

SHADISH WR, MONTGOMERY LM, WILSON P, WILSON MR, BRIGHT I, OKWUMABUA T. Effects of family and marital psychotherapies : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 992-1002

SHADISH WR, RAGSDALE K, GLASER RR, MONTGOMERY LM. The efficacy and effectiveness of marital and family therapy : a perspective from meta-analysis. *J Marital Family Therapy* 1995, **21** : 345-360

SHEA T, ELKIN I, IMBER S et coll. Course of depressive symptoms over follow-up : findings from the NIMH of depression collaborative research program. *Arch Gen Psychiatry* 1992, **49** : 782-787

SHEINKOPF SJ, SIEGEL B. Home-based behavioral treatment of young children with autism. *J Autism Dev Disord* 1998, **28** : 15-23

SISSON RW, AZRIN NH. Family-member involvment to initiate and promote treatment of problem drinkers. *J Behav Therapy Exp Psychiat* 1986, **115 :** 1039-1042

SMITH ML, GLASS GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977, **32** : 752-760

SMITH T, GROEN AD, WYNN JW. Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Am J Ment Retard* 2000, **105** : 269-285

SNYDER DK, WILLS RM, GRADY-FLETCHER A. Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy : a 4-year follow-up study. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 138-141

SOTSKY SM, GLASS D, SHEA T et coll. Patient predictor of response in psychotherapy : findings in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry* 1991, **148** : 997-1008

SPACCARELLI S, CODER S, PENMAN D. Problem-solving skills training as a supplement to behavioral parent training. *Cognitive Therap Res* 1992, **16** : 1-18

STANTON AH, GUNDERSON JG, KNAPP PH, FRANK AF, VANNICELLI ML et coll. Effects of psychotherapy in schizophrenia : I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull* 1984, **10** : 520-563

STEINGLASS P, BENNETT LA, WOLIN SJ, REISS D. The alcoholic family. Basic Books, New York 1987

STONE MH. Exploratory psychotherapy in schizophrenia-spectrum patients. A reevaluation in the light of long-term follow-up of schizophrenic and borderline patients. *Bull Menninger Clin* 1986, **50** : 287-306

STOTSKY BA, DASTON PG, VARDACK CN. An evaluation of the counseling of chronic schizophrenics. *J Couns Psych* 1955, **2** : 248-255

SZMUKLER GI, DARE C. The Maudsley study of family therapy in anorexia and bulimia nervosa. *In* : Family approaches in treatment of eating disorders. WOODSIDE DB, SHEKTER-WOLFSON L eds, American Psychiatric Association, Washington DC 1991

TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN C, BAMRAH JS, PORCEDDU K et coll. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988, **153** : 532-542

TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN C, BAMRAH JS, PORCEDDU K et coll. Community management of schizophrenia. A two-year follow-up of a behavioural intervention with families. *Br J Psychiatry* 1989, **154** : 625-628

TEST MA, KNOEDLER WH, ALLNESS DJ. The long-term treatment of young schizophrenics in a community support program. *In* : The training in community living model : A decade of experience. STEIN LI, TEST MA eds, New directions for mental health services, no. 26. Jossey-Bass Inc Publishers, San Francisco 1985 : 17-27

THASE ME, GREENHOUSE JB, FRANK E, REYNOLDS CF 3RD, PILKONIS PA et coll. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1009-1015

THOMAS EJ, SANTA C, BRONSON D, OYSERMAN D. Unilateral family therapy with the spouses of alcoholics. *J Soc Serv Res* 1987, **10** : 145-162

THOMAS EJ, YOSHIOKA M, AGER R, ADAMS KB. Reaching the uncooperative alcohol abuser through a cooperative spouse. Paper presented at the Fifth Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Toronto, June 1990

THOMAS EJ, AGER RD. Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. *In* : Treating alcohol problems : Marital and familial interentions. O'FARRELL TJ ed, Guilford, New York 1993 : 3-33

VAILLANT GE. The natural history of alcoholism. Harvard University Press, Cambridge MA 1983

VAUGHN CE, LEFF JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness : a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *B J Psychiat* 1976a, **129 :** 125-137

VAUGHN CE, LEFF JP. The mesurement of Expressed Emotion in the families of psychiatric patients. *B J Soc Clin Psychol* 1976b, **15** : 165-167

VAUGHN K, DOYLE M, MCCONAGHY N, BLASZCYNSKI A, FOX A, TARRIER N. The Sydney intervention trial : a controlled trial of relatives counselling to reduce schizophrenic relapse. *Soc Psychiat Epidemiol* 1992, **26** : 16-21

WALKER RG, KELLEY FE. Shortterm psychotherapy with hospitalized schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1960, **35** : 34-55

WEBSTER-STRATTON C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 666-678

WEBSTER-STRATTON C. Enhancing the effectiveness of self-administered video-tape parent training for families with conduct-problem children. *J Abnorm Child Psychol* 1990, **18** : 479-492

WEBSTER-STRATTON C. Advancing videotape parent training : a comparison study. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62 :** 583-593

WEBSTER-STRATTON C. Early intervention with videotape modeling : Programs for families of children with oppositional defiant disorder or conduct disorder. *In* : HIBBS ES, JENSEN PS eds, Psychosocial treatments for child and adolescent disorders : Empirically based strategies for clinical practice. Washington, DC, American Psychological Association, 1996a : 435-474

WEBSTER-STRATTON C, KOLPACOFF M, HOLINSWORTH T. Self-administered video-tape therapy for families with conduct-problem children comparison with two cost effective treatments and control group. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56** : 558-566

WHITAKER C. A family is a four-dimensional relationship. *In* : Family therapy : Theory and practice. GUERIN PJ Jr ed, Gardner, New York 1976, : 182-192

WILTZ NA, PATTERSON GR. An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behav Therapy* 1974, **5** : 215-221

WEISZ JR, JENSEN AL. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts : review of the evidence and suggestions for improving the field. *Eur Child Adol Psychiatry* 2001, **10** : 1-18

WUNDERLICH U, WIEDEMANN G, BRUCHKREMER G. Are psychosocial methods of intervention effective in schizophrenic patients ? A meta-analysis. *Verhaltenstherapie* 1996, **6** : 4-13

XIONG W, PHILLIPS MR, HU X, WANG R, DAI Q et coll. Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1994, **165** : 239-247

ZETTERLIND U, HANSSON H, ABERG-ORBECK K et coll. Coping skill therapy, group support and information for spouses of alcoholics : A controlled randomized study. Poster presented at the International Conference on the Treatment of Addictive Behaviors, Santa Fe, New Mexico 1998

ZHANG M, WANG M, LI J, PHILLIPS MR. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *Br J Psychiatry* 1994, **24** (Suppl.) : 96-102

ZWEBEN A, PEARLMAN S, LI S. A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment f alcohol abuse : The results of the marital systems study. *Br J Addict* 1988, **83** : 899-916

V

Données sur les trois approches

11

Bilan des études comparatives

Le domaine de la recherche consacrée à la comparaison des différentes formes de psychothérapie a considérablement progressé ces dernières décennies et donné naissance à de nombreuses recommandations pour le traitement dans divers pays (annexes 1, 2, 3). Ces travaux sont fondés sur la constatation que la psychothérapie est un moyen d'aider les personnes en souffrance psychologique ou atteintes d'un trouble mental, et que la responsabilité majeure d'assurer le traitement le plus approprié revient aux cliniciens et aux pouvoirs publics. Si cette perspective est conforme aux codes d'éthique et de déontologie de la psychiatrie et de la psychologie clinique (par exemple : Code de déontologie des psychologues, Syndicat national des psychologues, 1996), il est néanmoins important d'apprécier à quel point ces comparaisons entre les différentes approches constituent un aspect, des plus sensibles, dans l'évaluation des psychothérapies.

Au moins deux points suscitent débat à propos de l'évaluation comparative des psychothérapies. Le premier point concerne le fait que toutes les formes de psychothérapie n'ont pas les mêmes objectifs, aussi, demander à des thérapies différentes de répondre aux mêmes critères pour l'évaluation de leurs effets pourrait aboutir à ignorer les contributions spécifiques de chacune. Le deuxième point sensible concerne les conséquences tangibles qui pourraient être le résultat de ces évaluations comparatives : évaluer qu'une thérapie est supérieure à une autre dans telles conditions pourrait avoir des implications importantes pour la prise en charge des patients ainsi que pour la formation des cliniciens et chercheurs dans ce domaine. Il est, par conséquent, essentiel que cette évaluation soit menée avec la plus grande rigueur scientifique et définisse clairement les contextes et limites des comparaisons effectuées.

Comme dans les précédents chapitres, les études d'évaluation des psychothérapies visant directement les critères de diagnostic, les symptômes ou le fonctionnement des patients, sont analysées dans cette partie. Parmi les études comparatives soumises à l'analyse, seules, trois références ont été exclues : l'étude contrôlée de Paul (1967), jugée trop ancienne, et deux méta-analyses (Anderson et Lambert 1995 ; Leichsenring, 2001), en raison de leur incapacité à examiner les effets de la thérapie psychodynamique indépendamment de ceux de la thérapie interpersonnelle non psychodynamique (IPT) (tableau 11.I).

Tableau 11.I : Bilan des études retenues et exclues

Pathologies	Études et retenues	Études exclues	Raisons de l'exclusion
Tous troubles confondus			
Chez l'adulte	*Méta-analyses* : Andrew et Harvey, 1981 ; Crits-Christoph et coll., 1991 ; Shadish et coll., 1993 ; Shapiro et Shapiro, 1982 ; Smith et Glass, 1977 ; Svartberg et Stiles, 1991		
Chez l'enfant	*Méta-analyses* : Casey et Berman, 1985 ; Weisz et coll., 1987 ; Hazelrigg et coll., 1987 ; Weisz et coll., 1995		
Troubles anxieux			
Troubles anxieux tous confondus	*Méta-analyse* : Andrews et Harvey, 1981 ; *Étude contrôlée* : Svartberg et coll., 1998		
Trouble anxieux généralisé	*Méta-analyse :* Fisher et Durham, 1999 ; *Études contrôlées* : Blowers et coll., 1987 ; Borkovec et coll., 1987 et 1993 ; Stanley et coll., 1996 ; White et coll., 1992 ; Durham et coll., 1994 et 1999		
Phobies sociales	*Études contrôlées* : Bruch et coll., 1991 ; Heimberg et coll., 1998 ; Cottraux et coll., 2000	*Étude contrôlée* : Paul, 1967	Trop ancienne
Trouble panique	*Études contrôlées* : Beck et coll., 1992 ; Craske et coll. 1995 ; Shear et coll., 2001		
Stress post-traumatique	*Études contrôlées* : Foa et coll., 1991 ; Blanchard et coll., 2003 ; Brom et coll., 1989		
Troubles de l'humeur			
Dépression majeure chez l'adulte	*Méta-analyses :* Dobson, 1989 ; Gloaguen et coll., 1998 ; Thase et coll., 2000 Engels et Vermey, 1997 ; Cuijpers, 1998 ; McCusker et coll., 1998 ; Pinquart et coll., 2001 ; *Revues* : Jarrett et Rush, 1994 ; Gatz et coll., 1998 ; *Etudes contrôlées :* Bright et coll. 1999 ; Hogg et Deffenbacher, 1988 ; McLean et Hakstian, 1979 ; Liberman et Eckman, 1981 ; Gallagher et Thompson, 1982 et 1983 ; Gallagher-Thompson et Steffen, 1994 ; Steuer et coll., 1984 ; Graff et coll., 1986 ; Covi et coll., 1990 ; Shapiro et coll., 1994 ; Elkin et coll., 1989 ; Agosti et Ocepek-Welikson, 1997 ; Barkham et coll., 1996 ; Hardy et coll., 1998 ; Barkham et coll., 1999 ; Tang et coll., 2002 ; Thompson et coll., 1987 ; Cooper et coll., 1997 ; Ward et coll., 2000 ; Mohr et coll., 2001	*Méta-analyses :* Anderson et Lambert 1995 ; Leichsenring, 2001	Incapacité à examiner les effets de la thérapie psychodynamique indépendamment de ceux de la thérapie interpersonnelle (IPT)
Dépression majeure chez l'enfant	*Études contrôlées :* Brent et coll., 1997 ; 1998 Birmaher et coll., 2000 ; Deblinger et coll., 2001 ; Kolko et coll., 2000 ; Rossello et coll., 1999		

Tableau 11.I (suite) : Bilan des études retenues et exclues

Pathologies	Études et retenues	Études exclues	Raisons de l'exclusion
Schizophrénie			
	Méta-analyses : Wunderlich et coll., 1996 ; Mojtabai et coll., 1998 ; *Etudes contrôlées :* Gunderson et coll., 1984 ; Eckman et coll., 1992 ; Drury et coll., 1996a,b ; Hogarty et coll., 1997a,b ; Tarrier 1998 ; Haddock et coll., 1999		
Troubles des comportements alimentaires			
Boulimie	*Méta-analyse :* Hartmann et coll., 1992 ; *Études contrôlées :* Garner et coll., 1993 ; Fairburn et coll., 1995 ; Eisler et coll., 1997 ; Bachar et coll., 1999 ; Treasure et coll., 1999 ; Agras et coll., 2000 ; Wilfley et coll., 2002		
Anorexie	*Études contrôlées :* Treasure et coll. 1995 ; Dare et coll., 2001 ; Eisler et coll., 1997 ; Russell et coll., 1987 ; Bachar et coll., 1999		

On abordera les résultats statistiquement significatifs des études exploitables pour l'analyse, qu'ils représentent une partie ou la totalité des comparaisons effectuées par les auteurs. Cependant, il faut noter que cette partie de l'expertise résume les résultats des méta-analyses et des études contrôlées randomisées de plusieurs façons ; une première manière consiste à prendre en considération les études ayant effectué des comparaisons directes entre deux types de thérapie. Il se peut que de telles études mettent en évidence qu'une thérapie « a » est plus efficace qu'une thérapie « B », mais elles n'apportent pas nécessairement les informations requises pour déterminer si la thérapie donnant de moins bons résultats est, en soi, « bénéfique » ou non. Pour cette raison, une manière alternative de procéder consiste à prendre également en considération les études qui ont comparé l'efficacité de différentes psychothérapies par rapport à un groupe contrôle. Ce dernier comprend des patients n'ayant suivi aucun traitement (groupe en liste d'attente) ou qui ont eu un contact régulier avec des professionnels en santé mentale, mais n'ont reçu aucune forme de psychothérapie active. Outre les études ayant recours à un groupe de patients non traités, nous avons également pris en considération dans cette partie les études dans lesquelles le groupe contrôle comprend des patients ayant reçu une forme de psychothérapie « standard » de soutien.

Il est important de clarifier le rôle de ce dernier groupe contrôle (psychothérapie de soutien) comme moyen d'examiner l'efficacité de différentes formes de psychothérapie. En effet, toutes les psychothérapies sont l'occasion d'interactions sociales à travers lesquelles les patients ont la possibilité de partager leurs problèmes avec une autre personne (le clinicien). Ces interactions augmentent naturellement le sentiment d'être compris ou de progresser, de

mieux comprendre ses problèmes et aboutissent souvent à un certain soulagement de la souffrance psychologique et émotionnelle. Il devient alors fondamental d'établir le degré des effets précis d'une thérapie donnée, au-delà des bénéfices attendus de contacts positifs et réguliers avec autrui. Ainsi, dans l'objectif de contrôler les effets non spécifiques d'une quelconque psychothérapie, un grand nombre de méta-analyses et d'études contrôlées randomisées utilisent une forme de thérapie de soutien comme groupe de comparaison. Ces thérapies sont connues sous des noms divers (psychothérapie générale, thérapie de soutien, thérapie non directive…) et constituent un standard auquel les effets spécifiques des psychothérapies traitées dans cette expertise (thérapie psychodynamique, psychanalytique, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale…) peuvent être comparés. Certaines approches humanistes, dont la thérapie rogerienne, ou « centrée sur le client », sont également considérées comme des thérapies de soutien. Elles considèrent l'empathie et le soutien des thérapeutes comme des mécanismes fondamentaux de changement. Cependant, contrairement aux groupes contrôles non traités, les thérapies de soutien doivent être considérées comme des psychothérapies actives. La mise en évidence de différences significatives entre les psychothérapies abordées, y compris en comparaison avec une thérapie de soutien, peut par conséquent être considérée comme un effet spécifique ayant toute sa valeur.

Analyses globales chez l'adulte

Le tableau 11.II présente plusieurs méta-analyses fondées sur presque 700 études de l'efficacité des psychothérapies effectuées depuis 60 ans. Les patients participant à ces études étaient atteints d'une grande diversité de troubles et de problèmes ; les plus fréquents d'entre eux était les troubles anxieux et dépressifs. La majorité des patients étaient des adultes ou de jeunes adultes entre 20 et 40 ans ayant suivi entre 10 et 20 semaines de psychothérapie (à raison d'une heure par semaine, le plus souvent). Les sources de recrutement des patients étaient, pour la plupart, les hôpitaux et les cliniques universitaires avec une minorité d'échantillons identifiés par d'autres moyens (activités cliniques privées ou procédures de dépistages dans diverses populations non cliniques).

La majorité des méta-analyses, présentées dans le tableau 11.II, montre que la psychothérapie (toutes formes analysées ensemble) est plus efficace que l'absence de traitement. Le résultat moyen pour les patients traités était meilleur de 70 à 80 % par rapport aux patients non traités. Si la conclusion globale semble justifier que la psychothérapie est généralement bénéfique, on ne peut pas conclure, en se basant sur ces analyses, que toute forme de psychothérapie a un impact égal. Il est vrai que relativement peu de différences sont observées entre les formes de psychothérapie. Une exception

Tableau 11.II : Méta-analyses ayant comparé différentes formes de psychothérapie (tous troubles confondus)

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Smith et Glass, 1977 note : 2/7	375 études de patients névrotiques ou psychotiques, âgés de 22 ans en moyenne et ayant suivi 17 heures de thérapie psychanalytique, comportementale ou de soutien Taille d'effet calculée selon d de Glass	Les effets les plus grands étaient pour TCC et thérapie rationnelle-émotive ; les effets les plus petits pour Gestalt-thérapie, analyse transactionnelle et thérapies éclectiques. TCC supérieure aux autres approches, différence en taille d'effet = 0,20 ; différence en taille d'effet = 0,07 si sélection des études appliquant les mêmes méthodes pour les thérapies comparées
Andrews et Harvey, 1981 note : 3/7	81 études contrôlées publiées entre 1941 et 1976 ; ré-analyse de Smith et Glass effectuées sur des patients névrotiques en quête de traitement (dépression et troubles anxieux) Taille d'effet calculée selon d de Glass	Re-classification des thérapies par type : TCC (ou « comportementale »), verbale (psychodynamique, et cognitive/gestalt), rogerienne ou thérapie de soutien, placebo, et « autres ». Thérapies rogerienne ou de soutien = les moins efficaces (taille d'effet = 0,35) ; TCC = la plus efficace (taille d'effet = 0,97) ; thérapies verbales entre les deux (taille d'effet = 0,74)
Shapiro et Shapiro, 1982 note : 3/7	143 études (15 % examinées par Smith et Glass). Âge moyen : 25 ans ; 7 heures de traitement. Troubles anxieux, dépression, problèmes d'addiction, problèmes sexuels Taille d'effet calculée selon d de Glass	Différences très significatives entre les approches dans l'analyse générale Effets les plus grands pour les TCCs (taille d'effet = 1,42), effets plus faibles pour les thérapies psychodynamique ou rogerienne (taille d'effet = 0,40). La TCC n'était pas statistiquement supérieure à l'approche psychodynamique ou aux autres thérapies lors des comparaisons individuelles.
Crits-Christoph et coll., 1991 note : 2,5/7	15 études (0 % examiné par Smith et Glass). Troubles anxieux, dépression, dépendance aux substances (héroïne) ; TCC ou thérapie psychodynamique Taille d'effet calculée sur pourcentage d'amélioration attribué au thérapeute pour une des thérapies	TCC : effets plus stables et homogènes que approche psychodynamique (corrélations partielles de – 0,33 et – 0,41), mais effets pas plus significatifs après avoir contrôlé l'utilisation d'un manuel de traitement (utilisation hautement corrélée avec l'approche TCC, $p < 0,01$)
Svartzberg et Stiles, 1991 note : 6,5/7	19 études (1978 à 1988). Âge moyen : 40 ans ; 15 séances de thérapie ; Anxiété, dépression, somatiques. TCC, psychodynamique ou « alternatives »	Thérapie psychodynamique brève était inférieure à TCC (d = 0,20), fin du traitement (d = 0,47). Supériorité de la TCC maintenue 6 mois post-traitement
Shadish et coll. 1993 note : 5/7	163 études comparant les thérapies familiales et conjugales à des contrôles non traités ou traitements actifs. Problèmes comportementaux, sexuels, dépression, anxiété, substances Taille d'effet calculée selon d de Cohen	Pour les thérapies familiales ou maritales, les effets les plus grands sont observés pour les stratégies comportementales multiples (d = 0,83). Analyses des études appliquant mêmes méthodes pour les thérapies démontrent TCC supérieure aux thérapies éclectiques et « non classifiées » ; thérapies « non classifiées » supérieures aux approches éclectiques. Aucune autre différence significative (entre les approches systémique, rogerienne ou psychodynamique)

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

importante, cependant, concerne l'efficacité généralement supérieure de la TCC en comparaison avec les autres approches. Ces résultats peuvent être répartis en deux catégories. La première concerne les méta-analyses, pour lesquelles la TCC arrive en première position par rapport à un classement des tailles d'effets (Smith et Glass, 1977 ; Shapiro et Shapiro, 1982), mais sans différences significatives entre les diverses formes de psychothérapie ou sans examen statistique de cette différence. Le deuxième type de données concerne les méta-analyses qui ont effectué des comparaisons directes entre les différentes formes de psychothérapie et qui ont constaté la fréquente supériorité de la TCC et la stabilité de ses effets (Andrew et Harvey, 1981 ; Crits-Christoph et coll., 1991 ; Svartzberg et Stiles, 1991 ; Shadish et coll., 1993). Si les effets globaux positifs de la TCC apparaissent faibles (Shapiro et Shapiro, 1982), ou forts (Svartzberg et Stiles, 1991), on peut observer que ces résultats positifs semblent augmenter en fonction de la qualité de la méta-analyse. Toutefois, notons que les résultats positifs de la TCC sont atténués après des analyses secondaires sélectionnant seulement une partie des investigations (Smith et Glass, 1977) ou qui ont introduit certaines caractéristiques méthodologiques dans les modèles statistiques pour examiner la stabilité ou l'homogénéité des effets thérapeutiques (Crits-Christoph et coll., 1991). Le fait d'inclure l'utilisation d'un manuel de psychothérapie comme variable contrôle dans les analyses de cette dernière étude peut être considéré comme inapproprié (dans cette méta-analyse, l'utilisation d'un manuel était fortement corrélée avec l'approche TCC ce qui rend ces analyses secondaires impossibles à interpréter).

En dehors des résultats montrant une efficacité généralement supérieure pour les TCC, aucune conclusion supplémentaire de ces méta-analyses ne peut être formulée. Autrement dit, il n'est pas possible d'identifier une deuxième thérapie en termes d'efficacité générale parmi les thérapies de soutien, gestalt, psychodynamique ou psychanalyse. De telles observations rejoignent d'autres revues de la littérature ayant constaté que les différences entre les formes de psychothérapie « montrent typiquement la supériorité des approches cognitives et comportementales en comparaison avec les approches psychodynamique ou rogerienne » (Matt et Navarro, 1997). Ainsi, on peut s'attendre à ce que certaines formes de thérapie jouent un rôle plus important que d'autres pour expliquer « l'effet positif » global de la psychothérapie lorsque toutes les formes sont considérées ensemble dans l'analyse.

Enfin, une critique soulevée souvent par rapport aux études empiriques présentées dans le tableau 11.II concerne les généralisations des résultats au niveau clinique et conduit à se demander si les échantillons utilisés dans ces études correspondent aux patients réellement rencontrés dans les centres cliniques. Cette critique semble recevable pour certaines études spécifiques qui ont recours aux échantillons « analogues » (tels que les étudiants des universités légèrement déprimés ou anxieux) ou à des échantillons ayant été soigneusement sélectionnés pour exclure certains troubles comorbides

fréquemment observés dans les centres cliniques ou les hôpitaux. Cependant, une récente investigation sur cette question a démontré que les études incluses dans les méta-analyses sont caractérisées par de fortes similitudes avec les patients normalement reçus dans les cliniques et hôpitaux (Shadish et coll., 2000). Par conséquent, ces informations attestent de la représentativité des patients inclus dans la plupart des méta-analyses et donc d'une possible généralisation des résultats présentés.

Analyse par trouble spécifique chez l'adulte

Il peut s'avérer très utile de savoir si la psychothérapie est efficace en général ou si une approche donnée est globalement plus efficace qu'une autre afin que des investissements appropriés puissent être effectués (financement de recherches, évaluation des besoins pour la formation des psychothérapeutes...). Toutefois, il est évident que les patients ne consultent pas en général pour « tout problème » dans leur vie, mais souvent pour des problèmes plus ou moins définis (dépression, états de panique répétés, problèmes conjugaux...). Afin de faciliter une bonne prise en charge de ces personnes et d'élaborer potentiellement des recommandations de soins, il est essentiel d'évaluer l'efficacité des psychothérapies selon les formes spécifiques des troubles mentaux.

Comparaison des psychothérapies pour les troubles anxieux

Les troubles anxieux comprennent divers syndromes tels que le trouble de l'anxiété généralisée, le trouble panique, l'agoraphobie, le trouble obsessionnel compulsif, l'état de stress post-traumatique, la phobie sociale et les phobies spécifiques. Le tableau 11.III présente une synthèse des études comparatives des psychothérapies pour ces troubles, dont deux ayant mis en concurrence les psychothérapies pour divers troubles anxieux confondus. La première, une méta-analyse (Andrews et Harvey, 1981), représente une ré-analyse de l'étude de Smith et Glass (1977) incluant 81 études contrôlées, constituant la méta-analyse la plus importante sur le sujet. Ces études portaient sur des groupes représentatifs des deux sexes et la plupart (94 %) étaient fondées sur l'affectation randomisée des patients dans les différents groupes de traitement. Les sujets souffrant de troubles psychotiques, d'abus de substances et d'autres troubles présents dans la méta-analyse de Smith et Glass (1977), ont été exclus. Ces analyses portent donc, dans une large majorité, sur de jeunes adultes (30 ans en moyenne) atteints de troubles anxieux (88 %), mais aussi de troubles (somatiques) liés à l'anxiété ou de syndromes mixtes, anxio-dépressifs. En sélectionnant les patients de cette manière, cette méta-analyse a montré que l'approche TCC et les thérapies « verbales » (confondant les approches psychodynamiques et cognitives/gestalt) sont toutes les deux plus efficaces que la thérapie de soutien ou qu'un

Tableau 11.III : Études comparant différentes formes de psychothérapie pour les troubles anxieux (tous confondus)

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Andrews et Harvey, 1981 *Méta-analyse* note : 3/7	Ré-analyse de Smith et Glass patients « névrotiques » consultants (dépression et troubles anxieux) essais contrôlés publiés entre 1941 et 1976, 88 % troubles anxieux « purs », 12 % syndromes anxio-dépressifs (aucune dépression « pure ») Taille d'effet calculée selon d de Glass	Re-classification des thérapies par type : TCC (ou « comportementale »), verbale (psychodynamique, et cognitive/gestalt), rogerienne ou thérapie de soutien, placebo, et « autres » Thérapies rogeriennes ou de soutien = les moins efficaces (taille d'effet = 0,35), TCC = la plus efficace (taille d'effet = 0,97), thérapies verbales entre les deux (taille d'effet = 0,74). Différence entre ces approches statistiquement significative
Svartberg et coll., 1998 *Étude contrôlée randomisée* note : 5,5/10	Thérapie brève psychanalytique, thérapie de soutien ; 20 patients adultes, principalement troubles anxieux (DSM-III) Le SCL-90 était utilisé comme variable dépendante fin traitement, puis à 6, 12, et 24 mois de suivi	L'index de sévérité globale du SCL-90 s'est amélioré avec le traitement, mais aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux types de thérapies.

traitement inactif pour ces formes de troubles mentaux. En outre, l'approche TCC était aussi significativement supérieure aux thérapies verbales. On doit noter que la catégorie TCC dans cette méta-analyse ne comprend que des investigations comportementales ou cognitivo-comportementales alors que les thérapies dites « verbales » combinent des formes très différentes en une seule catégorie. Il est, par conséquent, utile d'examiner les tailles d'effets pour les thérapies spécifiques dans les catégories « verbales ». Ces tailles d'effet sont de 1,20 pour les approches cognitives et gestalt et de 0,72 pour la thérapie psychodynamique.

Les résultats obtenus par rapport aux types de patients traités dans les 81 études analysées par ces auteurs sont également intéressants Andrews et Harvey (1981) ont observé, en analysant les tailles d'effets pour des populations différentes de patients, que toutes les formes de psychothérapie examinées deviennent significativement plus efficaces pour les échantillons de patients ayant pathologies plus sévères. Par exemple, les tailles d'effets moyennes pour les études réalisées chez les étudiants d'université étaient de 0,67, tandis que les tailles d'effets moyennes pour les patients hospitalisés étaient de 1,00. Ces résultats soulignent l'importance de ces thérapies pour les populations plus gravement atteintes et confortent les observations signalées plus haut sur la représentativité clinique.

La deuxième investigation, l'étude contrôlée randomisée de Svartberg et coll. (1998), a examiné un échantillon de patients atteints de plusieurs troubles anxieux (et certains de dépression) traités par une psychothérapie psychodynamique ou de soutien. Les patients ont suivi des séances, une fois par semaine, pendant 20 semaines et ont été évalués à mi-thérapie (10 semaines), à la fin du traitement et puis à 6, 12 et 24 mois de suivi. Si l'état des patients s'est amélioré au fil du temps pour les deux approches, aucune différence significative d'efficacité n'a été observée entre les thérapies psychodynamiques ou de soutien. Cependant, les conclusions doivent être formulées avec prudence, car la qualité méthodologique de cette étude était la plus faible parmi les études examinées.

Si les similarités existant entre les différentes formes de troubles anxieux peuvent justifier un examen global comme si elles ne constituaient qu'une seule catégorie de troubles mentaux, on peut néanmoins supposer que certains syndromes anxieux peuvent réagir différemment aux approches thérapeutiques spécifiques. Pour cette raison, l'efficacité doit être examinée pour chaque forme de psychothérapie et par syndrome spécifique. En ce qui concerne le trouble de l'anxiété généralisée (TAG), huit études sont présentées dans le tableau 11.IV. La première, une méta-analyse par Fisher et Durham (1999) a inclus 6 études contrôlées publiées entre 1987 et 1998 ; chacune de ces études a comparé au moins deux formes de psychothérapie

Tableau 11.IV : Études comparant différentes formes de psychothérapie pour le trouble de l'anxiété généralisée

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Fisher et Durham, 1999 *Méta-analyse* note : 4/7	TCC, psychodynamique et non-directive ; 6 études de patients adultes TAG (DSM-III-R ou DSM-IV) Taille d'effet calculée sur pourcentage de changement cliniquement significatif (méthode Jacobson)	TCC : traitement le plus efficace, post-traitement (48 % à 63 % rémission) et suivi (51 % à 60 % de rémission) Thérapie comportementale seule : 18 % rémission post-traitement, 11 % au suivi Psychothérapie psychodynamique : 9 % rémission post-traitement, 4 % au suivi
Blowers et coll., 1987 *Étude contrôlée randomisée* note : 9/10	Thérapie cognitive + relaxation, soutien et contrôles non traités ; 66 patients avec TAG (DSM-III) avec ou sans dépression et trouble panique ; 8 séances sur 10 semaines Analyses à post-traitement et à 6 mois sur la *Clinical anxiety scale*, adaptation sociale (SAS) et STAI	Peu de différences entre les deux thérapies à la fin du traitement ou au suivi Les différences observées étaient en faveur de la TCC.
White et coll., 1992 *Étude contrôlée randomisée* note : 7/10	Thérapie cognitive, comportementale, TCC, psychodynamique et contrôles non traités ; 119 patients avec TAG (DSM-III-R) ; 6 séances en groupe de 2 heures Analyses à post-traitement et à 6 mois sur STAI, Beck attitudes dysfonctionnelles et perception somatique	TCC (comportementale, cognitive ou combinaison) : plus de changements statistiquement significatifs que psychodynamique

Tableau 11.IV (suite) : Études comparant différentes formes de psychothérapie pour le trouble de l'anxiété généralisée

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Borkovec et coll., 1993 *Étude contrôlée randomisée* note : 9/10	TCC, comportementale et thérapie de soutien 55 patients avec TAG (DSM-III-R) Patients randomisés aux thérapies pour 12 séances sur 6 semaines Analyses effectuées à post-traitement, 6 mois, et 1 an sur STAI, *Penn State*, Zung anxiété et BDI	TCC et thérapie comportementale supérieures aux thérapies de soutien/non-directives avec des taux de réponse de 58 %, 72 % et 22 % respectivement. À 6 mois et 1 an = 84 % et 84 % pour la TCC 68 % et 66 % pour la thérapie comportementale 46 % et 38 % pour la thérapie de soutien/non-directive
Durham et coll., 1994 *Étude contrôlée randomisée* note : 7,5/10	Thérapie cognitive, gestion de l'anxiété et thérapie psychodynamique 80 patients adultes avec TAG (DSM-III-R) Analyses effectuées à post-traitement et à 6 mois de suivi sur évaluations des cliniciens (Hamilton anxiété, SAS) et des patients (BAI, BDI, STAI)	Amélioration statistiquement significative pour thérapie cognitive post-traitement et suivi pour toutes les mesures ; améliorations sur 5 des 9 mesures post-traitement pour psychodynamique mais aucune amélioration au suivi ; thérapie cognitive significativement plus efficace que thérapie psychodynamique sur diverses mesures à la fois post-traitement et à 6 mois de suivi ; gestion de l'anxiété située entre les deux autres thérapies, et supérieure à la thérapie psychodynamique sur 2 mesures au suivi
Stanley et coll., 1996 *Étude contrôlée randomisée* note : 8/10	TCC groupe, thérapie de soutien groupe pour 14 semaines patients avec TAG (DSM-III-R) Analyses effectuées à post-traitement et à 6 mois sur *Penn State*, STAI, Hamilton anxiété et dépression	Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes à la fin du traitement et les gains thérapeutiques se sont maintenus à 6 mois de suivi
Borkovec et coll., 1987 *Étude contrôlée randomisée* note : 9/10	Thérapie cognitive + relaxation, thérapie de soutien pour 12 séances sur 6 semaines ; 30 patients avec TAG (DSM-III) Analyses à post-traitement sur Hamilton anxiété, Zung anxiété, STAI, *Fear questionnaire*	Les résultats obtenus par la thérapie cognitive et la relaxation étaient significativement meilleurs que ceux obtenus par la thérapie de soutien sur diverses mesures.
Durham et coll., 1999 *Étude contrôlée randomisée* note : 7,5/10	Même étude que Durham, 1994, mais avec 1 an suivi Analyses à 1 an sur instruments remplis par clinicien (Hamilton anxiété, SAS) ou patient (BAI, BDI, STAI)	TCC significativement meilleure que thérapie psychodynamique à suivi d'1 an sur 4 des 5 mesures de l'anxiété ; gestion de l'anxiété ne différait pas de manière significative de la thérapie psychodynamique dans des conditions de faible contact mais TCC était significativement supérieure aux deux. Les meilleurs résultats à 1 an de suivi trouvés pour TCC et avec contact important

BAI : *Beck anxiety inventory ;* BDI : *Beck depression inventory* ; SAS : échelle d'adaptation sociale ; STAI : *State-trait anxiety inventory*

parmi lesquelles l'approche psychodynamique, la TCC ou la thérapie de soutien. L'avantage de cette méta-analyse est qu'elle comprend des études ayant utilisé la même mesure d'anxiété comme variable dépendante (le *State-trait anxiety inventory* ou STAI) et que les données originales ont été obtenues de chaque investigateur. Cette méta-analyse a montré que la TCC est l'approche la plus efficace et que la thérapie psychodynamique est celle apportant les moins bons résultats relativement aux taux d'amélioration cliniquement significatifs, que ce soit à la fin du traitement ou au bout de 6 mois (aucune étude sur les thérapies familiales n'a été examinée dans cette méta-analyse).

Par rapport aux études randomisées pour ce même trouble, quatre d'entre elles (Blowers et coll., 1987 ; Borkovec et coll., 1987 et 1993 ; Stanley et coll., 1996) ont comparé la TCC directement à une thérapie de soutien. Les patients, dans ces études, ont suivi entre 8 et 14 séances de psychothérapie et ont été évalués par diverses mesures d'anxiété. Outre les évaluations effectuées à la fin du traitement pour chaque étude, trois de ces investigations ont examiné la symptomatologie anxieuse 6 mois après la fin du traitement (Blowers et coll., 1987, Borkovec et coll., 1993, Stanley et coll., 1996) et une étude a également effectué un bilan une année plus tard (Borkovec et coll., 1993). En ce qui concerne les résultats globaux, trois des quatre investigations ont constaté une supériorité de la TCC et une (la seule à avoir administré les thérapies en groupe) a observé une efficacité égale entre la TCC et la thérapie de soutien. Parmi les autres résultats intéressants, l'étude caractérisée par la période de suivi la plus longue (1 année après la fin du traitement) a montré un effet plus fort pour la TCC au suivi que celui observé immédiatement après la fin de la thérapie. Ce genre de résultat est souvent interprété comme un « effet d'incubation » et a été observé déjà pour d'autres formes de psychothérapie, notamment l'approche psychodynamique. L'observation de cet effet, pour la TCC, montre que l'amélioration progressive après le traitement est un phénomène qui caractérise probablement plusieurs (et peut-être la majorité) des formes de psychothérapie.

Par ailleurs, trois études (White et coll., 1992 ; Durham et coll., 1994 et 1999) ont comparé la thérapie psychodynamique à la TCC directement dans le traitement des patients atteints du TAG. L'étude de White et coll (1992) avait l'échantillon le plus important (119 patients) et était caractérisée par le plus grand nombre de comparaisons entre les traitements (thérapie cognitive, comportementale, leur combinaison, thérapie psychodynamique, patients non traités). Dans cette étude, les thérapies TCC, quel qu'en soit le type, étaient associées à une meilleure amélioration que le groupe psychodynamique. Les deux études de Durham et coll. (1994 et 1999), représentent, en effet, le même programme de recherche prospectif et, par conséquent, possèdent la même méthodologie et un échantillon de 80 patients. Les évaluations des personnes dans ces études étaient effectuées à la fin du traitement ainsi qu'à 6 mois et 1 an de suivi. Parallèlement aux observations de White et coll.

(1992), Durham et coll. mettent en évidence une efficacité supérieure de la TCC en comparaison avec la thérapie psychodynamique. Ces résultats ont été observés à la fin du traitement ainsi que pour chaque période de suivi.

Etant donné que les études longitudinales comparant la thérapie psychodynamique et la TCC pour une période d'au moins une année sont relativement rares, les résultats des études comme celles de Durham et coll. méritent une attention particulière. La comparaison entre thérapie psychodynamique et la TCC dans une étude longitudinale permet d'analyser la durée des effets des deux thérapies, sujet qui a souvent fait l'objet de débats entre les praticiens de ces deux orientations. L'hypothèse avancée par certains cliniciens est que la TCC, dont l'efficacité est démontrée dans le traitement de certains troubles, pourrait ne soigner que des symptômes spécifiques (au lieu d'aborder des conflits inconscients plus fondamentaux) et obtiendrait, par conséquent, des bénéfices moins durables que ceux dus à la thérapie psychodynamique. De plus, cette perspective considère que la résolution des symptômes spécifiques après des traitements tels que la TCC pourrait augmenter le risque de voir d'autres symptômes nouveaux apparaître à la place des anciens (un phénomène dit de « substitution des symptômes »). Ainsi, la durée des effets et l'éventuel déplacement des symptômes sont des points majeurs à prendre en considération dans les analyses scientifiques comparatives des études.

Des études sur les troubles anxieux comme celle de Durham et coll (1994 et 1999), comparant à la fois la thérapie psychodynamique et la TCC dans la même étude longitudinale d'au moins un an, ne montrent pas que les effets de la TCC sont plus limités dans le temps que ceux des approches psychodynamiques. Cette conclusion semble également vraie pour d'autres études ayant comparé la thérapie psychodynamique et la TCC dans le traitement de la dépression, de la schizophrénie ou des troubles du comportement alimentaire (Gallagher et Thompson, 1982 et 1983 ; Eckman et coll., 1992 ; Garner et coll., 1993 ; Treasure et coll., 1995 ; Cooper et coll., 1997 ; Hardy et coll., 1998 ; Barkham et coll., 1999). De plus, les outils et mesures utilisés par Durham et coll. (1994 et 1999) ne sont pas limités aux syndromes spécifiques, mais incluent plusieurs instruments auto-administrés par le patient ou directement par le clinicien, qui sont sensibles aux diverses manifestations de l'anxiété, de la dépression ou d'autres formes de psychopathologie. De multiples mesures de symptomatologie sont également effectuées pour les autres études présentées dans le tableau 11.IV et dans les tableaux suivants. Aucune des études n'a mis en évidence une substitution de symptômes en relation avec la TCC (ou une autre forme de psychothérapie).

La majorité des comparaisons entre la TCC et les psychothérapies de soutien pour d'autres troubles anxieux spécifiques démontre, le plus souvent, l'efficacité supérieure de la TCC. Concernant la phobie sociale, la TCC a été comparée à une thérapie de soutien dans trois études (tableau 11.V). Deux de ces études (Bruch et coll., 1991 ; Heimberg et coll., 1998) ont administré les traitements en groupe et pour 12 semaines, mais chacune a examiné des

Tableau 11.V : Études comparant la TCC à une thérapie de soutien pour la phobie sociale et l'anxiété de performance

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Bruch et coll., 1991 *Étude contrôlée randomisée* note : 8/10	30 patients adultes (phobie sociale, DSM-III-R) ; 12 séances (de 2 heures chacune) de thérapie de groupe TCC ou thérapie de soutien en groupe Degré de positivité des cognitions (SOM) évalué à fin traitement et à 6 mois de suivi	Les cognitions sociales des patients recevant une TCC étaient plus positives à 6 mois de suivi que celles des patients recevant une thérapie de soutien.
Heimberg et coll., 1998 *Étude contrôlée randomisée* note : 8,5/10	133 patients adultes (phobie sociale DSM-IV) 12 séances de TCC groupe ou thérapie de soutien Amélioration clinique (par évaluateur aveugle) LSAS, FQ à fin traitement	La thérapie TCC était plus efficace qu'une thérapie standard de soutien : 75 % des patients recevant le traitement TCC avaient fortement progressé à la fin du traitement *versus* 41 % des patients recevant une thérapie de soutien
Cottraux et coll., 2000 *Étude contrôlée randomisée* note : 9/10	67 patients adultes (phobie sociale DSM-IV) ; 14 séances de TCC (dont 8 séances de CT et 6 séances de compétences sociales) ou 6 séances de thérapie soutien (puis TCC) FQ et LSAS administrés mi-thérapie (6 semaines), fin traitement (12 semaines) et à suivi (jusqu'à 6 semaines)	Les patients recevant TCC avaient de meilleurs résultats à mi-thérapie sur le LSAS, à fin traitement sur le LSAS, FQ et amélioration générale, avec gains généralement maintenus au suivi

FQ : *Fear questionnaire* ; LSAS : *Liebowitz social anxiety scale ;* SOM : *State of mind model*

aspects différents de ce trouble. L'étude de Bruch et coll. s'est centrée sur l'amélioration du monologue interne négatif du patient dans les situations sociales, à la fin du traitement et à 6 mois de suivi, tandis que Heimberg et coll. ont examiné des mesures plus diversifiées de la peur et de l'anxiété sociale à la fin du traitement. Cette dernière étude a également évalué l'amélioration de l'anxiété sociale, jugée par un clinicien de façon aveugle par rapport au traitement reçu par les patients. Bruch et coll. ont observé une supériorité de la TCC à 6 mois de suivi et Heimberg et coll. ont trouvé que presque deux fois plus de patients traités par la TCC avaient fortement progressé à la fin du traitement, en comparaison avec une thérapie de soutien. La troisième et plus récente étude (Cottraux et coll., 2000) a comparé la thérapie de soutien à un traitement combinant la thérapie cognitive et des séances de compétences sociales. Parallèlement aux deux autres études, la TCC était supérieure à la thérapie de soutien sur diverses mesures de l'anxiété sociale.

Le trouble panique est un syndrome anxieux souvent pris à tort pour une maladie organique fréquemment soignée dans les centres d'urgence ou d'autres cliniques spécialisées (cardiologie…). Trois études comparatives, présentées dans le tableau 11.VI, montrent que certaines formes de psychothérapie sont très efficaces dans le traitement de ce syndrome. Une étude de

Tableau 11.VI : Bilan des études comparant la TCC à une thérapie de soutien pour le trouble panique

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Beck et coll., 1992 *Étude contrôlée randomisée* note : 8/10	33 patients atteints de trouble panique (DSM-III) randomisés à 12 semaines de thérapie cognitive ou 8 semaines de thérapie de soutien BAI, *Specific fear inventory*, évaluation de la sévérité du syndrome panique par clinicien	En fin traitement, les patients recevant une thérapie cognitive avaient une forte réduction de la fréquence de leurs attaques de panique ainsi que de leur niveau d'anxiété général (évalué par patient ou par clinicien) par rapport à une thérapie de soutien.
Craske et coll., 1995 *Étude contrôlée randomisée* note : 8/10	30 patients adultes, souffrant de trouble panique (DSM-III-R) après randomisation, patients ont reçu 4 séances de TCC ou thérapie de soutien Évaluation des symptômes du trouble panique (clinicien et patient) ainsi qu'anxiété générale	Plus de patients dans le groupe TCC ont atteint un changement cliniquement significatif du nombre et de la crainte d'attaques de panique par rapport au groupe recevant une thérapie de soutien.
Shear et coll., 2001 *Étude contrôlée randomisée* note : 10/10	66 patients adultes, souffrant de trouble panique (DSM-IV) ; 12 séances de TCC ou thérapie soutien PDSS administré fin traitement et pendant 6 mois de suivi	TCC amélioration plus importante que thérapie de soutien à fin traitement et au suivi

PDSS : *Panic disorder severity scale ;* BAI : *Beck anxiety inventory*

Beck et coll. (1992) ayant administré une thérapie cognitive a observé une réduction de l'anxiété générale et de la peur évaluées par les patients ainsi qu'une diminution de la sévérité du trouble panique, évaluée par le clinicien. Ces améliorations étaient supérieures à celles observées pour les patients recevant une psychothérapie de soutien (néanmoins, il faut noter que les patients ont reçu plus de séances de TCC que de thérapie de soutien). Craske et coll. (1995) ont appliqué un programme bref de thérapie de soutien (4 séances) ou un nombre égal de séances de TCC fondées sur un modèle qui considère le trouble panique comme une phobie acquise des sensations corporelles. Les résultats observés sur la sévérité du trouble panique évaluée par les patients ainsi que par les cliniciens démontrent une efficacité supérieure pour la TCC en comparaison avec la thérapie de soutien. Enfin, dans une étude récente et remarquablement bien construite sur le plan méthodologique, Shear et coll. (2001) ont examiné un grand échantillon de patients atteints de troubles panique et observé la supériorité de la TCC en comparaison avec une thérapie de soutien, à la fois à la fin du traitement et à 6 mois de suivi.

Le dernier trouble anxieux, présenté dans le tableau 11.VII, concerne l'état de stress post-traumatique (PTSD). Deux études ont comparé la TCC à une thérapie de soutien dans le traitement des populations les plus susceptibles

d'être affectées par ce trouble outre les vétérans de guerre : les victimes de viol (Foa et coll., 1991) et les accidentés sévères de la route (Blanchard et coll., 2003). Chaque étude a examiné les symptômes de PTSD et de l'anxiété générale et a aussi utilisé des mesures (questionnaires, entretiens…) complétées à la fois par les cliniciens et par les patients. Les deux études ont démontré une supériorité de la TCC en comparaison avec la thérapie de soutien standard, évaluées immédiatement après la fin du traitement et à 3 mois de suivi. Enfin, une étude a comparé la thérapie psychodynamique à la TCC pour ce trouble et n'a pas trouvé de différences majeures entre ces approches (Brom et coll., 1989).

Pour les troubles anxieux spécifiques présentés dans le tableau 11.VII, les données existantes démontrent une efficacité supérieure à une psychothérapie « standard » de soutien seulement pour la TCC ; la littérature ne fait pas état d'études comparant les approches psychodynamiques ou familiales à une thérapie de soutien. Parallèlement, aucune étude randomisée contrôlée, comparant les diverses formes de psychothérapie (y compris TCC), n'a été recensée pour les phobies spécifiques.

Tableau 11.VII : Études comparant la TCC à une thérapie de soutien pour l'état de stress post-traumatique

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Foa et coll., 1991 *Étude contrôlée randomisée* note : 8,5/10	45 femmes (PTSD, DSM-III-R) suite à un viol ; 9 séances de TCC (exposition prolongée ou « inoculation de stress ») ou d'une thérapie de soutien PTSD sévérité évaluée par clinicien, STAI, RAST, à fin traitement ou 3 mois de suivi	Inoculation de stress (TCC) plus efficace qu'une thérapie de soutien à fin traitement et exposition prolongée (TCC) plus efficace qu'une thérapie de soutien au suivi sur diverses mesures de PTSD
Brom et coll., 1989 *Étude contrôlée randomisée* note : 6/10	60 victimes d'accident routier, agression ou décès d'un proche (PTSD, DSM-III), 15 séances en moyenne de TCC ou 19 séances en moyenne de thérapie de soutien PTSD sévérité et psychopathologie générale évaluée par STAI, SCL-90, DPQ à fin traitement et 3 mois de suivi	TCC et thérapie psychodynamique significativement meilleures que non-traitement, mais peu de différences entre ces formes de psychothérapie
Blanchard et coll., 2003 *Étude contrôlée randomisée* note : 9/10	78 victimes d'un accident routier (PTSD, DSM-IV) ; 10 séances en moyenne de TCC ou thérapie de soutien PTSD sévérité (évaluée par clinicien, STAI et *PTSD Checklist*), à fin traitement ou 3 mois de suivi	TCC avait de meilleurs résultats que thérapie de soutien sur symptômes de PTSD et troubles comorbides à fin traitement et après 3 mois de suivi

STAI : *State-trait anxiety inventory*, RAST : *Rape aftermath symptom test,* DPQ *: Dutch personnality questionnaire,* SCL-90 *: Symptom check-list*

Comparaison des psychothérapies pour les troubles dépressifs

La dépression est un syndrome hétérogène impliquant des facteurs étiologiques divers et pris en charge par des options thérapeutiques variables. Le tableau 11.VIII présente des méta-analyses et revues systématiques qui comparent les différentes formes de psychothérapie pour ces troubles. Les

Tableau 11.VIII : Bilan des méta-analyses et revues systématiques ayant comparé différentes formes de psychothérapie pour les troubles dépressifs

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Dobson, 1989 *Méta-analyse* note : 4/7	Analyses de 7 études comparant TCC, IPT (la plupart psychodynamique) et thérapie psychodynamique traditionnelle Patients adultes souffrant de dépression Taille d'effet calculée selon d de Glass à post-traitement BDI utilisé comme mesure principale de la dépression	TCC : amélioration meilleure que pour 70 % des patients recevant d'autres thérapies (taille d'effet : – 0,54) (IPT, psychodynamique, et thérapie de soutien analysées ensemble)
Engels et Vermey, 1997 *Méta-analyse* note : 5,5/7	Analyse de 17 études de TCC et diverses formes de psychothérapie (thérapie de réminiscence, colère exprimée…) Patients âgés atteints de dépression (diagnostic ou symptômes) Taille d'effet calculée selon d scores à post-traitement ou suivi sur HRSD, BDI ou GDS	Thérapies cognitives ou comportementales supérieures aux « autres » thérapies à la fin du traitement ou au suivi (d = 0,85 thérapie cognitive, d = 0,96 thérapie comportementales) Une seule étude contrôlée retenue sur la thérapie psychodynamique : aucune conclusion n'a pu être tirée.
Gloaguen et coll., 1998 *Méta-analyse* note : 6/7	Analyses de 48 études de TCC, antidépresseurs et autres formes de psychothérapie (psychodynamique, soutien, IPT) Taille d'effet calculée selon d + scores à post-traitement sur le BDI	TCC : amélioration meilleure que pour des patients recevant d'autres thérapies (taille d'effet = – 0,24)
McCusker et coll., 1998 *Méta-analyse* note : 5/7	Analyses de 40 études de TCC ou thérapie psychodynamique Patients âgés souffrant de dépression (55 ans ou plus), diagnostic basé sur DSM ou seuil échelle syndrome Analyses (*random effects*) centrées sur les scores moyens de l'HRSD et diverses autres mesures de la dépression à post-traitement	TCC significativement supérieure aux contrôles non traités ou au placebo dans la plupart des analyses Thérapie psychodynamique supérieure aux contrôles non traités ou au placebo dans aucune analyse TCC pas significativement supérieure aux interventions psychodynamiques
Cuijpers, 1998 *Méta-analyse* note : 6,5/7	14 études avec données « pré » et « post » ; TCC, psychodynamique, thérapie de réminiscence, thérapie de soutien, liste d'attente Adultes 55 ans ou plus ; dépression (DSM ou RDC) Analyses effectuées pour tailles d'effet avec diverses mesures, d de Cohen, *failsafe* n = 40	Tendance pour TCC supérieure aux autres approches (toutes formes combinées, d = 0,20) ; cette différence devient statistiquement significative quand thérapies comportementale et cognitivo-comportementale sont combinées

Tableau 11.VIII (suite) : Bilan des méta-analyses et revues systématiques ayant comparé différentes formes de psychothérapie pour les troubles dépressifs

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Thase et coll., 2000 *Méga-analyse* note : 5,5/7	2 études avec analyses des données originales « pré » « post » ; TCC seule ou thérapie de soutien avec placebo pour 16 semaines 190 patients adultes avec dépression majeure (DSM-III) Dépression évaluée par HRSD, méga-analyses par ANCOVA à 4 et 16 semaines	TCC significativement supérieure à thérapie de soutien à 4 semaines et dans la plupart des analyses à 16 semaines. TCC particulièrement efficace pour les patients en couple par rapport aux patients vivant seuls
Pinquart et Soerensen, 2001 *Méta-analyse* note : 5/7	122 études comparant 9 thérapies différentes (sauf thérapie familiale), 2 groupes contrôles (non traité ou groupe parole) Adultes âgés de 55 à 87 ans, souffrant de dépression Dépression évaluée par autoquestionnaire et par diagnostic, tailles d'effet calculées selon d scores	TCC et thérapie psychodynamique plus efficaces que thérapie de soutien Sur critères auto-évalués (tels que le bien-être subjectif), la TCC et la « thérapie d'augmentation de contrôle » avaient de meilleurs résultats que thérapie psychodynamique mais non significatifs
Jarrett et Rush, 1994 *Revue systématique*	TCC, IPT, thérapie psychodynamique brève, et contrôles (liste d'attente, placebo thérapie de soutien) Patients adultes souffrant de dépression non psychotique, (critères RDC, CIM ou DSM) Méthode de *box scores* (fréquences de supériorité, égalité ou infériorité), sur divers questionnaires de dépression (BDI, HDRS…) fin traitement	Dix études ont comparé la psychothérapie psychodynamique à d'autres formes de psychothérapie (1 avec thérapie de soutien, 9 avec TCC). Aucune de ces études n'a montré la supériorité de la thérapie psychodynamique, 6 ont obtenu des résultats équivalents, et 4 études ont montré que la TCC était supérieure à la thérapie psychodynamique. Dans 1 étude la TCC était équivalente à l'IPT et dans 4 études équivalente à une thérapie de soutien.
Gatz et coll., 1998 *Revue systématique*	TCC, psychodynamique 3 études analysées sur des personnes âgées souffrant de dépression (55 ans ou plus) Patients randomisés aux thérapies Analyses effectuées post-traitement et au suivi (jusqu'à 36 semaines) sur BDI et HRSD 3 études expertisées aussi individuellement	3 études comparatives TCC et thérapie psychodynamique Comparaisons post-test égales études : TCC meilleur maintien des gains et de l'amélioration au suivi

BDI : *Beck depression inventory* ; HRSD : échelle de dépression d'Hamilton ; GDS : *Geriatric depression scale*

mesures de la dépression ont varié considérablement suivant les études, mais les instruments les plus fréquents étaient les échelles d'Hamilton (HRSD) et de Beck (BDI). Si toutes les études ont examiné les symptômes ou diagnostics de la dépression, on peut remarquer que quatre de ces études (Dobson, 1989 ; Jarrett et Rush, 1994 ; Gloaguen et coll., 1998 ; Thase et coll., 2000) ont

examiné une population générale d'adultes de 18 ans ou plus, tandis que cinq ont étudié des échantillons de plus de 55 ans (Engels et Vermey, 1997 ; Cuijpers, 1998 ; Gatz et coll., 1998 ; McCusker et coll., 1998 ; Pinquart et Soerensen, 2001).

Dans les comparaisons globales, chaque méta-analyse observe une différence d'efficacité pour au moins une forme de psychothérapie. La TCC a été comparée dans quatre études à plusieurs autres formes analysées ensemble, dans une seule catégorie d'« autres thérapies ». Les formes de psychothérapie les plus fréquemment incluses dans cette catégorie étaient la thérapie interpersonnelle (IPT), la thérapie psychodynamique et la thérapie de soutien. Chacune de ces quatre études a trouvé que la TCC était plus efficace que les autres formes de psychothérapie, à la fin du traitement. De plus, la seule méta-analyse (Engels et Verney, 1997) à comparer ces traitements sur un suivi (1 à 12 mois) a également observé la supériorité de la TCC et sans changement par rapport à la taille des effets, observée initialement.

En ce qui concerne les comparaisons entre les approches individuelles, deux méta-analyses ayant comparé une psychothérapie psychodynamique à la TCC ont trouvé des résultats mitigés. La comparaison entre la psychothérapie psychodynamique brève et la TCC par McCusker et coll. (1998) n'a trouvé aucune différence significative entre ces deux approches. Cependant, l'efficacité de la thérapie psychodynamique dans cette méta-analyse n'était pas statistiquement différente des groupes de patients non traités, tandis que la TCC obtenait de meilleurs résultats que ces derniers. La méta-analyse de Pinquart et Soerensen (2001) n'a trouvé aucune différence significative entre la thérapie psychodynamique et la TCC mais, en revanche, ces deux traitements se sont révélés plus efficaces qu'une thérapie de soutien. Enfin, une étude (avec méga-analyse des données originales) a comparé la psychothérapie de soutien avec placebo à la TCC et a trouvé cette dernière plus efficace (Thase et coll., 2000).

En dehors de ces méta-analyses, deux revues systématiques ont comparé différentes formes de psychothérapie pour les troubles dépressifs. La première, celle de Jarrett et Rush (1994), a comparé des études de patients adultes non psychotiques, atteints de dépression majeure. La thérapie psychodynamique brève, la TCC, l'IPT étaient comparées à la fin du traitement entre elles ou à une thérapie de soutien, liste d'attente ou traitement inactif. Cette étude a utilisé la méthode de « *box score* » utilisée par Luborsky et coll. (1975), qui indique le nombre d'études concluantes pour une supériorité, équivalence ou infériorité d'une approche donnée. Des neufs études comparant l'approche psychodynamique et la TCC, aucune n'a montré la supériorité de la thérapie psychodynamique, cinq ont obtenu des résultats équivalents et quatre ont trouvé que la TCC était supérieure à la thérapie psychodynamique. Dans les autres comparaisons, la TCC était équivalente à l'IPT dans une étude et équivalente à une thérapie de soutien dans quatre autres. Une seule étude a comparé une thérapie psychodynamique à une thérapie de soutien ; elle n'a

trouvé aucune différence entre ces traitements. Enfin, une revue systématique concernant des personnes âgées atteintes de dépression (Gatz et coll., 1998) a examiné trois études comparant une thérapie psychodynamique à la TCC à, à la fin du traitement et à un suivi de 36 semaines. Aucune différence entre ces thérapies n'a été observée à la fin du traitement, mais deux des trois études ont trouvé chez les patients traités par la TCC une plus grande amélioration et une meilleure maintenance des gains par rapport à la thérapie psychodynamique sur le suivi.

En ce qui concerne les études contrôlées randomisées, quinze ont directement comparé l'approche psychodynamique et la TCC. Ces études sont présentées dans le tableau 11.IX. De façon comparable aux études présentées auparavant sur les troubles anxieux, la majorité de ces investigations ont utilisé de multiples instruments de la dépression administrés par le clinicien ou des auto-évaluations par le patient (dont les plus fréquents étaient le BDI,

Tableau 11.IX : Bilan des études contrôlées comparant la TCC à une thérapie psychodynamique pour la dépression

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
McLean et Hakstian, 1979 *Étude contrôlée randomisée* note : 7/10	Thérapie psychodynamique, thérapie comportementale, méditation 196 patients souffrant de dépression (RDC) Analyses effectuées à post-traitement et à 3 mois suivi sur BDI et échelles d'Eysenck (neuroticisme et extraversion)	Thérapie comportementale : scores significativement plus bas que psychodynamique sur une mesure de dépression à la fin du traitement, et meilleurs scores que groupe psychodynamique à trois mois mais non significatifs
Liberman et Eckman, 1981 *Étude contrôlée randomisée* note : 6,5/10	Thérapie comportementale, psychodynamique (8 jours, 4 heures par jour) 24 patients souffrant de dépression et tentatives de suicide Patients comparés à 2, 6, 12, 24, et 36 semaines sur BDI, Zung, MMPI, *Fear survey schedule*, tentatives de suicide	Les deux types d'interventions : amélioration sur diverses mesures Thérapie comportementale plus efficace que la thérapie psychodynamique sur chacune des mesures à chaque période de suivi
Gallagher et Thompson, 1982 et 1983 *Étude contrôlée randomisée* note : 7/10	TCC, psychothérapie psychodynamique (16 séances sur 12 semaines) 30 patients âgés avec dépression majeure mélancolique ou non mélancolique (RDC) Analyses effectuées à fin traitement et à 1,5, 3, 6, et 12 mois de suivi sur HSRD, BDI, Zung	Aucune différence entre les patients à fin traitement selon le type de thérapie TCC : scores de dépression significativement plus bas et moins de rechutes dans la période de suivi que groupe psychodynamique
Steuer et coll., 1984 *Étude contrôlée semi-randomisée* note : 8,5/10	TCC ou thérapie de groupe psychodynamique pour 36 semaines patients âgés avec dépression majeure (DSM) Analyses effectuées à 4, 8, 12, 26 et 36 semaines sur BDI, Zung et HAMD	Analyses inter- et intragroupe : groupe TCC supérieur au groupe psychodynamique seulement pour le BDI, pas pour les autres mesures

Tableau 11.IX (suite) : Bilan des études contrôlées comparant la TCC à une thérapie psychodynamique pour la dépression

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Graff et coll., 1986 *Étude contrôlée randomisée* note : 4/10	TCC groupe (12 heures), thérapie de groupe psychodynamique-soutien (20 heures), liste d'attente, contact minimal 46 femmes divorcées avec niveau modéré ou élevé de symptômes dépressifs Analyses effectuées fin traitement et 4 mois de suivi sur BDI, Lubin Rosenberg, Eysenck neuroticisme	TCC significativement supérieure à thérapie de soutien psychodynamique sur des mesures de neuroticisme à la fin du traitement et supérieur sur des mesures de neuroticisme et de dépression au suivi (Lubin)
Thompson et coll., 1987 et 1990 *Étude contrôlée randomisée* note : 7,5/10	Thérapie cognitive, comportementale, thérapie psychodynamique brève (16 séances) et contrôles non traités 91 patients âgés (> 60 ans) souffrant de dépression majeure (RDC) Analyses effectuées fin traitement sur critères diagnostiques et mesures dimensionnelles (BDI, *geriatric depression scale*, HRSD)	Tous les groupes : amélioration significative Aucune différence entre modalités de traitement à fin traitement ou sur la période de suivi de 2 ans
Cooper et coll., 1997 *Étude contrôlée randomisée* note : 5/10	Thérapie de soutien, TCC, et thérapie psychodynamique (10 semaines) 194 femmes souffrant de dépression (DSM-III-R, post-partum) Analyses effectuées fin traitement et à 9 et 18 mois sur dépression post-partum utilisant des mesures dimensionnelles (Edinburgh), et diagnostic (SCID)	Toutes les approches psychothérapiques : amélioration de la dépression mais maintien des gains de thérapie plus élevé pour la TCC Aucune différence significative entre les thérapies
Covi et coll., 1990 *Étude contrôlée randomisée* note : 9/10	TCC groupe, psychodynamique groupe (14 semaines, 2 heures par séance) 70 adultes souffrant de dépression (RDC) Analyses effectuées fin traitement sur mesures remplies par le clinicien (HRSD et SADS) et par le patient (BDI, HSCL-90, SAS, DAS)	TCC plus efficace que thérapie psychodynamique pour la dépression, qu'elle soit évaluée de façon aveugle par le clinicien ou par autoquestionnaire
Gallagher-Thompson et coll., 1994 *Étude contrôlée randomisée* note : 8/10	Thérapie psychodynamique brève, TCC (16 à 20 séances) 66 personnes souffrant de dépression (RDC) responsables des soins quotidiens d'un parent malade Analyses effectuées à 10 semaines, fin de thérapie, et 3 et 12 mois de suivi sur pourcentage des patients en rémission ou améliorés	Pas de différences globales entre les types de traitement Les individus souffrant de dépression avec « fardeaux récents » ont été mieux aidés par la thérapie psychodynamique et ceux donnant des soins de longue date par la TCC.
Tang et coll., 2002 *Essai comparatif* note : 6/10	TCC, thérapie psychodynamique « de soutien-expressive » (16 à 20 séances) 83 patients adultes souffrant de dépression chronique ou majeure Analyses effectuées pendant la thérapie à post-traitement et à 6 mois de suivi sur BDI	TCC et thérapie psychodynamique « expression-soutien » : amélioration rapide et amplitude de la réduction de la symptomatologie dépressive similaire TCC gains plus stables dans le temps

Tableau 11.IX (suite) : Bilan des études contrôlées comparant la TCC à une thérapie psychodynamique pour la dépression

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Hogg et Deffenbacher, 1988 *Étude contrôlée randomisée* note : 8/10	Thérapie cognitive en groupe, IP (Yalom) en groupe (8 semaines) 37 étudiants souffrant de dépression Analyses effectuées à post-traitement sur le BDI	Aucune différence entre les types de thérapie en termes d'amélioration de la dépression à la fin du traitement
Shapiro et coll., 1994 *Étude contrôlée randomisée* note : 9/10	TCC, IP psychodynamique (16 séances) 117 patients adultes souffrant de dépression Analyses effectuées sur la moyenne des scores de symptomatologie dépressive à post-traitement et 3 mois suivi	Thérapie cognitive significativement meilleure que la thérapie IP psychodynamique concernant la BDI et, pour les personnes atteintes d'une dépression modérée concernant le PSE (*Present state examination*). Aucune autre différence significative
Hardy et coll., 1998 (associé avec Shapiro et coll., 1994) *Étude contrôlée randomisée* note : 9/10	TCC, IP psychodynamique 117 patients souffrant de dépression majeure (voir étude de Shapiro et coll., 1994) Analyses effectuées post-traitement et à 3 mois et 1 an de suivi sur BDI et SCL-90	TCC plus efficace que la thérapie IP psychodynamique (Shapiro et coll., 1994) TCC meilleurs résultats avec patients atteints du trouble de personnalité comorbide (Cluster C)
Barkham et coll., 1996 *Étude contrôlée randomisée* note : 8,5/10	TCC, IP psychodynamique (réplique de Shapiro et coll., 1994 sur échantillon indépendant) ; 8 à 16 séances de thérapie 36 patients adultes souffrant de dépression majeure (DSM) Analyses effectuées post-traitement sur BDI, SCL-90-R, *Inventory of interpersonal functioning* et estime de soi	TCC et IP psychodynamique pas différentes dans les analyses globales et dans analyses plus spécifiques Tendance statistique TCC supérieure dans des analyses globales et TCC était significativement supérieure à IP psychodynamique pour évaluation des problèmes interpersonnels à fin traitement
Barkham et coll., 1999 *Étude contrôlée randomisée* note : 8/10	TCC brève, IP psychodynamique brève (3 séances) 116 patients souffrant d'une dépression légère ou modérée Analyses effectuées pendant traitement, post-traitement et 1 an suivi sur BDI, SCL-90-R, *Inventory of interpersonal problems*	Différences entre TCC et IP psychodynamique après troisième séance en faveur de la TCC mais tendance non significative À 1 an de suivi différence pour les scores du BDI obtenue en faveur de la TCC

BDI : *Beck depression inventory* ; SAS : *Social adjustment scale* ; DAS : *Dysfunctional attitude scale* ; HRSD et HAMD : échelle de dépression d'Hamilton ; HSCL-90 : liste de symptômes ; SCID : *Structured clinical interview for DSM-III-R* ; sads : *Schedule for affective disorder and schizophrenia* ; MMPI : *Minnesota multiphasic personality inventory*

l'HRSD et le *checklist* des symptômes de Derogatis, SCL-90). La qualité méthodologique de ces études semble légèrement moins homogène que celles des études contrôlées pour les troubles anxieux, avec un score de rigueur méthodologique entre 4 et 9 (sur un maximum de 10). La majorité des études ont néanmoins effectué un suivi des patients qui varie entre 3 mois et 2 ans après la fin du traitement. Presque toutes ces investigations ont administré

des formes brèves de psychothérapie de 8 à 20 séances : les deux exceptions étaient l'étude de Steuer et coll. (1984) rapportant 36 semaines de psychothérapie aux personnes âgées et une étude de Barkham et coll. (1999) qui se distingue par une période particulièrement brève des interventions. Cette dernière étude n'a administré que 3 séances de psychothérapie (deux sur deux semaines, une trois mois plus tard), mais aux personnes atteintes d'une dépression relativement légère.

En termes de résultats généraux, la majorité des investigations ont trouvé que la thérapie psychodynamique et la TCC étaient toutes les deux associées à l'amélioration de la dépression. Cependant, en termes de comparaison entre ces approches, aucune des quinze études contrôlées n'a observé une efficacité supérieure pour la thérapie psychodynamique. En revanche, onze montrent une supériorité de la TCC par rapport à la thérapie psychodynamique, soit à la fin du traitement, soit sur le suivi (McLean et Hakstian, 1979 ; Liberman et Eckman, 1981 ; Gallagher et Thompson, 1982 et 1983 ; Steuer et coll., 1984 ; Graff et coll., 1986 ; Covi et coll., 1990 ; Shapiro et coll., 1994 ; Barkham et coll., 1996 ; Hardy et coll., 1998 ; Barkham et coll., 1999 ; Tang et coll., 2002). Les trois études qui ont obtenues les meilleurs scores méthodologiques (9 sur 10) montrent une supériorité de la TCC sur la thérapie psychodynamique (Shapiro et coll., 1994 ; Covi et coll., 1997 ; Hardy et coll., 1998). Dans l'étude de Covi et coll. (1997), qui a utilisé des thérapies administrées en groupe à raison de deux heures par semaine, pendant 14 semaines, la TCC a été estimée plus efficace que la thérapie psychodynamique, y compris quand la dépression était évaluée par un clinicien ne connaissant pas le type de traitement reçu par les patients. Les deux autres études de haute qualité méthodologique, Shapiro et coll. (1994) et Hardy et coll. (1998), font partie du même programme de recherche, partageant les mêmes échantillons et la même méthodologie. Ces investigations diffèrent de la majorité d'autres études contrôlées du fait que tous les thérapeutes ont administré les deux thérapies et ont déclaré les croire également efficaces. Ces auteurs notent que les effets positifs de la TCC étaient particulièrement observables pour la dépression modérée ou pour les patients atteints de certaines formes de troubles de personnalité comorbides. On peut également remarquer que plusieurs études ayant trouvé une supériorité de la TCC, par rapport à la thérapie psychodynamique, ont observé cette supériorité pour la première fois au suivi ou que ces effets sont devenus plus prononcés sur la période de suivi en comparaison avec la fin du traitement (Gallagher et Thompson, 1982 et 1983 ; Graff et coll., 1986 ; Barkham et coll., 1999 ; Tang et coll., 2002). Ces résultats « d'incubation » semblent indiquer à nouveau que les effets de la TCC ne sont pas limités uniquement à la période de traitement actif.

Concernant les quatre études qui n'ont pas trouvé de différences significatives entre la TCC et la thérapie psychodynamique, deux avaient des qualités méthodologiques modestes, mais des périodes de suivi particulièrement

longues (Thompson et coll., 1987 ; Cooper et coll., 1997). Cooper et coll. (1997) ont examiné un grand échantillon de nouvelles mères atteintes de dépression du post-partum, diagnostiquées entre deux et quatre mois après l'accouchement. Les patientes ont suivi 10 semaines de TCC, de thérapie de soutien ou de thérapie psychodynamique et ont été suivies pendant un an et demi après la fin du traitement. Toutes les thérapies étaient associées à une amélioration de la dépression et sans différence significative entre elles, mais le maintien des gains était le plus élevé pour la TCC. L'étude de Thompson et coll. (1987) a examiné un échantillon gériatrique qui a reçu 16 séances de thérapies cognitive, comportementale ou de thérapie psychodynamique brève. En comparaison avec un groupe contrôle non traité, chaque thérapie s'est montrée efficace dans la réduction de la dépression mesurée d'une façon dimensionnelle ou catégorielle, mais aucune différence n'a été observée entre ces traitements pour une période allant jusqu'à deux ans. Enfin, une étude de Hogg et Deffenbacher (1988) n'a trouvé aucune différence entre ces thérapies dans un échantillon d'étudiants atteints de dépression, tandis qu'une étude (Gallagher-Thompson et Steffen, 1994) a observé des résultats partagés entre les thérapies psychodynamiques et la TCC chez des adultes (en faveur de l'une ou l'autre des thérapies, selon les caractéristiques de l'échantillon).

En ce qui concerne d'autres comparaisons, le tableau 11.X présente les quatre études qui ont examiné l'efficacité de la thérapie psychodynamique ou de la TCC par rapport à une thérapie de soutien. La première, celle de Cooper et coll. (1997) a été présentée auparavant pour sa comparaison directe entre la thérapie psychodynamique et la TCC et la pour les mères atteintes de dépression post-partum. Cependant, cette étude est également incluse dans le tableau 11.X car elle compare ces deux traitements et une thérapie de soutien. Aucune différence significative n'a été trouvée pour les comparaisons entre ces formes de thérapie, mais chacune des trois approches semblait améliorer la dépression du post-partum chez ces mères. Des résultats similaires ont été aussi trouvés par Bright et coll. (1999), qui ont comparé la TCC et la thérapie de soutien. Cette étude est caractérisée par une rigueur méthodologique plus importante que celle de Cooper et coll., et tous les thérapeutes, dans cette étude, ont administré les deux formes de thérapies. Contrairement à ces observations d'équivalence, deux études (Ward et coll., 2000 ; Mohr et coll., 2001) sont en faveur de la TCC par rapport à une thérapie de soutien. L'étude de Ward et coll. est particulièrement intéressante car elle compare la TCC, la thérapie de soutien et les soins en médecine générale, sur un échantillon de grande taille (464 patients) et avec un suivi pouvant aller jusqu'à un an. Les deux formes de thérapie ont été plus efficaces dans la réduction des symptômes dépressifs que les soins standards en médecine générale. De plus, aucune différence significative n'a été trouvée entre ces thérapies à court terme, mais la TCC et les soins pourvus par les médecins généralistes ont été associés à un meilleur ajustement social qu'une thérapie de soutien à 12 mois. Cette étude est néanmoins d'une rigueur méthodologique relativement modeste et certains patients pouvaient choisir leur mode

Tableau 11.X : Études contrôlées comparant les thérapies psychodynamiques (ou psychanalytiques) ou la TCC à une thérapie de soutien pour la dépression

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Cooper et coll., 1997 *Étude contrôlée randomisée* note : 5/10	Thérapie de soutien, TCC, et thérapie psychodynamique (10 semaines) 194 femmes souffrant de dépression (DSM-III-R, post-partum) Analyses effectuées fin traitement et à 9 et 18 mois sur l'Edinburgh et statut diagnostique (SCID)	Amélioration de la dépression pour toutes les approches psychothérapiques mais maintien des gains de thérapie le plus élevé pour la TCC Aucune différence significative entre les thérapies
Bright et coll., 1999 *Étude contrôlée randomisée* note : 8/10	TCC, thérapie de soutien (7 séances) 98 patients souffrant de dépression (DSM-III-R) Analyses effectuées post-traitement sur BDI, HRSD et diverses autres variables psychologiques	Les deux types de thérapies efficaces dans la réduction des symptômes dépressifs et aucune différence entre ces deux thérapies
Ward et coll., 2000 *Étude semi-contrôlée randomisée* note : 5,5/10	Thérapie de soutien, TCC ou soins en médecine générale (6 séances en moyenne) 464 patients souffrant de dépression Analyses effectuées à 4 mois de suivi et à 12 mois sur BDI, ajustement social et satisfaction	Les deux types de thérapies efficaces de façon équivalente dans la réduction des symptômes dépressifs plus rapidement à 4 mois que le groupe consultant un médecin généraliste TCC et soins pourvus par les médecins généralistes significativement meilleurs que thérapie de soutien à 12 mois pour ajustement social
Mohr et coll., 2001 *Étude contrôlée randomisée* note : 9/10	TCC individuelle, « de soutien-expressive » psychothérapie de groupe (16 semaines) 63 patients atteints de sclérose en plaques et dépression (DSM-IV) Analyses effectuées à 4, 8, 12 semaines et à post-traitement sur BDI et HRSD	TCC significativement plus efficace que thérapie expressive de soutien sur une mesure dimensionnelle de la dépression et sur pourcentage de patients en rémission de la dépression majeure

de traitement. En revanche, la dernière étude (Mohr et coll., 2001) présentée dans le tableau et caractérisée par la plus grande rigueur méthodologique, a comparé la TCC avec une thérapie de soutien administrée en groupe pour la dépression majeure dans un échantillon médical (patients atteints de sclérose en plaques). Cette étude a observé que la TCC était supérieure à la thérapie de soutien à la fin du traitement, en termes de symptômes et de pourcentage de patients en rémission de dépression.

Enfin, deux études (Elkin et coll., 1989 ; Agosti et Ocepek-Welikson, 1997) ont comparé la TCC à l'IPT (psychothérapie interpersonnelle) dans la même étude multi-site connue sous le nom de « Programme collaboratif pour le traitement de la dépression ». Cette étude, conduite par des investigateurs de l'Institut national de la santé mentale aux États-Unis, est caractérisée par un grand échantillon et une forte rigueur méthodologique. La dépression ainsi

que d'autres formes de psychopathologie ont été examinées par divers instruments administrés par le clinicien ou auto-évalués par les patients eux-mêmes (tableau 11.XI). On doit noter ici que la forme d'IPT présentée par ces études est une forme de psychothérapie « non intrapsychique » qui met l'accent sur le présent plutôt que sur les expériences du plus jeune âge. Ses objectifs principaux sont d'encourager la maîtrise des rôles sociaux et l'adaptation aux situations interpersonnelles. Dans ce sens, l'IPT n'est pas considérée comme une thérapie psychodynamique car elle « ne tente pas d'interpréter et de reconstruire les personnalités mais repose sur des techniques familières telles que le fait de rassurer, de clarifier les états émotionnels profonds, d'améliorer les communications interpersonnelles et celui de tester la réalité des perceptions et des performances » (Elkin, 1985, p. 311).

Tableau 11.XI : Études contrôlées comparant la TCC à l'IPT pour la dépression

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Elkin et coll., 1989 *Étude contrôlée randomisée* note : 9/10	IPT, TCC (pour 16 semaines) avec comparaison imipramine, placebo ou groupe contrôle 204 patients adultes atteints de dépression (RDC) Analyses post-traitement sur symptômes dépressifs, psychopathologie générale, et fonctionnement global sur HRSD, GAS, BDI et HSCL-90	IPT et TCC ont effets significatifs dans l'amélioration du patient Aucune différence significative entre ces deux formes de psychothérapie
Agosti et Ocepek-Welikson, 1997 *Étude contrôlée randomisée* note : 8,5/10	TCC, IPT pour 16 semaines (ré-analyse de l'étude *NIMH collaborative*) 65 patients souffrant de dépression chronique avec âge début précoce Analyses effectuées post-traitement sur : BDI et HRSD	Aucun des groupes de traitement (TCC, IPT ou imipramine) n'était significativement plus efficace que le placebo pour niveau de dépression à fin traitement

Les résultats généraux d'Elkin et coll. (1989) ont démontré que l'IPT et la TCC sont, toutes les deux, efficaces pour la prise en charge de la dépression, par rapport aux patients non traités, mais qu'aucune différence significative n'a été observée entre ces deux approches. Une deuxième investigation d'Agosti et Ocepek-Welikson (1997) a ré-analysé les données de l'étude originale, mais en sélectionnant seulement les patients souffrant d'une dépression sévère (apparue précocement et d'évolution chronique). Encore une fois, aucune différence n'a été observée entre ces formes de thérapie mais, dans cette étude, aucun des traitements (TCC, IPT ou médicaments) ne s'est révélé plus efficace que le placebo pour ce groupe de patients sévèrement atteints.

Une étude récente remet en question la véritable distinction entre la TCC et l'IPT. D'après les transcriptions des séances d'IPT ou de TCC administrées

lors de l'étude collaborative, des juges indépendants ont comparé les techniques utilisées par les thérapeutes aux standards « idéaux » de l'IPT et de la TCC. Les techniques pratiquées par les deux types de thérapeutes ont été jugées plus proches des standards de la TCC que de l'IPT, résultat qui remet en question la spécificité de l'IPT mais qui pourrait aussi expliquer son efficacité similaire à celle de la TCC (Ablon et Jones, 2002).

En résumé, les méta-analyses et études randomisées contrôlées sur les patients atteints de dépression démontrent que diverses formes de psychothérapie sont en général plus efficaces que l'absence de traitement. Lorsque des différences significatives ont été observées entre les différentes formes de psychothérapie, elles mettaient en évidence, le plus souvent, une supériorité de la TCC par rapport à une thérapie psychodynamique ou à une thérapie de soutien (même si ces effets sont souvent moins importants que ceux trouvés pour les troubles anxieux). En revanche, aucune étude analysée n'a observé que la thérapie psychodynamique, ou la thérapie de soutien, était plus efficace que la TCC. Enfin, ces analyses indiquent une équivalence potentielle entre la TCC et d'autres formes de psychothérapie brèves et structurées, telles que l'IPT, et soulignent le manque notable d'informations scientifiques concernant l'efficacité comparative de la psychanalyse ou de la thérapie psychodynamique à long terme pour la dépression.

Comparaison des psychothérapies pour la schizophrénie

La schizophrénie est caractérisée par des symptômes psychotiques présents lors de la phase active (tels que les hallucinations ou le délire) et, fréquemment, par des déficits persistants dans le domaine du fonctionnement social ou occupationnel en phase résiduelle. Si la littérature sur l'efficacité des différentes psychothérapies était, jusqu'à récemment, relativement modeste, elle permet néanmoins une comparaison entre plusieurs formes de psychothérapie, à la fois pour les phases actives et résiduelles de ce trouble. Le tableau 11.XII présente les résultats, issus de deux méta-analyses de psychothérapie pour la schizophrénie.

Les méta-analyses de Wunderlich et coll. (1996) et de Mojtabai et coll. (1998) ont conjointement examiné plus d'une centaine d'études différentes comparant diverses formes de psychothérapie dans le traitement de la schizophrénie. Les deux méta-analyses ont observé que les thérapies familiales (psycho-éducation) avaient les effets les plus importants. L'effet de la TCC était équivalent (Wunderlich et coll., 1996) ou quelque peu inférieur (Mojtabai et coll., 1998) à celui de l'approche familiale. Ces deux méta-analyses ont décrit les effets les moins efficaces pour l'approche psychanalytique ou psychodynamique. Cependant, les comparaisons spécifiques entre thérapies (deux à la fois) n'ont pas été effectuées dans l'étude de Wunderlich, et seulement partiellement dans l'étude de Mojtabai (qui a comparé entre elles les approches cognitives, comportementales, et les thérapies

Tableau 11.XII : Méta-analyses ayant comparé différentes formes de psychothérapie pour la schizophrénie

Références	Description	Résultats
Wunderlich et coll., 1996 note : 6/7	Diverses formes de psychothérapie pour schizophrénie (y compris thérapie familiale, psychodynamique, et TCC) 31 études sur patients adultes atteints de schizophrénie Diverses psychothérapies « actives » ont été comparées aux groupes contrôles non traités Taille d'effet rg converti en scores de d, puis classement des thérapies différentes	Formes de psychothérapie les plus efficaces : thérapie familiale psycho-éducative (d = 0,58) et thérapie cognitive (taille d'effet = 0,58) Approches les moins efficaces : thérapies psychodynamiques (taille d'effet = 0,16)
Mojtabai et coll., 1998 note : 5,5/7	Diverses formes de psychothérapie pour la schizophrénie (y compris thérapie familiale, psychodynamique et TCC) 106 études d'interventions psychosociales pour la schizophrénie (adultes, moyenne d'âge : 25 ans) Les diverses psychothérapies ont été regroupées en trois classifications : thérapie comportementale, cognitive ou verbale (comprenant la thérapie psychodynamique, émotion exprimée ou psycho-éducation) La moyenne de toutes les mesures utilisées par chaque étude a servi pour calculer le d de Cohen.	Pas de différence significative entre la plupart des psychothérapies mais aucune comparaison effectuée entre les approches comportementales et thérapie psychodynamique Taille d'effet la plus importante pour thérapies familiales d'émotion exprimée (d = 0,56) Thérapies cognitives et comportementales (d = 0,44 et d = 0,41, respectivement) Thérapie psychodynamique (d = 0,27)

« verbales » ; mélange de l'approche psychodynamique avec la psychoéducation). C'est pourquoi il faut être prudent avant de conclure à des différences séparant les diverses thérapies examinées par ces méta-analyses.

Le tableau 11.XIII présente les résultats de six études randomisées contrôlées de différentes psychothérapies pour la schizophrénie. Quatre d'entre elles (Eckman et coll., 1992 ; Drury et coll., 1996a et b ; Tarrier, 1998 ; Haddock et coll., 1999) ont comparé l'efficacité de diverses formes de TCC avec d'autres approches psychothérapiques. L'étude d'Eckman et coll. (1992) a comparé la TCC à une forme de psychothérapie intégrant les techniques psychodynamiques et de soutien et toutes les deux ont été administrées dans un format de groupe pendant une heure et demi pour une période d'un an (2 fois par semaine pendant 6 mois, puis 1 fois par semaine pendant 6 mois). Les comparaisons entre les thérapies ont été effectuées après une année entière de traitement ainsi qu'à 6 et 12 mois de suivi. La TCC était associée à une amélioration de la gestion des médicaments et des symptômes du patient, tandis qu'aucune amélioration n'a été trouvée pour la thérapie psychodynamique de soutien. La TCC administrée dans une combinaison de séances individuelles et familiales a été comparée par Drury et coll. (1996a et b) à une thérapie de récréation. Ils ont remarqué que la TCC était plus efficace

Tableau 11.XIII : Études contrôlées ayant comparé différentes formes de psychothérapie pour la schizophrénie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gunderson et coll., 1984 *Étude contrôlée randomisée* note : 5,5 /10	Thérapie psychodynamique (EIO) comparée à une thérapie « réalité adaptif-soutien » (RAS) 95 patients atteints de schizophrénie (critères Feighner) Patients randomisés aux thérapies pour au moins 6 mois de thérapie Analyses post-traitement, 12 mois et 2 ans de suivi sur de nombreuses mesures et variables cliniques	Thérapie RAS : effets spécifiques sur rechute et performance dans les rôles Thérapie psychodynamique : plus bénéfique pour le fonctionnement du « moi » et la cognition
Eckman et coll., 1992 *Étude contrôlée randomisée* note : 7/10	TCC groupe, psychodynamique de soutien thérapie de groupe (approximativement 80 séances) 41 patients adultes atteints de schizophrénie (DSM) Analyses post-traitement, 6 mois et 12 mois de suivi sur BPRS, et mesures des symptômes « négatifs »	À la fin du traitement, à 6 et à 12 mois de suivi TCC : une amélioration dans la gestion de médicaments et des symptômes Psychodynamique de soutien : pas d'amélioration
Drury et coll., 1996a,b *Étude contrôlée randomisée* note : 7,5/10	CT (individuel et familial), thérapie de récréation (12 séances) 40 patients atteints de psychose fonctionnelle et en phase aiguë Analyses effectuées à post-traitement et à 9 mois de suivi sur PAS, symptômes « positifs » et nombre de jours avant rémission ou passés à l'hôpital	CT : réduction plus rapide des symptômes « positifs » (hallucinations, délire) post-traitement et suivi CT : 50 % de moins de jours à l'hôpital et taux de rechute moins élevé à 9 mois
Hogarty et coll., 1997a,b *Étude contrôlée randomisée* note : 8,5/10	Thérapie « personnelle », thérapie familiale, thérapie de soutien ou combinaisons ; groupes traités sur 3 ans (2 à 3 fois par mois en moyenne) patients âgés de 16 à 55 ans atteints de schizophrénie ou trouble schizo-affectif (RDC) Étude a : Analyses effectuées sur période de 3 ans par rapport au nombre de jours avant rechute Étude b : Analyses effectuées tous les 6 mois sur période de 3 ans par rapport aux diverses mesures d'ajustement	Étude a : patients habitant en famille, thérapie personnelle plus efficace dans la prévention des rechutes que deux autres formes de thérapies combinées (tendance non significative) (une différence significative a été obtenue en comparant seulement la thérapie personnelle avec la thérapie de soutien) Patients habitant seuls, thérapie personnelle significativement associée avec plus de rechutes Étude b : thérapie personnelle effets positifs sur ajustement social Patients habitant seuls, effets bénéfiques pour performance au travail et relations non familiales, patients restés plus anxieux qu'avec thérapie de soutien ou thérapie familiale Thérapie familiale meilleure sur amélioration des symptômes résiduels que thérapie personnelle

Tableau 11.XIII (suite) : Études contrôlées ayant comparé différentes formes de psychothérapie pour la schizophrénie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Tarrier 1998 *Étude contrôlée randomisée* note : 8,5/10	TCC, thérapie de soutien, soins habituels (2 heures/semaine pendant 10 semaines) 87 patients atteints de schizophrénie, trouble schizo-affectif ou délire (DSM), avec hallucinations persistantes résistantes aux médicaments pour 6 mois ou plus Analyses post-traitement et à 1 an de suivi sur PSE, BPRS, SANS, nombre jours hospitalisation	Amélioration symptômes positifs (nombre et sévérité) plus importante dans le groupe TCC fin du traitement et maintenue pendant le suivi de 12 mois TCC : réduction de 50 % des symptômes TCC et thérapie de soutien : moins de jours à l'hôpital que traitement standard
Haddock et coll., 1999 *Étude contrôlée randomisée* note : 8/10	TCC, psychothérapie de soutien avec psychoéducation (10 séances sur 5 semaines, et 4 séances après sortie de l'hôpital) 21 patients hospitalisés atteints de schizophrénie ou trouble schizo-affectif (DSM-IV), phase aiguë, atteints depuis moins de 5 ans Analyses centrées sur le nombre de jours avant sortie de l'hôpital et avant rechute, et le BPRS, sur période de 2 ans	Les deux traitements ont amélioré les symptômes aigus Pas de différence durée de séjour, rechutes, nouvelle hospitalisation Tendance non significative dans le sens de moins de rechutes pour les TCC

SANS : échelle d'évaluation des symptômes positifs et négatifs dans la schizophrénie ; BPRS : échelle abrégée d'évaluation psychiatrique

dans la réduction des symptômes positifs chez ces patients ainsi que par rapport au nombre de jours passés à l'hôpital et aux rechutes sur une période de 9 mois après la fin du traitement. Enfin, Tarrier (1998) et Haddock et coll. (1999) ont comparé la TCC à une thérapie de soutien et trouvé des bénéfices pour ces deux approches. Cependant, Tarrier a observé une plus grande réduction des symptômes positifs pour le groupe TCC à la fin du traitement et sur l'année de suivi (dans un échantillon de patients atteints d'hallucinations persistantes, résistantes aux médicaments).

De même, l'étude de Haddock et coll. (1999) fait ressortir une tendance à la diminution des rechutes avec la TCC en comparaison avec une approche de thérapie de soutien (cette dernière en combinaison avec la psychoéducation).

En ce qui concerne les deux autres études comparatives, celle de Gunderson et coll. (1984) a examiné une forme de thérapie psychodynamique en comparaison avec une thérapie « réalité-adaptive/soutien » administrée pour une période d'un an avec un suivi de deux ans. Les auteurs remarquent que la fréquence et l'amplitude des différences étaient généralement faibles et qu'aucun avantage clair n'était observable pour aucune de ces thérapies.

Toutefois, ils ont trouvé que la thérapie « réalité-adaptive/soutien » était plus efficace que l'approche psychodynamique pour réduire les taux de rechute, mais moins efficace que l'approche psychodynamique pour le fonctionnement cognitif et celui de la personnalité. Enfin, une comparaison entre la thérapie « personnelle » (une approche de *coping*, centrée sur la réactivité au stress), la thérapie familiale et la thérapie de soutien a été menée par Hogarty et coll (1997a et b). Cette étude est caractérisée par une période de suivi la plus longue de toutes les études analysées (2 à 3 séances par mois pour une période de 3 ans). Aucune forme de thérapie spécifique, dans cette étude, n'a montré une supériorité globale par rapport aux autres au fil du temps mais avec des effets positifs différents en fonction des conditions de vie du patient (selon qu'il vivait seul ou en famille).

Comparaison des psychothérapies pour les troubles des comportements alimentaires

Les données relatives aux troubles de l'alimentation, en particulier la boulimie et l'anorexie, sont suffisamment conséquentes pour que l'on puisse envisager de dégager la meilleure efficacité de certaines formes de psychothérapie (tableau 11.XIV). Une seule méta-analyse (Hartmann et coll., 1992) a été effectuée et spécifiquement pour la boulimie. L'examen des résultats des neuf études regroupées dans cette méta-analyse ne dégage aucune différence entre les diverses thérapies (psychodynamique, TCC, familiale, soutien standard). En ce qui concerne les études randomisées contrôlées, sept études sur la boulimie ont été conduites après 1992, date de la méta-analyse citée

Tableau 11.XIV : Études comparant différentes formes de psychothérapie concernant les troubles des comportements alimentaires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Hartmann et coll., 1992 *Méta-analyse* note : 5/7	Diverses approches psychothérapiques pour la boulimie (y compris TCC, soutien, familiale, psychodynamique) ; 9 études pré-post, (critères DSM ou Russell) Tailles d'effet ajustées pour tous protocoles « pré-post » (méthode Laessle) sur divers aspects de boulimie	Aucune approche psychothérapeutique n'est supérieure aux autres
Garner et coll., 1993 *Étude contrôlée randomisée* note : 8,5/10	TCC, psychodynamique-thérapie de soutien (19 séances) ; 60 femmes souffrant de boulimie (DSM et Russell) Analyses effectuées à mi-traitement, fin traitement et 3, 6 et 12 mois de suivi sur symptômes boulimie, anxiété, dépression, estime de soi	Les deux groupes se sont améliorés progressivement Lorsque résultats différents, TCC plus efficace que thérapie psychodynamique TCC améliorations du vomissement, des attitudes négatives vis-à-vis de la nourriture, la dépression, la détresse psychologique, l'estime de soi

Tableau 11.XIV (suite) : Études comparant différentes formes de psychothérapie concernant les troubles des comportements alimentaires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Treasure et coll., 1995 *Étude contrôlée randomisée* note : 6,5/10	Psychodynamique, comportementale/éducationnelle (20 séances) ; 30 patients adultes souffrant d'anorexie (CIM-10) Analyses effectuées à post-traitement, puis à 3, 6, 9 et 12 mois de suivi sur variables de l'entretien clinique de Morgan et Russell	Au bout d'un an aucune différence objective entre les deux groupes Groupe psychodynamique : sentiment subjectif d'avoir progressé davantage
Fairburn et coll., 1995 *Étude contrôlée randomisée* note : 8,5/10	TCC, comportementale ou psychothérapie focale (19 séances) 89 patients souffrant de boulimie (DSM-IV) Analyses effectuées sur psychopathologie générale et boulimie, ajustement	Thérapie comportementale : les moins bons résultats. TCC : trois fois plus de rémissions que thérapie comportementale. Psychothérapie focale : deux fois plus de rémissions que thérapie comportementale (aucune différence significative entre TCC et IPT)
Eisler et coll., 1997 ; Russell et coll., 1987 *Étude contrôlée randomisée* note : 7,5/10	Thérapie familiale, thérapie de soutien individuelle 57 patients souffrant d'anorexie et 23 patients souffrant de boulimie (14 à 55 ans) Analyses effectuées au suivi de 5 ans sur poids et problèmes de comportement alimentaire depuis fin traitement	Pas de différence significative entre les thérapies pour la boulimie, l'anorexie tardive, ou l'anorexie précoce persistante Anorexie précoce récente : meilleurs résultats en fin traitement et à 5 ans de suivi avec la thérapie familiale
Treasure et coll., 1999 *Étude contrôlée randomisée* note : 6/10	Thérapie « *Motivational enhancement* » (MET), TCC (groupe et individuelle), ou combinaison (12 séances) 125 patients adultes souffrant de boulimie DSM-IV (âge moyen 28 ans) Analyses effectuées à post-traitement sur auto-évaluations et évaluations par clinicien sur divers critères de boulimie	Pas de différence entre MET et TCC dans la réduction des symptômes boulimiques
Bachar et coll., 1999 *Étude contrôlée randomisée* note : 6/10	Traitement psychologique de soi (*Self psychological treatment* : SPT), traitement d'orientation cognitive (COT) ou thérapie contrôle, nutrition (C/NC) 25 patients souffrant de boulimie et 8 d'anorexie (DSM-IV) Analyses effectuées à post-traitement sur critères diagnostiques de boulimie ou anorexie (DSM), ou auto-évaluations de symptomatologie (BSI, EAT 26)	Comparaisons intragroupes : seule la SPT significativement associée à une amélioration COT : améliorations mineures non significatives C/NC : pas d'amélioration

Tableau 11.XIV (suite) : Études comparant différentes formes de psychothérapie concernant les troubles des comportements alimentaires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Agras et coll., 2000 *Étude contrôlée randomisée* note : 10/10	TCC ou IPT (19 séances) 220 patients souffrant de boulimie (âge moyen 28 ans) Analyses effectuées à post-traitement et à 4, 8 et 12 mois de suivi sur entretien de psychopathologie générale et spécifique à la boulimie, auto-évaluation de l'estime de soi et fonctionnement interpersonnel	TCC : meilleurs résultats qu'IPT à fin traitement pour pourcentage de patients rétablis, pourcentage de rémission et pourcentage proche de la normale pour attitudes et comportements alimentaires Aucune différence entre les groupes pour le pourcentage des patients rétablis au suivi
Dare et coll., 2001 *Etude contrôlée randomisée* note : 6/10	Thérapie psychanalytique ou psychodynamique (2 formes), thérapie familiale ou traitement habituel (contact clinique standard) 84 patients souffrant d'anorexie (DSM-IV), âge moyen : 26 ans Analyses effectuées à post-traitement et à 1 an de suivi sur poids, symptômes persistants et fonctionnement social ou professionnel	Thérapie psychanalytique FPT et thérapie familiale : meilleurs résultats que les groupes contrôles non traités à 1 an Thérapie psychodynamique CAT : pas supérieure aux contrôles non traités
Wilfley et coll., 2002 *Etude contrôlée randomisée* note : 10/10	TCC groupe ou IPT groupe 162 patients avec boulimie Patients randomisés aux thérapies pour 20 séances de 90 minutes en thérapie de groupe et 3 séances individuelles Analyses post-traitement et à 1 an de suivi sur psychopathologie générale et spécifique, poids, estime de soi et fonctionnement social	IPT et TCC : taux de réduction significatifs pour crises de boulimie post-traitement, et au bout d'1 an Pas de différence entre ces thérapies

ci-dessus (Garner et coll., 1993 ; Fairburn et coll., 1995 ; Eisler et coll., 1997 ; Bachar et coll., 1999 ; Treasure et coll., 1999 ; Agras et coll., 2000 ; Wilfley et coll., 2002). Chacune de ces études a comparé au moins une forme de TCC avec d'autres formes de psychothérapie. Garner et coll. (1993) ont comparé la TCC à une thérapie psychodynamique de soutien et les ont trouvées toutes les deux efficaces, mais les différences significatives observées étaient en faveur de la TCC. Cependant, certaines études (ex. : Fairburn et coll., 1995) indiquent que les améliorations cliniques de la boulimie pourraient varier, plus en fonction des techniques spécifiques que des grandes approches thérapeutiques. Ces auteurs ont trouvé que l'approche cognitive ou comportementale ainsi que l'IPT focale étaient, toutes les deux, beaucoup plus efficaces que l'approche comportementale « pure », tandis qu'aucune différence significative n'était observée entre la TCC et l'IPT focale. Dans un protocole où tous les thérapeutes ont administré les deux traitements (Treasure et coll., 1999), la TCC était considérée comme équivalente à une forme de thérapie destinée à l'augmentation de la motivation du patient. Néanmoins, dans une étude de

Bachar et coll. (1999), qui n'a pas effectué de comparaisons directes entre ces deux approches, la TCC semblait moins efficace que d'autres formes de thérapies telles que la SPT (*Self psychological treatment*).

Les deux études caractérisées par les scores les plus importants pour leur rigueur méthodologique (Agras et coll., 2000 ; Wilfley et coll., 2002) ont comparé la TCC à l'IPT. Chacune de ces études portait sur des effectifs importants et une période de suivi allant jusqu'à un an. Seule l'étude d'Agras et coll. (2000) a trouvé des avantages en fin de traitement pour la TCC et aucune des deux études n'a observé une différence au suivi. Enfin, la dernière étude concernant l'examen de patients atteints de boulimie a comparé la thérapie familiale à une thérapie de soutien, administrée à un an après la sortie de l'hôpital. Aucune différence significative n'a été observée entre ces traitements (Eisler et coll., 1997). En revanche, cette étude a également comparé ces traitements pour des patients atteints d'anorexie et trouvé plusieurs différences significatives entre ces thérapies. En particulier, relativement à l'anorexie récente chez les sujets jeunes, la thérapie familiale apparaissant plus favorable que d'autres thérapies, cinq ans après traitement.

Concernant d'autres travaux sur l'anorexie, deux études ont utilisé une approche psychodynamique ou psychanalytique. Treasure et coll. (1995) ont trouvé que la thérapie psychodynamique était essentiellement équivalente, en ce qui concerne l'amélioration des symptômes, à une thérapie comportementale éducative. Dans l'étude de Dare et coll. (2001), les patients ont été randomisés par rapport aux thérapies psychanalytiques (50 minutes par semaine pendant 1 an), à la thérapie familiale (1,25 heure, de 1 à 3 fois par semaine, pendant un an), ou à la thérapie psychodynamique (1 séance par semaine pendant 20 semaines, puis 1 fois par mois pendant 3 mois). La thérapie psychodynamique n'était pas efficace en comparaison aux contacts cliniques standards. Cependant, les patients recevant une thérapie psychanalytique ou familiale montraient une meilleure amélioration au bout d'un an que les patients contrôles. Mais le manque d'égalité entre les durées de traitement empêche des conclusions concernant leur efficacité comparative.

Troubles de la personnalité et autres syndromes cliniques

La littérature internationale et scientifique sur les troubles de la personnalité chez les adultes ne permet pas de présenter une analyse comparative des différentes psychothérapies. En effet, si une base de données considérable existe pour soutenir l'utilisation de certaines formes de thérapie pour ces troubles, il y a un manque de méta-analyses et peu d'études randomisées contrôlées comparant directement les différentes approches. Le lecteur pourra, toutefois, effectuer des comparaisons entre les psychothérapies en utilisant les résultats des études comparant chaque approche à des groupes non traités (résultats présentés dans d'autres chapitres de cette expertise). Certaines de ces méta-analyses et études randomisées contrôlées indiquent des effets positifs, à la fois de la TCC et de l'approche psychodynamique, pour

certains troubles de la personnalité (Bateman et Fonagy, 1999 ; Linehan et coll., 1991, 1993 et 1994 ; Leichsenring et Leibing, 2003). Enfin, en ce qui concerne la dépendance à l'alcool, la littérature comparant les formes de psychothérapie paraît très restreinte. Pour cette raison, il ne semble pas possible à l'heure actuelle de formuler des conclusions fiables sur leur efficacité comparative.

Analyses globales chez l'enfant

Si le nombre d'études contrôlées disponibles chez l'enfant et l'adolescent est beaucoup plus restreint que celui des études concernant les psychothérapies de l'adulte, plusieurs synthèses générales et méta-analyses sur ces populations ont été publiées (pour revue, Target et Fonagy, 1997 ; Weisz et Jensen, 2001). Globalement, les méta-analyses sur les traitements psychothérapiques chez l'enfant et l'adolescent font apparaître des améliorations significatives liées au traitement. La taille d'effet moyenne est comparable à celle issue des méta-analyses réalisées chez l'adulte : à l'issue de la psychothérapie, un nombre significativement plus élevé d'enfants traités vont mieux que des sujets contrôles non traités. Cependant, les effets du traitement sont plus importants sur les mesures évaluant les symptômes psychiatriques que sur celles décrivant l'adaptation psychosociale ou les performances globales. Les mesures les moins sensibles au changement au cours du traitement sont celles évaluant les caractéristiques de la personnalité. De plus, les enfants les plus jeunes (moins de 12 ans) ont une plus grande probabilité de s'améliorer que les adolescents, mais cet effet de l'âge est modéré par celui de l'expérience du thérapeute et celui du type de thérapie utilisé.

En ce qui concerne la comparaison entre les psychothérapies pour l'enfant et l'adolescent, des études permettent plusieurs constats qui vont dans le sens des résultats présentés précédemment. Dans les analyses globales (tous troubles confondus), les tailles d'effet sont supérieures pour les traitements TCC comparés aux traitements non TCC, et légèrement plus grandes pour les thérapies familiales ou de soutien comparés aux traitements psychodynamiques. Les principaux travaux de ce type sont présentés dans le tableau 11.XV.

L'examen de 75 études portant sur des enfants et des adolescents a permis à Casey et Berman (1985) d'établir que la TCC était significativement plus efficace que les thérapies non TCC. De plus, tandis que les effets de la plupart des formes spécifiques de psychothérapie étaient significativement supérieurs à zéro (tailles d'effets des thérapies comportementales = 0,96, cognitivo-comportementales = 0,81, soutien = 0,49), ce n'était pas le cas de la thérapie psychodynamique (taille d'effet = 0,21). Des résultats semblables ont été observés dans une méta-analyse ultérieure menée par Weisz et coll. (1987), qui ont analysé 108 études (30 % examinées par Casey et Berman, 1985).

Tableau 11.XV : Méta-analyses globales et revues de la littérature sur l'efficacité des psychothérapies chez l'enfant et l'adolescent

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Casey et Berman, 1985 *Méta-analyse* note : 5/7	75 études contrôlées, publiées de 1952 à 1983 enfants d'âge moyen < 13 ans groupe contrôle issu de la même population que groupe traité TCC comparée aux thérapies « non-TCC » (psychodynamique, soutien, autre) pour les enfants atteints de divers troubles Taille d'effet calculée selon d scores à post-traitement	Taille d'effet moyenne = 0,71 pour 64 études (sujet traité moyen > 76 % des sujets contrôlés). La TCC (ES = 0,91) était significativement plus efficace que les thérapies non-TCC (ES = 0,40)
Weisz et coll., 1987 *Méta-analyse* note : 4/7	108 études de psychothérapie (dont 30 % examinées par Casey et Berman) ; publiées de 1970 à 1985 enfants de 4 à 18 ans atteints de divers troubles Taille d'effet calculée selon d scores à post-traitement ou suivi (durée non spécifiée)	ES moyen = 0,79 (sujet traité moyen > 79 % des sujets contrôles), TC (126 comparaisons), et ces effets étaient plus importants au suivi qu'à fin traitement. Les approches TCC (ES = 0,88) étaient significativement plus efficaces que les approches non-TCC (ES = 42). Parmi les thérapies non-TCC, l'effet de la thérapie de soutien (ES = 0,56) était significativement différent de zéro, mais non pas l'effet de thérapie psychodynamique (ES = 0,01)
Hazelrigg et coll., 1987 *Méta-analyse* note : 7/7	11 études de thérapie familiale comparées aux thérapies individuelle ou de groupe (psychodynamique, comportementale, soutien, autres) pour enfants et adolescents en majorité atteints de troubles du comportement Taille d'effet calculée selon d scores à post-traitement ou suivi de 6 semaines jusqu'à 3 ans	La thérapie familiale était significativement plus efficace que les thérapies effectuées en groupe ou individuellement avec le patient pour les mesures d'interaction familiale et pour les mesures du comportement de l'enfant à la fin du traitement. Au suivi, les effets thérapeutiques ont diminué en taille, mais 36 % des patients traités avec une thérapie familiale sont revenus en traitement en comparaison avec 58 % d'autres patients
Weisz et coll., 1995 *Méta analyse* note : 6/7	Comparé 150 études contrôlées de TCC ou non-TCC (rogerienne, psychodynamique) pour divers troubles chez l'enfant Taille d'effet calculée selon d scores à post-traitement ou suivi (de 28 semaines en moyenne)	La TCC était significativement plus efficace que les thérapies non-TCC. Ces effets n'étaient pas différents selon la nature du trouble chez l'enfant.

NS : différence non significative ; ES : *effect size* ou taille d'effet ; TC : thérapie comportementale ; non-TC : thérapie non comportementale

Dans cette étude, les approches TCC se sont, encore une fois, avérées plus efficaces que les formes de traitement non TCC. Parmi ces dernières, l'effet de la thérapie de soutien (ES = 0,56) était significativement supérieur à zéro,

contrairement à celui de la thérapie psychodynamique (ES = 0,01). Il est nécessaire d'interpréter ce dernier résultat avec prudence, puisque seulement trois études de qualité sur la thérapie psychodynamique ont pu être identifiées par les auteurs.

En ce qui concerne les modalités thérapeutiques, la méta-analyse d'onze études de Hazelrigg et coll. (1987) a souligné l'utilité de la thérapie familiale (d'orientations diverses) comparée aux psychothérapies individuelles et de groupe (psychodynamique, TCC, soutien, autres). En particulier, la thérapie familiale était significativement plus efficace que les thérapies effectuées en groupe ou individuellement avec le patient pour les mesures d'interaction familiale et pour les mesures du comportement de l'enfant.

Enfin, la méta-analyse de Weisz et coll. (1995) a examiné les études récentes, non traitées par Casey et Berman (1985) et Weisz et coll. (1987). Ces auteurs ont observé que la TCC était significativement plus efficace que les thérapies non TCC (thérapie psychodynamique ou de soutien). De plus, les analyses des études avec suivi ont montré que les effets supérieurs de la TCC observés à la fin du traitement n'étaient pas moins durables que les effets des thérapies non TCC. En ce qui concerne les formes spécifiques de thérapie (TCC, thérapie psychodynamique, thérapie de soutien), seuls les effets de la TCC étaient significativement différents de zéro.

Analyse par trouble spécifique chez l'enfant

En ce qui concerne les thérapies pour troubles spécifiques, les comparaisons entre approches sont relativement limitées en nombre, à l'exception de celles relatives à la dépression et aux troubles anxieux. Concernant ces syndromes, les investigations comparatives chez l'enfant et l'adolescent ont tendance à montrer des résultats très similaires à ce qui est observé chez l'adulte. À titre d'exemple, le tableau 11.XVI présente une synthèse des études récentes de bonne qualité méthodologique ayant comparé plusieurs formes de psychothérapie pour la dépression.

Un programme de recherche de Brent et coll. (Brent et coll., 1997 et 1998 ; Birmaher et coll., 2000 ; Kolko et coll., 2000) a comparé TCC, thérapie familiale systémique comportementale et thérapie de soutien pour des adolescents atteints de la dépression majeure. Ces études ont inclus non seulement les diverses mesures de la dépression (effectuées par les cliniciens ou par les patients eux-mêmes) mais également une période de suivi de deux ans. Ces investigateurs ont trouvé que la TCC était supérieure aux deux autres formes de thérapie à la fin du traitement pour la symptomatologie dépressive, mais que ces différences n'étaient plus significatives à deux ans de suivi. En ce qui concerne les symptômes autres que la dépression, la TCC s'est avérée supérieure pour les distorsions cognitives en fin traitement et supérieure à la thérapie de soutien durant tout le suivi. En revanche, la thérapie familiale

Tableau 11.XVI : Études comparant différentes formes de psychothérapie concernant la dépression de l'enfant et de l'adolescent

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Brent et coll., 1997 ; 1998 ; Birmaher et coll., 2000 *Étude contrôlée randomisée* note : 9,5/10	TCC, thérapie familiale systémique comportementale, thérapie de soutien (12 à 16 semaines) 107 adolescents (13 à 18 ans) souffrant de dépression majeure (DSM-III-R) Analyses effectuées à post-traitement et à 2 ans de suivi sur : dépression (diagnostic et BDI) et mesures de fonctionnement	Effets des psychothérapies sur la dépression à la fin du traitement TCC significativement plus bénéfiques que les thérapies familiales et de soutien. Au bout de 2 ans, aucune différence entre les trois thérapies en termes de symptomatologie dépressive, de statut fonctionnel, de variables cognitives ou familiales
Rossello et coll., 1999 *Étude contrôlée randomisée* note : 8,5/10	TCC, IPT (12 séances) et liste d'attente 71 adolescents (13 à 17 ans) souffrant de dépression majeure ou dysthymie (DSM-III-R) Analyses effectuées à post-traitement et suivi diverses mesures de dépression, ajustement, autres variables psychologiques	À la fin du traitement IPT et TCC significativement supérieures à liste d'attente pour la dépression, mais non distinguées l'une de l'autre, et aucune différence pendant le suivi
Deblinger et coll., 2001 *Étude contrôlée randomisée* note : 7/10	TCC groupe, thérapie de soutien groupe (11 séances, 15 minutes de plus pour TCC groupe) 54 mères et leurs enfants abusés (de 2 à 8 ans) Analyses effectuées à post-traitement et à 3 mois de suivi sur diverses mesures psychologiques et psychiatriques pour les mères et les enfants	Amélioration dans les deux groupes en ce qui concerne les mesures cliniques. Pour les mères, après traitement, TCC associée à une plus grande réduction des pensées intrusives et des émotions négatives. Pour les enfants, TCC associée à une plus grande amélioration de la connaissance des savoir-faire pour préserver son corps. Gains maintenus pour les deux groupes au suivi
Kolko et coll., 2000 (associé avec Brent, 1997) *Étude contrôlée randomisée* note : 9/10	TCC, thérapie familiale systémique comportementale, ou thérapie de soutien (12 à 16 semaines) 78 adolescents (13 à 18 ans) souffrant de dépression (DSM-III-R) Analyses effectuées à mi-traitement, post-traitement et 2 ans de suivi en ce qui concerne diagnostic de dépression (DSM-III-R), comorbidité et diverses mesures de fonctionnement	TCC supérieure aux autres thérapies pour réduire les erreurs cognitives après traitement, et demeurait supérieure à la thérapie de soutien durant tout le suivi. Au bout de 2 ans, thérapie familiale plus bénéfique que TCC pour les problèmes familiaux et relations parents-enfants. Thérapie de soutien et TCC réduisaient l'anxiété davantage que thérapie familiale sur le suivi.

s'est révélée plus bénéfique que la TCC pour les problèmes familiaux et les relations parents-enfants à 2 ans de suivi, même si l'on a constaté que la thérapie de soutien et la TCC réduisaient l'anxiété davantage que la thérapie familiale sur cette même période. Cependant, puisque aucun groupe non traité n'a été utilisé dans le cadre de ces investigations, il est impossible de déterminer à quel degré on peut imputer les résultats consécutifs à 2 années de traitement à l'amélioration naturelle de la dépression au fil du temps dans

cette population. Parmi d'autres études contrôlées, Rossello et coll. (1999) n'ont décelé aucune différence entre l'IPT et la TCC, bien que l'on ait constaté que les niveaux de dépression des adolescents des deux groupes traités avaient été bien améliorés comparativement à ceux des adolescents de la liste d'attente. Enfin, Deblinger et coll. (2001) ont examiné les effets des thérapies TCC et de soutien par rapport aux symptômes dépressifs et à ceux liés à un traumatisme chez des enfants maltraités et leurs mères (qui n'étaient pas les auteurs des mauvais traitements). Les thérapies ont, toutes deux, été administrées en groupes, mais les séances TCC étaient légèrement plus longues que les séances de soutien. Les deux groupes ont montré de nets signes d'amélioration, mais la TCC s'est avérée supérieure pour les pensées intrusives des mères ou les comportements d'auto-protection des enfants.

Avant d'analyser les résultats, il est nécessaire d'observer quelques points faibles de cette littérature sur l'enfant et l'adolescent. Les critiques dénoncent souvent la sous-représentation, dans les méta-analyses publiées, des études sur les non TCC (notamment psychodynamiques), bien que celles-ci soient les traitements les plus utilisés en pratique clinique (Shirk et Russell, 1992). Lorsque de telles études sont inclusives, elles sont peu représentatives de la pratique clinique, parce que trop brèves et, le plus souvent, pratiquées en groupe. De plus, certaines méta-analyses n'ont inclus qu'une minorité de sujets demandeurs de soins ; par exemple, une étude sur quatre dans la méta-analyse de Casey et Berman (1985) était fondée sur des échantillons de ce type. Une étude qui a directement examiné les différences entre les échantillons demandeurs de soins et les autres a observé que les différentes formes de psychothérapie sont également efficaces quelle que soit l'origine de l'échantillon (Weisz et coll., 1987), tandis qu'une autre a trouvé que des différences pourraient exister selon les approches statistiques appliquées (Weisz et coll., 1995). D'autres problèmes concernent, notamment, le manque de distinction systématique entre les échantillons d'enfants et d'adolescents.

En conclusion, l'abondance de comparaisons entre les différentes formes de psychothérapie, comparaisons directes entre elles ou en fonction d'un critère commun, a permis d'importantes observations. Si les premières méta-analyses sur l'évaluation ont abouti à la conclusion que la psychothérapie (toutes formes confondues) est bénéfique en comparaison avec une absence de thérapie, il est désormais clair que des différences significatives existent entre les différentes approches. Les effets les plus positifs sont à porter au crédit des approches cognitives et comportementales dans les comparaisons globales, sachant que les troubles anxieux et les troubles de l'humeur représentent la majorité des syndromes psychiatriques inclus dans ces méta-analyses.

En ce qui concerne les analyses par trouble spécifique, la TCC se révèle plus efficace que la thérapie psychodynamique dans les études où plusieurs troubles anxieux ont été examinés ensemble et pour le trouble de l'anxiété généralisé. La TCC apparaît également comme plus efficace que les thérapies de soutien pour toutes les catégories de troubles anxieux pour lesquelles des études randomisées et contrôlées existent. L'ensemble des études montre que les gains thérapeutiques sont stables dans le temps pour la majorité des patients souffrant de troubles anxieux. Ces études n'ont pas rapporté de substitution de symptômes dans les mois ou années qui constituent la période de suivi consécutive au traitement.

Pour la dépression, les méta-analyses et les études randomisées contrôlées montrent, le plus souvent, une supériorité de la TCC par rapport à une thérapie psychodynamique ou à une thérapie de soutien. Par ailleurs, les résultats favorables de l'IPT pour ce trouble pourraient indiquer que cette forme de psychothérapie, brève et structurée, est tout aussi efficace que la TCC. Comme pour les troubles anxieux, ces deux formes de thérapie ne semblent associées ni à une substitution de symptômes ni à une amélioration moins durable que celle apportée par d'autres formes de psychothérapie.

En ce qui concerne la schizophrénie, les résultats de l'approche familiale psycho-éducative et de la TCC, toutes les deux en conjonction avec la pharmacothérapie, justifient une présomption d'efficacité supérieure par rapport à la thérapie psychodynamique et aux thérapies de soutien.. Leur équivalence relative dans ces études n'est peut-être pas surprenante, étant donné le fort lien historique et pragmatique entre ces approches. De plus, il a été démontré que les résultats positifs de l'évaluation des effets d'une psychothérapie, quel qu'en soit le type, augmentent quand l'évaluation s'effectue avec des critères qui sont spécifiques au traitement (Shadish et coll., 2000). Des objectifs spécifiques, centrés sur les symptômes ou le fonctionnement du patient, sont fréquemment utilisés pour évaluer les formes de psychothérapie structurées telles que la TCC, la psycho-éducation, ou encore d'autres approches comme l'IPT.

Quant à la dépendance à l'alcool, les troubles de la personnalité chez l'adulte et certains troubles de l'enfance, il n'est pas possible d'identifier avec certitude une forme de psychothérapie plus efficace qu'une autre en raison d'un manque de méta-analyses et d'études randomisées contrôlées comparatives. Pour les troubles du comportement alimentaire, cependant, malgré un nombre d'investigations comparatives plus important, aucune différence significative n'est rapportée entre les trois approches traitées dans cette expertise. Ces derniers résultats pourraient suggérer une équivalence des psychothérapies en termes d'efficacité ou la présence de problèmes méthodologiques ou conceptuels liés à l'hétérogénéité des échantillons examinés.

L'analyse des études évaluatives comparatives permet de présenter une hiérarchie entre les diverses formes de thérapie, y compris lorsque plusieurs se sont révélées efficaces. Cette analyse complète donc celle réalisée dans les autres

chapitres dans lesquels l'efficacité absolue des trois types de psychothérapies (psychodynamique, TCC, thérapie familiale) a été établie dans le traitement des troubles mentaux par rapport à un traitement inactif, une liste d'attente, ou une pharmacothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

ABLON JS, JONES EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy : Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 2002, **159** : 775-783

AGOSTI V, OCEPEK-WELIKSON K. The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression : a reanalysis of the National Institute of Mental health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Affect Disord* 1997, **43** : 181-186

AGRAS WS, WALSH T, FAIRBURN CG, WILSON GT, KRAEMER HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000, **57** : 459-466

ANDERSON EM, LAMBERT MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy : a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 1995, **15** : 503-214

ANDREWS G, HARVEY R. Does psychotherapy benefit neurotic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 1203-1208

BACHAR E, LATZER Y, KREITLER S, BERRY EM. Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1999, **8** : 115-128

BANDELOW B, ROTHMEYER M, SIEVERT K, HAJAK G, RUTHER E. Panic disorder-acceptance of the diagnostic entity and treatment modalities preferred by German health professionals. *European Psychiatry* 1996, **11** : 298-305

BARKHAM M, SHAPIRO DA, HARDY GE, REES A. Psychotherapy in two-plus-one sessions : outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 201-211

BARKHAM M, REES A, SHAPIRO DA, STILES WB, AGNEW RM et coll. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings : replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 1079-1085

BATEMAN A, FONAGY P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1563-1569

BECK AT, EMERY G. Anxiety disorders and phobias : A cognitive perspective. BasicBooks/HarperCollins Publishers, New-York 1985

BECK AT, SOKOL L, CLARK DA, BERCHICK R, WRIGHT F. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 778-783

BIRMAHER B, BRENT DA, KOLKO D, BAUGHER M, BRIDGE J et coll. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000, **57** : 29-36

BLANCHARD EB, HICKLING EJ, DEVINENI T, VEAZEY CH, GALOVSKI TE, MUNDY E, MALTA LS, BUCKLEY TC. A controlled evaluation of cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behav Res Ther* 2003, **41** : 79-96

BLOWERS C, COBB J, MATHEWS A. Generalised anxiety : a controlled treatment study. *Behav Res Ther* 1987, **25** : 493-502

BORKOVEC TD, COSTELLO E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 611-619

BORKOVEC TD, MATHEWS AM, CHAMBERS A, EBRAHIMI S, LYTLE R, NELSON R. The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 883-888

BRENT DA, HOLDER D, KOLKO D, BIRMAKER B, BAAUGHER M et coll. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cogitive, family and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 877-885

BRENT DA, KOLKO DJ, BIRMAHER B, BAUGHER M, BRIDGE J, ROTH C, HOLDER D. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 906-914

BRIGHT J IVEY, BAKER KURT D, NEIMEYER ROBERT A. Professional and paraprofessional group treatments for depression : A comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 491-501

BROM D, KLEBER R, DEFARES P. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 607-612

BRUCH MA, HEIMBERG RG, HOPE DA. States of mind model and cognitive change in treated social phobics. *Cog Therapy Res* 1991, **15** : 429-441

CRASKE MG, MAIDENBERG E, BYSTRITSKY A. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1995, **26** : 113-120

CASEY RJ, BERMAN JS. The outcome of psychotherapy with children. *Psychol Bull* 1985, **98** : 388-400

COOPER PJ, MURRAY L. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. *In* : Post partum depression and infant development. MURRAY L, COOPER PJ eds. 1997 : 201-220

COTTRAUX J, NOTE I, ALBUISSON E, YAO SN, NOTE B et coll. Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia : a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2000, **69** : 137-146

COVI L, LIPMAN RS, SMITH JE. Group psychotherapy and pharmacotherapy of depression. *In* : Combined therapy for depression. MANNING DW, FRANCES AJ eds, American Psychiatric Association, 1990 : 65-111

CRITS-CHRISTOPH P, BARANACKIE K, KURCIAS JS, BECK AT, CARROL K, PERRY K et coll. Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychother Res* 1991, **1** : 81-91

CUIJPERS P. Psychological outreach programmes for the depressed elderly : a meta-analysis of effects and dropout. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998, **13** : 41-48

DARE C, EISLER I, RUSSELL G, TREASURE J, DODGE L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa : randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001, **178** : 216-221

DEBLINGER E, STAUFFER L, STEER R. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. Abuse of Children. *Child Maltreatment : J Am Professional Society* 2001, **6** : 332-343

DEPARTMENT OF HEALTH, UNITED KINGDOM. Treatment choice in psychological therapies and counselling : Evidence based clinical practice guidelines. 2000 w www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline

DOBSON KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 414-419

DRURY V, BIRCHWOOD M, COCHRANE R, MACMILLAN F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis : a controlled trial. II. Impact on recovery time. *Br J Psychiatry* 1996a, **169** : 602-607

DRURY V, BIRCHWOOD M, COCHRANE R, MACMILLAN F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis : a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996b, **169** : 593-601

DURHAM RC, MURPHY T, ALLAN T, RICHARD K, TRELIVING LR, FENTON GW. Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 1994, **165** : 315-323

DURHAM RC, FISHER PL, TRELIVING LR. One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder : symptom change medication usage and attitudes to treatment. *Behav Cognitive Psychother* 1999, **27** : 19-35

ECKMAN TA, WIRSHING WC, MARDER SR, LIBERMAN RP, JOHNSTON-CRONK K et coll. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management : a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1549-1555

EISLER I, DARE C, RUSSELL GF, SZMUKLER G, LE GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1025-1030

ELKIN I, PARLOFF MB, HADLEY SW, AUTRY JH. NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program : Background and research plan. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 305-316

ELKIN I, SHEA MT, WATKINS JT, IMBER SD, SOTSKY SM et coll. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989, **46** : 971-982

ENGELS GI, VERMEY M. Efficacy of nonmedical treatments of depression in elders : a quantitative analysis. *J Clin Geropsychology* 1997, **3** : 17-35

FAIRBURN CG, NORMAN PA, WELCH SL, O'CONNOR ME, DOLL HA, PEVELER RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995, **52** : 304-312

FISHER PL, DURHAM RC. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy : an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychol Med* 1999, **29** : 1425-1434

FOA EB, ROTHBAUM BO, RIGGS DS, MURDOCK TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims : a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 715-723

GALLAGHER DE, THOMPSON LW. Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and nonendogenous depression in older adult outpatients. *J Gerontol* 1983, **38** : 707-712

GALLAGHER DE, THOMPSON LW. Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychother Theory Res Pract* 1982, **19** : 482-490

GALLAGHER-THOMPSON D, STEFFEN AM. Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 543-549

GARNER DM, ROCKERT W, DAVIS R, GARNER MV, OLMSTED MP, EAGLE M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993, **150** : 37-46

GATZ M, FISKE A, FOX LAUREN S, KASKIE BRIAN, KASL-GODLEY. Empirically validated psychological treatments for older adults. *J Ment Health Aging* 1998, **4** : 9-46

GLOAGUEN V, COTTRAUX J, CUCHERAT et coll. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998, **49** : 59-72

GRAFF RW, WHITEHEAD GI, LECOMPTE M. Group treatment with divorced women using cognitive-behavioral therapy and supportive-insight methods. *J Conselling Psychol* 1986, **33 :** 276-281

GUNDERSON JG, FRANK AF, KATZ HM, VANNICELLI ML, FROSCH JP, KNAPP PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia : II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984, **10** : 564-598

HADDOCK G, TARRIER N, MORRISON AP, HOPKINS R, DRAKE R, LEWIS S. A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999, **34** : 254-258

HARDY GE, STILES WB, BARKHAM M, STARTUP M. Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 304-312

HARTMANN A, HERZOG T, DRINKMANN A. Psychotherapy of bulimia nervosa : what is effective ? A meta-analysis. *J Psychosom Res* 1992, **36** : 159-167

HAZELRIGG MD, COOPER HM, BORDUIN CM. Evaluating the effectiveness of family therapies : an integrative review and analysis. *Psychol Bull* 1987, **101** : 428-442

HEIMBERG RG, LIEBOWITZ MR, HOPE DA, SCHNEIER FR, HOLT CS et coll. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia : 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1998, **55** : 1133-1141

HOGARTY GE, GREENWALD D, ULRICH RF, KORNBLITH SJ, DIBARRY A et coll. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II : Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997a, **154** : 1514-1524

HOGARTY GE, KORNBLITH SJ, GREENWALD D, DIBARRY AL, COOLEY S et coll. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I : Description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry* 1997b, **154** : 1504-1513

HOGG JA, DEFFENBACHER JL. A comparaison of cognitive and interpersonal-process group therapies in the treatment of depression among college students. *J Couns Psychol* 1988, **35** : 304-310

JARRETT RB, RUSH AJ. Short-term psychotherapy of depressive disorders : current status and future directions. *Psychiatry* 1994, **57** : 115-132

KNIGHT RP. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941, **98** : 434-446

KOLKO D, BRENT D, BAUGHER M, BRIDGE J, BIRMAHER B. Cognitive and family therapies for adolescent depression : Treatment specificity, mediation, and moderation. *J Consult Clin Psychol* 2000, **68** : 603-614

LEICHSENRING F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression : a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001, **21** : 401-419

LEICHSENRING F, LEIBING E. The effectiveness of psychodyanamic therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of personality disorders : A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 1223-1232

LIBERMAN RP, ECKMAN T. Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 1126-1130

LINEHAN MM, ARMSTRONG HE, SUAREZ A, ALLMON D, HEARD HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 1060-1064

LINEHAN MM, HEARD HL, ARMSTRONG HE. Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1993, **50** : 971-974

LINEHAN MM, TUTEK DA, HEARD HL, ARMSTRONG HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioural treatment for chronically suicidal borderline patients. *Amrerican Journal of Psychiatry* 1994, **151** : 1771-1776

LUBORSKY L, SINGER B, LUBORSKY L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that « everyone has won and all must have prizes » ? *Arch Gen Psychiatry* 1975, **32** : 995-1008

MATT G, NAVARRO A. What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects : A review and future directions. *Clin Psychol Rev* 1997, **17** : 1-32

MCCUSKER J, COLE M, KELLER E, BELLAVANCE F, BERARD A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998, **158** : 705-712

MCLEAN PD, HAKSTIAN AR. Clinical depression : comparative efficacy of outpatient treatments. *J Consult Clin Psychol* 1979, **47** : 818-836

MOHR DC, BOUDEWYN AC, GOODKIN DE, BOSTROM A. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2001, **69** : 942-949

MOJTABAI R, NICHOLSON RA, CARPENTER BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia : a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998, **24** : 569-587

PARKER G, ROY K, EYERS K Cognitive behavior therapy for depression ? Choose horses for courses. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 825-34

PAUL GL. Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. *J Consult Clin Psychol* 1967, **31** : 333-348

PINQUART M, SOERENSEN S. How effective are psychotherapeutic and other psychosocial intervention with older adults ? A meta analyse. *J Ment Health Aging* 2001, **7** : 207-243

ROSSELLO J, GUILLERMO B. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1999, **5** : 734-745

SEGAL ZV, WHITNEY DK, LAM RX. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. III. Psychotherapy. *Can J Psychiatry* 2001, **46** : 29-37

SHADISH WR, MONTGOMERY LM, WILSON P, WILSON MR, BRIGHT I, OKWUMABUA T. Effects of family and marital psychotherapies : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 992-1002

SHADISH WR, NAVARRO, AM, MATT GE, PHILLIPS G. The effects of psychological therapies under clinically representative conditions : A meta-analysis. *Psychol Bull* 2000, **126** : 512-529

SHAPIRO DA, SHAPIRO D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies : a replication and refinement. *Psychol Bull* 1982, **92** : 581-604

SHAPIRO DA, BARKHAM M, REES A, HARDY GE, REYNOLDS S, STARTUP M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 522-534

SHEAR MK, HOUCK P, GREENO C, MASTERS S. Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 1993-1998

SHIRK SR, RUSSELL RL. A reevaluation of estimates of child therapy effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 703-709

SMITH ML, GLASS GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977, **32** : 752-760

STANLEY MA, BECK JG, GLASSCO JD. Treatment of generalized anxiety in older adults : a preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behav Ther* 1996, **27** : 565-581

STEUER JL, MINTZ J, HAMMEN CL, HILL MA, JARVIK LF, MCCARLEY T, MOTOIKE P, ROSEN R. Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 180-189

SVARTBERG M, SELTZER MH, STILES TC. The effects of common and specific factors in short-term anxiety-provoking psychotherapy : a pilot process-outcome study. *J Nerv Ment Dis* 1998, **186** : 691-696

SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES. Code de déontologie des psychologues AEPU, ANOP, SFP. Code adopté à l'unanimité par le Congrès du SNP le 31 mars 1996

TANG TZ, LUBORSKY L, ANDRUSYNA T. Sudden gains in recovering from depression : are thety also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy ? *J Consult Clin Psychol* 2002, **70** : 444-447

TARGET M, FONAGY P. Research on intensive psychotherapy with children and adolescents. *Child Adol Psychiatric Clin North Am* 1997, **6** : 39-51

TARRIER N, YUSUPOFF L, KINNEY C, MCCARTHY E, GLEDHILL A, HADDOCK G, MORRIS J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 1998, **317** : 303-307

THASE M, FRIEDMAN E, BERMAN S, FASICZKA A, LIS, J, HOWLAND R, SIMONS A. Is cognitive behavior therapy just a 'nonspecific' intervention for depression ? A retrospective comparison of consecutive cohorts treated with cognitive behavior therapy or supportive counselling and pill placebo. *J Affect Disord* 2000, **57** : 63-71

THOMPSON LW, GALLAGHER D, STEINMETZ BRECKENRIDGE J. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 385-390

TREASURE J, TODD G, BROLLY M, TILLER J, NEHMED A, DENMAN F. A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy versus educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1995, **33** : 363-367

TREASURE JL, KATZMAN M, SCHMIDT U, TROOP N, TODD G, DE SILVA P. Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa : first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther* 1999, **37** : 405-418

WAMPOLD B, MINAMI T, BASKIN T, TIERNEY S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J. Affective Disorders* 2002, **68** : 159-165

WARD E, KING M, LLOYD M, BOWER P, SIBBALD B et coll. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I : clinical effectiveness. *BMJ* 2000, **321** : 1383-1388

WEISZ JR, DONENBERG GR, HAN SS, KAUNECKIS D. Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics : why the disparity ? *J Abnorm Child Psychol* 1995, **23** : 83-106

WEISZ JR, JENSEN AL. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts : Review of the evidence and suggestions for improving the field. *Euro Child and Adol Psychiatry* 2001, **10** : 12-18

WEISZ JR, WEISS B, ALICKE MD, KLOTZ ML. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents : a meta-analysis for clinicians. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 542-549

WHITE J, KEENAN M, BROOKS N. Stress control : a controlled comparative investigation of large grouptherapy for generalized anxiety disorder. *Behav Psychother* 1992, **20** : 97-114

WILFLEY DE, WELCH RR, STEIN RI, SPURRELL EB, COHEN LR et coll. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002, **59** : 713-721

WUNDERLICH U, WIEDEMANN G, BRUCHKREMER G. Are psychosocial methods of intervention effective in schizophrenic patients ? A meta-analysis. *Verhaltenstherapie* 1996, **6** : 4-13

12

Bilan des études d'évaluation par pathologie

Ce chapitre présente la synthèse des études d'évaluation (exposées de façon détaillée dans les chapitres précédents) pour chaque type de pathologie et dans l'état actuel des données scientifiques publiées. Selon la qualité méthodologique des études et le niveau de preuve scientifique qu'elles apportent, les approches psychothérapiques qui ont démontré leur efficacité, voire de leur supériorité sur les autres approches ont été retenues. Nous rendons également compte des résultats négatifs et de leur niveau de preuve scientifique lorsque des données sont disponibles.

Schizophrénie

Nous avons distingué deux situations cliniques : celle des patients en phase aiguë ou hospitalisés et celle des patients traités par neuroleptiques et stabilisés.

Le tableau 12.I présente les études retenues pour l'évaluation des différentes approches psychothérapiques chez les personnes schizophrènes.

Tableau 12.I : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les schizophrénies

Approches	Type d'études	
	Méta-analyses	Revues systématiques
Thérapies psychodynamiques (psychanalytiques)	Malmberg et Fenton, 2001	Fenton, 2000
Thérapies cognitivo-comportementales	Benton et Schroeder, 1990 Corrigan, 1991 Wunderlich et coll., 1996 Cormac et coll., 2002	
Thérapies familiales	Mari et Streiner, 1994 Wunderlich et coll., 1996 Pharoah et coll., 2000 Pitschel-Waltz et coll., 2001	
Autres psychothérapies : psycho-éducation	Pekkala et Merinder, 2000 Pharoah et coll., 2000 Pitschel-Waltz et coll., 2001	

Sujets schizophrènes en phase aiguë ou hospitalisés

Trois méta-analyses évaluent différentes approches psychothérapiques chez ces sujets (tableau 12.II).

Tableau 12.II : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les sujets schizophrènes en phase aiguë ou hospitalisés

Références Appéciation méthodologique	Description	Résultats
Mari et Streiner, 1994 *Méta-analyse* note : 3/7	Thérapies familiales (TF) 6 études Patients hospitalisés et traités par neuroleptiques	Groupe TF *versus* contrôle : diminution du nombre de rechutes à 6 et 9 mois et à 2 ans Chez les sujets hospitalisés, effet des thérapies familiales sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique
Malmberg et Fenton, 2001 *Méta-analyse* note : 6/7	Thérapies psychodynamiques (TP) 3 études Patients hospitalisés	TP individuelle *versus* trt. NL (1 étude) : moins bon niveau de santé à 2 ans pour TP TP individuelle + trt NL *versus* trt NL seul (1 étude) : pas de différence TP individuelle *versus* T cognitive (1 étude) : pas de différence TP individuelle *versus* de groupe (1 étude) : pas de différence Très peu d'études éligibles pour cette analyse, seules 3 études anciennes ont pu être incluses. Les différentes comparaisons ne peuvent utiliser à chaque fois que les données d'une seule étude. Chez les sujets hospitalisés, pas d'avantage démontré pour la TP sur l'évolution clinique des sujets
Cormac et coll., 2002 *Méta-analyse* note : 6/7	Thérapies cognitives (TC) 13 études Patients hospitalisés et traités par neuroleptiques	Groupe TC *versus* contrôle : sortie plus rapide de l'hôpital ; état mental global meilleur à 6 mois mais pas à un an Chez les sujets hospitalisés, effet à court terme et modéré des thérapies cognitives en association au traitement neuroleptiques

Celle de Mari et Streiner (1994) évaluait l'efficacité d'interventions familiales cognitivo-comportementales (thérapie familiale orientée sur la crise, thérapie familiale à domicile, programmes éducationnels) dans la prévention des rechutes chez des patients schizophrènes en phase aiguë et rassemblait les résultats de 6 essais randomisés. Elle montrait une augmentation de la compliance à la chimiothérapie et une diminution des hospitalisations au cours du temps dans le groupe ayant bénéficié d'une approche familiale. Le risque de rechute s'accroissait avec le temps, mais était nettement plus élevé

dans les groupes contrôles. À 9 mois, il était de 6 à 41 % et à 2 ans, de 14 à 33 %. Ces résultats à 9 mois étaient nettement moins bons si l'on tenait compte des abandons de traitement et ne concernaient que les patients vivant dans un environnement familial à émotion exprimée (EE) élevée. Une intervention familiale était, de plus, nécessaire pour 2 patients sur 5 pour prévenir une rechute lors du suivi à 9 mois. Cette méta-analyse n'a pas établi le rôle des interventions familiales sur les changements dans l'état d'EE familiale.

La méta-analyse de Malmberg et Fenton (2001) ne retenait que 3 études randomisées anciennes (1972, 1976 et 1984) et de méthodologies disparates. Les sujets étaient hospitalisés ou sortant d'une hospitalisation et, selon les études, la psychothérapie analytique individuelle était comparée à une autre psychothérapie d'inspiration cognitive, au traitement médicamenteux ou à une thérapie psychodynamique de groupe. Les critères d'évaluation étaient la sortie d'hospitalisation, le taux de suicide et de rechute et le niveau global de santé évalué par les soignants à distance (de 20 mois minimum à 5 ans). Les différentes comparaisons n'ont pu être effectuées à chaque fois qu'à partir des données d'une seule étude. Cette analyse montrait que, dans cette population, la thérapie psychodynamique individuelle était comparable à la thérapie psychodynamique de groupe ou à la thérapie cognitive, même si les patients du groupe thérapie psychodynamique demeuraient plus longtemps dans l'étude. Comparée au traitement neuroleptique, son effet était significativement inférieur sur le niveau global de santé à deux ans et associée aux neuroleptiques, elle ne montrait pas de supériorité comparée au traitement médicamenteux utilisé seul. Cette méta-analyse n'a donc pas permis de montrer l'efficacité des thérapies analytiques chez les patients schizophrènes hospitalisés.

La méta-analyse de Cormac et coll. (2002) évaluait les effets des thérapies cognitives à partir de 13 études récentes et concernait des patients en phase aiguë traités par neuroleptiques. Comparée au traitement standard, la thérapie cognitive ne réduisait pas nécessairement le taux de rechute et d'admission à l'hôpital mais permettait une sortie plus rapide des patients de l'hôpital. A 13 et 26 semaines (mais pas après un an), l'amélioration globale de l'état mental était significativement meilleure dans le groupe traité par thérapie cognitive.

Sujets schizophrènes stabilisés ou suivis en ambulatoire

En ce qui concerne la prise en charge psychothérapique en ambulatoire des schizophrénies chroniques, l'approche cognitivo-comportementale, intégrée dans des programmes psycho-éducatifs, est, à ce jour, la seule pour laquelle des résultats positifs ont été établis, à court et moyen terme, sur le taux de rechutes, la réduction des symptômes et la réadaptation sociale des sujets.

Plusieurs méta-analyses ont confirmé les résultats des programmes de développement des habiletés sociales chez les patients ou de gestion des rechutes chez leurs proches.

La méta-analyse de Benton et Schroeder (1990) portait sur 27 études effectuées entre 1972 et 1988 et concernait le développement des compétences sociales des sujets schizophrènes (thérapies comportementales), traités par ailleurs par neuroleptiques (tableau 12.III). Elle montrait l'efficacité de ces interventions sur les mesures comportementales des compétences sociales par rapport au groupe contrôle et quatre études rapportaient les résultats positifs d'un suivi (de 1 à 9 mois).

Tableau 12.III : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les sujets schizophrènes stabilisés ou suivis en ambulatoire

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Benton et Schroeder,1990 *Méta-analyse* note : 6/7	Thérapies comportementales (TC) 27 études Patients traités par neuroleptiques	Groupe TC *versus* contrôle : amélioration des compétences sociales. Maintien des résultats lors du suivi (1 à 9 mois) Effet des thérapies comportementales sur l'acquisition d'habiletés sociales, en association au traitement neuroleptique
Corrigan, 1991 *Méta-analyse* note : 4/7	Thérapies comportementales (TC) 73 études Patients psychotiques comparés à des sujets non psychotiques	Comparaison entre groupes : réduction des symptômes et amélioration des compétences sociales dans tous les groupes, maintient du résultat à 5 mois (1 mois à 2 ans) Effet des thérapies comportementales sur l'acquisition d'habiletés sociales, y compris chez les sujets non psychotiques
Wunderlich et coll., 1996 *Méta-analyse* note : 6/7	Thérapies cognitives (TC) et Psycho-éducation familiale (PEF) 31 études Patients traités par neuroleptiques	Comparaison : intervention *versus* non intervention et diverses thérapies spécifiques *versus* contrôle Groupe TC *versus* contrôle : sortie plus rapide de l'hôpital Amélioration de la gestion des émotions et du comportement pour les sujets traités *versus* contrôle. Les meilleurs résultats concernent la psycho-éducation familiale et la thérapie cognitive
Pharoah et coll., 2000 *Méta-analyse* note : 6/7	Psycho-éducation familiale (PEF) 12 études	Groupe intervention familiale *versus* contrôle : diminution du taux de rechute à 1 an et 2 ans Effet de la psycho-éducation familiale sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique

Tableau 12.III (suite) : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les sujets schizophrènes stabilisés ou suivis en ambulatoire

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Pekkala et Merinder, 2000 *Méta-analyse* note : 6/7	Psycho-éducation (PE) 10 études	Groupe psycho-éducation *versus* contrôle : diminution du taux de rechute à 9 et 18 mois Effet de la psycho-éducation des patients sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique
Pitschel-Walz et coll., 2001 *Méta-analyse* note : 5/7	Psycho-éducation familiale (PEF) 25 études	Groupe intervention familiale *versus* contrôle : diminution du taux de rechute à 1 an, PEF = PE (patient) = PEF + PE (patient) Effet de la psycho-éducation familiale et de la psycho-éducation des patients sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique
Fenton, 2000 *Revue systématique*	Thérapies psychodynamiques (TP) individuelles 14 études	Inefficacité des TP utilisées seules Pas de bénéfice démontré de l'association TP + trt. NL sur trt. NL seul Pas d'avantage démontré pour les TP sur l'évolution clinique des sujets

La méta-analyse de Corrigan (1991) regroupait 73 études de développement des habiletés sociales dans quatre populations d'adultes (troubles du développement, psychotiques, non-psychotiques et délinquants) entre lesquelles elle ne montrait pas de différence dans les résultats. Tous les sujets avaient acquis, et maintenu sur une période moyenne de cinq mois (1 mois à 2 ans), de façon comparable les habiletés visées par les traitements.

La méta-analyse de Wunderlich et coll. (1996) portait sur 31 études évaluant l'influence de diverses méthodes d'intervention psychosociales (thérapies cognitivo-comportementales, thérapies psychodynamiques et interventions familiales) chez des patients schizophrènes traités par neuroleptiques. Ces interventions s'avéraient efficaces dans leur globalité sur la gestion des émotions et les comportements, avec une durée de suivi pouvant aller jusqu'à 5 ans mais les effets les plus marqués concernaient la psycho-éducation familiale et la thérapie cognitive.

Douze études randomisées, comparant les effets de divers types d'interventions psychosociales (psycho-éducation familiale) dans les familles de sujets schizophrènes comparés à des contrôles, étaient retenues dans la méta-analyse de Pharoah et coll. (2000). Le résultat principal était la réduction du taux de rechute à 1 et 2 ans chez les patients dont la famille avait bénéficié d'une prise en charge psychosociale. Une tendance à l'amélioration de la compliance au traitement était retrouvée chez ces mêmes patients.

La méta-analyse de Pekkala et Merinder (2000) incluait 10 études randomisées et comparait les effets de différents types d'interventions psychoéducatives auprès de sujets schizophrènes comparés à des contrôles. Le résultat principal était, là encore, la réduction du taux de rechute à 9 et 18 mois chez les patients ayant bénéficié d'une prise en charge psychoéducative. La disparité des données ne permettait pas aux auteurs de tirer d'autres conclusions valides de leur travail.

La méta-analyse de Pitschel-Walz et coll. (2001) rassemblait 25 études randomisées concernant des programmes d'intervention destinés aux proches pour les aider à faire face à la maladie du patient (psycho-éducation familiale). Les critères d'évaluation étaient le taux de rechute et de réhospitalisation à un an. Le taux de rechute était diminué de 20 % dans le groupe expérimental *versus* contrôle et était plus marqué si les interventions familiales duraient plus de 3 mois. L'association d'un soutien psychosocial aux proches au traitement médicamenteux du patient avait un effet significativement supérieur au traitement médical standard seul. Les effets des interventions familiales et des interventions d'ensemble pour le patient étaient comparables, mais leur association ne montrait pas de résultat supérieur à leur effet pris isolément.

La revue systématique de Fenton (2000), dans une approche historique de l'évolution des psychothérapies individuelles dans la schizophrénie, détaillait les études randomisées. Même associées au traitement neuroleptique, les approches psychodynamiques « classiques » n'ont pas pu établir de façon claire leur efficacité dans la schizophrénie. L'évolution de la pratique vers la définition de cibles et une adaptation spécifique de la méthode aux différentes phases de la maladie permettrait de définir des « psychothérapies flexibles » plus adaptées aux perspectives cliniques actuelles et qui se prêteraient de façon plus adéquate à des objectifs de recherche.

Les données de la méta-analyse de Mojtabai (1998) n'apportent pas d'argument supplémentaire. Elle évaluait à travers 106 études (dont 60 réalisées chez des patients schizophrènes hospitalisés) les effets du traitement psychosocial (quel qu'en soit le type) associé ou non au traitement pharmacologique. La taille d'effet la plus importante concernait l'association d'un traitement psychosocial et pharmacologique mais aucune conclusion ne peut être tirée pour un type d'intervention en particulier.

En résumé, concernant les sujets atteints de schizophrénie en phase aiguë ou hospitalisés, les thérapies familiales, associées aux antipsychotiques, semblent donc les plus efficaces (sur le taux de rechute à 2 ans).

Concernant les patients schizophrènes stabilisés et suivis en ambulatoire, les thérapies cognitivo-comportementale, en association au traitement médicamenteux, sont efficaces sur l'acquisition d'habiletés sociales ou l'amélioration de la gestion des émotions. L'approche psycho-éducative, familiale ou centrée

sur le patient, associée au traitement médicamenteux est efficace sur le taux de rechute à 2 ans.

Les comparaisons directes entre les diverses approches thérapeutiques, quant à elles, ont permis d'établir la supériorité en terme d'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et de l'approche psycho-éducative par rapport aux autres pychothérapies.

Troubles dépressifs

Nous avons distingué le trouble bipolaire (maniaco-dépressif) des troubles dépressifs (récurrents ou non) et les dépressions en fonction de leur intensité. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.IV.

Tableau 12.IV : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles dépressifs

Approches	Type d'études	
	Méta-analyses	Études contrôlées
Thérapies psychodynamiques (psychanalytiques)	Robinson et coll., 1990 McCusker et coll., 1998 Pinquart et Sörensen, 2001	Burnand, 2002
Thérapies cognitivo-comportementales	Dobson, 1989 Robinson et coll., 1990 Stuart et Bowers, 1995 Thase et coll., 1997 Engels et Vermey, 1997 McCusker et coll., 1998 Gloaguen et coll., 1998 Pinquart et Sörensen, 2001	
Thérapies familiales		Glick et coll., 1985 Clarkin et coll., 1998 Miklowitch et coll., 2000 Leff et coll., 2000
Autres psychothérapies	Thérapies interpersonnelles : Robinson et coll., 1990 Thase et coll., 1997	Psycho-éducation : Glick et coll., 1985 Clarkin et coll., 1998 Perry et coll., 1999

Troubles bipolaires

L'étude contrôlée et randomisée de Clarkin et coll. (1998) visait à évaluer les effets d'une intervention conjugale psycho-éducationnelle pour des patients présentant un trouble bipolaire (tableau 12.V). Le suivi était de 11 mois. Dans le groupe des patients participant à l'intervention conjugale psycho-éducationnelle, ont été mises en évidence des améliorations significatives du

Tableau 12.V : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans les troubles bipolaires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Clarkin et coll., 1998 *Etude contrôlée* note : 8/10	Psycho-éducation familiale (conjugale) (PEF) Evaluation du niveau de fonctionnement Suivi : 11 mois	Groupe intervention conjugale *versus* contrôle : amélioration du fonctionnement global et de la compliance au traitement médicamenteux. Pas de différence sur la symptomatologie Effet de la psycho-éducation conjugale sur le fonctionnement et la compliance, en association au traitement médicamenteux
Perry et coll., 1999 *Etude contrôlée* note : 9/10	Psycho-éducation (PE) Prévention des récidives 69 patients Patients sous traitement médicamenteux Suivi : 18 mois	Groupe psycho-éducation *versus* contrôle : diminution du délai de survenue des rechutes maniaque mais non dépressives, diminution du nombre de rechutes maniaques mais non dépressives à 18 mois. Amélioration du fonctionnement global à 18 mois Effet de la psycho-éducation des patients sur le nombre et le délai de survenue des rechutes maniaques mais non dépressives, en association au traitement neuroleptique
Miklowitz et coll., 2000 note : 7/10	Psycho-éducation centrée sur la famille (PEF) (31 patients) *versus* traitement par quelques séances limitées d'éducation familiale et gestion de crise, GC (70 patients) Patients sous traitement médicamenteux	Groupe PEF *versus* GC A 1 an, taux de rechute inférieur ($p = 0,037$) dans le groupe PEF (29 % *versus* 53 %) Après un an de traitement : le groupe PEF est associé à une stabilisation plus importante des symptômes dépressifs (SADS-C) mais pas des épisodes maniaques Amélioration la plus importante se retrouve chez les patients d'EE élevées dans le groupe PEF

fonctionnement global et de la compliance médicamenteuse, mais non de la symptomatologie.

L'étude contrôlée et randomisée de Perry et coll. (1999), réalisée chez 69 patients bipolaires ayant eu une rechute dans les douze mois précédents testait une approche psycho-éducative (apprendre à identifier rapidement les symptômes de rechute et à rechercher rapidement un traitement). Le groupe contrôle recevait seulement les soins habituels (médicament, soutien, éducation). Le suivi était de 18 mois. Les résultats étaient un délai de survenue de la première rechute maniaque plus long dans le groupe recevant la psycho-éducation (après 65 semaines en moyenne, contre 17 dans le groupe contrôle), avec une réduction significative des rechutes maniaques sur

18 mois (différence moyenne 30 %). Cependant, aucune différence n'était mise en évidence concernant la survenue de la première rechute dépressive et le nombre de rechutes. Dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention psycho-éducative, une amélioration du fonctionnement social était retrouvée à 18 mois.

L'objectif de l'étude contrôlée de Miklowitz et coll. (2000) était de montrer l'efficacité de la psycho-éducation familiale dans la prévention des rechutes de patients présentant des troubles bipolaires. Les patients furent évalués tous les 3 mois pendant 1 an en terme de rechute, de sévérité des symptômes et de compliance médicamenteuse. Les patients ayant suivi la psycho-éducation familiale eurent moins de rechutes, des délais plus longs avant la rechute et une amélioration plus nette des symptômes dépressifs (mais pas des symptômes maniaques).

Troubles dépressifs sévères chez des patients hospitalisés

La méta-analyse de Stuart et Bowers (1995) portait sur 4 études et montrait l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales, seules ou associées au traitement antidépresseur, par rapport aux conditions contrôles, sur les scores de dépression, chez des patients hospitalisés (tableau 12.VI).

La méta-analyse de Engels et Vermey, 1997 a isolé les études concernant la dépression du sujet âgé, souvent incluses dans les méta-analyses ayant trait à l'adulte. Dix-sept études ont été incluses dans cette méta-analyse, dont douze incluaient un groupe en thérapie, cognitivo- et/ou comportementale et donnaient lieu à 28 comparaisons. Par rapport aux conditions contrôles, la thérapie cognitive avait une taille d'effet de 0,85, la thérapie comportementale une taille d'effet de 0,96 mais la combinaison des deux thérapies n'aboutissait qu'à une taille d'effet de 0,45.

L'étude randomisée et contrôlée de Glick et coll. (1985) évaluait, chez des patients hospitalisés, l'efficacité d'un programme d'intervention psycho-éducative auprès des familles (64 patients présentant des troubles affectifs majeurs). Les résultats du groupe avec intervention familiale étaient meilleurs, en terme de fonctionnement global à la sortie de l'hôpital. La différence entre les deux groupes s'estompait cependant à 6 mois.

L'étude randomisée et contrôlée de Burnand et coll. (2002) comparait sur 10 semaines l'évolution de 35 patients traités par clomipramine et psychothérapie psychodynamique et de 39 patients traités par clomipramine seule. Le traitement était instauré en hospitalisation. Le traitement combiné était associé à un nombre inférieur d'échecs thérapeutiques (définis par la persistance des critères de dépression) et une meilleure adaptation au travail à 10 semaines, ainsi qu'à un meilleur fonctionnement global et une durée inférieure lors de ré-hospitalisations après la sortie de l'hopital. Le total des coûts directs et indirects s'avérait également significativement inférieur dans le groupe ayant reçu un traitement combiné.

Tableau 12.VI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles dépressifs sévères chez des patients hospitalisés

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Stuart et Bowers, 1995 *Méta-analyse* note : 4/7	Thérapies cognitives (TC) Patients hospitalisés 4 études	Groupe TCC *versus* contrôle : efficacité des TCC, seules ou associées au traitement antidépresseur sur la symptomatologie dépressive Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur les dépressions hospitalisées
Engels et Vermey, 1997 note : 4/7	Thérapies cognitivo- et/ou comportementale Dépression du sujet âgé 17 études	Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur les dépressions hospitalisées du sujet âgé
Glick et coll., 1985 *Etude contrôlée* note : 7,5/10	Psycho-éducation familiale (PEF) Evaluation du niveau de fonctionnement, 64 patients Patients hospitalisés et sous traitement médicamenteux, suivi : 6 mois	Groupe intervention familiale *versus* contrôle : Meilleur fonctionnement global à la sortie d'hospitalisation. Mais cet effet s'estompe à 6 mois Effet à court terme de la psycho-éducation familiale sur le fonctionnement global du patient, en association au traitement médicamenteux
Burnand et coll., 2002 *Etude contrôlée* note : 8/10	Thérapies psychodynamiques (TP) Evaluation du fonctionnement, des réhospitalisations et des durées d'hospitalisation, 74 patients Patients hospitalisés et traités par antidépresseurs, suivi : 10 semaines	Groupe TP *versus* contrôle : meilleur fonctionnement global et moindre durée d'hospitalisation à la sortie. Meilleure adaptation au travail et moins d'échecs thérapeutiques à 10 semaines. Moindre coût du traitement combiné Effet des thérapies psychodynamiques sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation chez les patients traités par antidépresseurs

Troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère chez des patients ambulatoires

La méta-analyse de Dobson (1989) incluait 28 études et montrait la supériorité des thérapies cognitives comparée à une liste d'attente, aux traitements médicamenteux et aux thérapies comportementales sur les scores de dépression, chez des patients suivis en ambulatoire présentant une dépression d'intensité moyenne ou légère (tableau 12.VII).

La méta-analyse de Robinson et coll. (1990) portait sur 58 études. Entre autres résultats, elle montrait l'efficacité (tailles d'effet significatives) des thérapies cognitives, comportementales, cognitivo-comportementales et verbales (dont thérapies interpersonnelles et psychodynamiques) en comparaison aux conditions contrôles (placebo et liste d'attente) sur les scores de

Tableau 12.VII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère chez des patients ambulatoires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Dobson, 1989 *Méta-analyse* note : 4/7	Thérapies cognitives (TC) 28 études	Efficacité supérieure des TC sur les thérapies comportementales, les traitements antidépresseurs et la liste d'attente Effet des thérapies cognitives sur les dépressions d'intensité moyenne ou légère suivies en ambulatoire
Robinson et coll.,1990 *Méta-analyse* note : 6/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Thérapies verbales, TIP et TP 58 études	Efficacité des TCC et des thérapies verbales (TI et TP) sur la symptomatologie dépressive. Efficacité comparable lorsque était prise en compte l'influence de l'allégeance du psychothérapeute Effet des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies verbales (interpersonnelles et psychodynamiques) sur les dépressions modérées
Thase et coll., 1997 *Méta-analyse* note : 6/7	Thérapies cognitives (TC) Thérapies interpersonnelles (TI) 6 études (mega-analyse)	Efficacité des TC comparable à celle de la thérapie interpersonnelle. Efficacité supérieure de la TI + antidépresseurs sur TI ou TC seules, chez les patients les plus sévères Effet des thérapies cognitives et des thérapies interpersonnelles sur les dépressions primaires non psychotiques. Effet des thérapies interpersonnelles sur les dépressions plus sévères traitées par antidépresseurs
Gloaguen et coll., 1998 *Méta-analyse* note : 6/7	Thérapies cognitives (TC) 48 études	Efficacité supérieure des TC sur les traitements antidépresseurs et la liste d'attente Effet des thérapies cognitives sur les dépressions d'intensité moyenne ou légère suivies en ambulatoire
McCusker et coll., 1998 *Méta-analyse* note : 5,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Thérapies psychodynamiques (TP) Patients âgés (55 ans ou plus) 40 études	Efficacité des TCC par rapport au non traitement mais non par rapport à une « attention-placebo ». Pas de différence entre TP et non traitement. Pas de différence entre TP et TCC Pas de supériorité des thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques sur une « attention-placebo » chez le sujet âgé déprimé

Tableau 12.VII (suite) : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère chez des patients ambulatoires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Pinquart et Soerensen, 2001 *Méta-analyse* note : 5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Thérapies psychodynamiques (TP) Patients âgés (55 ans ou plus) 122 études	Efficacité des TCC et des TP supérieure à thérapie de soutien Effet des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies psychodynamiques sur les dépressions du sujet âgé
Leff et coll., 2000 *Etude contrôlée* note : 7,5/10	Thérapies familiales (de couple ; TF) Evaluation de la symptomatologie dépressive et des relations de couple 77 patients, suivi : 2 ans	Efficacité de la TF (de couple), à la fin du traitement et à deux ans Efficacité des thérapies de couple chez les sujets présentant une dépression d'intensité moyenne ou légère suivies en ambulatoire et vivant avec un partenaire critique

dépression, chez des patients le plus souvent suivis en ambulatoire et présentant une dépression d'intensité modérée. L'efficacité des thérapies verbales s'avérait similaire à celle des thérapies cognitivo-comportementales, lorsque était prise en compte l'influence de l' « allégeance » du psychothérapeute.

La méta-analyse de Thase et coll. (1997) incluait six études et concernait des patients présentant un état dépressif primaire, sans caractéristiques psychotiques. Il s'agissait d'une méga-analyse, qui analysait les scores des sujets des différentes études incluses. Les sujets étudiés avaient été traités durant seize semaines par thérapie cognitive ou thérapie interpersonnelle isolément, ou par l'association de thérapie interpersonnelle et d'antidépresseurs. L'adjonction de médicaments à la psychothérapie interpersonnelle ne donnait des résultats supérieurs aux autres psychothérapies utilisées isolément que dans les formes les plus sévères de dépression. De plus, il n'y avait pas de différences d'effet entre la thérapie cognitive et la thérapie interpersonnelle.

La méta-analyse de Gloaguen et coll. (1998) incluait 48 études et utilisait des critères plus stricts que celle de Dobson. Elle montrait également la supériorité des thérapies cognitives comparée à une liste d'attente et aux traitements médicamenteux sur les scores de dépression, chez des patients majoritairement suivis en ambulatoire et présentant une dépression d'intensité moyenne ou légère. Si la comparaison des thérapies cognitives aux conditions contrôles n'était pas homogène, signant un effet placebo important dans certaines études, leur supériorité par rapport aux antidépresseurs était homogène.

La méta-analyse de McCusker (1998) concernait des sujets âgés traités en ambulatoire et incluait 40 études. Si elle ne mettait pas en évidence de différence significative d'efficacité sur la symptomatologie dépressive entre

psychothérapie psychodynamique brève et TCC, seule l'approche cognitivo-comportementale se distinguait de l'absence de traitement (mais non d'une « attention placebo »).

La méta-analyse de Pinquart et Soerensen (2001), portant également sur 122 études impliquant des sujets déprimés âgés, ne retrouvait aucune différence significative entre TCC et thérapie psychodynamique, traitements tous deux plus efficaces qu'une thérapie de soutien.

L'essai randomisé contrôlé de Leff et coll. (2000) comparait traitement antidépresseur et thérapie de couple chez 77 sujets déprimés vivant avec un partenaire critique. Les deux traitements s'avéraient efficaces mais l'amélioration était significativement meilleure dans le groupe ayant bénéficié d'une thérapie de couple, à la fin du traitement et deux ans après.

Plusieurs méta-analyses ont été écartées de notre analyse. La méta-analyse de Leichsenring (2001) portait sur 6 études et comparait psychothérapies dynamiques brèves (PDB) et thérapies cogitivo-comportementales (TCC). Si elle ne montrait pas de différences entre les deux approches sur la réduction des symptômes dépressifs et psychiatriques généraux et sur le fonctionnement social, elle ne permettait pas de juger de leurs effet par rapport à une condition contrôle et mélangeait thérapies interpersonnelles (TI) et thérapies psychodynamique dans une même catégorie. Celle de Steinbrueck et coll. (1983) était ancienne et portait sur différents types de psychothérapies d'approche cognitivo-comportementale ; elle n'apportait donc pas de données supplémentaires. Celle de Conte et coll. (1986), également ancienne, était centrée sur la comparaison de l'association pharmacothérapie et psychothérapie avec pharmacothérapie ou psychothérapie seules et les psychothérapies étaient de type cognitivo-comportemental ; elle n'apportait pas non plus de données supplémentaires. Celle de Nietzel et coll. (1987) comparait différents types de psychothérapies de type cognitivo-comportemental, individuelles ou de groupe et n'apportait aucune donnée nouvelle par rapport aux études analysées.

En résumé, l'approche psycho-éducative, associée au traitement médicamenteux, est efficace dans le trouble bipolaire sur le fonctionnement global et la compliance au traitement quand elle est conjugale, ou sur le délai de survenue des rechutes maniaques (mais non dépressives) à 18 mois quand elle s'adresse aux patients.

Pour les troubles dépressifs chez des patients hospitalisés et en association aux antidépresseurs, les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité sur la symptomatologie dépressive et les thérapies psychodynamiques un effet sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation. Le niveau de preuve d'efficacité dans cette indication est supérieur pour les TCC et les études contrôlées comparant approche psychodynamique et cognitivo-comportementale concluent à la supériorité de la seconde.

Pour des troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère, traités en ambulatoire, les thérapies cognitives ont également fait la preuve de leur efficacité. Les thérapies interpersonnelles (TI) ont une efficacité comparable à celle des thérapies cognitives. Concernant les thérapies psychodynamiques, les données sont éparses. Elles n'ont pas, contrairement aux TI montré une efficacité comparable aux TCC, sauf dans les dépressions du sujet âgé où leur efficacité est comparable (Pinquart et coll., 2001). Les thérapies de couple seraient également efficaces pour les sujets vivant avec un conjoint critique.

Troubles anxieux

Nous rapportons les résultats des travaux publiés selon chaque catégorie, définie par les classifications internationales, de trouble anxieux. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.VIII.

Tableau 12.VIII : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles anxieux

Approches	Type d'études		
	Méta-analyses	Études contrôlées	Études comparatives non randomisées
Thérapies psychodynamiques (psychanalytiques)		Brom et coll., 1989 Wiborg et Dahl, 1996	Milrod et coll., 2000,2001
Thérapies cognitivo-comportementales	Van Balkom et coll., 1994 Gould et coll., 1995 Taylor et coll., 1996 Abramowitz, 1997 Gould et coll., 1997a, b Van Balkom et coll., 1997 Kobak et coll., 1998 Van Etten et Taylor, 1998 Davidson et Parker, 2001 Fedoroff et Taylor, 2001	Getka et Glass, 1992 Rothbaum et coll.,1995 Gilroy et coll., 2000 Öst et coll., 2001 Mühlberger et coll., 2001 Garcia Palacios et coll., 2002	

Agoraphobie et trouble panique

La méta-analyse réalisée par Gould et coll. (1995) portait sur le trouble panique, incluait 43 études contrôlées et retrouvait une taille d'effet supérieure pour la thérapie cognitivo-comportementale, comparée à la pharmacothérapie et à l'association des deux (médicaments et TCC), avec le plus bas taux de perdus de vue et le meilleur rapport coût efficacité en faveur la TCC (tableau 12.IX).

Tableau 12.IX : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour l'agoraphobie et le trouble panique

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gould et coll., 1995 *Méta-analyse* note : 4/7	Thérapies comportementales (TC) Trouble panique 43 études	Efficacité supérieure des TC sur la pharmacothérapie et l'association thérapies comportementales + pharmacothérapie Effet des thérapies comportementales sur le trouble panique
Van Balkom et coll., 1997 *Méta-analyse* note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Trouble panique avec ou sans agoraphobie 106 études	Efficacité supérieure des TCC sur les conditions contrôles. Efficacité la plus importante pour l'association exposition *in vivo* + antidépresseurs Effet des différentes formes de thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble panique
Wiborg et Dahl, 1996 *Etude contrôlée* note : 8/10	Thérapies psychodynamiques (TP) brèves Trouble panique Evaluation de la symptomatologie anxieuse, dépressive et de la récurrence des AP, 40 patients Patients traités par clomipramine durant 9 mois. Suivi : 18 mois	Groupe TP *versus* contrôle : taux de rechute significativement moindre dans le groupe TP à 18 mois (arrêt de la clomipramine à 9 mois). Scores d'anxiété significativement inférieurs dans le groupe TP à 9 mois. Biais méthodologique : randomisation inégale (scores des échelles supérieurs dans le groupe clomipramine seule) Effet probable des thérapies psychodynamiques brèves sur les rechutes de trouble panique à 9 mois de l'arrêt du traitement antidépresseur. Pas de données existantes concernant l'effet des thérapies psychodynamiques utilisées seules
Milrod et coll., 2000, 2001 *Etude comparative non randomisée* note : 6/10	Thérapies psychodynamiques (TP) brèves et centrées sur les AP Trouble panique avec ou sans agoraphobie Evaluation de la symptomatologie anxieuse, dépressive, de la récurrence des AP et de la qualité de vie. 17 patients en 2000 ; 21 patients en 2001 Patients traités par thérapie psychodynamique seule durant 12 semaines. Suivi : 40 semaines	Amélioration de la symptomatologie anxieuse, dépressive, de la récurrence des AP et de la qualité de vie. 9 et 16 sujets ayant complété les études en rémission de leur trouble panique à 40 semaines Effet des thérapies psychodynamiques brèves centrées sur le symptôme et utilisées seules sur le trouble panique à 6 mois

La méta-analyse de Van Balkom et coll. (1997), la plus complète, a montré une efficacité des thérapies cognitivo-comportementales sous différentes formes par rapport aux conditions contrôles sur le trouble panique avec ou sans agoraphobie. Le traitement le plus efficace était l'association d'exposition *in vivo* et d'antidépresseurs.

L'étude contrôlée et randomisée de Wiborg et Dahl (1996) comparait sur 18 mois l'évolution de 20 patients traités par clomipramine et psychothérapie psychodynamique brève focalisée sur la dépendance (15 séances) et de 20 patients traités par clomipramine seule, le traitement par clomipramine étant arrêté au 9e mois. Le traitement par thérapie psychodynamique brève était associé à un nombre significativement inférieur de rechute du trouble panique de l'arrêt de la clomipramine à la fin du suivi à 18 mois. À 9 mois, la symptomatologie anxieuse était significativement inférieure chez les patients traités par thérapie psychodynamique. Cette étude présentait cependant le défaut méthodologique d'avoir une randomisation inégale : les scores recueillis aux échelles d'anxiété, de dépression et de handicap étaient plus élevés dans le groupe traité par clomipramine seule. Cette étude de combinaison ne permet pas non plus de conclure à l'efficacité de la thérapie psychodynamique considérée pour elle-même, car ses résultats n'étaient pas comparés à un troisième groupe non traité (par exemple : liste d'attente, ou placebo de thérapie et placebo de médicament). Il n'existe d'ailleurs pas à ce jour d'étude disponible comparant la thérapie psychodynamique sans médicament avec un groupe placebo ou une liste d'attente.

Milrod et coll. (2000, 2001) ont publié deux études utilisant la même méthodologie d'essai en ouvert. Ils ont inclus 17 patients (14 à la 16e semaine et 10 à la 40e) et 21 (17 à la 16e et 40e semaine) présentant un trouble panique (comme diagnostic principal). Ces sujets ont eu pour seul traitement durant 12 à 14 semaines une thérapie psychodynamique brève centrée sur les symptômes de panique et ont été suivi durant 6 mois à l'issue du traitement. Les auteurs ont mis en évidence des changements significatifs à la fin du traitement, comme après 6 mois, du nombre d'attaques de panique (9 patients sur 10 et 16 sur 17 en rémission à 40 semaines), des symptômes anxieux et dépressifs et du retentissement fonctionnel du trouble.

Trouble anxieux généralisé

La méta-analyse de Gould et coll. (1997a) incluait 35 études contrôlées, 13 études portant sur les thérapies cognitivo-comportementales et 22 sur les traitements médicamenteux (tableau 12.X). Les deux approches donnaient des résultats comparables mais le groupe de patients traités par médicaments avaient le plus haut taux de perdus de vue et l'efficacité de ce traitement diminuait au sevrage alors que les effets des TCC se maintenaient.

État de stress post-traumatique

La méta-analyse de Van Etten et Taylor (1998) regroupait 41 études contrôlées pour le stress post-traumatique et concernait divers traitements : antidépresseurs tricycliques, carbamazépine, IMAO (inhibiteurs de monoamine oxydase), IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), benzodiazépines, pour les traitements pharmacologiques, thérapie comportementale, EMDR

Tableau 12.X : Analyse de l'étude retenue pour l'évaluation des différentes approches pour le trouble anxieux généralisé

Référence Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gould et coll., 1997(a, b) *Méta-analyse* note : 5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 35 études	Efficacité comparable des TCC et de la pharmacothérapie. Moins de perdus de vue et meilleur maintien de l'efficacité au sevrage pour les TCC Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble anxieux généralisé

(*Eye movement desensitization and reprocessing*), relaxation, hypno-thérapie et thérapie psychodynamique, pour les psychothérapies et placebo, liste d'attente et thérapie de soutien pour les conditions contrôles (tableau 12.XI). Les auteurs retrouvaient 14 % de perdus de vue dans le groupe psychothérapie, contre 32 % dans le groupe traitement médicamenteux. Les traitements psychologiques et pharmacologiques avaient tendance à être supérieurs aux groupes contrôles. Les TCC et l'EMDR étaient les traitements psychologiques les plus efficaces et les TCC étaient supérieures aux autres traitements (EMDR, IRS et carbamazépine) sur les symptômes du stress post-traumatique. Les effets des TCC et de l'EMDR se maintenaient sur un suivi de quinze semaines en moyenne.

La méta-analyse réalisée par Davidson et Parker (2001) reprenait 28 études et ne concernait que l'EMDR. Elle concluait que l'EMDR était efficace dans le stress post-traumatique mais que la composante « mouvement oculaire » qui donne son nom à cette méthode n'était pas nécessaire au résultat et qu'elle n'était au bout du compte qu'une simple variante des méthodes comportementales d'exposition.

L'étude randomisée et contrôlée de Brom et coll. (1989) comparait l'évolution de 29 patients traités par thérapie psychodynamique brève, de 29 patients traités par hypnose, de 31 patients traités par désensibilisation et de 23 patients en liste d'attente. Les sujets étaient évalués avant, après traitement et 3 mois plus tard. Les auteurs retrouvaient une efficacité comparable des trois techniques psychothérapiques sur la symptomatologie de stress post-traumatique.

Nous avons écarté de notre revue la méta-analyse de Sherman (1998) car, si elle concluait à l'efficacité des approches psychothérapiques individuelles et de groupe dans le syndrome de stress post-traumatique, elle ne permettait pas de distinguer l'efficacité des thérapies psychodynamiques de celle des thérapies cognitivo-comportementales. Elle incluait, de plus, parmi 17 études, l'étude de Brom et coll. (1989) que nous avons retenue.

Tableau 12.XI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour le stress post-traumatique

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Van Etten et Taylor, 1998 *Méta-analyse* note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 41 études	Les thérapies les plus efficaces sont les TCC et l'EMDR, dont les résultats se maintiennent à 15 semaines. Les TCC ont une efficacité supérieure à EMDR et pharmacothérapie Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le stress post-traumatique
Davidson et Parker, 2001 *Méta-analyse* note : 6,5/7	EMDR 28 études	Efficacité supérieure de l'EMDR sur les conditions contrôles Effet de l'EMDR sur le stress post-traumatique
Brom et coll., 1989 *Etude contrôlée* note : 6/10	Thérapies psychodynamiques (TP) brèves Evaluation de la symptomatologie 112 patients (4 groupes) Comparaison à thérapie par hypnose, désensibilisation et liste d'attente Suivi : 3 mois	Groupe TP *versus* contrôle : efficacité de la TP brève sur la symptomatologie. Groupe TP *versus* autres psychothérapies : efficacité comparable sur la symptomatologie Effet des thérapies psychodynamiques brèves sur le stress post traumatique

Trouble obsessionnel-compulsif

La méta-analyse réalisée par Von Balkom et coll. (1994) analysait les résultats de 86 études portant sur 160 conditions thérapeutiques (tableau 12.XII). Elle montrait que sur les auto- et les hétéro-évaluations des symptômes obsessionnels et compulsifs, les antidépresseurs sérotoninergiques, la thérapie comportementale et la combinaison des deux étaient plus efficaces que le placebo. Les effets des TCC se différenciaient du placebo également sur les symptômes dépressifs, l'anxiété et l'ajustement social.

La méta-analyse d'Abramowitz (1997) retrouvait une efficacité comparable entre les antidépresseurs sérotoninergiques, les thérapies cognitives et les thérapies comportementales.

Celle de Kobak et coll. (1998) regroupait 77 études et montrait une efficacité des thérapies comportementales et de l'association thérapie comportementale et IRS. Les thérapies comportementales apparaissaient supérieure au IRS mais cette différence disparaissait quand on contrôlait les résultats en fonction des méthodes utilisées et de l'année de publication de l'étude.

Phobies sociales

La méta-analyse de Gould et coll. (1997b) regroupait 24 études et montrait que pharmacothérapie et TCC étaient significativement efficaces sur les phobies sociales (tableau 12.XIII).

Tableau 12.XII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour le trouble obsessionnel compulsif

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Van Balkom et coll., 1994 *Méta-analyse* note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 86 études	Efficacité comparable des TCC, de la pharmacothérapie et de l'association des deux. Groupe TCC *versus* contrôle : efficacité des TCC sur les symptômes dépressifs et anxieux et l'ajustement social Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble obsessionnel-compusif
Abramowitz, 1997 *Méta-analyse* note : 5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 32 études	Efficacité comparable des thérapies cognitives, comportementales et de la pharmacothérapie Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble obsessionnel-compulsif
Kobak et coll., 1998 *Méta-analyse* note : 6,5/7	Thérapies comportementales (TC) 77 études	Efficacité comparable des thérapies comportementales et de l'association TC + pharmacothérapie Effet des thérapies comportementales sur le trouble obsessionnel-compulsif

Celle de Taylor (1996) a inclus 42 essais et comparé liste d'attente, placebo, exposition, thérapie cognitive et thérapie cognitive et exposition associées.

Tableau 12.XIII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les phobies sociales

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gould et coll., 1997b *Méta-analyse* note : 4/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 24 études	Efficacité comparable des thérapies cognitivo-comportementales et de la pharmacothérapie Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la phobie sociale
Taylor, 1996 *Méta-analyse* note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 42 études	Supériorité de l'association exposition et thérapies cognitives sur le placebo Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la phobie sociale
Fedoroff et Taylor, 2001 *Méta-analyse* note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 108 études	Efficacité de l'exposition par rapport à la liste d'attente, surtout sur le suivi Effet des thérapies comportementales sur la phobie sociale

Les groupes placebo, exposition, thérapie cognitive, thérapie cognitive et exposition associés avaient une efficacité significative par rapport à la liste d'attente. Seule la thérapie cognitive associée à l'exposition montrait une taille d'effet plus large que celle du placebo. L'exposition seule ne se différenciait pas du placebo mais les tailles d'effet tendaient à s'améliorer au suivi.

La méta-analyse de Fedoroff et Taylor (2001) comparait les traitements médicamenteux et les thérapies comportementales dans les phobies sociales. Cent huit études ont été incluses dans cette méta-analyse de bonne qualité méthodologique. Les traitements les plus efficaces pour les phobies sociales étaient la pharmacothérapie : surtout benzodiazépines et IRS. Les gains des traitements psychothérapiques, essentiellement l'exposition, étaient les plus significatifs au cours du suivi. La durabilité des gains thérapeutiques pour les pharmacothérapies n'a pas pu être évalué à cause d'un nombre insuffisant d'études avec suivi.

Nous avons écarté de notre revue l'étude comparative très ancienne de Paul (1967) dont la population traitée pour anxiété sociale ne correspondait pas à la catégorie phobie sociale et qui n'apportait pas dans le cadre de ce travail, d'élément supplémentaire : elle montrait l'efficacité de la désensibilisation (thérapie comportementale) et une efficacité comparable des thérapies psychodynamiques et de l'« attention placebo ».

Phobies spécifiques

L'étude randomisée et contrôlée de Getka et Glass (1992) comparait dans un échantillon total de 41 sujets présentant une phobie du dentiste, quatre groupes de traitement : désensibilisation systématique par un ordinateur, thérapie cognitive, une expérience positive avec un dentiste doux et gentil et une liste d'attente, les deux derniers groupes étant les conditions contrôles (tableau 12.XIV). À un an, la thérapie comportementale par ordinateur et la thérapie cognitive montraient des résultats équivalents et supérieurs aux deux conditions contrôles.

L'étude contrôlée de Rothbaum et coll. (1995) portait sur un très petit échantillon de 12 sujets randomisés présentant une phobie des hauteurs et phobies de l'avion, *versus* 8 en liste d'attente. Ils ont reçu une séance d'exposition virtuelle sur huit semaines. Le groupe traité présentait une amélioration significative de son niveau d'anxiété par rapport au groupe contrôle et 70 % des sujets traités ont vu la régression de leur trouble phobique dans le monde réel.

L'étude randomisée et contrôlée de Gilroy et coll. (2000) comparait l'exposition par l'intermédiaire d'un ordinateur, l'exposition *in vivo* accompagnée par un thérapeute et une relaxation placebo chez 45 sujets phobiques des araignées. Les deux conditions actives se révélaient également efficaces et plus efficaces que le groupe contrôle, après traitement et à trois mois de suivi.

Tableau 12.XIV : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les phobies spécifiques

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Getka et Glass, 1992 *Etude contrôlée* note : 8/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Phobie du dentiste 41 patients (3 groupes) Comparaison à expérience positive et liste d'attente, suivi : 1 an	Efficacité de la thérapie comportementale et de la thérapie cognitive par rapport aux conditions contrôle à un an Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur les phobies spécifiques
Rothbaum et coll., 1995 *Etude contrôlée* note : 6/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie des hauteurs 20 patients (2 groupes) Comparaison à liste d'attente. Suivi : 8 semaines	Efficacité de la thérapie comportementale par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Gilroy et coll., 2000 *Etude contrôlée* note : 8/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie des araignées 45 patients (3 groupes) Comparaison exposition par ordinateur, *in vivo* et liste d'attente. Suivi : 3 mois	Efficacité comparable de l'exposition *in vivo* et par ordinateur. Efficacité de la thérapie comportementale par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Öst et al, 2001 *Etude contrôlée* note : 8/10	Thérapies comportementales (TC) Claustrophobie 46 patients (3 groupes) Comparaison exposition, exposition intensive et liste d'attente, suivi : 1 an	Efficacité de la thérapie comportementale par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Mühlberger et coll., 2001 *Etude contrôlée* note : 8/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie de l'avion patients (2 groupes) Comparaison exposition virtuelle et relaxation. Pas de suivi	Efficacité comparable de l'exposition en réalité virtuelle et de la relaxation Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Garcia Palacios et coll., 2002 *Etude contrôlée* note : 8/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie des araignées 30 patients (2 groupes) Comparaison exposition virtuelle et liste d'attente. Pas de suivi	Efficacité de l'exposition en réalité virtuelle par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques

L'étude contrôlée et randomisée réalisée par Öst et coll. (2001) incluait 46 patients claustrophobes et comparait thérapie cognitive (5 séances), exposition *in vivo* (5 séances) et exposition *in vivo* intensive (1 séance de 3 heures). L'exposition était efficace dans 80 % des cas, contre 18 % d'amélioration dans la liste d'attente. Ces résultats s'amélioraient encore à un an de suivi.

L'étude contrôlée et randomisée de Mühlberger et coll. (2001) comparait l'exposition en réalité virtuelle à la relaxation chez 30 sujets phobiques de l'avion (15 sujets par groupe). Les deux groupes se sont améliorés mais le groupe qui avait reçu l'exposition en réalité virtuelle avait des effets plus

importants sur les échelles mesurant l'évitement et la peur de voler. L'étude se limitait à une analyse avant et après traitement, sans suivi.

Vingt trois patients phobiques des araignées sont randomisés en deux groupes dans l'étude contrôlée de Garcia-Palacios et coll. (2002) : exposition en réalité virtuelle et liste d'attente. Chez les patients traités en réalité virtuelle, on observe 83 % de bons résultats contre 0 % dans la liste d'attente. Cette étude n'a pas non plus réalisé de suivi.

En résumé, concernant les troubles anxieux, l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales est bien établie dans le trouble panique, dans le trouble anxieux généralisé, dans le syndrome de stress post-traumatique, dans les troubles obsessionnels-compulsifs, dans les phobies sociales et dans diverses phobies spécifiques.

Les thérapies psychodynamiques brèves seraient efficaces dans la prévention des rechutes de trouble panique et dans le syndrome de stress post-traumatique.

Les comparaisons entre les différentes approches (dont les méta-analyses comparatives) ont également montré que les TCC sont manifestement les thérapies les plus efficaces pour tous les troubles anxieux.

Troubles du comportement alimentaire

Nous distinguons dans notre analyse l'anorexie et la boulimie. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.XV.

Boulimie

La méta-analyse de Hartmann et coll. (1992) portait sur 18 essais et mêlait plusieurs types de psychothérapie (thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques en grande majorité) (tableau 12.XVI). Elle retrouvait une taille d'effet significative au sein des groupes de thérapie et par rapport aux conditions contrôles. Les auteurs ont réalisé une analyse par régression multiple pas à pas et ne retrouvaient pas d'avantage à une approche thérapeutique sur les autres.

L'étude méta-analytique de Fettes et Peters (1992) incluait 31 essais et évaluait l'effet des thérapies de groupe sur la boulimie. Les thérapies utilisées dans les études étaient essentiellement cognitivo-comportementales pour la moitié des études et « éclectiques » pour le reste. Faute de groupe contrôle suffisant, le calcul de la taille d'effet a été réalisé en pré- et post-test au sein des groupes mais des analyses ont pu être réalisées jusqu'à 12 mois de suivi. Les auteurs retrouvaient une taille d'effet significative mais modérée, l'efficacité étant mesurée par la récurrence des crises, le recours aux vomissements

Tableau 12.XV : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles du comportement alimentaire

Approches	Type d'études			
	Méta-analyses	Revues systématiques	Études contrôlées	Études de cohorte
Thérapies psychodynamiques (psychanalytiques)	Boulimie Hartmann et coll., 1992		Anorexie Dare et coll., 2001	Boulimie et Anorexie Kachele et coll., 2001
Thérapies cognitivo-comportementales	Boulimie Hartmann et coll., 1992 Fettes et Peters, 1992 Lewandowski et coll., 1997 Whittal et coll., 1999 Ghaderi et Anderson, 1999 Hay et Bacaltchuk, 2001	Anorexie Kaplan, 2002	Boulimie Fairburn et coll., 1995 Anorexie Channon et coll., 1989 Crisp et coll., 1991	
Thérapies familiales		Anorexie Kaplan, 2002	Anorexie Eisler et coll., 1997 Eisler et coll., 2000 Dare et coll., 2001	
Autres psychothérapies	Boulimie Thérapies interpersonnelles Hay et Bacaltchuk, 2001		Boulimie Thérapies interpersonnelles Fairburn et coll., 1995	Boulimie Psycho-éducation Olmsted et coll., 1991

provoqués et/ou aux laxatifs et le pourcentage de sujet abstinent en fonction des études. L'efficacité se maintenait à plus long terme, jusqu'à un an et était améliorée par l'augmentation du nombre de séances hebdomadaires et l'association à une thérapie individuelle.

La méta-analyse de Lewandowski et coll. (1997) incluait 26 essais, dont une part était également incluse dans la méta-analyse de Fettes et Peters. Elle était cependant de meilleure qualité méthodologique et était centrée sur l'évaluation de l'effet des thérapies cognitivo-comportementales au sein des groupes de TCC et entre groupes et conditions contrôles (liste d'attente, thérapies interpersonnelles ou de soutien). Les auteurs retrouvaient une taille d'effet significative au sein des groupes TCC et par rapport aux conditions contrôles, l'efficacité étant mesurée par la récurrence des crises, le recours aux vomissements provoqués et/ou aux laxatifs en fonction des études. Le peu d'études ayant un suivi, comme l'hétérogénéité des méthodologie pour évaluer les résultats au delà du post-test n'autorisait pas les auteurs à conclure sur le maintient de l'efficacité à plus long terme.

Tableau 12.XVI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans la boulimie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Hartmann et coll., 1992 *Méta-analyse* note : 5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et Psychodynamiques (TP) 18 études	Efficacité des TCC et des TP au sein des groupes et par rapport aux conditions contrôles. Pas de supériorité d'une technique sur l'autre (analyse par régression multiple) Effet des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies psychodynamiques sur la boulimie
Fettes et Peters, 1992 *Méta-analyse* note : 5/7	Thérapies de groupes cognitivo-comportementales (TCC) et autres 31 études	Efficacité modérée des thérapies de groupe (moitié TCC, moitié thérapies « éclectiques »). Maintien de l'efficacité à un an de suivi Effet modéré et à moyen terme des thérapies cognitivo-comportementales (de groupe) sur la boulimie
Lewandowski et coll., 1997 *Méta-analyse* note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 26 études	Efficacité des TCC au sein des groupes. Efficacité supérieure des TCC sur les conditions contrôles Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie
Whittal et coll., 1999 *Méta-analyse* note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 35 études	Efficacité des TCC au sein des groupes TCC *versus* traitement médicamenteux : efficacité supérieure des TCC + traitement médicamenteux *versus* traitement seul, efficacité supérieure de l'association TCC + traitement médicamenteux *versus* TCC seule Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie. Effet supérieur si associées au traitement médicamenteux
Ghaderi et Anderson, 1999 *Méta-analyse* note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Comparaison avant et après traitement 7 études	Efficacité des TCC sur la fréquence des crises et des vomissements provoqués. Efficacité supérieure aux conditions contrôles Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie
Hay et Bacaltchuk, 2001 *Méta-analyse* note : 6/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 27 études	Efficacité comparable des TCC avec les thérapies interpersonnelles (TI), l'hypnose et l'auto-contrôle à l'aide d'un manuel. Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie Effet des thérapies interpersonnelles (TI) sur la boulimie

Tableau 12.XVI (suite) : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans la boulimie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Fairburn et coll., 1995 *Etude contrôlée* note : 9/10	Thérapies interpersonnelles (TI) 99 patients (3 groupes) Comparaison à thérapie comportementale et cognitivo-comportementale, suivi : 5 ans	Efficacité comparable à 5 ans de la thérapie interpersonnelle et de la thérapie cognitivo-comportementale Effet des thérapies interpersonnelles (TI) sur la boulimie à long terme
Kachele et coll., 2001 *Etude de cohorte*	Thérapies psychodynamiques (TP) Evaluation du poids (A), de la récurrence des crises (B) et de la symptomatologie résiduelle 1 171 patients, patients réévalués à distance d'un traitement en hospitalisation. Suivi : 2,5 ans	Rémission totale des symptômes à 2,5 ans : pour 33 % des anorexiques et 25 % des boulimiques Effet des thérapies psychodynamiques réalisées en hospitalisation chez les anorexiques et boulimiques à 2,5 ans
Olmsted et coll. 1991 *Etude comparative séquentielle*	Psycho-éducation (PE) Evaluation de la symptomatologie 65 patients (2 groupes) Comparaison à thérapies cognitivo-comportementale (TCC), suivi : 3 mois post-traitement	Efficacité comparable des deux traitements lorsque la symptomatologie est d'intensité moyenne. Efficacité supérieure de l'approche cognitivo-comportementale lorsque la symptomatologie est sévère Effet de la psycho-éducation à 3 mois dans les formes d'intensité moyenne ou peu sévères de boulimie

La méta-analyse de Ghaderi et Anderson (1999) portait sur 7 essais et montrait la supériorité des TCC, par rapport aux conditions contrôles, sur la récurrence des crises et des vomissements provoqués avant et après traitement.

La méta-analyse de Whittal et coll. (1999) portait sur 35 essais et comparait les effets des thérapies cognitivo-comportementales, des traitements médicamenteux et de leur association. L'efficacité était mesurée par la récurrence des crises, le recours aux vomissements provoqués et/ou aux laxatifs, la symptomatologie dépressive et les auto-évaluations des sujets. La taille d'effet était significative pour les TCC utilisées seules. L'efficacité des TCC était supérieure à celle des traitements médicamenteux mais l'association médicaments et TCC s'avérait supérieure sur tous les critères d'évaluation, aux médicaments et aux TCC utilisés seuls.

La méta-analyse de Hay et Bacaltchuk (2001) comprenait 27 essais et comparait les effets des thérapies cognitivo-comportementales à ceux de conditions contrôles (liste d'attente, thérapie interpersonnelle ou de soutien, hypnose et auto-contrôle à l'aide d'un manuel). Les auteurs retrouvaient une efficacité comparable des psychothérapies entre elles, comparées à la liste d'attente, sur la diminution des crises, des symptômes de boulimie et de dépression. L'efficacité des TCC n'était supérieure aux autres formes de

psychothérapies que sur la diminution de la symptomatologie dépressive et ne se différenciait pas des autres à plus long terme.

Une étude contrôlée et randomisée de Fairburn et coll. (1995) comparait l'évolution de 99 patients traités par thérapie interpersonnelle, thérapie comportementale et thérapie cognitivo-comportementale. Les sujets avaient été réévalués à distance (en moyenne, 5,8 ± 2 ans). Les auteurs retrouvaient une efficacité comparable de la thérapie interpersonnelle et de la thérapie cognitivo-comportementale lors de la réévaluation, sur la persistance des critères diagnostiques DSM-IV, comme sur l'intensité de la symptomatologie résiduelle.

Une étude de cohorte a été réalisée par Kachele et coll. (2001). Dans l'un des 43 centres allemands participant à l'étude, 1 171 patients ayant bénéficié d'un traitement psychodynamique conduit en hospitalisation ont été réévalués après 2 ans et demi. Parmi les patients, 33 % des anorexiques et 25 % des boulimiques ne présentaient plus de symptôme à 2,5 ans. La durée du traitement n'avait qu'un effet modéré sur l'évolution des sujets.

Concernant l'approche psycho-éducative, une étude comparative séquentielle de Olmsted et coll. (1991) montre, dans un échantillon total de 65 patientes que l'efficacité de cette approche est comparable à celle d'une prise en charge cognitivo-comportementale lorsque la symptomatologie est peu sévère ou d'intensité moyenne (25 à 45 % des sujets de cette population). L'éducation nutritionnelle est alors l'approche qui a le moindre coût. Mais lorsque la symptomatologie est sévère, l'approche cognitivo-comportementale a une efficacité supérieure. La durée maximale du suivi en post-test était de 3 mois.

Anorexie

Eisler et coll. ont réalisé deux études contrôlées et randomisées (tableau 12.XVII). La première (1997) comparait les effets à 5 ans d'une thérapie familiale et d'une thérapie de soutien individuelle. Elle incluait 80 patientes présentant une anorexie mentale réparties en 4 groupes selon la durée du trouble et le type de psychothérapie, thérapies réalisées durant une année, après la sortie de l'hôpital et la restauration du poids. Les bénéfices significatifs retrouvés pour la thérapie familiale concernait les patientes présentant un trouble récent (âge de début inférieur ou égal à 18 ans et durée inférieure à 3 ans, et pour la thérapie de soutien individuelle, les patientes ayant un trouble plus durable. Trois patientes sur 80 étaient décédées à 5 ans.

La seconde étude (2000) comparait deux formes d'intervention familiale dans l'anorexie mentale : thérapie familiale conjointe et thérapie de soutien associée à une intervention psycho-éducative des parents, chez 40 adolescentes suivies en ambulatoire. Une importante amélioration de l'état nutritionnel et psychologique a été retrouvée dans les deux groupes en traitement.

Tableau 12.XVII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans l'anorexie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Eisler et coll., 1997 *Étude contrôlée* note : 7/10	Thérapies familiales (TF) Évaluation de la symptomatologie. 80 patients (4 groupes). Comparaison à thérapie de soutien en fonction de la durée d'évolution. Suivi : 5 ans	Efficacité supérieure à 5 ans de la thérapie familiale chez les patientes ayant un trouble récent Efficacité supérieure à 5 ans de la thérapie de soutien chez les patientes ayant un trouble ancien Effet des thérapies familiales (TF) dans les anorexies ayant moins de 3 ans d'évolution, à 5 ans
Eisler et coll., 2000 *Étude contrôlée* note : 7,5/10	Thérapies familiales (TF) Évaluation du poids et de la symptomatologie 40 patients (2 groupes) Comparaison thérapie familiale conjointe et thérapie de soutien individuelle + psycho-éducation parentale, pas de suivi	Efficacité de la thérapie familiale et de l'association thérapie de soutien + psycho-éducation parentale Efficacité supérieure sur la symptomatologie de l'association thérapie de soutien + psycho-éducation familiale Effet des thérapies familiales (TF) dans l'anorexie
Dare et coll., 2001 *Étude contrôlée* note : 6/10	Thérapies familiales (TF) Thérapies psychodynamique (TP) Évaluation du poids et de la symptomatologie 84 patients (4 groupes) Comparaison thérapie familiale, thérapie psychodynamique, thérapie cognitive et suivi de routine, pas de suivi	Efficacité de la thérapie familiale et de la thérapie psychodynamique par rapport à la condition contrôle. Efficacité sur le poids des thérapies spécifiques par rapport à la condition contrôle Effet des thérapies familiales (TF) dans l'anorexie Effet des thérapies psychodynamiques (TP) dans l'anorexie
Kaplan, 2002 *Revue systématique*	Thérapies familiales (TF) Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 19 études	Efficacité incertaine pour la plupart des traitements, à l'exception de la thérapie familiale pour les patients les plus jeunes avec la durée d'évolution de la maladie la plus courte Importants problèmes méthodologiques dans la plupart des études publiées limitant la portée des résultats Efficacité incertaine des TCC dans l'anorexie mentale. Effet des thérapies familiales (TF) dans l'anorexie
Channon et coll., 1989 *Étude contrôlée* note : 6,5/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Évaluation de la symptomatologie et du fonctionnement psychosocial 24 patients (3 groupes) Comparaison thérapie cognitivo-comportementales, thérapie cognitive et suivi de routine, suivi : 6 et 12 mois	Amélioration du fonctionnement psychosocial dans les 3 groupes. Pas d'efficacité supérieure démontrée de la TCC. Meilleure compliance dans le groupe TCC (aucune sortie d'essai) comparé au groupe TC Résultats à interpréter avec prudence vu le petit nombre de sujets (8 par groupe) Pas d'efficacité supérieure démontrée de la TCC par rapport à la situation contrôle

Tableau 12.XVII (suite) : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans l'anorexie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Crisp et coll., 1991 *Étude contrôlée* note : 7/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Évaluation du poids et de la symptomatologie 90 patients (4 groupes) Comparaison traitement intra-hospitalier puis psychothérapie ambulatoire, psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire plus conseil nutritionnel, psychothérapie de groupe individuelle et familiale ambulatoire plus conseil nutritionnel, et traitement par le médecin de famille. Suivi : 1, 2 et 5 ans	Pas de différence d'efficacité sur la prise de poids par rapport au poids d'entrée, qui se maintient après un an de suivi, entre les 3 groupes de traitement actif. Mais efficacité par rapport à la condition contrôle. Nombreuses sorties d'essai (40 % dans le groupe hospitalisé) Effet de différentes approches TCC dans l'anorexie mentale

L'amélioration symptomatique était nettement plus marquée dans le groupe interventions familiales séparées, mais des changements psychologiques plus importants, en termes de mesures familiales d'émotions exprimées et de symptomatologie dépressive et obsessionnelle pour les patientes, étaient retrouvés dans le groupe de thérapie familiale conjointe.

L'étude contrôlée de Dare et coll. (2001) incluait 84 patientes réparties dans quatre groupes selon le type de traitement : thérapie psychanalytique focale (1 an), thérapie cognitive (7 mois), thérapie familiale (1 an) et une année de suivi de routine, avec contacts limités (groupe contrôle). Un tiers des patientes ne présentaient plus les critères diagnostiques d'anorexie mentale selon le DSM-IV dans les groupes de thérapies spécifiques, tandis que ce taux n'était que de 5 % dans le groupe témoin. La thérapie psychodynamique et la thérapie familiale avaient des résultats significativement supérieurs au suivi de routine (groupe témoin). La prise de poids liée aux trois thérapies spécifiques était significative par rapport au groupe témoin. Les différences entre la thérapie cognitive et la condition contrôle n'étaient pas significatives.

Kaplan (2002) a passé en revue les études contrôlées et randomisées publiées concernant les différentes thérapies cognitivo-comportementales dans cette indication. L'efficacité de celles-ci n'a pas pu être établie de façon claire dans l'anorexie, exception faite pour les thérapies familiales chez les patients jeunes ayant une courte durée d'évolution de la maladie. Les essais randomisés contrôlés de Channon et coll. (1989) incluant 24 sujets répartis en 3 groupes et de Crisp et coll. (1991) portant sur 90 sujets répartis en 4 groupes ne permettent pas, compte tenu de leurs limites et disparités méthodologiques, de conclure davantage sur l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans l'anorexie.

En résumé, dans la boulimie, l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales est bien établie, ainsi que celle des thérapies interpersonnelles (avec un moindre volume de données). Les thérapies psychodynamiques conduites en hospitalisation seraient possiblement efficaces sur les symptômes boulimiques à 2 ans et demi, ainsi que l'approche psychoéducative (présomption scientifique).

Dans l'anorexie mentale, les thérapies familiales ont fait la preuve de leur efficacité, surtout chez des patients jeunes ayant moins de 3 ans d'évolution et jusqu'à 5 ans de suivi. Les thérapies psychodynamiques pourraient être efficaces (présomption scientifique) sur les symptômes anorexiques à 2 ans et demi. Les bénéfices de l'approche cognitivo-comportementale n'ont pas été établis.

Les comparaisons entre psychothérapies réalisées à ce jour concluent qu'aucune d'entre elles ne semble clairement plus efficace que les autres pour les troubles du comportement alimentaire.

Troubles de la personnalité

Les études publiées sur l'efficacité des psychothérapies sur les troubles de la personnalité intéressent des ensembles plus ou moins définis de troubles. Lorsque des troubles spécifiques de la personnalité ont été étudiés, il s'agit des personnalités borderline (limite) et antisociale. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.XVIII.

Tableau 12.XVIII : Études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles de la personnalité

Approches	Type d'études	
	Méta-analyses	Études contrôlées
Thérapies psychodynamiques (psychanalytiques)	Leichsenring et Leibing, 2003	Woody et coll., 1985 Winston et coll., 1994 Bateman et Fonagy, 1999 et 2001
Thérapies cognitivo-comportementales	Leichsenring et Leibing, 2003	Woody et coll., 1985 Alden, 1989 Alden et Capreol, 1993 Linehan et coll., 1991, 1994 Koons et coll., 2001 Verheul et coll., 2003

Personnalité borderline

Bateman et Fonagy (1999, 2001) ont réalisé une étude contrôlée et randomisée incluant 22 patients ayant une personnalité borderline traités durant

18 mois par thérapie psychodynamique (individuelle et en groupe) en hospitalisation de jour (5 jours sur 7) et 22 sujets ayant une prise en charge standard (tableau 12.XIX). Les sujets ont été réévalués tous les 3 mois jusqu'à 18 mois de suivi. L'évaluation des sujets s'intéressait à la symptomatologie et aux actes auto-agressifs, mais également dans le suivi, à la fréquence et durée des hospitalisations temps plein. Les auteurs retrouvaient une efficacité significativement supérieure, sur toutes les mesures, du programme de thérapie

Tableau 12.XIX : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour la personnalité borderline

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Bateman et Fonagy, 1999, 2001 *Étude contrôlée* note : 6/10	Thérapies psychodynamiques (TP) Évaluation des symptômes, des gestes auto-agressifs et des journées d'hospitalisation temps plein 44 patients (2 groupes), comparaison thérapie psychodynamique intensive en hospitalisation de jour (18 mois) et traitement standard, suivi : 18 mois	Efficacité supérieure de la thérapie psychodynamique intensive en hôpital de jour par rapport au traitement standard, dès le 6e mois de traitement et jusqu'à la fin de la période de suivi Effet à moyen terme des thérapies psychodynamiques (TP) en individuel + groupe et en hospitalisation de jour dans la personnalité borderline
Linehan et coll., 1991, 1994 *Étude contrôlée* note : 9/10	Thérapies comportementales (TC) Évaluation des symptômes, des gestes auto-agressifs et des journées d'hospitalisation temps plein 44 patients et 26 patients (2x2 groupes) Comparaison thérapie dialectale comportementale et traitement standard, suivi : 1 an	Efficacité supérieure de la thérapie comportementale par rapport au traitement standard avec maintien de l'efficacité à 1 an Effet à moyen terme des thérapies comportementales dans la personnalité limite
Koons et coll., 2001 *Étude contrôlée* note : 9/10	Thérapies comportementales (TC) Évaluation des symptômes, des gestes auto-agressifs et des journées d'hospitalisation temps plein 20 patients (2 groupes), comparaison thérapie dialectique comportementale et traitement standard, pas de suivi	Efficacité supérieure de la thérapie comportementale par rapport au traitement standard Effet des thérapies comportementales dans la personnalité borderline
Verheul et coll., 2003 *Étude contrôlée* note : 9/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Évaluation des troubles du comportement (index de sévérité) 58 patients (2 groupes), comparaison thérapie dialectique comportementale et traitement standard. Traitement de 12 mois, pas de suivi	Efficacité supérieure de la thérapie dialectique-comportementale par rapport au traitement standard. Meilleure adhésion au traitement et plus grande réduction des comportements auto-agressifs. Résultat d'autant plus significatif que taux élevé de comportements d'automutilation avant traitement Effet des thérapies cognitivo-comportementales dans la personnalité borderline

psychodynamique intensif en hospitalisation de jour par rapport au traitement standard, à partir de 6 mois de traitement et jusqu'à la fin de celui-ci. Le suivi à 18 mois montrait la stabilité de l'amélioration constatée à la fin du traitement mais également la poursuite d'une amélioration significative sur la majorité des mesures par rapport à la situation contrôle.

Les études randomisées et contrôlées de Linehan et coll. (1991 et 1994) ont montré, sur une durée d'un an, une diminution significative des comportements auto-agressifs chez des femmes issues de quartiers défavorisés et présentant une personnalité borderline traitées par thérapie cognitivocomportementale (n = 22), par rapport au groupe contrôle (n = 22 ; traitement standard). Le taux d'abandon de la thérapie était réduit d'une manière significative dans le groupe thérapie comportementale et les comportements à risque pour les patientes (tentatives de suicide, prises exagérées de médicaments ou de drogues) étaient significativement moindres que chez les patientes ayant une prise en charge standard. Les deux groupes ne présentaient pas de différence dans le degré de symptomatologie dépressive ou anxieuse après un an de thérapie. Les résultats retrouvés se maintenaient à un an de suivi après la fin du traitement. Les patientes traitées par thérapie comportementale présentaient une diminution des colères pathologiques, des comportements à risque, des jours d'hospitalisation, et un meilleur ajustement social.

Ces mêmes auteurs (1994) ont reproduit la même étude, avec des résultats comparables chez 13 patientes ayant une personnalité borderline, qui suivaient une thérapie cognitivo-comportementale et 13 qui étaient prises en charge de façon usuelle.

Koons et coll. (2001) ont reproduit les résultats de Linehan et coll. (1991, 1994) et inclus 20 femmes ayant une personnalité borderline traitées par thérapie cognitivo-comportementale ou un traitement usuel durant 6 mois. Les patientes traitées par thérapie cognitivo-comportementale présentaient une diminution plus importante des idées suicidaires, du désespoir, de la dépression et de la colère. Elles seules, de plus, avaient une diminution significative des actes auto-agressifs.

Une reproduction des travaux précédents a été également récemment réalisée par Verheul et coll. (2003). Cinquante huit patientes présentant un trouble de personnalité borderline ont été randomisées en deux groupes : thérapie cognitivo-comportementale (durant 12 mois) ou traitement habituel. Les mesures concernant le résultat ont été effectuées après 22 et 52 semaines de traitement. Il s'agissait essentiellement d'un index de sévérité consistant en neuf sections pour chacun des critères de personnalité borderline. Un taux meilleur d'adhésion au traitement et une plus grande réduction des comportements auto-agressifs était retrouvé dans le groupe TCC, comparé au traitement habituel. Ce résultat était d'autant plus significatif que le taux de comportements d'automutilation était élevé avant traitement.

Personnalité antisociale

Une étude contrôlée et randomisée de Woody et coll. (1985) portait sur 110 patients toxicomanes et comparait trois traitements : un conseil simple, un conseil associé à une thérapie cognitive et un conseil associé à une thérapie psychodynamique (tableau 12.XX). Quatre sous-groupes étaient constitués : patients dépendants aux opiacés avec ou sans dépression associée et patients ayant une personnalité antisociale avec ou sans dépression associée.

Tableau 12.XX : Analyse de l'étude retenue pour l'évaluation des différentes approches pour la personnalité antisociale

Référence Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Woody et coll., 1985 *Étude contrôlée* note : 9/10	Thérapies cognitive (TC) Thérapies psychodynamiques (TP) Évaluation de la symptomatologie et des critères DSM-III présents 110 patients (4 groupes), comparaison thérapie cognitive, psychodynamique et conseil simple, suivi : 7 mois	Efficacité de la thérapie cognitive et de la thérapie psychodynamique par rapport au conseil simple pour les patients présentant une dépression majeure associée

Pour les sujets remplissant les critères diagnostiques de dépression majeure et de personnalité antisociale, la thérapie cognitive brève et la thérapie psychodynamique étaient également efficaces et significativement plus efficace que le simple conseil. Une amélioration significative était retrouvée sur la moitié des variables étudiées sept mois après la fin du traitement. Les sujets antisociaux non-déprimés ne présentaient que peu d'amélioration.

Personnalité évitante

Alden (1989) et Alden et Capreol (1993) ont comparé 76 sujets présentant une personnalité évitante traités en groupe et randomisés selon quatre conditions : exposition graduée ; développement des compétences sociales interpersonnelles ; développement des compétences sociales d'intimité ; liste d'attente (tableau 12.XXI). Les deux groupes qui suivaient les programmes de compétences sociales recevaient un mélange de techniques cognitives et comportementales. L'étude d'efficacité a montré que les trois traitements étaient meilleurs que la liste d'attente à la fin du traitement et à trois mois de suivi.

Troubles de la personnalité (confondus)

La méta-analyse récente de Leichsenring et Leibing (2003) incluait 26 études et concernait les psychothérapies psychodynamiques (15 études avec un suivi

Tableau 12. XXI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour la personnalité évitante

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Alden, 1989 Alden et Capreol, 1993 *Études contrôlées* note : 7/10	Comparaison de 3 types de TC et liste d'attente n = 76 suivi 3 mois	Efficacité des trois types de TCC

pouvant aller jusqu'à 4 ans) et les thérapies cognitivo-comportementales (11 études avec un suivi jusqu'à 16 mois) utilisées dans différents troubles de la personnalité (avec une part importante de troubles borderline). Onze études étaient randomisées et contrôlées (comparaison avec une liste d'attente, un autre traitement ou un traitement non spécifique) (tableau 12.XXII). Les psychothérapies psychodynamiques avaient une taille d'effet globale de 1,46, de 1,08 pour les auto-évaluations et de 1,79 pour les hétéro-évaluations. Les tailles d'effet pour les thérapies cognitivo-comportementales

Tableau 12.XXII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles de la personnalité

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Leichsenring et Leibing, 2003 *Méta-analyse* note : 3,5/7	Thérapies psychodynamiques (TP) Thérapies cognitivo-comportementales (TCC), 25 études suivi : de 0 à 4 ans	Efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies psychodynamiques. Les thérapies psychodynamiques ont les tailles d'effet les plus importantes Effet des thérapies psychodynamiques dans les troubles de la personnalité. Effet des thérapies cognitivo-comportementales dans les troubles de la personnalité
Winston et coll., 1994 *Étude contrôlée* note : 8/10	Thérapies psychodynamiques brèves (TP) Évaluation de la symptomatologie et de l'adaptation sociale 81 patients (3 groupes) Comparaison de 2 formes de thérapie psychodynamique brève (thérapie brève interprétative et thérapie brève adaptative) et liste d'attente. Suivi : 6 mois	Efficacité des thérapies psychodynamiques brèves par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies psychodynamiques brèves dans les troubles de la personnalité (dépendante, évitante, obsessionnelle-compulsive et histrionique)

étaient respectivement de 1, 1,2 et 0,87. Il existait une corrélation positive mais non significative entre la durée du traitement et la taille d'effet générale et les tailles d'effet des thérapies psychodynamiques évoquaient des changements plutôt à long terme qu'à court terme.

Une étude randomisée et contrôlée de Winston et coll. (1994) incluait 81 patients ayant un trouble de la personnalité (à l'exclusion des personnalités paranoïaques, narcissiques, schizoïdes, schizotypiques et borderline) traités durant 40 semaines en moyenne par deux formes de thérapies psychodynamiques brèves (thérapie brève adaptative et thérapie brève interprétative) ou en liste d'attente. Les sujets ont été réévalués 1 mois et 6 mois après la fin du traitement. L'évaluation des sujets s'intéressait à la symptomatologie et à l'adaptation sociale. Les auteurs retrouvaient une efficacité significative, sur toutes les mesures, par rapport à la liste d'attente, des thérapies psychodynamiques brèves.

La méta-analyse de Perry et coll. (1999) n'a pas été incluse dans notre analyse, malgré une bonne qualité méthodologique. Elle incluait des études très diverses et montrait certes l'efficacité des psychothérapies sur les troubles de la personnalité, mais sans que l'on puisse distinguer dans ce travail, les spécificités des différentes approches psychothérapiques, comme les troubles de la personnalité concernés.

En résumé, les thérapies cognitivo-comportementales, comme les thérapies psychodynamiques ont montré leur efficacité pour les personnalités borderline à au moins 1 an de suivi. Toutes deux semblent efficaces pour les personnalités antisociales, lorsque les sujets sont également déprimés, à 7 mois de suivi, ainsi que pour divers autres troubles de la personnalité à 6 mois de suivi. Pour les troubles de la personnalité, comme pour les troubles du comportement alimentaire, aucune étude contrôlée n'a montré à l'heure actuelle qu'une thérapie était plus efficace qu'une autre.

Troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool

Les études publiées concernant les approches psychothérapiques chez les sujets présentant des troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool, que nous avons retenues et leur analyse sont présentées dans les tableaux 12.XXIII et 12.XXIV. Nous n'avons pas retrouvé de travaux sur les thérapies d'inspiration psychanalytique dans cette indication.

Une méta-analyse de Moyer et coll. (2002) incluait 54 études et comparait les effets des interventions brèves (pas plus de 4 séances de thérapie cognitivo-comportementale) auprès de sujets alcoolodépendants demandeurs (34 études) et non demandeurs de soins (20 études) en comparaison à des

Tableau 12.XXIII : Études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool

Approches	Type d'études		
	Méta-analyses	Revue systématique	Études contrôlées
Thérapies cognitivo-comportementales	Moyer et coll., 2002		Burtscheidt et coll., 2002
Thérapies familiales	Edwards et Steinglass, 1995 O'Farrell et Fals-Stewart, 2001	O'Farrell, 1989	
Autres psychothérapies			Thérapie motivationnelle Holder et coll., 2000

Tableau 12.XXIV : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans les troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Moyer et coll., 2002 *Méta-analyse* note : 5,5/7	Interventions brèves de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (< 5 séances) 34 études chez non demandeurs de traitement, 20 études chez demandeurs de traitement	Efficacité des interventions brèves TCC inférieure à celle des interventions plus durables chez les demandeurs de traitement. Efficacité des interventions brèves TCC chez les non demandeurs de traitement, si l'on exclue les plus sévères, par rapport aux contrôles et se maintenant au delà de 3 à 6 mois Effet des interventions brèves (thérapies cognitivo-comportementales) à moyen terme chez les sujets non demandeurs de traitement mais dont les troubles ne sont pas trop sévères
O'Farrell et Fals-Stewart, 2001 note : 3/7	Thérapies familliales (TF) 1 260 sujets 36 études randomisées comparant les thérapies impliquant la famille à des thérapies individuelles et à des listes d'attente	La taille d'effet moyenne favorise les thérapies impliquant la famille en ce qui concerne la consommation d'alcool, l'entrée et l'assistance dans le traitement, et l'ajustement familial
Edwards et Steinglass, 1995 *Méta-analyse* note : 5/7	Thérapies familiales (TF) 21 études, suivi : 6 mois	Efficacité des TF dans la motivation du patient alcoolique à entamer un traitement par rapport aux situations contrôles. Efficacité comparable des TF et individuelles une fois les patients engagés dans un traitement, à l'issue du traitement comme au suivi de 6 mois minimum Efficacité des thérapies familiales dans la motivation et le traitement du patient alcoolique, se maintenant à 6 mois

Tableau 12.XXIV (suite) : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans les troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
O'Farrell, 1989 *Revue systématique*	Thérapies familiales (TF) 13 études	Thérapies familiales impliquant le conjoint ont une efficacité supérieure à 6 mois, en terme de consommation d'alcool et de qualité de la relation conjugale, par rapport aux interventions n'impliquant pas le conjoint Effet à moyen terme des thérapies familiales (TF), si elles impliquent le conjoint sur la consommation d'alcool et la relation de couple
Burtscheidt et coll, 2002 *Étude contrôlée* note : 9/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Évaluation du taux d'abstinence 120 patients (3 groupes) Comparaison de 2 types de thérapies cognitivo-comportementales à une thérapie de soutien, suivi : 2 ans	Tendance nette mais non significative à une efficacité supérieure de la thérapie cognitivo-comportementale sur le taux d'abstinence. Les résultats les moins bons concernent les patients ayant des troubles cognitifs ou un trouble grave de la personnalité Tendance à un effet à moyen terme des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sur l'abstinence
Holder et coll, 2000 *Étude contrôlée* note : 9/10	Thérapies motivationnelle et cognitivo-comportementales (TCC). Évaluation des coûts 279 patients (3 groupes) Comparaison thérapie motivationnelle (2 types) et cognitivo-comportementale, suivi : 3 ans	Efficacité comparable des thérapies motivationnelles (TM) et cognitivo-comportementales sur l'abstinence mais à moindre coût pour la TM. Dans les formes plus sévères, c'est la TCC qui a le meilleur rapport coût/efficacité Effet des thérapies motivationnelles et. Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur les coûts de prise en charge des sujets ayant de troubles liés à l'alcool

interventions plus longues pour les premiers et à l'absence d'intervention pour les derniers. L'efficacité des interventions brèves se révélait inférieure à celle des interventions plus durables chez les demandeurs de traitement mais si l'on excluait les alcoolodépendants les plus sévères, les interventions brèves TCC chez les non demandeurs de traitement se révélaient efficace et l'efficacité se maintenait au delà de 3 à 6 mois par rapport aux conditions contrôles.

La méta-analyse d'Edwards et Steinglass (1995) incluait 21 études (dont 16 randomisées) impliquant l'entourage familial dans des interventions

psychothérapiques pour des sujets alcoolodépendants. Elle concluait à l'efficacité des thérapies familiale dans la motivation du patient alcoolodépendant à entamer un traitement par rapport aux situations contrôles (4 études) et à une efficacité comparable des thérapies familiales et individuelles une fois les patients engagés dans un traitement, à l'issue du traitement comme au suivi de 6 mois minimum (efficacité légèrement supérieure pour les thérapies familiales ; 15 études).

Dans la méta-analyse de O'Farrell et Fals-Stewart (2001), sont recensées les études randomisées comparant des thérapies impliquant la famille pour le traitement de l'alcoolodépendance à des thérapies individuelles et à des listes d'attente. Cette méta-analyse de 22 études comportant 1 260 sujets montre que la taille d'effet moyenne est la plus élevée pour les thérapies impliquant la famille, en ce qui concerne la consommation d'alcool, l'entrée et l'assistance dans le traitement et l'ajustement familial.

L'essai randomisé contrôlé de Burtscheidt et coll. (1994) ne retrouvait qu'une tendance (statistiquement non significative) à une amélioration de l'abstinence sous thérapie cognitivo-comportementale *versus* de soutien chez 120 sujets avec un suivi de 2 ans. Les résultats les moins bons concernaient les patients ayant des troubles cognitifs ou un trouble grave de la personnalité.

L'essai randomisé contrôlé de Holder et coll. (2000) s'inscrit dans le vaste projet MATCH conduit aux états-unis et aborde la question qui nous occupe sous l'angle médico-économique. Il comparait psychothérapie motivationnelle (accompagnement dans un processus de changement de comportement par étape) et psychothérapie cognitivo-comportementale, conduites sur 12 semaines, dans un échantillon de 279 patients issus de plusieurs centres et suivis sur 3 ans. L'efficacité des thérapies motivationnelles et cognitivo-comportementales était comparable sur l'abstinence mais les coûts étaient moindres pour la thérapie motivationnelle. Dans les formes plus sévères, les thérapies cognitivo-comportementales avaient le meilleur rapport coût/efficacité.

La revue systématique de O'Farrell (1989) détaillait les études consacrées aux thérapies familiales chez l'alcoolodépendant. Lorsque le conjoint ou un membre de la famille vivant avec le patient était impliqué, les psychothérapies familiales avaient une efficacité supérieure jusqu'à 6 mois, en terme de consommation d'alcool et de qualité de la relation conjugale, par rapport aux approches psychothérapiques n'impliquant pas le conjoint.

Nous n'avons pas retenu l'étude comparative de Fukunishi et coll. (1994) comparant deux groupes de familles d'alcoolodépendants et de témoins sains ayant une prise en charge en thérapie familiale de groupe, car elle est non randomisée et elle n'apporte pas d'éléments d'information supplémentaire. Nous n'avons pas retenu également la méta-analyse de Irvin et coll. (1999)

qui rassemblait les données de 26 études publiées ou non, concernant les addictions au sens large et l'alcool pour seulement 5 études.

Au total, dans les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool, l'efficacité des thérapies familiales et des thérapies cognitivo-comportementales reste encore de l'ordre de la présomption scientifique malgré leur utilisation répandue dans le traitement de ces troubles. Les thérapies d'inspiration psychanalytique n'ont pas été étudiées dans cette indication.

Les comparaisons entre psychothérapies réalisées à ce jour concluent que les thérapies motivationnelles sont aussi efficaces que les thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool.

Troubles de l'enfant et de l'adolescent

Chez l'enfant et l'adolescent, seules des études rétrospectives et non contrôlées sont disponibles pour les psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) qui n'atteignent pas, de ce fait, un niveau de preuve permettant d'aller au delà d'une présomption d'efficacité globale (sur aucun trouble spécifié).

L'efficacité des TCC, chez l'enfant et l'adolescent, dans le traitement de la dépression a été évaluée dans deux méta-analyses (Harrington et coll., 1998 ; Reinecke et coll., 1998), dont les résultats indiquent que la TCC permettait une amélioration symptomatique significative mais la plupart des études utilisées incluaient des sujets recrutés en population générale plutôt que des demandeurs de soins. L'efficacité des TCC est établie dans le traitement des peurs et des phobies (de nombreux essais randomisés convergents pour plusieurs techniques de TCC). Six études contrôlées ont montré l'efficacité des TCC sur un ensemble de troubles anxieux (hyperanxiété, anxiété de séparation et évitement social). Il n'existe qu'une présomption d'efficacité des TCC dans le trouble obsessionnel compulsif de l'enfant et de l'adolescent fondée sur un essai randomisé de faible puissance (De Haan et coll., 1998) (et neuf études en ouvert).

Une seule étude chez l'enfant montre un effet significatif de la thérapie familiale, associée à la TCC, sur la disparition des symptômes de troubles anxieux (hyperanxiété, anxiété de séparation, phobie sociale) (Barrett et coll., 1996). De nombreuses études (7 études contrôlées dont une non randomisée) chez l'enfant ont été menées sur la base de programmes d'intervention familiale, les programmes développés par Lovaas ou TEACCH (pour une étude) en particulier et montraient une efficacité sur le comportement et les capacités d'apprentissage des enfants autistes.

En conclusion, dans la schizophrénie, chez les sujets en phase aiguë ou hospitalisés, les thérapies familiales, associées aux antipsychotiques, sont les

plus efficaces sur le taux de rechute à 2 ans et pour les patients stabilisés et suivis en ambulatoire, en association au traitement médicamenteux, les thérapies cognitivo-comportementales sont efficaces sur l'acquisition d'habiletés sociales ou l'amélioration de la gestion des émotions et l'approche psycho-éducative, familiale ou centrée sur le patient, sur le taux de rechute à 2 ans. Les psychothérapies d'inspiration analytique n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Dans les troubles bipolaires, l'approche psycho-éducative, associée au traitement médicamenteux, est efficace sur le fonctionnement global et la compliance au traitement quand elle est conjugale, ou sur le délai de survenue des rechutes maniaques (mais non dépressives) à 18 mois quand elle s'adresse aux patients.

Pour les troubles dépressifs, chez des patients hospitalisés et en association aux antidépresseurs, les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité et les études contrôlées comparant approche psychodynamique et cognitivo-comportementale concluent à la supériorité de la seconde. Pour des troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère, traités en ambulatoire, les thérapies cognitives ont également fait la preuve de leur efficacité, comme les thérapies interpersonnelles (TI) dont l'efficacité est comparable. Les thérapies de couple seraient efficaces pour les sujets vivant avec un conjoint critique.

Dans les troubles anxieux, l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales est bien établie. Les thérapies psychodynamiques brèves seraient efficaces (présomption d'efficacité) dans la prévention des rechutes de trouble panique (en association aux antidépresseurs) et dans le syndrome de stress post-traumatique. Les comparaisons entre les différentes approches ont montré que les TCC sont les thérapies les plus efficaces pour tous les troubles anxieux, que les gains thérapeutiques sont stables dans le temps et que l'on ne retrouve pas de substitution de symptômes dans la période de suivi consécutive au traitement (ce qui a également été retrouvé dans la dépression et la schizophrénie).

Dans la boulimie, l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies interpersonnelles est bien établie. Dans l'anorexie mentale, les thérapies familiales ont fait la preuve de leur efficacité, surtout chez des patients jeunes ayant moins de 3 ans d'évolution et jusqu'à 5 ans de suivi. Les comparaisons entre psychothérapies réalisées à ce jour concluent qu'aucune d'entre elles ne semble clairement plus efficace que les autres pour les troubles du comportement alimentaire.

Pour les troubles de la personnalité de type borderline, les thérapies psychodynamiques comme les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité. Toutes deux semblent, de même, efficaces pour les personnalités antisociales, lorsque les sujets sont également déprimés, ainsi que pour divers autres troubles de la personnalité. Aucune étude contrôlée n'a montré

à l'heure actuelle qu'une thérapie était plus efficace qu'une autre dans les troubles de la personnalité.

Dans les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool, l'efficacité des thérapies familiales et des thérapies cognitivo-comportementales reste encore de l'ordre de la présomption scientifique et les thérapies d'inspiration psychanalytique n'ont pas été étudiées dans cette indication.

Chez l'enfant et l'adolescent, les études sur les psychothérapies d'inspiration analytique n'atteignent pas un niveau de preuve permettant d'aller au delà d'une présomption d'efficacité globale (sur aucun trouble spécifié). Les données concernant les thérapies cognitivo-comportementales sont beaucoup plus fournies : présomption d'efficacité des TCC pour les troubles dépressifs de sévérité modérée, pour le traitement des peurs et des phobies, pour l'hyperanxiété, l'anxiété de séparation et l'évitement social et pour le trouble obsessionnel compulsif. L'efficacité des programmes d'intervention familiale a été établie sur le comportement et les capacités d'apprentissage des enfants autistes.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMOWITZ JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder : a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 44-52

ALDEN LE. Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 756-764

ALDEN LE, CAPREOL MJ. Avoidant personality disorder : interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behav Ther* 1993, **24** : 357-376

BATEMAN A, FONAGY P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1563-1569

BATEMAN A, FONAGY P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization : an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 36-42

BARRETT PM, DADDS MR, RAPEE RM. Family treatment of childhood anxiety : a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 333-342

BENTON MK, SCHROEDER HE. Social skills training with schizophrenics : a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990, **58** : 741-747

BROM D, KLEBER RJ, DEFARES PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 607-612

BURNAND Y, ANDREOLI A, KOLATTE E, VENTURINI A, ROSSET N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 2002, **53** : 585-590

BURTSCHEIDT W, WOLWER W, SCHWARZ R, STRAUSS W, GAEBEL W. Out-patient behaviour therapy in alcoholism : treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatr Scand* 2002, **106** : 227-232

CHANNON S, DE SILVA P, HEMSLEY D, PERKINS R. A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 1989, **27** : 529-535

CLARKIN JF, CARPENTER D, HULL J, WILNER P, GLICK I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv* 1998, **49** : 531-533

CONTE HR, PLUTCHIK R, WILD KV, KARASU TB. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. A systematic analysis of the evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1986, **43** : 471-479

CORMAC I, JONES C, CAMPBELL C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2002, : CD0005

CORRIGAN PW. Social skills training in adult psychiatric populations : A meta-analysis. *J Behav Therap Exp Psychiatry*, 1991, **22** : 203-210

CRISP A H, NORTON K, GOWERS S, HALEK C, BOWYER C, YELDHAM D, SEVETT G, BHAT A. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991, **159** : 325-333

DARE C, EISLER I, RUSSELL G, TREASURE J, DODGE E. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa : Randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001, **178** : 216-221

DAVIDSON PR, PARKER KC. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2001, **69** : 305-316

DE HAAN E, HOOGDUIN KA, BUITELAAR JK, KEIJSERS GP. Behavior therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 1022-1029

DOBSON KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 414-419

EDWARDS ME, STEINGLASS P. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *J Marital Family Therapy* 1995, **21** : 475-509

EISLER I, DARE C, HODES M, RUSSELL G, DODGE E, LE GRANGE D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa : The results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, **41** : 727-736

EISLER I, DARE C, RUSSEL GFM, SZMUKLER G, LE GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia Nervosa. A five year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1025-1029.

ENGELS GI, VERMEY M. Efficacy of nonmedical treatments of depression in elders : a quantitative analysis. *J Clin Geropsychology* 1997, **3** : 17-35

FAIRBURN CG, NORMAN PA, WELCH SL, O'CONNOR ME, DOLL HA, PEVELER RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995, **52** : 304-312

FEDOROFF IC, TAYLOR S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia : a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2001, **21** : 311-324

FENTON WS. Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000, **26** : 47-72

FETTES PA, PETERS JM. A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992, **11** : 97-110

FUKUNISHI I, ICHIKAWA M, ICHIKAWA T, MATSUZAWA K. Effect of family group psychotherapy on alcoholic families. *Psychol Rep* 1994, **74** : 568-570

GHADERI A, ANDERSON G. Meta-analysis of CBT for bulimia nervosa : Investigating the effects using DSM-III-R and DSM-IV criteria. *Scan J Behav Therapy* 1999, **28**, 79-87

GARCIA PALACIOS A, HOFFMAN K, CARLIN A, FURNESS TA, BOTELLA C. Virtual reality in the treatment of spider phobia : a controlled study. *Behav Res Therapy* 2002, **40** : 983-993

GETKA EJ, GLASS CR. Behavioral and cognitive-behavioral approaches to the reduction of dental anxiety. *Behav Therapy* 1992, **23 :** 433-448

GILROY L, KIRBY K, DANIELS BA, MENZIES C, MONTGOMERY I. Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus live exposure in the treatment of spider phobia. *Behav Therapy* 2000, **31** : 733-744

GLICK ID, CLARKIN JF, SPENCER JH JR, HAAS GL, LEWIS AB et coll. A controlled evaluation of inpatient family intervention. I. Preliminary results of the six-month follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 882-886

GLOAGUEN V, COTTRAUX J, CUCHERAT M, BLACKBURN IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998, **49** : 59-72

GOULD RA, OTTO MW, POLLACK MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol rev* 1995, **15** : 819-844

GOULD RA, OTTO MW, POLLACK MH, YAP L. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder : a preliminary meta-analysis. *Behav Therapy* 1997a, **28** : 285-305

GOULD RA, BUCKMINSTER S, POLLACK MH, OTTO MW, YAP L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia : a meta-analysis. *Clin Psychol* 1997b, **4** : 291-306

HARRINGTON R, WHITTAKER J, SHOEBRIDGE P, CAMPBELL F. Systematic Review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BMJ* 1998, **316** : 1559-1563

HARTMANN A, HERZOG T, DRINKMANN A. Psychotherapy of bulimia nervosa : what is effective ? A meta-analysis. *J Psychosom Res* 1992, **36** : 159-167

HAY PJ, BACALTCHUK J. Psychotherapy for bulimia nervosa and binging (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2001, **2** : CD0005

HOLDER HD, CISLER RA, LONGABAUGH R, STOUT RL, TRENO AJ, ZWEBEN A. Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction* 2000, **95** : 999-1013

KACHELE H, KORDY H, RICHARD M, RESEARCH GROUP TREAT. Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany : data from a multicenter study. *Psychother Res* 2001, **11** : 239-257

KAPLAN AS. Psychological treatments for anorexia nervosa : a review of published studies and promissing new directions. *Can J Psychiatry* 2002, **47** : 235-242

KOBAK KA, GREIST JH, JEFFERSON JW, KATZELNICK DJ, HENK HJ. Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder : a meta-analysis. *Psychopharmacology (berl)* 1998, **136** : 205-216

KOONS CR, ROBINS CJ, TWEED JL, LYNCH TR, GONZALES AM et coll. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Therapy* 2001, **32** : 371-389

LEFF J, VEARNALS S, BREWIN CR, WOLFF G, ALEXANDER B, ASEN E, DAYSON D, JONES E, CHISHOLM D, EVERITT BL. The London Intervention Trial : Randimised controlled trial of antidepressant v. Couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner : clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000, **177** : 95-100

LEICHSENRING F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression : a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001, **21** : 401-419

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** : 1223-1232

LEWANDOWSKI LM, GEBING TA, ANTHONY JL, O'BRIEN WH. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clin Psychol Rev* 1997, **17** : 703-718

LINEHAN M, TUTEK DA, HEARD HL, ARMSTRONG H.E. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patient. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 1171-1176

LINEHAN MM, ARMSTRONG HE, SUAREZ A, ALLMON D, HEARD HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 1060-1064

LOVAAS OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 3-9

MCCUSKER J, COLE M, KELLER E, BELLAVANCE F, BERARD A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998, **158** : 705-712

MALMBERG L, FENTON M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, **3** : CD0013

MARI JJ, STREINER DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia : meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994, **24** : 565-578

MIKLOWITZ DJ, SIMONEAU TL, GEORGE EL, RICHARDS JA, KALBAG A et coll. Family-focused treatment of bipolar disorder : 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000, **48** : 582-592

MILROD B, BUSCH F, LEON AC, ARONSON A, ROIPHE J et coll. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001, **10** : 239-245

MILROD B, BUSCH F, LEON AC, SHAPIRO T, ARONSON A et coll. Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder : a pilot study. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 1878-1880

MOJTABAI R, NICHOLSON RA, CARPENTER BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia : a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998, **24** : 569-587

MOYER A, FINNEY JW, SWEARINGEN CE, VERGUN P. Brief intervention for alcohol problems : a meta analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction* 2002, **97** : 279-292

MUHLBERGER A, HERRMAN MJ, WIDEMANN E, ELLGRING H, PAULI P. Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behav Res Therapy* 2001, **41** : 1033-1050

NIETZEL MT, RUSSELL RL, HEMMINGS KA, GRETTER ML. Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression : a meta-analytic approach to social comparison. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55 :** 156-161

O'FARRELL TJ. Marital and family therapy in alcoholism treatment. *J Subst Abuse Treat* 1989, **6** : 23-29

O'FARRELL TJ, FALS-STEWART W. Family-involved alcoholism treatment. An update. *In* : Recent developments in alcoholism, Vol.15, Services Research in the Era of Managed Care, Galanter, Kluwer. Academic/Plenum Publishers, New York, 2001, 329-356

OLMSTED MP., DAVIS R., ROCKERT N., IRVINE MJ, EAGLE M., GARNER DM. Efficacity of a brief psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1991, **29 :** 71-83

OST J, ALM T., BRANBERG M, BREITHOLTZ C. One vs five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophopbia. *Behav Res Therapy* 2001, **39** : 167-183

PAUL GL. Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. *J Consult Clin Psychol* 1967, **31** : 333-348

PEKKALA E, MERINDER L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 : CD0028

PERRY A, TARRIER N, MORISS R, MCCARTHY E, LIMB K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Brit Med J* 1999, **318** : 149-153

PERRY JC, BANON E, IANNI F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1312-1321

PHAROAH FM, MARI JJ, STREINER D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, : CD0000

PINQUART M, SOERENSEN S. How effective are psychotherapeutic and other psychosocial intervention with older adults ? A meta analyse. *J Ment Health Aging* 2001, **7** : 207-243

PITSCHEL-WALZ G, LEUCHT S, BAUML J, KISSLING W, ENGEL RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001, **27** : 73-92

REINECKE MA, RYAN NE, DUBOIS DL. Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence : a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 26-34

ROBINSON LA, BERMAN JS, NEIMEYER RA. Psychotherapy for the treatment of depression : a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 1990, **108 :** 30-49

ROTHBAUM BO, HODGES LF, KOOPER R, OPDYKE D, WILLIFORD JS, NORTH M. Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *Am J Psychiatr* 1995, **152** : 626-628

SHERMAN JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD : a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress* 1998, **11** : 413-435

STEINBRUECK SM, MAXWELL SE, HOWARD GS. A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *J Consult Clin Psychol* 1983, **51** : 856-863

STUART S, BOWERS WA. Cognitive therapy with inpatients : review and meta analysis. *J Cognitive Therapy*, 1995, **9** : 85-92

TAYLOR S. Meta-analysis of cognitive behavioral tratment for social phobia. *J Behav Therapy Exp Psychiatry* 1996, **27** : 1-9

THASE ME, GREENHOUSE JB, FRANK E, REYNOLDS CF 3RD et coll. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1009-1015

VAN BALKOM AJLM, BAKKER A, SPINHOVEN P, BLAAUW BMJW, SMEENK S, RUESINK B. A meta-analysis on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia : a comparaison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J Nerv Ment Dis* 1997, **185** : 510-516

VAN BALKOM AJLM, VAN OPPEN P, VERMEULEN AWA, VAN DYCK R, NAUTA MCE, VORST HCM. A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder : a comparaison of antidepressant, behavior, and cognitive therapy. *Clin Psychol Rev* 1994, **14** : 359-381

VAN ETTEN ML, TAYLOR S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder : a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998, **5** : 126-144

VERHEUL R, VAN DEN BOSCH LMC, KOETER MWJ, DE RIDDER MAJ, STINEN T, VAN DEN BRINCK W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder, 12 month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2003, **182 :** 135-140

WHITTAL ML, AGRAS WS, GOULD RA. Bulimia nervosa : A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behav Ther* 1999, **30** : 117-135

WIBORG IM, DAHL AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder ? *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 689-694

WINSTON A, LAIKIN M, POLLACK J, SAMSTAG LW, MCCULLOUGH L, MURAN JC. Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 190-194

WOODY GE, MC LELLAN T, LUBORSKY L, O'BRIEN CP. Sociopathy and psychotherapy outcome, *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 1081-1086

WUNDERLICH UG, WIEDERMANN G, BUCHKREMER. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam ? Eine Metaanalyse. *Verhaltenstherapie* 1996, **6** : 4-13

Synthèse

L'évaluation des effets des psychothérapies apparaît nécessaire pour orienter la décision en santé publique et répondre à l'exigence des patients souhaitant connaître l'efficacité des traitements proposés.

Le groupe d'experts a analysé trois approches en psychothérapie en fonction de l'existence de travaux dans la littérature pouvant fournir le fondement d'une évaluation scientifique de leur efficacité : l'approche psychodynamique (psychanalytique), l'approche cognitivo-comportementale et l'approche familiale et de couple. Ces psychothérapies ont en commun : l'ancienneté et la solidité de leur conceptualisation théorique ; l'existence de formations spécifiques à leur pratique par des cliniciens ; leur utilisation répandue dans le domaine du soin.

Une deuxième option a priori du groupe d'experts a été de porter son attention sur l'application de ces méthodes psychothérapiques au traitement de la pathologie mentale du sujet adulte, domaine où la littérature est la plus avancée en termes d'études d'efficacité. Les troubles qui ont été pris en considération dans cette expertise sont les suivants : troubles anxieux, troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles des comportements alimentaires, troubles de la personnalité, alcoolodépendance. Par ailleurs, le groupe a pris soin de considérer et de rapporter aussi, pour chaque type de pathologie que l'on peut également rencontrer chez l'enfant ou l'adolescent, les travaux spécifiques réalisés dans cette tranche d'âge. De même, ont été analysés certains travaux se rapportant à l'autisme et à d'autres troubles envahissants du développement, à l'hyperactivité et aux troubles des conduites.

Une évaluation scientifique de l'efficacité des psychothérapies suppose de connaître d'une part les caractéristiques des patients inclus (sur quelle pathologie portent les études, le degré de gravité de cette pathologie et éventuellement ses comorbidités), et d'autre part le niveau d'amélioration de ces patients en fin de traitement. La description des pathologies cibles et la définition des objectifs thérapeutiques peuvent être différentes selon les études en fonction des cadres théoriques sous-jacents aux approches psychothérapiques. Cela peut rendre les comparaisons difficiles entre les traitements. Néanmoins, dans la mesure où une thérapie est proposée pour un syndrome donné, l'amélioration de ce syndrome peut constituer un standard commun pour évaluer différentes thérapies.

Nombre de facteurs peuvent influencer le cours d'une psychothérapie et donc son évaluation : la nature et le degré du trouble, des événements de vie, l'environnement familial et social, l'effet placebo, la méthode ou la technique thérapeutique utilisée, la relation thérapeutique – avec une bonne ou

mauvaise alliance thérapeutique –, de même que des changements biologiques. Ces aspects ont également été évoqués dans l'analyse des différentes approches.

Comment envisager les problèmes méthodologiques de l'évaluation des psychothérapies ?

L'évaluation scientifique d'une thérapeutique pose au moins trois questions méthodologiques : Quelle est la définition de la population de patients à traiter ? Comment mesurer l'efficacité de la thérapeutique ? Comment prouver cette efficacité ?

La définition de la population de patients traités (correspondant aux traditionnels critères d'inclusion et d'exclusion) détermine en partie l'exploitation clinique des résultats des études. Il faut d'une part utiliser les diagnostics s'approchant au mieux de la nosographie la plus consensuelle afin que les conclusions tirées de l'étude puissent être facilement généralisables. Il faut d'autre part que la démarche diagnostique puisse être opérationnalisée avec un minimum d'ambiguïté afin de garantir la reproductibilité de l'expérience. En pratique, ces deux contraintes sont souvent difficiles à concilier : les catégories diagnostiques construites sur la base d'une reproductibilité optimisée comme celles du DSM (Association américaine de psychiatrie), ou de la CIM (Organisation mondiale de la santé) ne sont pas nécessairement celles qui sont le plus utilisées en pratique clinique courante, notamment en France. Même si les troubles examinés par cette expertise, à travers la littérature disponible, sont parmi les plus fréquents, on ajoutera qu'un certain nombre de souffrances psychologiques et de symptômes variés rencontrés en psychothérapie ne sont pas catégorisables en termes de syndromes ou de maladies déjà répertoriés.

Le choix de la mesure d'efficacité est sûrement le point méthodologique le plus important. Il soulève en effet plusieurs questions, la première d'entre elles étant de savoir s'il est licite de recourir à des mesures chiffrées pour décrire l'amélioration d'un patient lors d'une prise en charge psychothérapique. Par rapport à l'extrême complexité du phénomène, il faut en fait être modeste quant à la valeur de ces mesures dans le domaine psychothérapique. Ces mesures ne sont en effet que la représentation numérique d'une caractéristique. Le sens commun nous invite en effet à constater, en première approximation, qu'un patient peut être « plus » ou « moins » amélioré dans tel ou tel aspect de son fonctionnement. On peut alors recourir à un système numérique pour grader l'amélioration clinique. Encore faut-il, bien sûr, que cette mesure reflète fidèlement l'amélioration, en d'autres termes que la mesure soit valide. Même si cette mesure traite de caractéristiques subjectives et non objectives, il est possible de valider une telle mesure subjective d'efficacité. Cette mesure est cependant toujours assujettie à la théorie définitoire

que ses concepteurs ont explicitement ou implicitement utilisée. Ce point est capital si l'on s'intéresse à l'évaluation de psychothérapies ; il peut y avoir en effet un biais lié à l'antagonisme ou à la congruence de la théorie définitoire de l'instrument de mesure et du support théorique de la psychothérapie étudiée.

La question de la preuve de l'efficacité est liée au caractère partiellement aléatoire de la réponse de tout patient à une thérapeutique. Si l'on observe une différence d'efficacité entre deux groupes de patients traités, la question est de savoir si cette différence est compatible ou non avec les variations d'efficacité spontanément observées d'un patient à l'autre pour un même traitement. Ce problème est souvent résolu en pratique à l'aide d'un tirage au sort dans l'attribution des traitements et de l'utilisation d'un test statistique pour établir la significativité de la différence d'efficacité. Ce recours incontournable à la statistique suppose la reproductibilité du phénomène étudié, or dans le cas des psychothérapies, le patient (ou le couple patient-thérapeute) est singulier dans sa trajectoire de vie et dans son fonctionnement mental ; comment envisager alors des expériences reproductibles ? Cette question se pose en réalité pour toute démonstration d'efficacité thérapeutique. Par exemple, si l'on évalue l'efficacité d'une antibiothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, l'essai devra s'étaler sur une ou plusieurs années. Si un investigateur souhaite reproduire l'essai une fois les résultats publiés, il est possible que l'écologie du germe ait changé et que l'expérience ne soit plus tout à fait la même. En recherche clinique, la notion de reproductibilité est affaiblie par rapport aux sciences expérimentales classiques comme la physique, la chimie ou la biologie ; cet affaiblissement relatif n'est cependant pas suffisant pour rendre inopérante une démarche scientifique, l'avancée des connaissances en thérapeutiques durant le 19e siècle le montre clairement.

Au total, il n'existe pas de frein conceptuel évident à la mise en œuvre de l'évaluation scientifique de l'efficacité d'une psychothérapie. Il est en effet possible d'envisager de tester l'hypothèse d'efficacité de ces traitements dans le cadre d'expériences reproductibles réfutables. Des nuances doivent cependant être apportées à cette affirmation : tout d'abord, la reproductibilité de ces études n'est pas totale, mais ce problème n'est pas propre au domaine des psychothérapies. Ensuite, les définitions des patients à traiter ne sont pas toujours consensuelles, ce qui peut parfois gêner l'exploitation clinique des résultats. Enfin, ces études ne sont interprétables que si les mesures réalisées sont valides. Dans le cadre des psychothérapies, ces mesures portent parfois sur un « phénotype » subjectif, leur validité est alors plus facile à démontrer si elles sont insérées dans un champ théorique compatible avec la psychothérapie étudiée. Les critères d'évaluation de l'efficacité le plus souvent utilisés dans la littérature reposent sur des éléments symptomatiques, qui ne peuvent revendiquer une pertinence universelle. Il s'agit incontestablement d'une limitation, en reconnaissant cependant que le symptôme reste un élément incontournable de l'état de santé mentale des patients.

Quels sont les différents types d'études relevés dans la littérature pour évaluer les psychothérapies ?

L'évaluation de l'efficacité d'une thérapeutique s'appuie sur des études comparatives contrôlées. Cependant, il est pratiquement impossible de comparer après randomisation et en double aveugle une psychothérapie active à un « placebo » inerte de psychothérapie sur le modèle des études pharmacologiques car les phénomènes relationnels, situationnels, et les attentes des thérapeutes et des patients sont des ingrédients actifs dans tout système psychothérapique. Dans les études, on trouve donc différents types de « groupe témoin », comme par exemple le groupe « attention placebo » dans lequel les patients ont un contact minimal avec un thérapeute qui n'utilise pas les éléments supposés actifs de la thérapie considérée. Ceci permet d'éliminer les simples effets de prise en charge. On trouve également comme groupe de comparaison le groupe de patients sur liste d'attente, qui ne reçoit durant plusieurs mois qu'un simple contact téléphonique (il peut poser des problèmes éthiques, et entraîne souvent des sorties d'essai vers une autre thérapie). Il est fréquent dans les études de comparer une thérapie au « traitement habituel » de la pathologie considérée. Par ailleurs, il faut noter que la comparaison de la psychothérapie à une chimiothérapie risque d'être biaisée en faveur de la psychothérapie si les patients de l'étude ont presque tous eu antérieurement des chimiothérapies inefficaces (et peuvent venir pour cette raison chercher un autre traitement).

Dans l'évaluation des psychothérapies, le double aveugle n'est possible qu'en cas de comparaison d'une psychothérapie avec médicaments *versus* cette même thérapie avec placebo, et dans ce cas l'évaluation porte sur l'interaction entre psychothérapie et médicaments.

Pour pallier aux difficultés d'une évaluation indépendante et aveugle aux hypothèses testées, certains travaux mesurent en début de traitement la croyance des patients et des thérapeutes dans le traitement qui a été tiré au sort et étudient ensuite la corrélation de ces mesures avec les résultats. En effet, le placebo de psychothérapie doit avoir des caractéristiques qui le rendent aussi vraisemblable qu'une thérapie véritable : le placebo doit être crédible.

Un certain nombre de facteurs liés à l'attitude et au comportement du thérapeute vis-à-vis du patient ont été longtemps considérés comme thérapeutiques. Ainsi, la force de persuasion, la possibilité de créer une atmosphère amicale, la chaleur, l'empathie, l'authenticité des sentiments et la considération positive à l'égard du patient ont été évoquées. Il faut ajouter le statut socioprofessionnel, la crédibilité, le décor et la célébrité. Ces facteurs ont été peu étudiés de manière empirique. Les études les plus récentes font référence à l'« alliance thérapeutique », qui exprime la nature et la qualité de l'interaction entre le patient et le thérapeute. En thérapie analytique, l'alliance thérapeutique constitue le cadre dans lequel peut s'exprimer le « transfert »

(actualisation des désirs inconscients et de la problématique centrale de la cure). Elle s'appuie sur une implication mutuelle du psychanalyste et du patient dans la recherche des causes du trouble et des perspectives de changements à partir du processus de la cure. En thérapie cognitivo-comportementale, l'alliance thérapeutique exprime une relation de collaboration empirique entre patient et thérapeute (comparable à celle de deux scientifiques travaillant sur un problème commun) qui sert de fondement à l'apprentissage, conduisant aux changements cognitifs chez le sujet. La relation d'« alliance thérapeutique » ainsi définie est une condition nécessaire au changement mais non suffisante. En thérapie familiale, l'alliance thérapeutique repose sur le respect des styles d'interaction, des systèmes de valeurs et de croyances, des formes de savoir et de savoir-faire de la famille, ainsi que sur l'élaboration d'hypothèses modifiables en fonction des expériences partagées.

Concernant la mesure des effets des psychothérapies, les études utilisent de nombreuses échelles d'évaluation des symptômes, des comportements et des modes de fonctionnement psychiques et interpersonnels des personnes, échelles qui ont reçu une validation pour des problèmes psychopathologiques variés. Ces échelles peuvent être renseignées soit par le clinicien soit par le patient lui-même Dans certains travaux, on trouve également des questionnaires de personnalité, ou des mesures *ad hoc*, en fonction des hypothèses testées. Les tests comportementaux *in vivo* permettent une mesure directe des performances d'un sujet et peuvent différer notablement des échelles d'évaluation.

Les études d'évaluation bien conduites rapportent des critères et des mesures multiples, ce qui permet d'étendre la portée des conclusions. Certaines de ces études analysent également en détail les éléments du processus thérapeutique. À côté de la variation des scores d'échelles continues, les travaux font référence parfois à des critères généraux, discontinus, critères de bons résultats ou « critères de jugement ». Il peut exister un critère dichotomique unique de jugement (succès/échec) ou un critère principal et des critères secondaires.

En effet, des changements statistiquement significatifs mesurés pour un groupe sur une échelle peuvent parfois ne refléter que des résultats cliniques médiocres dont la moyenne suffit à rendre significatifs les tests statistiques, si la puissance statistique est élevée du fait d'un grand nombre d'inclusions. Inversement, l'absence de changement moyen sur des scores d'échelles peut, plus rarement, s'accompagner de changements cliniques intéressants pour certains patients ou un sous-groupe de patients. Donner la magnitude de l'effet obtenu pour le sujet moyen de l'étude selon qu'il a le traitement ou son comparateur (placebo ou autre traitement), ce dont s'approche la taille d'effet (*effect size*), représente un complément nécessaire aux analyses statistiques classiques.

Critères d'évaluation des essais thérapeutiques contrôlés (d'après Foa et Meadows, 1997 – révision Maxfield et coll., 2002)

Critères	Notation / 10
Symptômes clairement définis	0 0,5 1
Mesures validées	0 0,5 1
Évaluateur indépendant et aveugle	0 0,5 1
Évaluateur entraîné et fiable	0 0,5 1
Traitement présenté dans un manuel	0 0,5 1
Randomisation	0 0,5 1
Fidélité au traitement	0 0,5 1
Pas d'autre traitement concomitant	0 0,5 1
Mesures et entretiens d'évaluation multimodaux	0 0,5 1
Durée du traitement optimale	0 0,5 1

La méta-analyse est une approche quantitative de la revue de la littérature qui permet d'estimer, par la taille d'effet, la magnitude de l'effet obtenu chez le « sujet traité » par rapport au « sujet contrôle ». Le principe de cette analyse repose sur l'idée que l'ensemble des études représente une quantité d'informations en liaison avec l'objectif de la recherche, chaque étude y apportant sa contribution. On prend pour hypothèse que l'ensemble des études est un échantillon de toutes les études possibles sur le thème donné.

La méta-analyse consiste donc à regrouper les études, coder les résultats et calculer l'ampleur ou la taille de l'effet thérapeutique. Celle-ci correspond, pour un critère donné que l'on étudie en fin de traitement, à la différence de moyennes[9] entre le groupe à l'étude et son comparateur (groupe contrôle, ou autre traitement). Le critère est en général le score sur une échelle d'évaluation. La taille d'effet reflète donc le gain éventuel du groupe traité par rapport au groupe contrôle. Entre 0,20 et 0,50, une taille d'effet est considérée comme petite, elle est moyenne entre 0,50 et 0,80 et grande au-delà de 0,80. Dans certaines études, la taille d'effet est calculée par la comparaison des scores pré- et post-traitement[10]. Cette taille d'effet tend à avoir une valeur supérieure à celle de la comparaison traitement actif *versus* condition contrôle, puisque l'effet placebo n'est pas déduit.

9. La taille d'effet correspond à la valeur moyenne du groupe traité moins la valeur moyenne du groupe contrôle, divisée par l'écart-type du groupe contrôle.

10. Elle est alors égale à la différence du score après traitement moins le score avant traitement divisée par l'écart-type.

Distribution des scores et taille d'effet

Le but de la méta-analyse est essentiellement de résoudre le problème de résultats discordants en fournissant une information plus précise sur l'intensité des effets. Elle devrait être aussi utile pour l'identification des répondeurs. En partant de ces prémices, on peut définir les critères de qualité d'une méta-analyse.

Proposition de règles d'or pour évaluer la qualité des méta-analyses

Critères	Notation / 7
Inclusion de tous les essais de qualité sur le sujet	0 0,5 1
Critères de jugement clairement définis	0 0,5 1
Utilisation de méthodes statistiques adéquates	0 0,5 1
Prise en compte de la puissance statistique	0 0,5 1
Comparaison des tailles d'effet	0 0,5 1
Test de l'homogénéité des études	0 0,5 1
Estimation des études non publiées	0 0,5 1

Quelles sont les différentes formes de l'approche psychodynamique et psychanalytique ?

L'approche psychodynamique regroupe des pratiques qui vont de la psychanalyse traditionnelle aux psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) longues ou brèves. La théorie générale psychanalytique sous-jacente à ces pratiques psychothérapiques leur est commune.

La naissance de la psychanalyse se situe à la fin du 19e siècle avec les travaux de Freud sur l'hystérie, l'interprétation des rêves… Dès son origine, par la description précise des phénomènes psychiques et la formulation d'hypothèses sur les mécanismes inconscients qui les sous-tendent, Freud a voulu inscrire la psychanalyse dans une approche scientifique. La contribution de la psychanalyse au soin en psychiatrie a maintenant un siècle d'histoire. Elle s'est plus intensément développée après la Seconde Guerre mondiale. Des variantes cliniques associées à l'évolution des modèles ou aux aspects nosologiques marquent les étapes dans le développement de cette psychothérapie.

Les psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) mettent l'accent sur la prise de conscience par le patient des conflits psychiques dont il souffre ainsi que sur l'acquisition de nouvelles capacités psychologiques et développementales (concernant la construction du moi et la symbolisation). Toutes les psychothérapies de ce type s'appuient sur les théories psychanalytiques incluant le transfert, mais elles peuvent différer suivant les sous-modèles auxquels elles se réfèrent, les objectifs particuliers qu'elles visent et les techniques spécifiques utilisées pour les atteindre. Ces psychothérapies s'adaptent aux caractéristiques du patient repérées à travers l'expression du transfert actuel. Elles se déclinent généralement en plusieurs étapes selon les niveaux d'organisation psychique du patient et des interactions relationnelles établies.

On distingue les psychothérapies à long terme et les psychothérapies brèves ou à court terme (nombre de séances inférieur ou égal à 40). Ces dernières se sont développées plus récemment aux États-Unis. Elles peuvent être centrées sur un événement ou bien être interprétatives et centrées sur la personnalité. L'objectif du traitement est l'acquisition d'une prise de conscience (*insight*) ou l'obtention d'un changement de personnalité, et les techniques utilisées mettent l'accent sur le travail d'interprétation et d'analyse du transfert. La psychothérapie focale identifie un conflit central présent depuis l'enfance, réactivé pendant la vie adulte, et qui est à l'origine du trouble. L'objectif est alors de résoudre ce problème par le biais d'une relation avec le thérapeute donnant de nouvelles opportunités d'assimilation émotionnelle et de prise de conscience.

La psychothérapie psychanalytique est un processus à long terme mené avec un psychanalyste entraîné, à raison de plusieurs séances par semaine sur une durée d'au moins une année. Ces séances permettent l'expression de conflits inconscients et l'abord de fixations (libidinales et ontogénétiques) mis en scène dans la relation de transfert avec le thérapeute. À travers la construction de l'espace analytique et l'interprétation, elles donnent lieu à un travail s'inscrivant dans un processus (re)constructif visant des changements de la structure et de l'organisation psychique.

Présentation des différentes techniques de l'approche psychodynamique (analytique)

Technique	Définition
Psychanalyse	Méthode d'investigation consistant dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet, méthode fondée sur les libres associations du sujet qui sont le garant de la validité de l'interprétation.
Thérapie psychanalytique	Méthode psychothérapique fondée sur l'investigation consistant à mettre en évidence la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires d'un sujet. Cette méthode est spécifiée par l'interprétation contrôlée des mécanismes de défense, de la résistance, du transfert et du désir ainsi que par une dynamique des processus identificatoires
Thérapie brève psychodynamique (en moyenne 12 séances au rythme d'une séance par semaine)	Interventions thérapeutiques spécifiques concernant un « état » ou un « problème » spécifique pour obtenir la modification de cet état ou la résolution du problème.
Thérapie interpersonnelle psychodynamique (10 à 12 séances)	L'accent est mis sur les expériences psychosociales et interpersonnelles du patient.

La formation des thérapeutes tient compte de la diversité des pratiques allant de la cure psychanalytique à des techniques plus directives. Le terme de formation pour l'approche psychodynamique (psychanalytique) se réfère plus à la transmission d'une pratique qu'à la communication d'un savoir. Le praticien s'orientant vers la conduite de psychanalyses ou de psychothérapies psychanalytiques doit acquérir : l'écoute associative lui permettant de s'adapter à différentes techniques ; la capacité à concevoir un cadre propice au travail psychodynamique ; l'aptitude à définir l'indication thérapeutique la mieux adaptée à l'évaluation de la structure psychique.

La formation des psychanalystes repose sur trois dimensions : analyse personnelle, supervision de cas traités par le candidat, enseignement théorique au sein d'instituts de formation. Ces instituts sont plus ou moins étroitement liés aux sociétés de psychanalyse. À l'origine, l'Association psychanalytique internationale, créée en 1910, avait pour objectif d'assurer les principes d'une formation reconnue par tous ses membres. De nombreuses scissions et une vue plus décentralisée des règles de formation au sein de l'association ont introduit une certaine variabilité dans l'application de ces principes. Actuellement en France, les psychanalystes se réfèrent à plusieurs cadres théoriques (freudien, adlérien, jungien, kleinien, lacanien…). Ces praticiens se regroupent en deux associations qui font partie de l'Association psychanalytique

internationale : la Société psychanalytique de Paris et l'Association psychanalytique de France. Par ailleurs, les lacaniens adhèrent à différentes associations dont une association internationale. Cette diversité a entraîné plusieurs modalités de formation et de pratique.

L'analyse personnelle est une condition rigoureusement nécessaire pour devenir psychanalyste, bien que sa finalité et sa pratique présentent de notables différences d'une « institution » à l'autre. Ces différences portent en particulier sur sa nature, thérapeutique ou strictement didactique ou destinée à favoriser l'expérience psychanalytique. Ces écarts ont pris avec le temps une telle ampleur que les différentes « institutions » ne se reconnaissent plus nécessairement dans une commune formation.

Les supervisions ont pour but de familiariser le candidat à la pratique de la psychanalyse. L'objectif n'est ni un pur enseignement technique, ni une forme de psychothérapie, mais de permettre au candidat de transposer dans sa pratique d'analyste l'expérience qu'il a acquise pendant son analyse.

Concernant l'enseignement théorique, la règle générale en France est de s'écarter de tout cadre académique : libre choix des enseignements, séminaires de recherche et d'étude de textes, absence de validation des connaissances. À l'étranger, l'enseignement est souvent inspiré étroitement des méthodes universitaires, voire intégré dans un enseignement universitaire.

L'évaluation du candidat avant le début de l'analyse personnelle n'est plus guère de mise, en particulier en France. Les évaluations avant la pratique des cures supervisées, au décours de chacune des cures et à la fin du cursus conduisent habituellement à l'admission du candidat au sein d'une association psychanalytique.

L'ensemble de la formation, en tenant compte de l'analyse personnelle, dure entre cinq et huit ans. Il assure une qualification à des personnes qui ont déjà une formation universitaire et clinique.

Les psychothérapies à long terme se déroulent sur plusieurs années et s'appliquent à des pathologies complexes comme par exemple les troubles graves de la personnalité (notamment borderline). Dans le trouble de la personnalité borderline, la psychothérapie s'attache aux déficits qui ont marqué les premières phases du développement de l'enfant. Ces déficits se traduisent par des troubles de l'identité et de la relation qui se répètent dans les situations courantes de la vie et s'expriment au cours de la psychothérapie. Le psychothérapeute utilise différentes techniques : expressive, analytique modifiée, exploratoire. Il s'agit de contenir, confronter, interpréter et soutenir selon le degré de sévérité d'expression de la pathologie. Mais il est tout d'abord indispensable d'installer un cadre thérapeutique stable pour que le traitement puisse commencer. La technique utilisée pour le traitement peut évoluer au cours de la psychothérapie. Ainsi « l'interprétation » peut être contre-indiquée initialement et efficace ultérieurement.

Les psychothérapies psychodynamiques brèves sont assez peu utilisées en France mais une grande partie des études d'évaluation se réfère précisément à leur pratique. Elles varient des formes les plus directives et centrées sur l'événement jusqu'à celles qui sont plus interprétatives et centrées sur la personnalité. Leurs critères d'indication et de contre-indication (troubles sévères, faible motivation pour une thérapie) sont très précis.

Dans la psychothérapie focale (David Malan, élève de Balint), le début du traitement est précédé d'une phase d'évaluation très importante. L'identification des facteurs précipitants, des expériences traumatiques précoces ou de patterns répétitifs conduit à la définition d'un conflit interne présent depuis l'enfance et qui doit être le point focal du traitement. Plus grande est la probabilité que l'aire de conflit se manifeste au cours du transfert, plus le résultat sera positif. Le « triangle du transfert » (le transfert, la relation actuelle et la relation passée) conduit à l'amélioration de la santé du patient. Le nombre de séances est généralement de 20 à 30. Dans quelques cas publiés, la thérapie a été étendue à un an.

La psychothérapie brève par provocation d'anxiété (Peter Sifneos) se concentre exclusivement sur le conflit œdipien. Durant la phase initiale du traitement, le thérapeute doit établir un bon rapport avec le patient afin de créer une bonne alliance thérapeutique. Le thérapeute utilise des confrontations provoquant l'anxiété pour clarifier les questions qui concernent le patient dans sa vie précoce et le conflit actuel. Pour s'engager dans cette thérapie, le patient doit avoir une plainte principale spécifique et reconnaître la nature psychologique de ses symptômes. Il doit être particulièrement motivé pour le changement et se montrer capable d'interaction avec le thérapeute qui l'évalue en exprimant ses sentiments. La volonté de faire des sacrifices raisonnables et une attente réaliste des résultats de la psychothérapie sont également requises. Les traitements de ce type, dans leur vaste majorité, comportent de 12 à 16 séances, et ne vont jamais au-delà de 20 séances. Les séances durent 45 minutes.

Dans la psychothérapie en temps limité de Mann, il y a habituellement 2 à 4 séances d'évaluation avant de commencer la psychothérapie. Le psychothérapeute indique au patient le contrat thérapeutique et le but de la thérapie. Il emploie les techniques de psychothérapie psychanalytique classique : analyse des défenses, interprétation du transfert et reconstruction. La psychothérapie est limitée à un total de 12 heures de traitement, distribuées suivant les besoins du patient. Cela peut se dérouler sous la forme de séances hebdomadaires d'une demi-heure pendant 24 semaines ou de séances d'une heure deux fois par semaine pendant 6 semaines.

La psychothérapie de Davanloo comprend de 5 à 40 séances, selon l'aire de conflit du patient (œdipienne *versus* multiples foci). En général, les traitements durent entre 15 et 25 séances. Il n'est pas recommandé de situer une date de terminaison spécifique, mais plutôt de dire clairement au patient que

le traitement sera court. Les durées brèves (5 à 15 séances) sont réservées aux patients avec un conflit essentiellement œdipien.

La psychothérapie adaptative brève est une thérapie plus cognitive qui se concentre sur l'identification du pattern le plus inadapté et son élucidation dans les relations passées et actuelles, et tout particulièrement dans la relation entre le patient et le thérapeute. Le but de la thérapie est de rendre le patient capable de développer une prise de conscience sur les origines et les déterminants de ce pattern, de façon à produire des relations interpersonnelles mieux adaptées.

La psychothérapie de Strupp et Binder porte sur les transactions interpersonnelles et se focalise sur une analyse linguistique du récit des relations. Elle s'appuie donc sur l'analyse des relations interpersonnelles actuelles du patient incluant la relation avec le praticien et les représentations d'objet internes. Elle porte attention aux caractéristiques de retrait et de détachement du patient considérées comme des mécanismes de défense. Ainsi, elle est plus centrée sur les déficits interpersonnels que sur le conflit intrapsychique.

La technique d'investigation psychodynamique brève de Gillieron a pour objectif de mettre en évidence, avec le patient, la nature du changement psychique recherché et les meilleurs moyens pour y parvenir. Ses premiers résultats sont de permettre au patient d'élaborer une demande de soins adaptée aux origines du conflit, de renforcer l'alliance thérapeutique et quelquefois de résoudre la crise qui a amené le patient à consulter.

Les psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) décrites ci-dessus chez l'adulte sont celles qui sont le plus souvent retrouvées dans les études d'évaluation d'efficacité. Ces thérapies se donnent comme objectif des changements profonds et durables chez le patient. Elles cherchent à obtenir ces changements par l'utilisation du langage (elles font partie des thérapies dites verbales) comme outil de (re)construction de la personne.

Le développement de la psychanalyse a été différent dans ses applications chez l'enfant. La règle des associations libres ne pouvant s'appliquer à l'enfant, la valeur symbolique du jeu a été prise en considération. Ainsi le jeu devient l'instrument de prédilection en psychothérapie, incluant les dessins, les jouets représentant êtres humains, animaux, voitures, maisons… Le jeu est de même considéré comme un moyen pour l'enfant de se défendre contre les affects qu'il éprouve dans la situation thérapeutique.

Les séances sont en principe fréquentes. Dans les pays anglo-saxons ou d'Amérique latine, il est habituel de prendre un enfant 5 à 6 fois par semaine. En France, beaucoup considèrent que 3 ou 4 séances hebdomadaires sont indispensables, mais il est souvent impossible de conserver longtemps un tel rythme. Il est courant de voir des analyses d'enfants menées à raison de 2 séances par semaine.

Les psychanalystes peuvent donc utiliser des méthodes psychothérapiques plus simples chez les enfants mais toutes sont inspirées par la psychanalyse.

Elles se fondent sur les principes suivants : la psychothérapie expressionnelle fait essentiellement appel au jeu de l'enfant, mais le jeu mené en présence d'un adulte a une fonction « régressive » qui ne peut pas être négligée ; la psychothérapie relationnelle joue un rôle essentiel avec les enfants ; les interprétations psychanalytiques, dans le cadre des différentes interventions psychothérapiques, ont toujours en vue la verbalisation des affects.

Quelles sont les différentes formes de thérapies cognitivo-comportementales ?

Les thérapies comportementales puis cognitives se sont d'abord développées dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord, au début des années 1960. Elles ont diffusé ensuite dans l'ensemble des pays développés. Elles se sont implantées en France à partir du début des années 1970 grâce à des associations privées dont les deux principales sont l'AFTCC (Association française de thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1972, et l'AFFORTHECC (Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1994. Ces deux associations proposent une formation de base et une formation continue sous la forme d'ateliers et de congrès.

En France, la formation aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC) s'adresse aux psychiatres, aux médecins généralistes, aux psychologues et aux infirmiers spécialisés en psychiatrie. Les orthophonistes, psychomotriciens et éducateurs spécialisés ont également accès à certaines de ces formations. La formation est assurée en privé par l'AFTCC et l'AFFORTHECC et dans le service public par des Diplômes universitaires (DU). L'enseignement se déroule, en principe, sur trois ans selon les critères préconisés par l'Association européenne de thérapie comportementale et cognitive (EABCT).

Formation à la thérapie cognitivo-comportementale selon les critères de l'*European association of behaviour and cognitive therapy* (EABCT)

La formation dure 5 ans au minimum, en comptant la formation professionnelle de base
Formation : 450 heures dont 200 par un thérapeute compétent
Développement des compétences : 200 heures
Supervision : 200 heures par un thérapeute compétent
Au moins 8 cas supervisés couvrant 3 types de problèmes
Mémoire : 4 cas au moins (2 000-4 000 mots)
Accréditation par une association : formation ci-dessus suivie de formation continue
Thérapie et développement personnel
Faut-il une thérapie didactique ? Le choix est laissé à chaque pays
Il est souligné, cependant, que chaque thérapeute doit savoir quand demander de l'aide

Les thérapies comportementales et cognitives représentent l'application à la pratique clinique de principes issus de la psychologie expérimentale. Ces thérapies se sont appuyées tout d'abord sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant et théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information.

Les principes du conditionnement classique (répondant ou pavlovien) reposent sur la notion qu'un certain nombre de comportements résultent d'un conditionnement par association de stimuli.

D'après le conditionnement opérant, décrit dès la fin des années 1930 par Skinner comme une extension de la théorie darwinienne de la sélection naturelle, l'organisme vivant agit sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. L'analyse du maintien d'une séquence comportementale passe par l'étude de ses conséquences qui permet de comprendre la finalité d'un comportement. Une action qui a des conséquences positives tendra à se répéter (renforcement positif). Inversement, devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement à la situation susceptible de provoquer des désagréments (renforcement négatif). L'absence de conséquences négatives ou positives à une action entraînera progressivement la disparition de cette action du fait de l'absence de tout renforcement : c'est l'extinction.

Les deux grands principes pratiques le plus souvent utilisés sont le principe de segmentation de la difficulté (il consiste par exemple à classer les étapes d'affrontement d'une situation en fonction de l'anxiété ressentie à chaque étape) et le façonnement progressif (*shaping*) avec renforcement positif des comportements – par approbation du thérapeute. Cela permet d'approcher progressivement du but recherché et d'éviter le découragement aussi bien des patients que des thérapeutes.

À la fin des années 1970, l'importance de l'apprentissage par imitation de modèles a été démontrée sur le plan expérimental par Bandura. Ses principes ont été étendus aux problèmes cliniques. Les techniques dites de « *modeling* » sont surtout utilisées pour le développement de la compétence sociale par les jeux de rôle. Bandura a également développé une théorie générale du changement psychothérapique en proposant une dimension particulière du fonctionnement mental : l'efficacité personnelle perçue. Le changement a lieu dans la mesure où un sujet se considère comme capable ou non de présenter un comportement et pense que ce comportement aboutira ou non à un résultat.

Les thérapies cognitives sont fondées sur la notion de schémas cognitifs. On peut définir un schéma cognitif comme une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme. Stockés dans la mémoire à long terme, les schémas

cognitifs sélectionnent et traitent l'information de manière inconsciente (au sens d'automatique). Ces schémas représentent des interprétations personnelles de la réalité, ils influent sur les stratégies individuelles d'adaptation, ils représentent une interaction entre les comportements, les émotions, l'attention et la mémoire. Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur. Il existe donc des schémas spécifiques : d'interprétation négative des événements (dépression), de dangers (phobies, attaques de panique), de sur-responsabilité (trouble obsessionnel compulsif). Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise.

Présentation des différents types de thérapies cognitives et comportementales

Technique	Définition
Thérapie cognitive	Thérapie fondée sur la modification des schémas cognitifs et du traitement de l'information
Thérapie comportementale	Thérapie fondée sur les principes du conditionnement et de l'apprentissage social
Thérapie cognitivo-comportementale	Thérapie fondée à la fois sur les théories de l'apprentissage et la modification des schémas cognitifs
Thérapie EMDR (*Eye movement desensitization and reprocessing*)	Thérapie de désensibilisation par les mouvements oculaires et le retraitement de l'information
Thérapie cognitivo-comportementale de groupe ou de couple	La plupart des TCC peuvent être pratiquées en individuel, en groupe ou en couple selon les indications et les cas particuliers
Thérapie familiale cognitivo-comportementale	Elle est surtout utilisée dans l'approche familiale psycho-éducationnelle des psychotiques dans une perspective de réhabilitation psychosociale et dans le traitement de certains troubles de l'enfant et de l'adolescent, notamment l'autisme et les troubles externalisés (hyperactivité, troubles des conduites)

Comme toute thérapie, la thérapie cognitivo-comportementale s'établit sur une relation thérapeutique dont les composantes sont non spécifiques : chaleur, empathie, authenticité, professionnalisme, confiance mutuelle, acceptation du patient. Ces composantes concourent à l'établissement d'une alliance thérapeutique positive ; elles sont nécessaires, mais ne sont pas suffisantes. En thérapie cognitivo-comportementale, la relation thérapeutique se fonde sur l'ici et maintenant, la sélection avec le patient de problèmes concrets à résoudre et une attitude consistant à tester des hypothèses thérapeutiques établies en commun.

Une étape capitale est l'analyse fonctionnelle, qui étudie les relations entre les « comportements-problèmes », les pensées, les émotions et l'environnement social et physique, de façon à adapter à chaque patient l'application de principes généraux fondés sur les théories de l'apprentissage et les théories cognitives. On utilise des grilles d'analyse fonctionnelle permettant de

comprendre le fonctionnement du patient vis-à-vis de ses comportements-problèmes présents (synchronie) et de leur mise en place et maintien dans le passé (diachronie), et ainsi de guider la démarche thérapeutique à partir d'hypothèses communes au patient et au thérapeute, en ce qui concerne les facteurs de déclenchement et de maintien du trouble.

La thérapie cognitivo-comportementale peut se présenter sous la forme de thérapie individuelle, de thérapie de groupe, de couple ou de thérapie familiale. Les séances sont limitées en nombre : 10 à 25 séances (une par semaine) pour les troubles anxieux et la dépression, une centaine de séances (une ou deux par semaine) pour les troubles de la personnalité ou la réhabilitation des psychotiques. Les séances sont d'une durée de 30 à 60 minutes. Cependant, pour les troubles de la personnalité et la dépression, des séances d'une heure sont recommandées. Pour les troubles obsessionnels compulsifs graves et le stress post-traumatique chronique, des séances d'au moins une heure et jusqu'à trois heures ont été recommandées en fonction de la difficulté du cas.

Beaucoup des techniques cognitivo-comportementales développées et utilisées chez l'adulte ont été également appliquées chez l'enfant et/ou l'adolescent. Dans le meilleur des cas, ces techniques ont été adaptées pour tenir compte des particularités développementales liées à l'âge, et parfois des manuels spécifiques destinés aux enfants ou adolescents ont été publiés. Dans d'autres cas, les traitements sont utilisés tels quels, ou seulement modifiés à la discrétion du thérapeute. D'autres techniques cognitivo-comportementales ont été développées directement pour l'enfant ou l'adolescent, et dans des indications spécifiques à cette tranche d'âge.

Quelles sont les techniques utilisées en thérapie familiale et de couple ?

On peut proposer la définition suivante du « plus petit commun dénominateur » des thérapies familiales : « Relève de la thérapie familiale toute forme bénéfique de consultation, ponctuelle ou répétée, réunissant aux moins deux personnes faisant partie du contexte de vie d'une ou plusieurs personne(s) en souffrance, l'une des personnes qui consultent étant habituellement la personne la plus souffrante ».

L'effet bénéfique de ces (cette) consultation(s) est appréhendé sur la base des symptômes, de la souffrance, des problèmes et des relations des personnes consultantes. La perception de ce bénéfice pourra être le fait de ces personnes, des personnes en souffrance, des thérapeutes impliqués, mais aussi de l'entourage thérapeutique élargi et de l'entourage de vie des personnes concernées.

Les thérapies familiales sont apparues aux États-Unis à partir des années 1950 dans les unités de psychiatrie et les services sociaux, comme formes d'aide et de soin face à des troubles mentaux graves réputés peu ou pas accessibles aux formes classiques de psychothérapie. En effet, même si les thérapies familiales ciblent plus spécifiquement les problèmes interpersonnels ou de comportement, elles s'avèrent également utiles pour le traitement de différents troubles mentaux. Elles se sont inspirées de principes psychodynamiques, cybernétiques et systémiques, éthologiques et anthropologiques. Puis se sont développés les courants comportementaux et cognitifs, les courants humanistes, narratifs, centrés sur la solution.

La formation des thérapeutes est assurée le plus souvent par des instituts privés. Elle s'effectue habituellement dans des groupes de 10 à 15 personnes, avec une moyenne de 200 heures par an, pendant quatre années. Les universités (psychiatrie et psychologie clinique) ont progressivement, et de manière relativement éparse, intégré des modules d'enseignement des thérapies familiales en fin de cursus. Des enseignements intensifs sur une à deux années sont également proposés dans certaines universités, sans être réservés à des psychiatres ou à des psychologues cliniciens.

En Europe, une vingtaine de pays participent à l'organisation de l'Association européenne de thérapie familiale (EFTA). Le courant dominant est le courant écosystémique. Environ 200 professionnels français adhèrent directement à l'EFTA, en majorité des psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers. La Société française de thérapie familiale, qui adhère à l'EFTA et à la FFP (Fédération française de psychiatrie), est composée de 300 membres, dont 180 membres titulaires. Ces derniers doivent justifier de 4 ans de formation à raison de 200 heures par an, et de 4 ans de pratique des thérapies familiales. Elle est composée, pour plus de 50 %, de psychiatres, et comporte également des médecins, des infirmiers, des psychologues, des travailleurs sociaux et des éducateurs spécialisés. Certains thérapeutes français adhèrent aux deux associations. Il existe par ailleurs plusieurs courants de thérapie familiale psychanalytique.

La France a développé l'approche familiale principalement à la fin des années 1970. Depuis, les formes et les techniques d'intervention thérapeutique avec les familles se sont diversifiées, complexifiées et articulées. Elles débouchent sur des considérations éco-étho-anthropologiques.

Les courants plus récents cherchent à éviter une focalisation sur la famille, soit en orientant les interventions à partir de l'objectivation des symptômes, des conduites et des schèmes émotionnels et représentationnels (thérapies cognitivo-comportementales), soit en partageant des expériences de vie en évitant les élaborations causalistes (courants humanistes, narratifs, centrés sur la solution), soit en élargissant les rencontres contextuelles à des systèmes plus vastes (séances multifamiliales, réseaux). De nombreux remaniements

s'opèrent, de fait, entre ces courants : les thérapies cognitivo-comportementales élaborent des formes de rencontre ajustées à chaque objectif à traiter (individu, couple, famille, multifamilles, groupes de réhabilitation psychosociale) ; les thérapies écosystémiques font davantage référence à la théorie de la complexité, et conçoivent les séances comme des dispositifs de co-création et de co-évolution entre membres de la famille et thérapeutes, qui ne peuvent se réduire à des programmes préalablement formatés.

Présentation des différents types de thérapies utilisés dans l'approche familiale

Principaux courants	Définition
Thérapies de couple et de famille psychodynamiques	Centrées sur l'*insight* et/ou les expériences affectives, l'analyse de résistances, les mouvements inter-transférentiels, les processus inter-fantasmatiques, l'accès aux processus inconscients. Elles débouchent fréquemment sur des perspectives intergénérationnelles ou multigénérationnelles.
Thérapies de couple et de famille écosystémiques	Centrées sur l'amélioration des communications dans l'ici et maintenant, sur des prescriptions paradoxales, des résistances, des symptômes et des tâches, tous nécessaires pour la prise en considération de l'écosystème. Elles peuvent prendre des formes structurales, stratégiques, narratives, centrées sur la solution.
Thérapies de couple et de famille cognitivo-comportementales	Centrées sur l'amélioration des conduites et des cognitions, l'évaluation et la suppression des symptômes, l'atténuation de l'expression des émotions critiques et hostiles, la gestion du stress, l'apprentissage des habiletés aux relations sociales
Psycho-éducation familiale	Centrée sur l'information à propos des troubles, des maladies, des traitements et des attitudes adaptatives à adopter face aux perturbations liées à la maladie
Thérapies familiales humanistes	Centrées sur les attentes et la personnalité des patients, leurs aptitudes à l'autonomisation et leur capacité à choisir de maintenir les symptômes ou de s'en dégager
Thérapies familiales éclectiques et intégratives	Centrées sur l'ajustement des méthodes, des techniques et des théories en fonction des exigences des familles et des projets thérapeutiques
Thérapies familiales pour familles non volontaires	Centrée sur l'apprentissage des contextes sociaux au sein desquels émerge la demande de soins ou l'injonction thérapeutique : la famille comme méta-thérapeute qui aide les thérapeutes
Thérapies multifamiliales comportementales et cognitives	Centrées sur l'échange d'informations, sur l'entraide, le partage des problèmes et des moyens d'y faire face, le développement de la solidarité interfamiliale
Thérapies psychosociales psychodynamiques	Centrées sur le psychodrame d'inspiration psychanalytique, les jeux de rôles, leur interprétation transférentielle
Thérapies psychosociales comportementales et cognitives	Centrées sur l'apprentissage des habiletés sociales, de la réhabilitation socioprofessionnelle, de la gestion du stress

Le dégagement de l'implication familiale dans l'origine des troubles est devenu radical dans l'approche cognitivo-comportementale. La famille est considérée comme une collectivité de personnes présentant des schèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs, éventuellement perturbés lors de l'existence de troubles mentaux. Dans la prise en charge psycho-éducative des patients schizophrènes et de leur famille, cette dernière est considérée comme une famille « normale », confrontée à une maladie, ou un ensemble de maladies, dont l'origine est cérébrale et vraisemblablement de nature neuro-développementale. S'il existe des perturbations dans les relations intrafamiliales, voire dans les relations entre la famille et l'environnement social, ces perturbations sont considérées comme secondaires à la maladie. Les thérapeutes partent donc du constat de la maladie, informent la famille de ses caractéristiques (en particulier de l'importance des facteurs génétiques et biologiques), de son évolution et de son traitement. Ils proposent des conseils psycho-éducatifs, en montrant de quelle manière l'atténuation des débordements émotionnels et des critiques est susceptible d'aboutir à une meilleure gestion des troubles.

Le point de départ des thérapies multifamiliales systémiques proposées par Laqueur à la fin des années 1970 est de recréer un espace communautaire et social pour des familles et des patients confrontés à un isolement, une souffrance et une détresse apparemment incommunicables à autrui. Les familles sont sollicitées pour participer à des rencontres où des informations sont partagées, sur le mode questions-réponses. Ces thérapies sont proposées à des familles confrontées à un même trouble, (schizophrénie, troubles des comportements alimentaires, troubles de l'humeur…). Si le profil pathologique des patients doit être homogène pour la constitution de tels groupes multifamiliaux, l'expérience a montré que l'inclusion dans ces groupes mérite d'être aussi aléatoire que possible quant aux autres caractéristiques (ethniques, religieuses, politiques, socio-économiques, intellectuelles, systèmes de croyance, opinions politiques…). La taille du groupe est préférentiellement de 4 à 7 familles. L'interaction de plusieurs familles semble produire des changements plus rapides que les thérapies unifamiliales, également pratiquées dans certains cas. Des processus d'apprentissage s'initient à partir de la transmission par analogie, de l'interprétation indirecte, de l'identification croisée entre membres de familles différentes. Il apparaît que la communication est ainsi spontanément facilitée, que la prise de parole est plus aisée, et que l'atmosphère est plus permissive que lorsque l'attention est focalisée sur une famille unique. De fait, la co-présence de familles confrontées à une pathologie récente et de familles ayant une expérience et une maturité plus grandes face à la maladie fait que ces dernières fonctionnent comme « co-thérapeutes ».

Appartenant au courant cognitivo-comportementaliste, McFarlane a introduit une démarche nettement plus psychopédagogique que dans la version classique des approches systémiques, afin d'éviter les débordements liés à des

expressions émotionnelles débridées. Cette démarche vise à : atténuer l'isolement interpersonnel et social ; éviter la stigmatisation des patients ou des autres membres de la famille ; soutenir chaque famille en allégeant le poids considérable que la maladie fait peser sur son fonctionnement ; dégager chaque famille des tendances à la surprotection et/ou au désengagement, à l'hostilité, aux critiques ; améliorer les communications intrafamiliales qui se révèlent d'emblée facilitées par le cadre même de l'échange multifamilial.

Initiées par Speck à la fin des années 1960, les thérapies de réseau élargissent l'intervention thérapeutique à toutes les personnes dans l'environnement d'un patient et des membres de sa famille. Le nombre de participants peut atteindre 50 à 60 personnes. Une telle intervention peut être envisagée lorsque les autres modalités thérapeutiques ont échoué (thérapies individuelles, familiales, hospitalières institutionnelles) ou pour éviter l'hospitalisation, dans des situations hautement critiques : risque élevé de suicide, troubles mentaux graves avec risque de passage à l'acte. L'équipe thérapeutique, composée de 4 à 5 intervenants, cherche à reconstituer les liens « tribaux » de l'individu dissous par la société moderne. La valorisation du réseau lui permet de fonctionner comme un soutien face aux angoisses déstructurantes, en redonnant confiance en l'établissement possible de liens extérieurs à la famille. On distingue trois formes de thérapie de réseau, selon que l'on mobilise le secteur primaire (les connaissances proches du patient et de sa famille), le secteur secondaire (les professionnels répondant à la demande sociale) ou une combinaison des deux. Le fait de mobiliser la totalité d'un réseau a permis (comme dans les formes initiales de thérapie familiale mobilisant la totalité de la famille) d'enrichir la connaissance, sur le terrain, des contextes de vie et de survie des personnes en grande souffrance.

Quoique très différentes quant à l'inspiration et l'orientation, les conceptions humanistes, narratives et centrées sur la solution rejettent comme les précédentes la focalisation sur le symptôme, ou une quelconque recherche des causes. Pour la thérapie humaniste, il s'agit de développer les potentialités de chacun, en tenant compte de ses propres forces et fragilités, de ses rythmes évolutifs, de ses projets de vie. Que le contact thérapeutique soit bref ou durable, il évite la création de dépendances qui réactiverait des schèmes relationnels provenant du passé, et favorise plutôt l'actualisation de processus nouveaux, en prise avec les problèmes et les difficultés actuels.

Dans la thérapie narrative, la construction personnelle des connaissances est déterminée par la comparaison des productions familiales et sociales, qui ne relèvent, en dernière instance, que de points de vue relativistes sur l'état du monde. Chaque vision du monde étant relative à ses contextes relationnels de production, aucune ne saurait prétendre à une quelconque prééminence.

Dans la thérapie centrée sur la solution, le thérapeute ne retient du passé que les expériences positives et oriente ses interventions du présent vers le futur. Il considère que le patient a mis en œuvre les bonnes solutions, et suggère des

ajustements nouveaux confirmant ces bonnes solutions. Dans cette perspective, une modification légère chez une personne peut avoir des répercussions sur l'ensemble du système conjugal ou familial, sans nécessairement rencontrer le conjoint ou les autres membres de la famille.

À l'inverse des thérapies cognitivo-comportementales, qui cherchent à objectiver des procédures reproductibles, éventuellement étayées par des échelles d'évaluation ainsi que des guides d'information et d'apprentissage destinés aux patients, les thérapies systémiques se conçoivent comme des projets d'interventions contextuelles qui permettent de réajuster, voire d'inventer, des manières de penser et de faire en fonction des caractéristiques de chaque situation clinique particulière. Le projet thérapeutique consiste à délimiter les zones de compétence et de performance des familles et des intervenants. On aboutit à des apprentissages d'apprentissages (deutéro-apprentissages) auxquels les patients et leurs proches n'accèdent pas spontanément du fait des injonctions auto-contradictoires de la vie courante. Initier un contexte thérapeutique consiste à créer un dispositif où les options pourront osciller entre l'expression de conversations ordinaires et l'élaboration de projets viables, par l'exploration contradictoire de solutions alternatives.

La thérapie conjugale comportementale est fondée sur l'apprentissage de la communication à l'intérieur du couple, et de la résolution des problèmes. Elle propose une planification des changements de comportements de manière à accroître les interactions satisfaisantes et à atténuer les interactions destructives et négatives. Elle n'est pas seulement une stratégie d'intervention, mais aussi un traitement fondé sur les apprentissages sociaux.

La thérapie conjugale cognitive est centrée sur les schèmes relationnels irrationnels et les croyances irrationnelles. Elle est souvent associée à des techniques comportementales, voire à un entraînement à l'expression émotionnelle.

Les thérapies conjugales psychodynamiques sont centrées sur les émotions ou orientées sur l'*insight*. Lorsqu'elle est orientée sur l'*insight*, la thérapie met l'accent sur les processus émotionnels conflictuels concernant chacun des partenaires considérés séparément, les interactions entre eux et le système familial élargi. Cette thérapie intègre le fonctionnement individuel, conjugal et familial en ce qui concerne les processus de développement et de maturation, les collusions, les attentes contractuelles non congruentes, les assignements de rôles irrationnels, et les règles relationnelles désadaptées. Les thérapeutes utilisent le sondage, la clarification et l'interprétation pour la découverte et l'explicitation des sentiments, croyances et attentes que les partenaires ont vis-à-vis d'eux-mêmes, de leur partenaire et de leur mariage, et qui peuvent être partiellement ou totalement inconscients, et relever d'une restructuration par renégociation consciente.

La thérapie conjugale focalisée sur les émotions repose sur la théorie de l'attachement de Bowlby, et conçoit les détresses relationnelles comme des

liens peu sûrs où les besoins d'attachement sont inatteignables du fait de schémas d'interaction rigides qui bloquent l'engagement émotionnel. La méthode consiste à aider chaque partenaire à explorer et communiquer ses expériences émotionnelles sur des thèmes comme la dépendance d'affiliation (proximité et contrôle) dans le contexte de la relation habituelle. Les besoins d'attachement valables sont clarifiés, chaque personne arrivant à mieux se comprendre et à percevoir son partenaire avec plus de sympathie. Ceci conduit à des interactions nouvelles et moins défensives. Cette approche apparaît surtout opportune pour les couples qui ne présentent pas de perturbations extrêmes.

Quel est le bilan des études d'évaluation des psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) ?

Engagée depuis la fin des années 1910, l'évaluation des effets obtenus chez les patients par les psychothérapies psychanalytiques s'est heurtée aux difficultés d'analyse des caractéristiques multidimensionnelles des changements. En effet, tout particulièrement pour cette approche, la psychothérapie se construit à partir du patient, de ses problèmes spécifiques et de ses modalités de fonctionnement. Ainsi, dans les travaux les plus récents, l'évaluation ne concerne pas seulement l'effet de la thérapie sur les symptômes dans différentes catégories nosologiques mais également l'évaluation des modifications de la structure psychodynamique qui sous-tend le désordre lui-même. Des instruments d'évaluation des changements psychodynamiques ont été récemment développés (MSI, ECPD, KAPP…)[11] ainsi que des instruments qui évaluent l'utilisation des techniques, l'adhésion à la méthode thérapeutique (PACS-SE, TIRS, PTS, GIS, STT)[12] ou l'alliance thérapeutique (CALPAS)[13]. Cependant, ces outils propres à évaluer les aspects psychodynamiques sont encore peu utilisés.

Certains travaux encore préliminaires se sont attachés à rechercher le rôle des facteurs spécifiques et non spécifiques dans les effets des psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) : les hommes et les femmes répondent-ils de manière similaire ? Quel est l'impact de la qualité des relations d'objet ? Quelles sont les interactions entre les représentations du patient concernant l'expérience de la thérapie et l'alliance thérapeutique ? Quelle est l'influence des typologies de problèmes interpersonnels ou personnels et du style d'attachement principal ? Les études mettent surtout en

11. MSI : *McGlashan semistructured interview ;* ECPD : Échelles de changement dans les psychothérapies dynamiques ; KAPP : *Karolinska psychodynamic profile*

12. PACS-SE : *Penn adherence-competence scale for supportive-expressive therapy ;* TIRS : *Therapist intervention rating system ;* PTS : *Perception of technique scale ;* GIS : *General interpersonnal skill ;* STT : *Specific therapeutic technique*

13. CALPAS : *California psychotherapy alliance scales*

lumière l'interaction de ces différentes variables. Il est probable que l'amélioration symptomatique précoce joue un rôle dans la mise en place de l'alliance thérapeutique (ces deux facteurs se renforçant mutuellement) et ensuite dans l'effet de la thérapie. Cependant, certains de ces paramètres semblent avoir plus que d'autres une valeur pronostique sur les résultats du traitement : la qualité initiale des relations d'objet et la formation des thérapeutes pour les cas difficiles.

Les traitements psychodynamiques (psychanalytiques) longs, bien qu'ayant fait l'objet de nombreux travaux en recherche (essentiellement études de cas et de processus), n'ont débouché que très récemment sur des études en populations cliniques. En revanche, les thérapies psychodynamiques (psychanalytiques) brèves ont donné lieu à davantage d'études d'évaluation. Trois méta-analyses rapportent l'efficacité des psychothérapies brèves (sur des symptômes cibles, des symptômes généraux ou l'adaptation sociale) en comparaison avec un placebo (liste d'attente ou absence de traitement) pour un ensemble de troubles. Cependant, il faut noter que deux de ces méta-analyses n'ont pas examiné les effets des psychothérapies psychodynamiques indépendamment de ceux de la thérapie interpersonnelle non psychodynamique. L'une de ces méta-analyses montre que l'efficacité est plus marquée avec des thérapeutes bien formés.

Deux méta-analyses rassemblant les travaux effectués sur des patients schizophrènes stabilisés et suivis en ambulatoire montrent peu ou pas d'effet de la psychothérapie psychodynamique ou psychanalyse. Les psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) présentent une taille d'effet très modeste (0,27). Une seule étude concerne des patients hospitalisés (en phase aiguë). Cette étude ne met pas en évidence d'effet additionnel de la thérapie psychodynamique sur le traitement médicamenteux.

Pour la dépression d'intensité moyenne ou légère du sujet adulte, une méta-analyse rassemble, sous le terme de « thérapie verbale », des thérapies psychodynamiques et des thérapies interpersonnelles et montre un effet global bénéfique de ces thérapies, sans qu'il soit possible de conclure quant à l'efficacité de chacun de ces deux types de thérapie pris séparément. Concernant la dépression du sujet âgé traité en ambulatoire, trois études (dans une méta-analyse) ont comparé la thérapie psychodynamique (psychanalytique) ou sa forme brève au placebo ou à une liste d'attente et ne montrent pas d'effet positif significatif.

Dans la dépression majeure, l'association d'une psychothérapie psychodynamique à un traitement antidépresseur chez des patients traités en ambulatoire (après hospitalisation) a été évaluée dans une étude randomisée contrôlée qui met en évidence un effet bénéfique significatif de la combinaison des deux traitements, avec amélioration du fonctionnement global et diminution du taux d'hospitalisation à l'issue du traitement. La psychothérapie était menée par des infirmiers bien formés, sous supervision étroite. Enfin, une étude contrôlée randomisée a étudié les résultats à 6 mois d'une thérapie

interpersonnelle psychodynamique brève réalisée chez l'adulte à la suite d'une tentative de suicide par empoisonnement. Les résultats montrent une réduction des symptômes dépressifs, de l'idéation suicidaire et de la récidive ainsi qu'une satisfaction plus élevée.

Deux études contrôlées ont été recensées dans la littérature pour le traitement des troubles anxieux. La psychothérapie psychodynamique brève d'Horowitz (centrée sur la résolution des conflits intrapsychiques résultant de l'expérience traumatique) a montré son efficacité chez des patients présentant un état de stress post-traumatique comparés à un groupe contrôle. Les effets sont particulièrement importants sur les symptômes traumatiques, l'évitement et la somatisation. L'autre étude contrôlée, réalisée chez des patients atteints de trouble panique, montre que l'addition au traitement médicamenteux d'une psychothérapie psychodynamique brève (centrée sur la vulnérabilité psychosociale) réduit significativement le taux de rechute (sur 18 mois) en comparaison avec le traitement médicamenteux seul. Toujours chez des sujets avec trouble panique, un essai non contrôlé suggère une bonne efficacité de la psychothérapie centrée sur la panique utilisée en monothérapie (avec manuel), et les gains se maintiennent au suivi à 6 mois. Cependant, l'absence de groupe contrôle ne permet pas de confirmer ce dernier résultat et d'affirmer l'efficacité de la thérapie.

Pour les troubles des comportements alimentaires, aucune étude contrôlée n'a été retrouvée dans la littérature. Une étude de cohorte a observé plus de 1 000 patientes anorexiques et boulimiques ayant reçu une thérapie psychodynamique (psychanalytique) en hospitalisation à temps plein pendant 2 à 3 mois. Au suivi à deux ans et demi, 33 % des anorexiques et 25 % des boulimiques ne présentaient plus de symptômes. Certaines caractéristiques des patientes étaient corrélées aux résultats : pour les anorexiques, l'âge élevé était un facteur de moindre réponse au traitement ; pour les boulimiques, l'impulsivité, l'existence de symptômes associés d'anorexie, et un nombre élevé de traitements antérieurs étaient associés à de moins bons résultats tandis qu'une bonne adaptation sociale était un facteur prédictif d'amélioration. Il faut rappeler que la limite de cette étude est qu'il n'y a pas de groupe contrôle et que l'amélioration observée ne peut être attribuée avec certitude à la thérapie.

Les troubles de la personnalité définissent plusieurs types de patients très différents regroupés en 3 catégories (A, B et C) dans le DSM. Dans la catégorie A, on trouve les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique ; dans la catégorie B, les personnalités antisociale, borderline, histrionique et narcissique ; dans la catégorie C, les personnalités évitante, dépendante, obsessionnelle compulsive et non spécifiée. Il s'agit donc d'un ensemble de troubles disparates qui ont en commun d'être primaires par rapport à la survenue d'autres troubles tels que la dépression, d'apparaître au cours du développement, dans l'enfance ou l'adolescence et de se poursuivre à l'âge

adulte. Les problèmes des patients avec un trouble de la personnalité sont multiples et susceptibles de varier dans le temps. L'évaluation porte sur différents aspects de leur fonctionnement (réduction du nombre de tentatives de suicide et des comportements d'autodestruction, qualité des relations d'objet…) et dont l'interprétation demande une attention particulière. Par exemple, l'augmentation de la fréquentation des services de soins sera un signe d'amélioration en début de traitement, alors que la réduction de cette fréquentation est attendue en fin de traitement. Il s'agit d'autre part de pathologies chroniques et les effets des thérapies peuvent être difficiles à interpréter parce que des événements, d'autres traitements… ou simplement l'âge sont intervenus. Une étude montre clairement que chez les patients traités, l'amélioration des symptômes et du fonctionnement est associée à de meilleures relations interpersonnelles alors que les patients non traités évoluent vers un repli social.

Pour les troubles de la personnalité (tous troubles confondus), on trouve dans la littérature une méta-analyse réalisée en 2003 qui regroupe 15 études dont deux comparent la thérapie psychodynamique à une condition contrôle (liste d'attente ou soin standard). La taille d'effet globale (calculée à partir des données pré- et post traitement pour l'ensemble des études de la méta-analyse) est de 1,46 sur les mesures d'auto-évaluation et 1,79 pour les mesures d'hétéro-évaluation. La taille d'effet par rapport aux conditions contrôles (calculée pour les deux études) est de 1,32 (sur les mesures d'auto-évaluation). La psychothérapie psychodynamique apparaît efficace pour les troubles de la personnalité (avec deux études contrôlées).

Une étude contrôlée a recherché l'efficacité, pour des patients ayant des troubles de la personnalité borderline (type B), d'une psychothérapie d'orientation psychanalytique en hôpital de jour comparée à un soin psychiatrique standard (consultation mensuelle avec contrôle de l'observance de la prise de médicaments). Le traitement était réalisé par des infirmières formées à la psychiatrie (sous supervision bi-hebdomadaire) mais sans qualification formelle à la psychothérapie. Les patients en psychothérapie ont présenté une réduction significative des scores sur toutes les mesures d'évaluation à 6 mois et à 18 mois : amélioration des symptômes dépressifs, réduction des actes suicidaires et d'automutilation, réduction des jours d'hospitalisation à plein temps et meilleur fonctionnement social et interpersonnel.

Une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle (psychothérapie dérivée du modèle conversationnel de Hobson) a été évaluée (étude contrôlée non randomisée) dans un groupe de patients souffrant de troubles de la personnalité borderline en comparaison avec un groupe « traité comme d'habitude » (thérapie de soutien, intervention de crise, thérapie cognitive, pharmacothérapie). Cette psychothérapie, fondée sur l'idée que le trouble de la personnalité borderline est la conséquence d'une interruption du développement du « Moi », a pour but de favoriser une maturation (découvrir,

Effets des interventions psychodynamiques (psychanalytiques)

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Schizophrénie		
Phase aiguë	1 étude	Résultats non significatifs
Stabilisée	2 méta-analyses	Peu ou pas d'effets
Troubles de l'humeur		
Dépression d'intensité moyenne chez l'adulte	1 méta-analyse	TPB et TI (non psychodynamique) confondues donnent des résultats positifs mais pas d'étude avec la thérapie psychodynamique seule
Dépression d'intensité moyenne chez le sujet âgé	1 méta-analyse	Pas de résultat significatif
Dépression majeure sous antidépresseurs	1 étude contrôlée	Effet positif significatif de la thérapie psychodynamique après hospitalisation sur le fonctionnement global la réduction des rechutes
Dépression associée à TS	1 étude contrôlée	Effet positif de la thérapie interpersonnelle psychodynamique sur l'idéation suicidaire et le taux de récidives à 6 mois
Troubles anxieux		
Trouble panique sous antidépresseurs	1 étude contrôlée	Efficacité de la TPB pour la réduction des rechutes après 9 mois d'arrêt du traitement antidépresseur
Stress post-traumatique	1 étude contrôlée	Efficacité de la TPB sur les symptômes
Troubles de la personnalité		
Troubles confondus	1 méta-analyse (2 études contrôlées)	Effets significatifs sur l'amélioration globale
Personnalité borderline	3 études contrôlées (une non randomisée)	Efficacité des psychothérapies d'orientation psychanalytique sur toutes les mesures à 6 et 18 mois ; efficacité de la TI (psychodynamique) sur les critères diagnostiques maintenue de 1 à 5 ans ; efficacité des thérapies individuelle et de groupe
Personnalité antisociale	1 étude contrôlée	Bénéfice de la thérapie psychodynamique brève pour les patients présentant une dépression
Personnalité évitante ou autre type C	1 étude contrôlée	Efficacité des TPB (Davanloo et psychothérapie adaptative) maintenue un an et demi après la fin du traitement

TPB : thérapie psychodynamique brève ; TI : thérapie interpersonnelle ; TS : tentative de suicide

élaborer, se représenter une réalité personnelle). Après une année, 30 % des patients traités par psychothérapie psychodynamique interpersonnelle ne présentaient plus les critères diagnostiques du DSM pour le trouble de la personnalité, alors que les patients du groupe contrôle n'avaient pas évolué. Cette amélioration s'est maintenue au suivi à 1 et 5 ans.

La psychothérapie psychodynamique de groupe interpersonnelle a été comparée à la psychothérapie individuelle (étude contrôlée randomisée) pour le traitement des troubles de la personnalité borderline. La durée du traitement était de 35 semaines. Les psychothérapeutes étaient formés et

expérimentés pour la thérapie psychodynamique individuelle, formés, encadrés et supervisés pour la psychothérapie dynamique de groupe. Les résultats ont montré une amélioration importante des indicateurs comportementaux, d'adaptation sociale, de symptômes globaux et de dépression. Il n'existait pas de différence significative entre thérapies psychodynamiques de groupe et individuelle, à la fin du traitement et au suivi de 24 mois.

Des patients présentant des troubles de la personnalité (la plupart de type C, quelques troubles de type B) ont été traités en ambulatoire par deux formes de psychothérapie psychodynamique brève (psychothérapie de Davanloo et psychothérapie adaptative). Les résultats montrent une amélioration significative des patients traités par les deux formes de thérapie comparativement à un groupe contrôle sur liste d'attente. Il n'y avait pas de différence entre les deux thérapies et l'amélioration s'est maintenue un an et demi après la fin du traitement. Chez des patients présentant une personnalité antisociale, dépendants aux opiacés et avec dépression associée, la thérapie psychodynamique brève associée à un conseil s'est montrée plus efficace que le simple conseil (une étude contrôlée). Plusieurs études montrent que les troubles de la personnalité sont fréquemment associés à d'autres troubles (par exemple, une dépression) et que cette comorbidité influence les résultats de la thérapie nécessitant souvent un traitement plus long.

Chez l'enfant et l'adolescent, seules des études rétrospectives et non contrôlées (issues du centre Anna Freud à Londres) présentent le devenir à court et long terme de sujets traités par psychanalyse ou par psychothérapie psychodynamique (psychanalytique). Les résultats montrent une amélioration chez 62 % des enfants traités durant un an (4 à 6 séances par semaine) sans que la méthodologie de l'étude (absence de groupe contrôle) permette de différencier l'effet thérapeutique de l'évolution naturelle du trouble. Les résultats convergent sur quelques points. L'un des points majeurs est l'âge des patients : plus le patient est jeune, meilleurs sont l'amélioration et les résultats obtenus.

Effets des interventions psychanalytiques dans les troubles psychologiques de l'enfant et de l'adolescent

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Troubles perturbateurs (hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles des conduites)	Étude rétrospective (736 cas)* non contrôlée	Amélioration observée chez 62 % des enfants ; ne permet pas de conclure à l'efficacité en l'absence de groupe contrôle.
Troubles émotionnels (troubles anxieux et dépressifs)	Étude rétrospective (763 cas)* non contrôlée	La probabilité de l'amélioration décroît avec l'âge.
Troubles perturbateurs, troubles émotionnels, troubles de la personnalité	Étude rétrospective (763 cas)* non contrôlée	Meilleur taux d'amélioration dans les troubles émotionnels

* il s'agit de la même population

De même les sorties de traitement sont moins nombreuses chez les plus jeunes patients (< 12 ans). L'aide apportée aux parents au cours du traitement de l'enfant est un facteur favorisant l'amélioration de l'état psychologique de l'enfant.

La psychanalyse étant un traitement qui s'étend sur plusieurs années et nécessite un investissement majeur pour le jeune patient et sa famille, il est important de définir les conditions cliniques et environnementales qui permettent de poser les indications adéquates à son application et d'identifier les effets bénéfiques attendus de ce type de traitement pour un jeune enfant.

Niveaux de preuves de la thérapie psychodynamique (psychanalytique) chez l'adulte

Preuve d'efficacité : établie par une méta-analyse et des études contrôlées randomisées

- troubles de la personnalité, en particulier trouble de la personnalité borderline

Présomption d'efficacité : établie par des études contrôlées randomisées

- trouble panique sous antidépresseurs ; état de stress post-traumatique

Quels sont les résultats obtenus avec les techniques de l'approche cognitivo-comportementale ?

L'évaluation des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) a fait l'objet de nombreuses méta-analyses (21 méta-analyses ont été retenues concernant les troubles étudiés) et études randomisées contrôlées. Seuls les résultats des méta-analyses sont analysés et, en leur absence, ceux des études randomisées contrôlées.

Les TCC ont très largement été appliquées aux différents troubles anxieux, et les résultats sur l'évaluation de l'efficacité de ces thérapies sont abondants. Concernant le trouble panique et l'agoraphobie, 3 méta-analyses montrent une diminution significative des symptômes sous l'effet de la TCC par rapport aux conditions contrôles. La combinaison thérapeutique la plus efficace apparaît être la combinaison de l'exposition *in vivo* et d'antidépresseurs.

L'effet des TCC a été comparé à celui du traitement pharmacologique pour les patients présentant une anxiété généralisée (1 méta-analyse). Les tailles d'effet sont assez voisines (0,70 pour la TCC et 0,60 pour le traitement pharmacologique), mais l'effet se maintient après traitement par la TCC alors que l'effet du traitement pharmacologique disparaît au sevrage. La combinaison TCC et médicaments n'a pas été évaluée.

Pour l'état de stress post-traumatique, une méta-analyse rassemble les études portant sur plusieurs types de thérapies comportementales et cognitives

(thérapies comportementales, EMDR…) et de traitements médicamenteux. Les TCC (y compris l'EMDR) apparaissent plus efficaces que le traitement médicamenteux sur les symptômes du stress post-traumatique, les effets de ces psychothérapies sont maintenus après un suivi de 15 semaines en moyenne. Une autre méta-analyse portant spécifiquement sur l'EMDR montre l'efficacité de cette technique (considérée comme une variante de la thérapie comportementale d'exposition) par rapport au groupe témoin.

Trois méta-analyses concernent les troubles obsessionnels compulsifs. L'une d'elles (regroupant 86 études de 1970 à 1993) montre qu'il n'y a pas de différences entre les antidépresseurs prescrits seuls, les TCC et la combinaison des deux traitements. Les tailles d'effet pour la TCC varient de 0,70 à 1,46 selon le critère évalué. Une autre méta-analyse (regroupant 77 études de 1973 à 1997) indique que les TCC sont supérieures ou égales au traitement par des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Une troisième méta-analyse montre une efficacité similaire pour les médicaments sérotoninergiques et les TCC par exposition, et une même efficacité pour la thérapie cognitive et la thérapie comportementale. Pour évaluer l'efficacité à long terme des TCC dans les troubles obsessionnels compulsifs, les résultats de 9 études de cohorte (contrôlées) ont été colligés. Sur un suivi de 1 à 6 ans (en moyenne 3 ans), un taux de 78 % d'amélioration a été mis en évidence avec 60 % de réduction moyenne des rituels. Cependant, les symptômes résiduels étaient la règle et le risque de faire une dépression demeurait inchangé.

Trois méta-analyses récentes donnent une vue d'ensemble des effets à court et long termes des TCC dans les phobies sociales. Une méta-analyse (incluant 42 essais) montre que la thérapie cognitive associée à l'exposition présente une taille d'effet plus importante que celle du placebo (1,06 *versus* 0,48). Une amélioration supplémentaire est également constatée au suivi. Une méta-analyse (regroupant 24 études) montre une taille d'effet des TCC de 0,74 par rapport au placebo. Comparées à la pharmacothérapie, les TCC ne présentent pas de différence d'efficacité significative. Enfin, dans la troisième méta-analyse plusieurs méthodes de TCC ont été comparées aux conditions contrôles et à la pharmacothérapie. Pour toutes les formes de TCC, les tailles d'effet varient de 0,6 à 1,0 et pour la pharmacothérapie, elles varient de 1,0 à 2,0. L'amélioration des symptômes par les TCC s'inscrit dans la durée.

Il existe quelques études contrôlées de faible puissance pour les phobies spécifiques (avion, dentiste, araignées, hauteurs, claustrophobie). Elles indiquent toutes une bonne efficacité de différents types de thérapies (thérapie cognitive, comportementale, exposition en réalité virtuelle, *in vivo*…).

Concernant la dépression d'intensité moyenne ou légère, la méta-analyse la plus ancienne (incluant 28 études) a montré la supériorité de la thérapie cognitive comparée à une liste d'attente, au traitement médicamenteux ainsi qu'à la thérapie comportementale. À la fin du traitement, les résultats de la thérapie cognitive étaient supérieurs à ceux des antidépresseurs et de la liste d'attente. Dans les méta-analyses plus récentes, la thérapie comportementale

a été montrée égale en efficacité à la thérapie cognitive (car en fait la technique pratiquée associe souvent méthodes comportementales et cognitives) et aux antidépresseurs et, dans une méta-analyse, égale à la thérapie interpersonnelle.

L'évaluation de l'efficacité a également porté sur la prévention des rechutes à long terme chez les déprimés. On entend en général par rechute (*relapse*) une réapparition d'un état dépressif complet entre 6 et 9 mois après une rémission de 2 mois ; une récidive (*recurrence*) se situe au-delà. Les effets sur la prévention des rechutes de la thérapie cognitive sont supérieurs à ceux des antidépresseurs (entre 1 et 2 ans) dans 6 études contrôlées sur 8. En moyenne, 60 % des patients traités par chimiothérapie seule rechutent, *versus* seulement 30 % des patients traités par thérapie cognitive seule ou combinée aux antidépresseurs.

D'après les études qui se sont intéressées aux effets de la thérapie cognitive sur les symptômes résiduels et les récidives chez des patients sous antidépresseurs, le nombre de rechutes est significativement moins important dans le groupe qui a reçu la thérapie cognitive. Les auteurs concluent que la TCC représente une alternative à la poursuite des antidépresseurs.

Pour les patients présentant un accès dépressif majeur et hospitalisés, une méta-analyse rapporte une évaluation réalisée à la sortie de l'hôpital qui montre une efficacité de la thérapie cognitive associée au traitement pharmacologique. Pour la dépression du sujet âgé, les résultats d'une autre méta-analyse indiquent une taille d'effet de 0,96 pour la thérapie comportementale et 0,85 pour la thérapie cognitive en comparaison à un groupe contrôle. Des traitements psycho-éducatifs (information, prise de conscience, amélioration du fonctionnement interpersonnel…) se sont récemment développés pour les patients souffrant de trouble bipolaire. Ils ont été évalués positivement quant au délai de la première rechute maniaque (65 semaines au lieu de 17 semaines dans le groupe contrôle).

Les TCC ont démontré, dans 2 méta-analyses et des études contrôlées, des effets positifs pour les troubles de la personnalité (évitante, borderline, antisociale). Dans l'une des méta-analyses, la taille d'effet global pour la TCC est de 1,0 (1,20 pour les mesures d'auto-évaluation et 0,87 pour les mesures d'hétéro-évaluation). Pour les troubles de la personnalité borderline chez les femmes des quartiers défavorisés, plusieurs études randomisées contrôlées ont été conduites avec une thérapie comportementale dialectique (TCD) qui comprend un ensemble éclectique de techniques fondées sur des principes comportementaux et cognitifs. Un taux de comportements suicidaires et para-suicidaires moindre (35 %) est observé après une année chez les patientes ayant reçu une TCD par rapport au taux (65 %) observé chez les patientes ayant eu le traitement habituel (traitement psychanalytique ou de soutien). Les travaux montrent également dans le groupe traité par TCD une diminution des colères pathologiques et des jours d'hospitalisation, et un meilleur ajustement social.

Effets des interventions cognitivo-comportementales

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Troubles anxieux		
Agoraphobie	2 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC
Trouble panique	1 méta-analyse	Efficacité prouvée de la TCC ; diminution significative des attaques de paniques
Trouble de l'anxiété généralisée	1 méta-analyse	Efficacité prouvée de la TCC ; maintien de l'effet après la fin du traitement
Phobie sociale	3 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC ; maintien de l'effet au cours du suivi
Stress post-traumatique	2 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC ; maintien au suivi ; efficacité prouvée de l'EMDR (simple variante de la TCC)
Trouble obsessionnel compulsif	3 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC
Phobie spécifique	6 études contrôlées	Présomption d'efficacité de la TCC
Troubles de l'humeur		
Dépression d'intensité moyenne ou légère en ambulatoire	3 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC
Dépression hospitalisée	1 méta-analyse	Efficacité prouvée de la TCC
Dépression du sujet âgé	1 méta-analyse	Efficacité prouvée de la TCC
Trouble bipolaire sous médicaments psychotropes	1 méta-analyse	Présomption d'efficacité de la TCC
Schizophrénie		
Schizophrénie chronique sous neuroleptiques	3 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC
Schizophrénie en période aiguë sous neuroleptiques	1 méta-analyse	Présomption d'efficacité de la TCC
Troubles de la personnalité		
Personnalité borderline	2 méta-analyses, 5 études contrôlées	Efficacité prouvée de la TCC
Personnalité évitante	1 étude contrôlée	Présomption d'efficacité de la TCC
Alcoolodépendance	2 méta-analyses, 1 revue	Efficacité prouvée de la TCC
Troubles du comportement alimentaire		
Boulimie	4 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC à court terme
Hyperphagie boulimique	6 études contrôlées	Présomption d'efficacité de la TCC
Anorexie	1 étude contrôlée post-hospitalisation	Présomption d'efficacité pour la prévention des rechutes après reprise de poids
Troubles anxieux et dépressifs de l'enfant et l'adolescent		
Troubles dépressifs d'intensité modérée	2 méta-analyses	Présomption d'efficacité de la TCC
Troubles anxieux	6 études contrôlées	Présomption d'efficacité de la TCC mais pas d'études spécifiques par type de trouble

Des thérapies cognitivo-comportementales ont été évaluées chez les patients alcoolodépendants. Ces thérapies utilisent des procédures de désensibilisation, de renforcement positif, et des stratégies motivationnelles et de prévention des rechutes. Elles s'inscrivent parfois dans des thérapies familiales et de couple. Des techniques d'affirmation de soi et de réduction de l'anxiété sociale sont également développées. S'inspirant directement des théories de Bandura sur l'apprentissage social et l'efficacité personnelle (*self efficacy*), le modèle des cinq étapes de Prochaska et DiClemente (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien) se rattache aussi aux TCC. À chaque étape peuvent se mettre en place des thérapies cognitives ou comportementales. Plusieurs études (méta-analyses, études contrôlées) montrent une supériorité en efficacité des interventions brèves par rapport aux interventions au long court chez des patients motivés pour un traitement. Cependant, les effets semblent plus importants chez les patients moins sévèrement atteints. Il n'y a pas de preuve que les programmes ayant pour but le contrôle de la prise de boisson donnent de meilleurs résultats que ceux qui visent l'abstinence totale.

Les thérapies comportementales et aussi, mais dans une moindre mesure, les thérapies cognitives qui s'inscrivent dans les programmes de développement des habiletés sociales ont donné des résultats positifs (dans 3 méta-analyses) à court et moyen termes sur le taux de rechutes, la réduction des symptômes et la réadaptation sociale des schizophrènes. Mais le problème reste la généralisation des acquis qui, si elle semble réelle, est encore trop modeste.

Pour la schizophrénie en phase aiguë, une méta-analyse effectuée essentiellement sur des études récentes évaluant les effets des thérapies cognitives montre que le taux de rechutes et d'admissions à l'hôpital n'est pas systématiquement réduit quand on compare la thérapie cognitive avec le traitement standard chez les schizophrènes. Une différence significative est cependant observée en faveur de la thérapie cognitive pour une sortie plus rapide de l'hôpital par rapport au traitement standard. En ce qui concerne l'amélioration globale de l'état mental, une différence significative est rapportée en faveur de la thérapie cognitive par rapport au traitement standard à 13 et 26 semaines, mais après 1 an la différence n'est plus significative. La conclusion est que la thérapie cognitive est un traitement prometteur mais nécessitant d'autres évaluations.

L'utilisation de techniques comportementales et cognitivo-comportementales est partie intégrante de la plupart des programmes multimodaux de traitement de l'anorexie mentale, qu'ils soient ambulatoires ou intrahospitaliers. Cinq essais contrôlés randomisés ont évalué l'efficacité de la TCC chez les patientes anorexiques et soulignent la meilleure compliance des patientes anorexiques à la TCC comparée à d'autres traitements. Ils ne permettent pas cependant d'établir le bénéfice de ce type de traitement. L'étude contrôlée la plus récente est la première évaluation empirique de l'efficacité de la TCC comme traitement après-hospitalisation pour

l'anorexie mentale chez les adultes. Après reprise pondérale, le groupe recevant la TCC se différencie du groupe de comparaison par des taux inférieurs de rechutes et de sorties de traitement, et de meilleurs résultats cliniques globaux.

Pour le traitement de la boulimie, 4 méta-analyses ont été publiées incluant entre 7 et 35 études contrôlées randomisées de traitement de sujets (le plus souvent des femmes) avec un diagnostic de boulimie (parfois aussi d'hyperphagie boulimique ou de trouble des comportements alimentaires non spécifié de type boulimique). Les quatre méta-analyses concluent à l'efficacité, à court terme, de la TCC pour réduire les symptômes boulimiques (souvent évalués par la fréquence des crises et des vomissements) et les distorsions et attitudes dysfonctionnelles qui leur sont associées (dans les plus rares études qui incluent ces mesures). Les comparaisons sont faites en pré- et post-traitement, ou en comparant la TCC à la condition contrôle. Les tailles d'effet rapportées vont de 0,55 à 0,74 dans les comparaisons intra-groupe (pré-*versus* post-traitement) et de 0,23 à 0,67 dans les comparaisons inter-groupe (TCC *versus* contrôle). Les données à long terme sont soit insuffisantes, soit moins favorables que celles à court terme ; de plus, la diversité des durées de suivi et des mesures utilisées pour calculer les tailles d'effet à long terme limite la portée des résultats existants. L'une des méta-analyses a comparé les études contrôlées randomisées de traitement médicamenteux (9 études) aux études contrôlées de TCC ou thérapie comportementale (26 études). À court terme, la TCC produit des tailles d'effet supérieures à celles du traitement médicamenteux, sur toutes les variables examinées. L'association des deux traitements est significativement plus efficace que le traitement médicamenteux seul pour la fréquence des crises et des vomissements, et plus efficace que la TCC seule pour la fréquence des crises, mais pas celle des vomissements. Les conclusions générales sont que la recherche existante est convaincante en faveur de l'efficacité de la TCC dans la boulimie, malgré une grande variabilité interindividuelle dans la magnitude et la stabilité de la réponse thérapeutique.

La TCC a également été étudiée pour le traitement de l'hyperphagie boulimique (*binge eating disorder* ou BED). Ce syndrome identifié récemment comme un trouble spécifique des comportements alimentaires est en effet plus proche de la boulimie que de l'obésité sans hyperphagie boulimique. De ce fait, les premières recherches sur le traitement du BED se sont concentrées sur l'investigation de l'efficacité des méthodes déjà éprouvées dans le traitement de la boulimie : la TCC et la psychothérapie interpersonnelle. Six études contrôlées montrent l'efficacité de la TCC sous diverses formes (individuelle ou de groupe, auto-administrée ou sous supervision d'un thérapeute). La TCC est en général bien acceptée, et appréciée par les patients avec BED, comme le montre la bonne compliance au traitement, inhabituelle dans les pathologies des comportements alimentaires. L'addition d'exercice physique à la TCC, et l'extension de la durée du traitement (une étude), en améliorent

les résultats, contribuant à une réduction plus importante de la fréquence des crises boulimiques et de l'IMC (indice de masse corporelle). Les effets positifs de la TCC chez les sujets obèses avec BED comprennent la réduction du poids (quoique celle-ci soit moins importante que chez des sujets obèses sans BED), mais aussi l'amélioration significative de la perception subjective de l'état de santé et de la qualité de vie qui y est associée (une étude). Une seule étude inclut une période de suivi (12 mois). La fréquence des crises augmente légèrement pendant le suivi, mais reste inférieure à leur fréquence en pré-traitement.

Niveaux de preuves de la TCC

Preuve d'efficacité : établie par une ou plusieurs méta-analyses ou des essais randomisés de forte puissance statistique et convergents

- agoraphobie ; attaques de panique ; phobies sociales ; anxiété généralisée ; stress post-traumatique ; trouble obsessionnel compulsif
- états dépressifs d'intensité faible ou moyenne ; états dépressifs aigus ; prévention des rechutes et des récidives des dépressions ambulatoires ; dépressions hospitalisées
- schizophrénie pour la réhabilitation psychosociale
- personnalité borderline chez les femmes ; personnes alcoolodépendantes
- boulimie

Présomption d'efficacité : établie par des méta-analyses, études contrôlées randomisées, études de cohortes, revues ; certaines de ces études peuvent se contredire et demander confirmation

- phobies spécifiques
- personnalité évitante ; personnalité antisociale
- schizophrénie en période aiguë (associée aux neuroleptiques)
- trouble bipolaire (traité par des normothymiques)
- troubles dépressifs d'intensité modérée chez l'enfant et l'adolescent
- troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent

Chez l'enfant et l'adolescent, l'efficacité des TCC pour le traitement de la dépression a été évaluée dans deux méta-analyses dont les résultats sont congruents et indiquent que les TCC apportent une amélioration symptomatique significative. Mais les études incluses dans ces méta-analyses sont peu nombreuses, de qualité médiocre et utilisent des échantillons de sujets recrutés en population générale, plutôt que demandeurs de soins, donc moins sévèrement atteints. Des études contrôlées plus récentes mais isolées suggèrent que la réponse aux TCC est la meilleure chez les sujets les plus jeunes et ceux chez qui le retentissement des troubles est le moins sévère, que la participation des parents au traitement n'en améliore pas les résultats, et qu'une réponse rapide au traitement prédit un meilleur devenir à long terme. On peut parler de présomption d'efficacité des TCC pour les troubles dépressifs de sévérité modérée chez l'enfant ou l'adolescent, mais les TCC ne peuvent actuellement être recommandées comme traitement unique dans les cas de dépression sévère chez le sujet jeune.

Les preuves de l'efficacité des TCC dans les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent sont encore limitées. Si beaucoup d'études peuvent être retrouvées traitant des phobies spécifiques, la plupart sont anciennes et leur intérêt est plus expérimental que thérapeutique, car elles ont été réalisées sur des sujets recrutés hors d'un contexte clinique. Les études les plus récentes s'appuient sur différentes techniques de TCC (désensibilisation systématique en imagination ou *in vivo*, technique du modèle filmé ou du modèle *in vivo*, *modeling* de participation, gestion de contingences de renforcement, formation à l'autocontrôle, restructuration des cognitions distordues), dont elles montrent l'efficacité, en comparaison d'autres traitements ou d'une liste d'attente.

Pour le traitement des peurs et des phobies, une preuve d'efficacité établie par plusieurs essais randomisés convergents existe pour deux techniques de TCC : le *modeling* de participation et la gestion des contingences de renforcement ; une présomption d'efficacité existe pour la désensibilisation en imagination ou *in vivo*, la technique du modèle *in vivo* et la technique du modèle filmé.

Dans la phobie scolaire, deux études contrôlées randomisées ont été publiées, l'une montrant la supériorité des TCC sur une liste d'attente, l'autre concluant à l'efficacité des TCC mais aussi d'un soutien psycho-éducatif, introduit initialement comme condition contrôle. Pour la phobie sociale, seule une étude contrôlée récente a montré qu'un traitement intitulé « *Social effectiveness therapy for children* », qui associe entraînement de groupe aux habiletés sociales, exposition individuelle et tâches à la maison, était plus efficace qu'une psychothérapie non spécifique centrée sur l'anxiété de performance, et que les bénéfices étaient maintenus à 6 mois.

Pour un ensemble de troubles anxieux regroupés dans les mêmes études, à savoir l'hyperanxiété, l'anxiété de séparation et le trouble de l'évitement de l'enfant, une présomption d'efficacité peut être évoquée à partir de 4 études contrôlées montrant la supériorité d'un programme de traitement individuel par TCC sur le non traitement, et de 2 études contrôlées montrant la supériorité de la TCC de groupe sur une liste d'attente. De plus, une étude en ouvert de TCC de groupe associant parents et enfants pour le traitement de l'anxiété de séparation (parfois associée à un autre trouble anxieux) chez des préadolescents montre un taux de guérison après 3 ans supérieur à celui en fin de traitement.

Dans le trouble obsessionnel compulsif de l'enfant et de l'adolescent, on ne peut parler que de présomption d'efficacité d'un programme de TCC fondé sur l'exposition avec prévention de la réponse (programme manuelisé). Un seul essai randomisé de faible puissance et 9 études en ouvert concordent en faveur de l'efficacité de ce traitement sur les symptômes obsessionnels et compulsifs, à court terme (entre 25 % et 79 % des sujets sont améliorés) et à long terme (6 études incluent des suivis allant de 3 mois à 14 ans). De vastes études contrôlées randomisées multicentriques sur l'efficacité de la TCC,

seule ou en association avec la pharmacothérapie, sont actuellement en cours ; elles devront apporter des preuves mieux établies de l'efficacité des TCC dans cette indication.

De nombreuses techniques cognitivo-comportementales sont utilisées dans les programmes d'intervention psychosociale destinés au traitement des troubles envahissants du développement, notamment l'autisme, et des troubles externalisés, c'est-à-dire hyperactivité avec déficit de l'attention et troubles des conduites, chez l'enfant et l'adolescent. Comme ces programmes incluent le plus souvent une participation active des parents, les preuves en faveur de l'efficacité des TCC dans ces indications sont rapportées avec les thérapies familiales.

Quels sont les résultats obtenus avec les techniques de la thérapie familiale et de couple ?

Les revues qui ont analysé les premières études, publiées entre 1972 et 1983, soulignent l'absence ou le caractère inadéquat des groupes contrôle, la non fiabilité des mesures d'évaluation, l'absence de délai suffisant avant l'appréciation du suivi, l'aspect mal défini des fondements théoriques permettant les comparaisons. Depuis les années 1980, les auteurs ont proposé des indications plus circonstanciées à partir de comparaisons avec les thérapies individuelles, de comparaisons entre orientations théoriques, des différences entre ces orientations en fonction des problèmes traités, et des effets des modérateurs essentiels et des choix méthodologiques sur l'appréciation des résultats. On cherche maintenant à examiner réellement les preuves scientifiques de l'efficacité des thérapies de couple et familiales en relation avec les troubles et les problèmes majeurs chez l'adulte (schizophrénie, troubles de l'humeur, toxicomanie…) et chez l'enfant et l'adolescent (autisme, anorexie mentale, troubles des conduites…).

Les schizophrénies ont fait l'objet des études d'évaluation les plus nombreuses. Un critère simple et robuste d'efficacité thérapeutique est souvent utilisé dans les études : il s'agit du pourcentage de rechutes observé dans un groupe durant un laps de temps donné (rechutes appréciées par exemple par une hospitalisation en psychiatrie). Les résultats sont alors convergents et l'on peut affirmer avec un niveau de preuves assez élevé que les interventions familiales permettent de diminuer le pourcentage de rechutes dans ce type de troubles.

Les interventions familiales à long terme présentent une efficacité significative, en comparaison avec les interventions familiales brèves. Par-delà la grande diversité des formes d'intervention (hospitalière, ambulatoire, à domicile), les études examinées font état d'interventions qui reposent le plus

souvent sur la théorie des émotions exprimées, théorie qui considère la schizophrénie comme une maladie cérébrale dont les familles ne sont pas responsables, et qui fait référence à des principes comportementaux et cognitifs : appréhension et gestion des situations stressantes, reconnaissance des troubles et information sur les méthodes thérapeutiques, ajustement familial aux conséquences des troubles et aux impacts thérapeutiques. Quatre méta-analyses font ainsi état de l'efficacité des thérapies familiales d'inspiration comportementale et cognitive. Trois revues systématiques font de même.

Une étude contrôlée indique que les interventions multifamiliales comportementales et cognitives semblent présenter de meilleurs résultats que les interventions unifamiliales sur la prévention des rechutes avec hospitalisation. Un tel constat ne signifie pas que toutes les familles peuvent bénéficier d'une thérapie multifamiliale, d'autant que certaines n'y sont pas prêtes.

L'information des patients schizophrènes et de leurs familles sur l'état actuel des connaissances dont disposent les professionnels concernant les troubles, les formes de traitement et les attitudes thérapeutiques apparaît avoir une dimension thérapeutique manifeste pour un nombre important de cas. Cette démarche s'inscrit dans un traitement psychosocial global, pouvant impliquer un apprentissage aux habiletés sociales et à la gestion des situations critiques, et un accompagnement dans les démarches de réhabilitation socioprofessionnelle lorsqu'elles sont envisageables.

Par ailleurs, il existe des formes de plus en plus diversifiées de thérapies familiales encore difficilement évaluables, en l'état actuel des méthodes d'appréciation de l'efficacité thérapeutique, d'autant plus qu'elles sont en perpétuelle évolution. On peut constater que, dans ces diverses pratiques, il ne s'agit pas d'un suivi familial standardisé. Il n'est pas évident de savoir quelle technique thérapeutique de suivi familial est la plus efficace, pour quelle sorte de patients et pour quel type de familles. Il existe ainsi un grand décalage entre les recherches concernant les familles de patients schizophrènes au cours des trente dernières années et l'application de ces connaissances dans la clinique courante.

Deux études contrôlées ont comparé différentes formes d'intervention familiales pour toute une gamme de troubles de l'humeur. L'une des deux montre l'intérêt des thérapies multifamiliales. En revanche, le recours à une thérapie de couple intensive pour les femmes présentant une dépression unipolaire apparaît moins pertinent que le recours au traitement médicamenteux associé à une thérapie de soutien, individuelle ou avec le conjoint.

Dans le cas du trouble bipolaire, 2 études contrôlées montrent que la thérapie focalisée sur la famille, avec information sur la nature des troubles impliquant les conjoints, diminue le nombre de rechutes, augmente les délais avant les rechutes, et améliore nettement des symptômes dépressifs (selon une de ces études, la question reste controversée en ce qui concerne les symptômes maniaques).

Dans les formes de dépression majeure, avec un « conjoint critique », une étude contrôlée indique que la thérapie conjugale systémique interactionnelle conduit à une amélioration des symptômes à la fois à la fin du traitement et 2 ans après.

Dans l'anorexie mentale, la thérapie familiale semble donner ses meilleurs résultats au début des troubles chez l'adolescente mineure. Elle ne permet pas de faire l'économie de l'hospitalisation dans certaines formes graves mettant en péril le pronostic vital. Les études publiées envisagent des interventions familiales soit au cours de l'hospitalisation, soit lors de traitements ambulatoires. Cinq études contrôlées mettent en évidence l'effet positif de thérapies familiales diverses (psychodynamique, cognitive, systémique, psychoéducation) sur la reprise de poids. De plus, la prise en considération de la dynamique familiale dans le projet thérapeutique semble avoir un effet spécifique sur l'amélioration globale, non uniquement centrée sur la reprise de poids. Cependant, une revue systématique mentionne que dans les formes où il existe une discorde grave à l'intérieur de la famille, il peut être préférable de concevoir en parallèle une psychothérapie pour la patiente anorexique et un travail d'accompagnement, de soutien, d'information et d'aide aux parents. Selon les cas, l'affrontement direct entre la patiente et ses parents peut avoir une valeur de maturation, ou présenter un caractère destructeur. Le jugement clinique des thérapeutes au cas par cas semble indispensable. Une revue systématique indique qu'il n'y a pas d'avantages évidents liés à quelque orientation théorique ou au genre du thérapeute pour la thérapie familiale de la boulimie. Les meilleurs résultats semblent liés aux groupes plus durables, intensément programmés, avec l'addition de composants extérieurs (par exemple un travail individuel).

Concernant l'alcoolodépendance, les études (regroupées dans 2 méta-analyses et 2 revues systématiques) ont apporté la preuve de l'utilité d'inclure les membres de la famille dans les trois phases du traitement : initiation ; traitement primaire ; réhabilitation, postcure. Au fil du temps, les preuves se sont accumulées sur l'efficacité des thérapies comportementales de couple en termes d'abstinence, de résolution des problèmes liés à l'alcool, de qualité des relations, de diminution des séparations et des divorces, lorsque la comparaison est faite avec des traitements individuels. Certains projets, comme le projet CALM (*counselling for alcoholics marriages*) ont des effets notables sur la violence domestique et la réduction des hospitalisations et des emprisonnements. Il apparaît toujours souhaitable d'envisager de multiples modalités de traitement, ajustées à chaque situation particulière. L'approche individuelle de l'alcoolodépendant et du conjoint, l'approche conjugale et familiale, l'approche multiconjugale et multifamiliale, l'approche de renforcement communautaire peuvent être associées selon des déclinaisons qui tiennent compte de la personnalité des patients et de leur proches, de la situation familiale, de la forme de l'alcoolisation, de comorbidités éventuelles, des niveaux de motivation et d'engagement dans le projet thérapeutique. Bien

que les résultats soient incertains pour l'instant concernant l'efficacité de la démarche par ajustement, de nouvelles hypothèses méritent d'être formulées, de manière à préciser en quoi les variables concernant la sévérité des troubles psychiatriques, le niveau d'autonomie, le degré de soutien à l'abstinence, et le degré d'investissement dans les relations sociales peuvent orienter vers le type de thérapie le plus pertinent. Il serait intéressant, par exemple, de tester les effets d'interaction entre la théorie d'un traitement et les caractéristiques d'un patient.

Effets des thérapies familiales en fonction des troubles

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Schizophrénies	4 méta-analyses, 6 études contrôlées	Intérêt significatif des thérapies familiales comportementales et cognitives et de la psycho-éducation familiale pour la diminution des rechutes et des ré-hospitalisations
Anorexie	5 études contrôlées, 1 revue systématique	Intérêt significatif des thérapies familiales comportementales et cognitives, de la psycho-éducation familiale, et des thérapies écosystémiques pour les patientes présentant une anorexie mentale dont l'apparition est inférieure à 3 ans
Troubles de l'humeur	5 études contrôlées	Intérêt significatif des thérapies de couple et familiales d'orientation comportementale et cognitive et écosystémique pour le trouble bipolaire et la dépression majeure
Alcoolodépendance	2 méta-analyses, 2 revues systématiques	Intérêt significatif de l'inclusion des membres de la famille dans le traitement du sujet alcoolodépendant ; intérêt significatif des thérapies comportementales de couple
Autisme infantile	7 études contrôlées	Intérêt significatif des programmes comportementaux et de psycho-éducation avec entraînement parental quant à l'amélioration du QI, des performances scolaires et des conduites sociales des enfants présentant un autisme précoce
Hyperactivité	3 études contrôlées, 2 études prospectives contrôlées	Intérêt significatif de la formation comportementale des parents et d'un traitement combiné incluant médicaments et prise en charge intensive de l'enfant avec les parents et l'école
Troubles des conduites	8 études contrôlées	Intérêt significatif de l'apprentissage parental et de l'entraînement aux habiletés de résolution de problèmes
Troubles anxieux chez l'enfant	1 étude contrôlée	Intérêt significatif du « management » familial associé à la thérapie cognitive et comportementale dans la disparition des symptômes

D'autres études concernent les pathologies infantiles comme les troubles anxieux, l'hyperactivité, les troubles des conduites, l'autisme. Une étude contrôlée montre l'efficacité du traitement familial comportemental et cognitif pour les troubles anxieux de l'enfant. La participation éclairée des parents comme co-thérapeutes apparaît comme une avancée notable dans les psychothérapies d'enfants présentant une anxiété de séparation, une hyper-anxiété ou une phobie sociale.

Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité a reçu une grande attention en recherche thérapeutique, tant pharmacologique que psychothérapeutique. L'efficacité de la formation comportementale des parents, qui consiste à les entraîner à adopter, avec leur enfant hyperactif, un système de gestion des contingences de renforcement, a été démontrée, à maintes reprises en comparaison à des conditions de liste d'attente. L'entraînement aux habiletés sociales et à la résolution de problèmes s'est s'avéré efficace lorsqu'il est une partie intégrante de programmes de traitement multimodaux intensifs (5 études contrôlées). Un traitement combiné associant médicaments et prise en charge intensive incluant les parents, l'enfant et l'école s'avère significativement supérieur à la thérapie comportementale seule dans trois domaines : comportements opposants et agressifs cotés par les parents, symptômes internalisés, et performances en lecture. La présence d'un trouble anxieux comorbide (34 % des sujets) tend également à donner l'avantage au traitement combiné. Par ailleurs, le traitement combiné pourrait permettre de diminuer la dose de médicaments.

Les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent posent des problèmes sérieux au niveau de la famille, de l'école et de la société dans son ensemble. Ils incluent une large gamme de comportements qui vont de simples conduites d'opposition ou de provocation à des agressions aussi graves que l'homicide. Des troubles mineurs chez le jeune enfant représentent souvent les prémices développementales d'agressions graves à l'adolescence ou à l'âge adulte, ce qui rend leur traitement à la fois désirable et justifié. Les traitements proposés peuvent être orientés vers les parents, le sujet lui-même, ou son environnement (par exemple scolaire) ; les approches sont souvent différentes selon qu'il s'agit d'enfants prépubères ou d'adolescents, plusieurs peuvent être associées. Le traitement par apprentissage parental (expliquer les principes de l'apprentissage social et de la modification du comportement, récompenser les conduites souhaitées et retirer l'attention parentale ou les privilèges en cas de conduites indésirables) est d'efficacité supérieure à celle du non traitement (liste d'attente), ou même de traitements alternatifs. De plus, ce type de traitement, destiné à réduire les comportements antisociaux chez le sujet initialement adressé pour soins, peut également diminuer le risque de survenue de comportements analogues dans la fratrie. Une autre modalité proposée pour le traitement des conduites perturbatrices de l'enfant et de l'adolescent est l'entraînement aux habiletés de résolution de problèmes. Il est fondé sur l'idée que les conduites antisociales sont, au moins en partie, liées à des processus cognitifs, tels la tendance à attribuer l'hostilité à autrui de manière inappropriée, et une faible capacité à comprendre les situations sociales et résoudre les problèmes interpersonnels. Le traitement combiné par l'apprentissage parental et l'entraînement à la résolution de problèmes semble apporter un avantage supplémentaire (8 études contrôlées).

Sept études contrôlées sont consacrées aux programmes éducatifs et comportementaux intensifs d'enfants autistes, relayés pour une bonne part par les parents. La première évaluation systématique d'un programme d'intervention précoce pour l'autisme date de 1987 (UCLA, *University of California*). Le traitement d'une durée de 2 ans et commençant à la maison, impliquait une intervention intensive d'au moins 40 heures par semaine, par un thérapeute en face à face avec l'enfant. L'efficacité de ce programme a eu une influence déterminante sur les travaux qui ont suivi.

Les thérapies pour l'autisme sont fondées en large partie sur le principe comportemental de conditionnement opérant (méthode Lovaas) ainsi que sur les approches psycho-éducatives et comportementales centrées sur l'acquisition des compétences cognitive et développementale (méthode TEACCH). Les deux approches sont utilisées dans une perspective de normalisation scolaire ou sociale.

Les études appliquant ces deux approches mettent en évidence des gains substantiels dans le développement cognitif (QI) et du langage des enfants souffrant d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement (TED). Un âge précoce pour le début du traitement semble être une condition nécessaire à l'efficacité de ces interventions.

Quel que soit le lieu où sont menés ces programmes (à la maison ou dans des centres spécialisés), une coopération étroite entre les parents et les professionnels sur une longue période est une condition de réussite. Les gains obtenus sont généralement maintenus après la fin du traitement. Selon l'une des études, 6 ans après la fin du traitement, 42 % des enfants ayant bénéficié d'un traitement comportemental intensif (méthode Loovas) ne se distinguaient plus des autres enfants.

Néanmoins, malgré des interventions intensives, les auteurs constatent une absence de progrès chez certains enfants, tandis que ceux progressant le plus avaient les meilleures compétences cognitives au départ. Ainsi, les études consacrées à l'autisme infantile semblent confirmer le fait que l'autisme ne renvoie pas à un groupe de pathologies et/ou de handicaps homogène, et qu'il existe une grande diversité de réponse des enfants et des familles à des sollicitations thérapeutiques intensives.

On notera, en conclusion, que les formes actuelles de thérapies familiales partagent un certain nombre de points communs :

- une attitude modeste quant aux objectifs de changement dans les situations pathologiques lourdes et graves ;
- l'absence de mise en accusation de la famille, et le respect des personnes, de leurs modes de vie, de leurs croyances et de leurs systèmes de connaissance ;
- le partage des informations pertinentes entre les patients, les familles et les professionnels ;
- l'apaisement des situations anxiogènes ou stressantes ;

• l'accompagnement des patients et de leurs familles sur une durée suffisamment longue, si la nécessité l'impose ;
• l'acceptation d'une différenciation et d'une diversification des modalités d'intervention.

Niveaux de preuves de la thérapie familiale

Preuve d'efficacité : établie par une ou plusieurs méta-analyses ou des essais randomisés de forte puissance statistique et convergents	
• Schizophrénie	thérapie familiale par psycho-éducation pour la prévention des rechutes et des ré-hospitalisations
• Alcoolodépendance	thérapie comportementale de couple
• Autisme (enfant)	programme éducatif et comportemental intensif administré précocement
• Hyperactivité (enfant)	traitement multimodal intensif incluant la formation comportementale des parents
• Troubles des conduites (enfant)	traitement par apprentissage parental
Présomption d'efficacité : établie par des méta-analyses, études contrôlées randomisées, études de cohortes, revues ; certaines de ces études peuvent se contredire et demander confirmation	
• Trouble bipolaire	thérapie de couple et familiale par psycho-éducation
• Anorexie mentale	thérapie familiale toute orientation (cognitivo-comportementale, psycho-éducation, écosystémique)

Les schizophrénies et l'alcoolodépendance de l'adulte, les troubles des conduites et les toxicomanies de l'adolescent, l'hyperactivité et l'autisme de l'enfant bénéficient manifestement d'une combinaison de thérapies dans laquelle les thérapies familiales apparaissent importantes. Il serait souhaitable que soient envisagées des recherches permettant d'évaluer les nombreuses formes de thérapies familiales qui reposent sur les singularités personnelles et interactionnelles, et qui s'ajustent de manière à soulager la souffrance et à redonner des raisons de vivre, pour les patients présentant des menaces vitales majeures. Il est également important de souligner que le mouvement des thérapies familiales, au bout de cinquante ans d'existence, reste soumis à une évolution rapide des pratiques, s'ajustant sans cesse aux contraintes des singularités cliniques, en fonction de la grande diversité des méthodes et des techniques qui ont pu jusqu'ici être mises en œuvre et formalisées.

Quelles sont les données sur l'évaluation comparative des différentes thérapies ?

Ces dernières décennies, le domaine de la recherche consacrée à la comparaison des différentes formes de psychothérapie s'est considérablement développé et a abouti à de nombreuses recommandations thérapeutiques dans divers pays. Néanmoins, effectuer des comparaisons entre les différentes

approches est une démarche difficile dans le processus d'évaluation des psychothérapies.

Dans cette partie, seules sont analysées les études visant directement à modifier les critères diagnostiques d'un trouble, les symptômes ou divers aspects du fonctionnement du patient. Ces études incluent des méta-analyses et des études contrôlées randomisées ayant effectué des comparaisons directes entre deux types de thérapie, ainsi que celles qui ont comparé l'efficacité de différentes psychothérapies par rapport à un groupe contrôle au sein d'une même étude. Le groupe contrôle peut être constitué de personnes n'ayant suivi aucun traitement actif (groupe en liste d'attente, par exemple) ou de patients ayant reçu une forme de psychothérapie « standard » de soutien[14]. La comparaison à une thérapie de soutien permet d'identifier les effets spécifiques d'un traitement donné, au-delà des bénéfices attendus de contacts positifs et réguliers avec autrui.

Considérant d'abord les effets globaux, toutes pathologies confondues, des psychothérapies, 5 méta-analyses fondées sur presque 700 études effectuées depuis 60 ans ont été identifiées. Ces études, très diverses sur le plan méthodologique, portent pour la plupart sur des personnes atteintes de troubles anxieux et dépressifs. Leurs observations montrent que la psychothérapie (toutes formes analysées ensemble) est plus efficace que l'absence de traitement. Le résultat moyen pour les patients traités est de 70 à 80 % supérieur à celui pour les patients non traités. Dans les cinq méta-analyses, la différence est statistiquement significative. Cependant, les effets globalement positifs des psychothérapies ne signifient pas que toutes les formes de psychothérapie sont efficaces de la même façon, ni que les psychothérapies sont efficaces lorsqu'elles sont considérées au niveau individuel. Les méta-analyses indiquant des effets positifs en faveur de la psychothérapie montrent aussi que le plus souvent les résultats positifs sont associés à la thérapie cognitivo-comportementale, et répartis en deux catégories : ceux pour lesquels la TCC arrive en première position par rapport à un classement des tailles d'effet, et ceux, plus nombreux, obtenus par des comparaisons directes entre différentes formes de psychothérapie. En dehors de ces résultats, ces cinq méta-analyses ne permettent pas de classer en termes d'efficacité générale les autres psychothérapies.

S'il peut s'avérer utile de savoir si la psychothérapie est efficace en général, une bonne prise en charge des patients repose essentiellement sur l'évaluation de l'efficacité selon les formes spécifiques des troubles mentaux.

Pour divers syndromes anxieux analysés ensemble, une méta-analyse a montré que l'approche TCC est plus efficace que les thérapies « verbales »

14. Ces thérapies sont connues sous des noms divers (psychothérapie générale, thérapie de soutien, thérapie non directive…). Certaines approches humanistes, dont la thérapie rogerienne, sont également considérées comme des thérapies de soutien car elles considèrent l'empathie et le soutien des thérapeutes comme des mécanismes fondamentaux de changement.

(approches psychodynamiques et gestalt[15] confondues) et que la thérapie de soutien. Une étude contrôlée randomisée a comparé l'approche psychodynamique à une thérapie de soutien, sur un échantillon de patients atteints de troubles anxieux variés (et certains de dépression) ; aucune différence significative d'efficacité n'a été observée.

Dans le trouble anxiété généralisée (TAG), une méta-analyse indique que la TCC est plus efficace que la thérapie psychodynamique, à la fin du traitement et après 6 mois de suivi (aucune étude de thérapie familiale n'est incluse dans la méta-analyse). Parmi les sept études randomisées contrôlées trouvées pour le TAG, trois ont comparé la TCC à la thérapie psychodynamique et ont conclu à l'efficacité supérieure de la TCC. Sur les quatre études ayant comparé TCC et thérapie de soutien, trois se sont prononcées en faveur de la TCC, et une n'a observé aucune différence.

Dans d'autres études ayant comparé thérapie de soutien et TCC, cette dernière a été jugée supérieure pour le traitement de la phobie sociale (3 études), du trouble panique (3 études) et de l'état de stress post-traumatique (2 études). Pour ces troubles, la littérature ne fait pas état d'études ayant comparé les approches psychodynamiques ou familiales à une thérapie de soutien, et aucune étude randomisée contrôlée n'a été recensée pour les phobies spécifiques. Chez des patients en état de stress post-traumatique, une étude contrôlée randomisée comparant thérapie psychodynamique et TCC ne montre pas de différence significative entre ces deux thérapies dont les résultats sont supérieurs à ceux obtenus chez les sujets non traités.

L'ensemble des études ayant effectué un suivi des patients montre que les gains thérapeutiques, quelles que soient les thérapies, sont en général stables dans le temps pour la majorité des personnes traitées pour troubles anxieux. La même observation peut être constatée pour l'ensemble des troubles examinés par cette expertise. De plus, les études ne rapportent de substitution de symptômes pour aucune des thérapies étudiées (y compris les TCC), dans les mois ou années constituant la période de suivi consécutive au traitement.

La dépression est un syndrome hétérogène impliquant des facteurs étiologiques divers et peut être prise en charge par des options thérapeutiques variées. Neuf méta-analyses ou revues systématiques ont comparé différentes formes de psychothérapie, chez l'adulte ou la personne âgée. Dans quatre de ces études, la TCC a été comparée à plusieurs autres formes de thérapie analysées dans une seule catégorie représentant « d'autres thérapies » : thérapies interpersonnelles, thérapie psychodynamique et thérapie de soutien.

15. Une thérapie phénoménologique-existentielle de F. Perls (1940) fondée sur la prise de conscience de ses actes, émotions et croyances, ainsi que l'acceptation et l'estime de soi-même.

Toutes ont conclu à une plus grande efficacité de la TCC en fin du traitement. De plus, une méta-analyse a rapporté la supériorité de la TCC après un suivi de un à douze mois sans diminution de la taille des effets observés initialement. Deux méta-analyses comparant psychothérapie psychodynamique et TCC ont obtenu des résultats divergents. L'une, comparant directement psychothérapie psychodynamique brève et TCC, n'a trouvé aucune différence significative, l'efficacité de la TCC mais pas celle de la thérapie psychodynamique était statistiquement différente du non-traitement. Dans l'autre méta-analyse, il n'y avait pas non plus de différence significative entre la thérapie psychodynamique et la TCC, et les deux traitements étaient plus efficaces qu'une thérapie de soutien.

Deux revues systématiques ont comparé différentes formes de psychothérapie pour les troubles dépressifs. Dans la première, 9 études comparant l'approche psychodynamique et la TCC ont été examinées : 5 ont obtenu des résultats équivalents pour les deux approches et 4 ont trouvé que la TCC était supérieure ; dans les autres comparaisons, la TCC était équivalente à la thérapie interpersonnelle dans une étude, et équivalente à une thérapie de soutien dans quatre autres ; la seule étude à avoir comparé thérapie psychodynamique et thérapie de soutien n'a trouvé aucune différence. Dans la deuxième revue systématique concernant la dépression chez la personne âgée, 3 études ont comparé thérapie psychodynamique et TCC. Aucune différence n'a été observée entre les deux thérapies en fin de traitement, mais deux des trois études ont trouvé une plus grande amélioration et une meilleure maintenance des gains au suivi chez les patients traités par TCC.

Quinze études contrôlées randomisées récentes ont procédé à une comparaison directe de l'approche psychodynamique et de la TCC dans le traitement de la dépression, la plupart avec un suivi des patients qui varie entre 3 et 18 mois après la fin du traitement. Il s'agit dans presque tous les cas de formes brèves de psychothérapies (entre 8 et 20 séances). La majorité des études ont trouvé que la thérapie psychodynamique et la TCC étaient associées à l'amélioration de la dépression. Onze études ont montré la supériorité de l'efficacité de la TCC soit à la fin du traitement, soit au suivi ; aucune étude n'a observé la supériorité de l'efficacité de la thérapie psychodynamique. On peut remarquer que les études qui concluent à la supériorité de la TCC seulement au suivi, ou avec une amplitude des résultats plus prononcée au suivi qu'à la fin du traitement, suggèrent un effet « d'incubation » indiquant que les bénéfices de la TCC ne sont pas limités à la période de traitement actif.

Chez les patients déprimés, 2 études sur 4 montrent une supériorité de l'efficacité de la TCC par rapport à une thérapie de soutien, tandis que deux ne trouvent pas de différence. La seule étude à avoir comparé la thérapie psychodynamique à une thérapie de soutien ne trouve aucune différence. Dans le programme collaboratif pour le traitement de la dépression du *National institute of mental health* (NIMH) aux États-Unis, deux études montrent que la

thérapie interpersonnelle et la TCC sont efficaces pour la prise en charge de la dépression, mais sans différence significative entre ces deux approches.

Résultats des évaluations comparatives des différentes approches (TP, TCC, TF)

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Troubles anxieux		
Trouble anxieux généralisé	TP/TCC : 1 méta-analyse, 3 études contrôlées	Meilleure efficacité de la TCC
	TCC/TS : 1 méta-analyse, 4 études contrôlées	Meilleure efficacité de la TCC
Trouble panique	TCC/TS : 3 études contrôlées	Meilleure efficacité de la TCC
Phobie sociale	TCC/TS : 3 études contrôlées	Meilleure efficacité de la TCC
Stress post-traumatique	TP/TCC : 1 étude contrôlée	Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies
	TCC/TS : 2 études contrôlées	Meilleure efficacité de la TCC
Troubles de l'humeur		
Dépression du sujet adulte ou âgé	TP/TCC : 2 méta-analyses, 2 revues, 15 études contrôlées	Résultats des méta-analyses divergents ; pas de différence observée (50 % des études) ou supériorité de la TCC (50 % des études) Résultats des études analysées dans les revues : TCC supérieure dans la majorité (73 %) des études contrôlées
	TCC/ «autres » : 4 méta-analyses	TCC supérieure aux « autres » thérapies
	TCC/TS : 1 méta-analyse ; 4 études contrôlées	Meilleure efficacité de la TCC dans la méta-analyse et dans la moitié des études contrôlées
	TCC/TI : 2 études contrôlées	Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies
	TP/TS : 1 étude contrôlée	Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies
Dépression majeure de l'adolescent	TCC/TF : 2 études contrôlées	Résultats divergents
	TCC/TS : 3 études contrôlées	Meilleure efficacité de la TCC
	TF/TS : 2 études contrôlées	Résultats divergents
	TCC/IP : 1 étude contrôlée	Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies
Schizophrénie		
Schizophrénie (période non aiguë)	TP/TCC/TF : 2 méta-analyses	Peu de différences d'efficacité entre TF (psycho-éducation) et TCC ; TCC et TF supérieures à TP
	TP/TCC : 1 étude contrôlée	Meilleure efficacité de la TCC
	TP/TS : 1 étude contrôlée	Thérapie psychodynamique plus bénéfique pour le fonctionnement du moi et la cognition, moins bénéfique pour les rechutes
	TF/TS : 1 étude contrôlée	Meilleure efficacité de la thérapie familiale sur l'amélioration des symptômes résiduels
Schizophrénie (période aiguë)	TCC/TSR : 1 étude contrôlée	Meilleure efficacité de la TCC
	TCC/TS : 1 étude contrôlée	Meilleure efficacité de la TCC
	TCC/TS psycho-éducation : 1 étude contrôlée	Différence non significative ; tendance à moins de rechutes avec la TCC

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Troubles du comportement alimentaire		
Boulimie	TP/TCC/TF : 1 méta-analyse ; 1 étude contrôlée	Pas de différence significative entre les thérapies
	TP/TCC : 3 études contrôlées	Peu de différence entre ces thérapies ou résultats divergents
	TP/TF/TS : 2 études contrôlées	Peu de différence entre ces thérapies
	TCC/MET : 2 études contrôlées	Pas de différence entre ces thérapies ou résultats divergents
	TCC/TI : 2 études contrôlées	Peu de différence entre ces thérapies ou résultats divergents
Anorexie	TP/TCC : 2 études contrôlées	Peu de différence entre ces thérapies ou résultats divergents
	TP/TF/TS : 1 étude contrôlée	Peu de différence entre ces thérapies ou résultats divergents mais meilleure efficacité de la thérapie familiale pour l'anorexie récente

TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TP : thérapie psychodynamique ; TS : thérapie de soutien ; TI : thérapie interpersonnelle ; TF : thérapie familiale ; TSR : thérapie standard de récréation ; « autres » : TP, TS, TI analysées dans une seule catégorie ; MET : thérapie de motivation

La schizophrénie se caractérise par des symptômes psychotiques présents lors de la phase active (tels les hallucinations ou le délire) et, fréquemment, par des déficits persistants dans le domaine du fonctionnement social ou occupationnel en phase résiduelle. Pour ce trouble, les différentes formes de psychothérapie sont évaluées comme un complément aux traitements médicamenteux standard. Les deux méta-analyses comparatives sur le sujet ont examiné plus d'une centaine d'études comparant diverses formes de psychothérapie dans le traitement de la schizophrénie (symptômes en phase aiguë ou résiduelle, taux de rechutes). Elles ont toutes deux observé que les thérapies familiales (psycho-éducation) avaient les effets les plus importants en fin de traitement ; l'effet de la TCC était égal ou un peu inférieur à celui de l'approche familiale ; les traitements psychanalytiques ou psychodynamiques étaient les moins efficaces. Cependant, des comparaisons spécifiques entre thérapies (deux à deux) n'ont pas ou peu été effectuées. Six études randomisées contrôlées portant sur différentes psychothérapies dans la schizophrénie ont été examinées, quatre ont comparé la TCC à d'autres approches psychothérapiques avec une période de suivi de 9 à 24 mois. La TCC s'est montrée plus efficace qu'une thérapie psychodynamique (1 étude), une thérapie de récréation (1 étude) et une thérapie de soutien (2 études). Dans une étude ayant examiné l'efficacité de la thérapie psychodynamique par rapport à une thérapie dite « adaptation à la réalité/soutien », avec un suivi de 2 ans, les auteurs ont observé peu de différences d'efficacité. Enfin, une comparaison entre la thérapie « personnelle » (une approche de *coping* ou stratégie d'adaptation, centrée sur la réactivité au stress), la thérapie familiale et la thérapie de soutien, menée sur une période de 3 ans, n'a pas montré de supériorité globale de l'une des thérapies par rapport aux autres, mais des

gains différents étaient observés en fonction des conditions de vie du patient (selon qu'il vivait seul ou en famille).

Dans les troubles des comportements alimentaires, les travaux montrent que plusieurs formes de psychothérapie sont efficaces. La seule méta-analyse qui concerne la boulimie ne dégage aucune différence significative entre les diverses thérapies examinées (thérapie psychodynamique, TCC, thérapie familiale, soutien standard). Dans 9 études randomisées contrôlées sur la boulimie, conduites après 1992 (date de la méta-analyse citée ci-dessus), diverses formes de psychothérapie, (psychodynamique, TCC, thérapie familiale, thérapie interpersonnelle, thérapie de soutien) ont été comparées. Bien que des différences significatives aient été observées, les résultats des études sont disparates et ne permettent pas de tirer une conclusion générale quant à la supériorité d'une approche sur une autre. Pour le traitement de l'anorexie, la littérature est beaucoup plus restreinte (3 études contrôlées) et ne montre pas de différence significative d'efficacité entre les thérapies : psychodynamique, TCC, thérapie familiale, thérapie de soutien.

De même, pour d'autres troubles chez l'adulte, notamment la dépendance à l'alcool et les troubles de la personnalité, la littérature n'est pas suffisamment conséquente pour permettre une analyse comparative des différentes psychothérapies faisant l'objet de cette expertise.

Enfin, pour les troubles de l'enfant et de l'adolescent, les méta-analyses démontrent qu'à l'issue de la psychothérapie, un nombre significativement plus élevé d'enfants traités que de sujets contrôles non traités sont améliorés et que les tailles d'effet moyennes des psychothérapies sont comparables à celles rapportées chez l'adulte. De plus, les effets des psychothérapies sont en général supérieurs pour les traitements TCC comparés aux traitements non TCC (thérapie psychodynamique et thérapie de soutien), et légèrement plus grands pour les thérapies familiales ou de soutien en comparaison des traitements psychodynamiques. En ce qui concerne les données par trouble spécifique, les comparaisons entre approches sont relativement limitées en nombre, à l'exception de celles sur la dépression et les troubles anxieux. Pour ces syndromes, les études comparatives chez l'enfant et l'adolescent tendent à montrer des résultats similaires à ceux décrits chez l'adulte. À titre d'exemple, les quatre études récentes, de bonne qualité méthodologique, sur la dépression, avec un suivi jusqu'à 2 ans, observent le plus souvent une équivalence générale entre TCC et thérapie interpersonnelle et une efficacité supérieure de la TCC par rapport aux autres approches. La thérapie familiale est plus efficace que d'autres thérapies dans l'une des études, en particulier pour les problèmes familiaux et les relations parents-enfants ; aucune étude n'inclut des traitements psychodynamiques (psychanalytique). Au total, malgré certaines similarités avec les résultats observés chez l'adulte, le nombre plus restreint d'études chez l'enfant et l'adolescent et leurs faiblesses méthodologiques empêchent, à l'heure actuelle, de déterminer avec

la même précision les différences d'efficacité entre les diverses formes de psychothérapie.

Niveaux de preuve chez l'adulte démontrant une efficacité supérieure établie par des études comparatives entre les trois approches étudiées

	Efficacité supérieure prouvée
Trouble anxieux généralisé	TCC *versus* thérapie psychodynamique
Dépression majeure	TCC *versus* thérapie psychodynamique
	Présomption d'efficacité supérieure
Schizophrénie	Thérapie familiale psycho-éducative *versus* thérapie psychodynamique TCC *versus* thérapie psychodynamique

Niveaux de preuve chez l'adulte démontrant une efficacité supérieure d'une thérapie en comparaison avec une thérapie de soutien

	Efficacité supérieure prouvée
Trouble anxieux généralisé	TCC
Trouble panique	TCC
Phobie sociale	TCC
Stress post-traumatique	TCC
Dépression majeure	TCC
	Présomption d'efficacité supérieure
Schizophrénie	Thérapie familiale psycho-éducative TCC

Quels sont les éléments d'évaluation permettant d'apprécier quelle thérapie convient à quel trouble ?

Pour chacun des trois types d'approche retenus dans cette expertise – thérapie psychodynamique (psychanalytique), TCC et thérapie familiale –, un bilan des études portant sur l'évaluation de leur efficacité en comparaison à un groupe contrôle a été réalisé. De plus, les résultats des études comparant l'efficacité de ces thérapies ont été rapportés. L'ensemble de ces analyses permet dans une dernière étape de présenter pour chacun des troubles, les thérapies susceptibles d'apporter aux patients un bénéfice dans le cadre du soin.

Les données de la littérature concernant les sujets atteints de schizophrénie en phase aiguë ou hospitalisés ont établi l'efficacité des thérapies familiales associées aux antipsychotiques sur le taux de rechute à 2 ans (1 méta-analyse), une présomption d'efficacité à court terme des thérapies cognitives

associées aux antipsychotiques (1 méta-analyse), et l'inefficacité des thérapies psychodynamiques seules ou associées au traitement médicamenteux (1 méta-analyse de bonne qualité mais n'ayant pu utiliser que les données de 3 études anciennes, en l'absence d'autres données publiées exploitables).

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Schizophrénie	3 méta-analyses TCC	Efficacité modérée des TCC sur le taux de rechute à 2 ans chez les sujets schizophrènes en phase aiguë ou hospitalisés, en association aux antipsychotiques Efficacité des TCC chez les patients stabilisés suivis en ambulatoire, en association aux antipsychotiques
	1 méta-analyse TCC et TF(PE) 1 méta-analyse PE 3 méta-analyses TF (dont 2 avec PE)	Efficacité des thérapies familiales sur le taux de rechute à 2 ans chez les sujets schizophrènes en phase aiguë ou hospitalisés, en association aux antipsychotiques Efficacité de l'approche psycho-éducative (familiale ou centrée sur le patient) chez les patients stabilisés suivis en ambulatoire, en association aux antipsychotiques
	1 méta-analyse TP 1 revue systématique TP	Pas d'efficacité démontrée pour les TP sur l'évolution clinique des sujets schizophrènes

TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TF : thérapie familiale ; PE : approche psycho-éducative ; TP : thérapie psychodynamique

Concernant les patients schizophrènes stabilisés et suivis en ambulatoire, 3 méta-analyses établissent l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale, en association avec un traitement médicamenteux, sur l'acquisition d'habiletés sociales ou l'amélioration de la gestion des émotions, avec un suivi moyen de 5 mois. L'approche psycho-éducative, associée au traitement médicamenteux, a également fait la preuve de son efficacité sur le taux de rechute à 1 et 2 ans, lorsque l'approche est familiale (2 méta-analyses), et sur le taux de rechute à 18 mois lorsqu'elle est centrée sur le patient (1 méta-analyse). L'efficacité de l'approche psychodynamique (1 méta-analyse et 1 revue) n'a pas été établie, même lorsqu'elle est associée aux antipsychotiques, sur l'évolution clinique des sujets. Les comparaisons directes entre les diverses approches psychothérapeutiques, quant à elles, ont permis d'établir la supériorité en termes d'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et de l'approche psycho-éducative.

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, les données disponibles sur le trouble bipolaire ne concernent que l'approche psycho-éducative et montrent son efficacité, associée au traitement médicamenteux, sur le fonctionnement global et la compliance au traitement lorsque la psychothérapie est familiale (conjugale) (1 étude contrôlée) et sur le délai de survenue des rechutes maniaques (mais non dépressives) à 18 mois quand elle ne s'adresse qu'aux patients (1 étude contrôlée). Aucune comparaison entre les psychothérapies destinées au traitement du trouble bipolaire *a fortiori* n'a été réalisée.

Pour les troubles dépressifs chez des patients hospitalisés et en association aux antidépresseurs, il a été établi que les thérapies cognitivo-comportementales ont un effet sur la symptomatologie dépressive (1 méta-analyse). La psycho-éducation familiale a un effet à court terme sur le fonctionnement global des patients (1 étude contrôlée) et les thérapies psychodynamiques un effet sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation des patients (1 étude contrôlée). Le niveau de preuve d'efficacité dans cette indication est supérieur pour les TCC, et les études contrôlées comparant approches psychodynamique et cognitivo-comportementale concluent à la supériorité de la seconde.

Pour des troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère, traités en ambulatoire, les thérapies cognitives ont fait la preuve de leur supériorité sur les traitements antidépresseurs en termes d'efficacité (2 méta-analyses). Les thérapies interpersonnelles ont une efficacité comparable à celle des thérapies cognitives (1 méta-analyse). Concernant les thérapies psychodynamiques, les données sont éparses. Elles n'ont pas, contrairement aux thérapies interpersonnelles, montré une efficacité comparable à celles des TCC (1 méta-analyse). Les thérapies de couple seraient également efficaces pour les sujets vivant avec un conjoint critique (1 étude contrôlée).

C'est dans les troubles anxieux que les thérapies cognitivo-comportementales ont, de loin, été les plus étudiées. Leur efficacité est la mieux établie dans le trouble panique, qu'elles soient associées ou non aux antidépresseurs (2 méta-analyses), dans le trouble anxieux généralisé, associées ou non aux traitements médicamenteux (1 méta-analyse), dans l'état de stress post-traumatique (2 méta-analyses, dont 1 concernant l'EMDR), dans les troubles obsessionnels compulsifs (3 méta-analyses), dans les phobies sociales (3 méta-analyses) et dans diverses phobies spécifiques (6 études contrôlées).

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Troubles de l'humeur		
Trouble bipolaire	2 études contrôlées PE (dont une en TF)	Efficacité de l'approche psycho-éducative familiale ou individuelle, en association au traitement médicamenteux
Troubles dépressifs chez des patients hospitalisés	1 méta-analyse TCC	Efficacité des TCC sur les symptômes dépressifs
	1 étude contrôlée PE(TF)	Efficacité de la psycho-éducation familiale à court terme sur le fonctionnement global, en association au traitement médicamenteux
	1 étude contrôlée TP	Efficacité des TP sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation, en association au traitement médicamenteux

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère	2 méta-analyses TCC 1 méta-analyse TCC et TI	Efficacité des TCC et des TI
	1 méta-analyse TCC et TV	Efficacité des thérapies verbales, donc possiblement des TP
	1 méta-analyse TCC et TP chez le sujet âgé	Efficacité des TCC chez le sujet âgé déprimé
Troubles dépressifs majeurs	1 étude contrôlée TF (de couple)	Efficacité des TF (de couple) chez les sujets vivant avec un partenaire critique

PE : approche psycho-éducative ; TF : thérapie familiale ; TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TP : thérapie psychodynamique ; TI : thérapie interpersonnelle ; TV : thérapie verbale

Les thérapies psychodynamiques brèves employées en association au traitement antidépresseur sont efficaces, avec un moindre niveau de preuves que les TCC, dans la prévention des rechutes du trouble panique, à 9 mois de l'arrêt du traitement antidépresseur (1 étude contrôlée). Elles ont également une présomption d'efficacité dans l'état de stress post-traumatique (1 étude contrôlée). Elles n'ont pas à ce jour été étudiées dans d'autres troubles anxieux. Les comparaisons entre les différentes approches (incluant les méta-analyses comparatives) ont également montré que les TCC sont les thérapies les plus efficaces pour tous les troubles anxieux.

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Troubles anxieux		
Trouble panique	1 méta-analyse TCC 1 étude contrôlée TPB	Efficacité des TCC dans la prévention des rechutes Efficacité des TPB dans la prévention des rechutes
Trouble anxieux généralisé	1 méta-analyse TCC	Efficacité des TCC
Stress post-traumatique	2 méta-analyses TCC 1 étude contrôlée TP	Efficacité des TCC et des TP
Trouble obsessionnel compulsif	3 méta-analyses TCC	Efficacité des TCC
Phobie sociale	3 méta-analyses TCC	Efficacité des TCC
Phobie spécifique	6 études contrôlées TCC	Efficacité des TCC

TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TPB : thérapie psychodynamique brève ; TP : thérapie psychodynamique

Dans la boulimie, les thérapies cognitivo-comportementales, associées ou non à la pharmacothérapie, ont montré leur efficacité (6 méta-analyses), ainsi que les thérapies interpersonnelles (1 méta-analyse, 1 étude contrôlée).

Dans l'anorexie mentale, les thérapies familiales ont fait la preuve de leur efficacité, mais seulement chez des patients jeunes ayant moins de 3 ans d'évolution et jusqu'à 5 ans de suivi (3 études contrôlées, 1 revue systématique non méta-analytique). L'approche cognitivo-comportementale n'a pas

montré d'efficacité sur les symptômes (résultats disparates dans 1 revue systématique non méta-analytique et 2 études contrôlées), mais une présomption d'efficacité peut être évoquée pour la prévention des rechutes (1 étude contrôlée).

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Trouble des comportements alimentaires		
Boulimie	6 méta-analyses TCC 1 méta-analyse TI 1 étude contrôlée TI 1 revue systématique PE	Efficacité bien établie des TCC et établie de la TI Efficacité possible de l'approche PE
Anorexie mentale	5 études contrôlées TF 1 revue systématique TF(TCC) 1 revue systématique TCC	Efficacité établie des TF chez les patients jeunes Pas d'efficacité démontrée des TCC (sauf sous forme de TF)

TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TI : thérapie interpersonnelle ; TP : thérapie psychodynamique ; PE : approche psycho-éducative ; TF : thérapie familiale

Parmi les troubles de la personnalité, la personnalité borderline a été la plus étudiée et les thérapies psychodynamiques (1 méta-analyse et 1 étude contrôlée), ont montré leur efficacité, de 18 mois à 4 ans de suivi, les thérapies cognitivo-comportementales (1 méta-analyse et 5 études contrôlées), ont également montré leur efficacité à 1 an de suivi.

Les thérapies psychodynamiques (psychanalytiques) et les thérapies cognitivo-comportementales apparaissent efficaces à 7 mois de suivi pour la personnalité antisociale, lorsque les sujets sont également déprimés (1 étude contrôlée), et à 6 mois de suivi dans certains troubles de la personnalité (1 méta-analyse et 1 étude contrôlée).

Pour les troubles de la personnalité comme pour les troubles des comportements alimentaires, aucune étude contrôlée n'a établi à l'heure actuelle qu'une thérapie était plus efficace qu'une autre.

Dans les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool, l'efficacité des thérapies familiales (2 méta-analyses, 1 revue systématique et 1 étude systématique) et des thérapies cognitivo-comportementales (1 méta-analyse et 1 étude contrôlée TCC) reste encore de l'ordre de la présomption scientifique. Les thérapies d'inspiration psychanalytique n'ont pas été étudiées dans cette indication.

Les comparaisons entre psychothérapies réalisées à ce jour concluent que les thérapies motivationnelles sont aussi efficaces que les thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool (1 étude contrôlée).

Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
Troubles de la personnalité	1 méta-analyse TP et TCC 1 étude contrôlée TP et TCC 5 études contrôlées TCC 2 études contrôlées TP	Efficacité des TP et des TCC pour les troubles de la personnalité (surtout de type borderline et de type antisocial si dépression associée)
Alcoolodépendance	2 méta-analyses et 1 revue systématique TF 1 méta-analyse et 1 étude contrôlée TCC 1 étude contrôlée (TM, TCC)	Efficacité des TF dans le maintien de l'abstinence Efficacité des TCC dans le maintien de l'abstinence Efficacité comparable des TM et des TCC

TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TP : thérapie psychodynamique ; TF : thérapie familiale ; TM : thérapie motivationnelle ; GA : groupe d'aide

Enfin, dans les études analysées il n'a pas été mis en évidence de substitution ou de déplacement des symptômes à court ou long terme quels que soient la thérapie ou le trouble examinés par cette expertise.

Niveaux de preuve d'efficacité des trois approches psychothérapiques examinées chez l'adulte*

	Efficacité établie (1) ou présomption d'efficacité (2)
Schizophrénie (phase aiguë) avec médicaments	Thérapie psycho-éducative familiale sur taux de rechute à 2 ans (1) Approche TCC (2)
Schizophrénie (stabilisée suivie en ambulatoire) avec médicaments	Approche psycho-éducative familiale (1) Approche TCC (acquisition d'habiletés sociales, gestion des émotions) (1)
Dépression hospitalisée sous antidépresseurs	Approche TCC (1)
Trouble bipolaire avec médicaments	Approche psycho-éducative familiale (conjugale) et approche TCC (2)
Dépression moyenne	Approche TCC (1)
Trouble panique	Approche TCC (1) Approche psychodynamique brève avec antidépresseurs (2)
Stress post-traumatique	Approche TCC (dont EMDR) (1) Approche psychodynamique brève (2)
Troubles anxieux (TAG, TOC, phobies)	Approche TCC (1)
Boulimie	Approche TCC (1)
Anorexie	Thérapies familiales chez les patients jeunes (2) ; approche TCC pour la prévention des rechutes (2)
Troubles de la personnalité	Approche psychodynamique (1) Approche TCC (1)
Alcoolodépendance	Thérapie familiale et approche TCC dans le maintien de l'abstinence (1)

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale ; EMDR : *Eye movement desensitization and reprocessing*
*Pour les niveaux de preuve concernant les thérapies appliquées à l'enfant, voir les tableaux précédents

En conclusion, l'analyse de la littérature réalisée dans le cadre de cette expertise a permis d'établir un bilan des travaux qui se sont intéressés à l'évaluation de la thérapie psychodynamique (psychanalytique), de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie familiale et de couple, selon les critères scientifiques actuellement reconnus.

Cette démarche s'inscrit dans un objectif d'aide à la décision en santé publique. Elle s'appuie sur les résultats des études contrôlées réalisées en population clinique et adaptées à cet objectif sans méconnaître les limites méthodologiques d'un tel exercice, abordées au début de l'expertise. L'amélioration des syndromes cliniques a été retenue comme critère principal pour évaluer l'efficacité des thérapies, d'autres critères comme l'amélioration du fonctionnement de la personne, de sa qualité de vie et de l'adaptation sociale ont également été pris en compte dans certaines des analyses. Le travail de synthèse réalisé par cette expertise permet d'apprécier l'efficacité de chacune des trois approches prise isolément en comparaison avec l'absence de traitement (placebo ou liste d'attente) et selon les troubles envisagés. En fonction des troubles, certaines approches semblent plus efficaces que d'autres (voir tableau ci-dessus).

Les conclusions qui découlent de l'analyse et de la synthèse des études d'évaluation répertoriées dans la littérature, constituent un éclairage utile aux professionnels et aux usagers. Si la relation singulière entre une personne en souffrance et un thérapeute reste un élément déterminant dans le choix et la conduite d'une thérapie, l'information des usagers et la formation des thérapeutes doivent se faire en relation avec les preuves scientifiques disponibles, elles sont deux points majeurs pour améliorer l'offre de soin et le travail en réseau des différents acteurs de santé.

Annexes

ANNEXE 1

Guide de bonnes pratiques du *Department of Health* au Royaume-Uni

L'élaboration du guide de bonnes pratiques a été menée par le *British Psychological Society Center for Outcomes Research and Effectiveness* avec le concours de nombreuses organisations. Les troubles pris en considération sont : la dépression y compris la dépression du post-partum ; les troubles anxieux ; les troubles du comportement alimentaires ; les troubles de la personnalité et des troubles somatiques. Ne sont pas abordés, la schizophrénie et les troubles spécifiques de l'enfant et de l'adolescent. Deux sources principales de données ont été utilisées : les revues Cohrane et les revues « de bonne qualité » de 1990 à 1998. Pour établir le niveau de preuve, le groupe fait référence à la méthode adaptée de Eccles et coll. (1998).

Catégories d'évidence

Catégories	Niveau de preuve
Ia	preuve établie d'après des études méta-analytiques et randomisées
Ib	preuve établie d'après au moins une étude contrôlée
IIa	preuve établie d'après au moins une étude contrôlée sans randomisation
IIb	preuve établie d'après au moins un autre type d'études quasi-expérimentales
III	preuve établie d'après des études descriptives comme les études comparatives, des études corrélationnelles et des études cas-témoins
IV	preuves venant des opinions des experts ou de comités d'experts ou de l'expérience clinique ou d'une autorité respectée ou des deux

Force des recommandations

Grades	Catégories
Force A	directement basée sur la catégorie I
Force B	directement basée sur la catégorie II de preuves ou extrapolée de la catégorie I
Force C	directement basée sur la catégorie III de preuves ou extrapolée de la catégorie II
Force D	directement basée sur la catégorie IV de preuves ou extrapolée de la catégorie III de preuves

Principales recommandations

Recommandations	Grades	Catégories
La psychothérapie peut être considérée comme une option de traitement	B	II/I
Les troubles mentaux sévères et complexes devraient recevoir secondairement un avis de spécialiste	D	IV
L'efficacité de tous les types de thérapies dépend du patient et du thérapeute formant une bonne relation de travail	B	I

Recommandations	Grades	Catégories
Des thérapies de moins de 8 séances ne sont pas efficaces de manière optimale pour les troubles modérés à sévères	B	II
Souvent 16 séances ou plus sont nécessaires pour le soulagement des symptômes et de plus longues thérapies sont requises pour accomplir les derniers changements dans le fonctionnement social et personnel	C	III
Les phobies spécifiques et le trouble panique simple (sans symptômes d'agoraphobie) peuvent répondre aux interventions brèves	B	I
L'âge, le sexe la classe sociale et le groupe ethnique sont généralement des facteurs peu importants dans le choix de la thérapie et ne peuvent conditionner l'accès aux thérapies	C	II
L'identité ethnique et culturelle des patients doivent être respectées en les référants à des thérapeutes de sensiblité culturelles compatibles	D	IV
La préférence du patient peut influencer le choix du traitement, particulièrement là où aucune données validées n'indiquent un choix clair pour un type de thérapie	D	IV
Le talent et l'expérience du thérapeute doivent être pris en considération. Les problèmes les plus complexes et ceux pour lesquels les patients sont peu motivés nécessitent la plus grande compétence des thérapeutes	D	IV
L'intérêt pour l'auto-exploration et la capacité à tolérer des frustrations dans les relations avec autrui sont particulièrement importants pour le succès des thérapies interprétatives (psycho-analytiques et psychodynamique) comparées aux thérapies de soutien	C	III
Les patients qui ont des difficultés d'ajustement aux événements de vie, maladie, incapacité, handicap ou pertes (incluant naissance et deuil) peuvent bénéficier de thérapies brèves telle que le *counselling*	B	II/I ext
Quand un trouble postraumatique est identifié, une psychothérapie est indiquée ; les meilleures preuves d'efficacité ont été obtenues pour les méthodes cognitivo-comportementales	A	I
Les troubles dépressifs peuvent être traités efficacement par psychothérapie avec les meilleures preuves pour la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle et certains résultats validés pour des thérapies structurées incluant les thérapies psychodynamiques	A	I
Les troubles anxieux avec des symptômes d'anxiété marqués (trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, phobie spécifique et trouble anxieux généralisé) peuvent bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale	A	I
La boulimie peut être traitée par psychothérapie ; la meilleure preuve d'efficacité est obtenue avec la thérapie interpersonnelle et la thérapie cognitivo-comportementale	A	I
Une psychothérapie individuelle pour l'anorexie peut être bénéfique ; sans supériorité clairement établie d'efficacité d'un type particulier de thérapie	B	II
Un diagnostic comorbide de trouble de la personnalité peut rendre le traitement plus difficile et moins efficace ; les indications de trouble de la personnalité incluent une histoire pénale, de sévères problèmes relationnels et des problèmes complexes récurrents	D	III
Des psychothérapies structurées conduites par des praticiens de talent peuvent contribuer au traitement à long terme des troubles de la personnalité	C	II
Les thérapies cognitives peuvent être considérées comme un traitement pour la fatigue chronique et les plaintes somatiques	B	I

Recommandations	Grades	Catégories
Les interventions psychologiques devraient être considérées comme traitement pour d'autres plaintes d'origine somatique avec une composante psychologique tel que le syndrôme du colon irritable et les plaintes gynécologiques	C	II
Un *debriefing* de routine juste après un événement traumatique ne peut probablement pas aider à la prévention d'un trouble post-traumatique et n'est pas recommandé	A	I
Une thérapie de soutien n'est pas recommandée comme intervention principale pour les troubles mentaux sévères et les troubles de la personnalité	D	IV

BIBLIOGRAPHIE

DEPARTMENT OF HEALTH. Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline. 2001, 63p. Disponible sur internet à l'adresse : www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline/treatment.pdf

ECCLES M, CLARKE J, LIVINGSTONE M, FREEMANTLE N, MASON J. North of England evidence based guidelines development project : guideline for the primary care management of dementia. *BMJ* 1998, **317** : 802-808. Erratum in : *BMJ* 1998, **317** : 1151

ANNEXE 2

Travaux de l'*American Psychological Association*

A la suite d'une *Task Force* de l'*American Psychological Association* faisant le point de la recherche sur les psychothérapies pour les troubles mentaux de l'adulte (*American Psychological Association*, 1995 ; Chambless et coll., 1996 ; Chambless et coll., 1998), une *Task Force* similaire a été mise en place par l'*American Psychological Association*, à la fin des années 1990, pour expertiser les données existantes sur l'efficacité des interventions psychosociales dans les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Des critères, adaptés de ceux élaborés par Chambless et coll., pour l'adulte, ont été proposés pour définir deux niveaux d'évidence empirique.

La *Task Force* de l'*American Psychological Association* a examiné, pour chaque catégorie diagnostique chez l'enfant et l'adolescent, plusieurs centaines de travaux publiés, et a expertisé ceux présentant une puissance statistique adéquate, leur appliquant les critères d'évidence empirique qu'elle avait définis. Les résultats de l'analyse des experts américains ont été publiés, et sont repris dans les articles de synthèse de Hibbs (2001) et de Weisz et Jensen (2001).

Les tableaux qui suivent présentent les traitements identifiés comme « d'efficacité établie » ou « probablement efficaces » dans les catégories diagnostiques suivantes : dépression (Kaslow et Thompson, 1998), peurs et anxiété (Ollendick et King, 1998), trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (ADHD) (Pelham et coll., 1998), problèmes et troubles des conduites (Brestan et Eyberg, 1998).

L'*American Psychological Association* conclut aussi que les problèmes et troubles de l'enfant et de l'adolescent pour lesquels des traitements d'efficacité empiriquement démontrée font encore défaut sont nombreux, citant notamment : l'anorexie mentale, l'état de stress post-traumatique, le trouble bipolaire, le TOC, le trouble panique, l'abus et la dépendance aux substances.

Critères pour définir deux niveaux d'évidence empirique pour l'évaluation des interventions psychosociales chez l'enfant et l'adolescent selon l'*American Psychological Association* (Lonigan et coll., 1998)

Critères pour les interventions « d'efficacité bien établie »
Au moins deux essais inter-groupe, bien conduits, par des investigateurs différents, démontrant l'efficacité d'un traitement de l'une de deux manières : le traitement est supérieur à un placebo ou à un traitement alternatif /ou le traitement est équivalent à un traitement d'efficacité déjà établie, avec une puissance statistique suffisante (N > = 30 par groupe) **Ou** large série (ex. n > 9) d'études de cas unique utilisant un bon plan expérimental et comparant l'intervention à un autre traitement **Et** manuels de traitements utilisés pour les interventions, de préférence **Et** les caractéristiques de l'échantillon d'étude sont clairement spécifiées
Critères pour les interventions « probablement efficaces »
Deux études montrant que l'intervention est plus efficace qu'une condition contrôle de non-traitement (ex. liste d'attente) **Ou** deux études inter-groupe conduites selon les mêmes critères que pour les traitements bien établis, mais par le même investigateur **Ou** petite série (ex. n > 3) d'études de cas unique* utilisant un bon plan expérimental et comparant l'intervention à un autre traitement **Et** manuels de traitements utilisés pour les interventions **Et** les caractéristiques de l'échantillon d'étude sont clairement spécifiées

* Le terme « cas unique » se réfère à un plan expérimental dans lequel le traitement est alternativement appliqué et interrompu, soit à un individu, soit à un groupe d'individus.

Efficacité des psychothérapies dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent (Kaslow et Thompson, 1998)

Traitements probablement efficaces	
TCC pour les enfants de 9 à 12 ans Traitement de groupe incluant l'apprentissage d'habiletés telles que : auto-contrôle, interaction sociale, relaxation musculaire profonde, anticipation d'activités agréables, identification et modification des cognitions négatives et irréalistes	Stark et coll., 1987 et 1991
Adolescent coping with depression course Traitement de groupe, proche du précédent	Lewinsohn et coll., 1990 et 1997
Autres TCC pour les enfants :	
TCC, relaxation et *self modeling*	Kahn et coll., 1990
Control enhancement training primaire et secondaire	Weisz et coll., 1997
Autres TCC pour les adolescents : TCC qui peut être associée à la relaxation, groupe de thérapie de soutien	Brent et coll., 1997 Fine et coll., 1991 Reynolds et Coats, 1986

Efficacité des psychothérapies dans les phobies et les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent (Ollendick et King, 1998)

Traitements pour les peurs et les phobies	
Traitements d'efficacité bien établie	
Modeling de participation L'enfant est incité à s'engager dans les activités anxiogènes avec un modèle dont les actions servent de médiateur au cours de l'exposition. Efficacité supérieure à celles des techniques du modèle filmé ou du modèle *in vivo*, et de la désensibilisation systématique *in vitro*	Bandura et coll., 1969 Blanchard, 1970 Lewis, 1974 Murphy et Bootzin, 1973 Ritter, 1968
Modèle fondé sur les principes du conditionnement opérant : *reinforced practice* Efficacité supérieure à celle de l'apprentissage des *verbal coping skills* et de la technique du modèle *in vivo*, tous deux pourtant considérés comme des traitements probablement efficaces	Leitenberg et Callahan, 1973 Menzies et Clarke, 1993 Ober et Terwillinger, 1970 Sheslow et coll., 1983
Traitements probablement efficaces	
Désensibilisation en imagination : l'enfant est exposé progressivement, en imagination, à un nombre croissant de stimuli anxiogènes en présence d'autres stimuli qui produisent des réponses incompatibles avec la peur, comme la relaxation, à un rythme qui permet que la réponse à la relaxation soit plus forte que la réponse à la peur, inhibant ainsi cette dernière	Barabasz, 1973 Kondas, 1967 Mann et Rosenthal, 1969 Miller et coll., 1972
Désensibilisation *in vivo :* idem, *in vivo*	Kuroda, 1969 Ultee et coll, 1982
Technique du modèle *in vivo :* apprentissage par observation (*vicarious conditioning*). Les réponses d'évitement sont amenées à extinction si l'enfant regarde un modèle qui accomplit le comportement anxiogène (ex. approcher et caresser un chien) sans que surviennent les conséquences redoutées	Bandura et coll., 1967 Mann et Rosenthal,1969
Technique du modèle filmé : idem	Bandura et Menlove, 1968 Hill et coll., 1968
TCC pour les phobies simples : traitement des phobies par la modification des cognitions de l'enfant concernant les objets redoutés, avec souvent une composante additionnelle de renforcement (déclarations positives sur l'enfant et ses compétences)	Graziano et Mooney, 1980 Kafner et coll., 1975
Traitements pour les troubles anxieux	
Traitements probablement efficaces	
TCC *Coping Cat* : traitement individuel de 16 séances pour les 9-13 ans présentant un trouble anxieux généralisé, une anxiété de séparation ou une phobie sociale, par étapes (F-E-A-R) : identifier les symptômes physiques de la peur ; identifier les cognitions associées aux catastrophes redoutées ; apprendre les actions et attitudes qui peuvent aider ; coter la réussite et récompenser l'effort	Kendall, 1994 Kendall et Southam-Gerow, 1996 Kendall et coll., 1997
TCC + thérapie familiale Thérapie familiale = entraînement à la gestion de l'anxiété	Barett et coll., 1996 Dadds et coll., 1992

Efficacité des psychothérapies dans les problèmes et troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent (Brestan et Eyberg, 1998)

Traitements d'efficacité bien établie	
Formation comportementale des parents basée sur le livre *Living with Children* de Patterson et Gullion (1968), et proche de l'apprentissage parental utilisé dans le ADHD. Vise à faire face aux conduites pathologiques de l'enfant par l'apprentissage d'habiletés telles que : adopter des règles consistantes, établir des conséquences claires pour les bonnes et mauvaises conduites, procédures d'isolement des contingences de renforcement Efficacité démontrée pour les enfants mais pas pour les adolescents	Alexander et Parsons, 1973 Bernal et coll., 1980 Firestone et coll., 1980 Wiltz et Patterson, 1974
Formation des parents par l'observation de modèles sur vidéo (Webster-Stratton, 1996a) Vise à apprendre à communiquer, établir des limites, faire face aux conduites pathologiques, résoudre les problèmes dans les interactions avec un enfant non compliant	Spaccarelli et coll., 1992 Webster-Stratton, 1984, 1990 et 1994 Webster-Stratton et coll., 1988
Traitements probablement efficaces	
Formation au contrôle de la colère par l'inoculation du stress. Fondé sur l'idée que c'est souvent la colère qui génère les conduites pathologiques Traitement de groupe avec inoculation du stress et apprentissage du contrôle de la colère	Feindler et coll., 1984 Schlichter et Horan, 1981
Thérapie de développement de stratégies d'adaptation à la colère Programme structuré et manuélisé utilisant des stratégies de résolution de problèmes, de contrôle de la colère, et discour intérieur *(self-talk)* pour réduire la colère	Lochman et coll., 1984 et 1989
Entraînement à l'assertivité Enseigné aux enfants avec comportements perturbateurs des manières socialement acceptables d'exprimer leurs besoins et leurs émotions	Huey et Rank, 1984
Programme de prévention de la délinquance Débute au jardin d'enfants, et associe une formation comportementale des parents à un apprentissage prosocial (entraînement aux habiletés de résolution de problèmes et aux habiletés sociales) pour des groupes d'enfants à risque	Tremblay et coll., 1995 Vitaro et Tremblay, 1994
Thérapie multisystémique Combine les techniques comportementales, cognitives et systémiques pour agir sur les multiples systèmes de vie du jeune délinquant (famille, école, groupe de pairs) Cette approche thérapeutique centrée sur l'environnement a fait preuve d'une efficacité notable pour réduire les taux de délinquance et d'arrestations, et améliorer le fonctionnement scolaire et familial	Borduin et coll., 1995 Henggeler et coll., 1986, 1992 et 1993
Thérapie centrée sur l'interaction parent-enfant pour des enfants d'âge pré-scolaire Vise à entraîner les parents à interagir positivement avec l'enfant afin de consolider la relation, et à leur apprendre des méthodes pour contrôler les comportements d'opposition de l'enfant (isolement des contingences de renforcement)	Eyberg et coll., 1995 McNeil et coll., 1991 Zangwill, 1983
Programme d'apprentissage parental Proche du précédent	Peed et coll., 1977 Wells et Egan, 1988
Entraînement aux habilités de résolution de problèmes Vise à appliquer des étapes systématiques pour la résolution de problèmes dans des situations simples et émotionnellement neutres (définir le problème, générer des solutions alternatives, évaluer les alternatives, etc.), puis appliquer celles-ci dans les situations externalisées	Kazdin et coll., 1987a, 1987b, 1989

« Thérapie rationnelle émotive (RET) » principes d' « appréciation rationnelle » ; correction des cognitions morales irrationnelles	Block, 1978
Isolement des contingences de renforcement avec un siège qui déclenche un signal L'utilisation d'une sonnerie, activée lorsque l'enfant quitte la place qui lui a été assignée sans autorisation, permet un monitoring plus efficace et la réduction des comportements perturbateurs	Hamilton et MacQuiddy, 1984

Efficacité des psychothérapies dans le trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) de l'enfant et de l'adolescent (Pelham et coll., 1998)

Traitements d'efficacité bien établie	
Formation comportementale des parents : techniques variées visent à l'apprentissage de concepts comportementaux tels que récompense, punition, isolement des contingences de renforcement ; méthodes comportementales pour contrôler les conduites pathologiques ; méthodes éducatives Exemple de traitement : plusieurs rencontres individuelles avec un thérapeute, puis lecture d'un livre sur les méthodes de gestion des conduites pathologiques, puis quelques séances de groupe avec d'autres parents	Gittelman et coll., 1980 Horn et coll., 1990 Pelham et coll., 1988 Firestone et coll., 1981 et 1986 Ialongo et coll., 1993
Techniques de modification du comportement en classe Techniques variées développées : analyse fonctionnelle des conduites problématiques, des antécédents, et formulation de conduites de remplacement appropriées ; contrats sur le comportement en classe postulant les conséquences des bonnes et mauvaises conduites ; monitoring en classe (au début toutes les demi-heures) des bonnes et mauvaises conduites ; renforcement par les parents des appréciations positives des professeurs	Gittelman et coll., 1980 Pelham et coll., 1988 + 21 études de cas unique et observations intra-groupe
Traitements probablement efficaces	
Formation comportementale des parents : techniques variées développées par les auteurs	Anastopoulos et coll, 1993 Dubey et coll., 1983 Pisterman et coll., 1989, 1992a et 1992b
Techniques de modification du comportement en classe	O'Leary et coll., 1976

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER J, PARSONS B. Short-term Behavioral intervention with delinquent families : impact on family process and recidivism. *J Abnorm Psychol* 1973, **81 :** 219-225

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Task Force on Psychological Intervention Guidelines. Template for developing guidelines : Interventions for Mental Disorders and Psychosocial Aspects of Physical Disorders. Washington DC, 1995

ANASTOPOULOS AD, SHELTON TL, DUPAUL GL GUEVREMONT DC. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder. Its impact on parent functioning. *J Abnorm Child Psychol* 1993, **21 :** 581-596

BANDURA A, BLANCHARD EB, RITTER B. Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *J Person Soc Psychol* 1969, **13** : 173-199

BANDURA A, GRUSEC JE, MENLOVE FL. Vicarious extinction of avoidance behavior. *J Person Soc Psychol* 1967, **5** : 16-23

BANDURA A, MENLOVE FL. Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *J Person Soc Psychol* 1968, **8 :** 99-108

BARABASZ AF. Group desensitization of test anxiety in elementary school. *J Psychol* 1973, **83** : 295-301

BARRETT P, DADDS M, RAPEE R. Family treatment of childhood anxiety : a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 333-342

BERNAL ME, KLINNERT MD, SCHULTZ LA. Outcome evaluation of behavioral parent training and client-centered parent counseling for children with conduct problems. *J Applied Behavior Analysis* 1980,**13** : 677-691

BLANCHARD EB. Relative contributions of modeling, informational influences, and physical contact in extinction of phobic behavior. *J Abnorm Psychol* 1970, **76** : 55-61

BLOCK J. Effects of a rational-emotive mental health program on poorly achieving disruptive high school students. *J Counseling Psychol* 1978, **25** : 61-65

BORDUIN C, MANN B, CONE L, HENGGELER S, FUCCI B et coll. Multisystemic treatment of serious juvenile offenders : Long-term prevention of criminality and violence. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 569-578

BRENT DA, HOLDER D, KOLKO D, BIRMAHER B, BAUGHER M et coll. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 877-885

BRESTAN EV, EYBERG SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents : 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *J Clin Child Psychol* 1998, **27 (2)** : 180-189

CHAMBLESS D, SANDERSON W, SHOHAM V, JOHNSON S, POPE K et coll. An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist* 1996, **49** : 5-18

CHAMBLESS DL, BAKER MJ, BAUCOM DH, EUTLER LE, CALHOUN KS et coll. Update on Empirically Validated Therapies II. *The Clinical Psychologist* 1998, **51 :** 3-15

DADDS MR, HEARD PM, RAPEE RM The role of family intervention in the treatment of child anxiety disorders : Some preliminary findings. *Behav Change* 1992, **9** : 171-177

DUBEY DR, O'LEARY SG, KAUFMAN KF. Training parents of hyperactive children in child management : A comparative outcome study. *J Abnornal Child Psychol* 1983, **11** : 229-246

EYBERG SM, BOGGS S, ALGINA J. Parent-child interaction therapy : a psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin* 1995, **31** : 83-91

FEINDLER DL, MARRIOTT SAA, IWATA M. Group anger control training for junior high school delinquents. *Cognit Ther Res* 1984, **8** : 299-311

FINE S, FORTH A, GILBERT M, HALEY G. Group therapy for adolescent depressive disorder : a comparison of social skills and therapeutic support. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 79-85

FIRESTONE P, CROWE D, GOODMAN JT, MCGRATH P. Vicissitudes of follow-up studies : Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *Am J Orthopsychiatry* 1986, **56 :** 184-194

FIRESTONE P, KELLY MJ, FIKE S. Are fathers necessary in parent training groups ? *J Clinical Child Psychol* 1980, **9** : 44-47

FIRESTONE P, KELLY MJ, GOODMAN JT, DAVEY J Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981, **20** : 135-147

GITTELEMAN R, ABIKOFF H, POLLACK E, KLEIN DF, KATZ S, MATTES J. A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. *In :* Hyperactive Children : The Social Ecology of Identification and Treatment. WHALEN CK, HENKER B eds, Academic Press, New-York 1980 : 221-243

GRAZIANO AM, MOONEY KC. Family self-control instruction for children's nighttime fear reduction. *J Consult Clin Psychol* 1980, **48** : 206-213

HAMILTON SB, MACQUIDDY SL. Self-administered behavioral parent training : Enhancement of treatment efficacy using a time-out signal seat. *J Clinical Child Psychol* 1984, **13** : 61-69

HENGGELER SW, RODICK JD, BOURDIN CM, HANSON CL, WATSON SM, UREY JR. Multisystemic treatment of juvenile offenders : Effects on adolescent behavior and family interaction. *Developmental Psychol* 1986, **22** : 132-141

HENGGELER SW, MELTON GB, SMITH LA. Family preservation using Multisystemic Therapy : An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *J Consult Clin Psychol* 1992, **60** : 953-961

HENGGELER SW, MELTON GB, SMITH LA, SCHOENWALD SK, HANLEY JH. Family preservation using multisystemic treatment : Long-term follow-up to a clinical trial with serious jevenile offenders. J Child Fam Studies 1993, **2** : 283-293

HIBBS ED. Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001, **10** (suppl 1) : 3-11

HILL JH, LIEBER RM, MOTT DEW. Vicarious extinction of avoidance behavior through films : an initial test. *Psychological reports* 1968, **22 :** 192

HORN WF, IALONGO N, GREENBERG G, PACKARD T, SMITH-WINBERRY C. Additive effects of behavioral parent training and self control therapy with ADHD children. *J Clinical Child Psychol* 1990, **19 :** 98-110

HUEY WC, RANK RC. Effects of counselor and peer-led group assertiveness training on black adolescent aggression. *J Counseling Psychol* 1984, **31** : 95-98

IALONGO NS, HORN WF, PASCOE JM, GREENBERG G, PACKARD T et coll. The effects of a multimodal internvention with attention-deficit hyperactivity disorder children : A 9-month follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 **32** : 182-189

KAFNER FH, KAROLY P, NEWMAN A. Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related bal cues. *J Consult Clin Psychology* 1975, **43** : 251-258

KAHN J, KEHLE T, JENSON W, CLARK E. Comparison of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle school students. *School Psychological Review* 1990, **19** : 196-211

KASLOW NJ, THOMPSON MP. Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *J Clinical Child Psychol* 1998, **27** : 146-155

KAZDIN AE, BASS D, SIEGEL TC, THOMAS C. Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 522-535

KAZDIN AE, ESVELT-DAWSON K, FRENCH NH, UNIS AS. Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987a, **26** : 416-424

KAZDIN AE, ESVELT-DAWSON K, FRENCH NH, UNIS AS. Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *J Consult Clin Psychol* 1987b, **55** : 76-85

KENDALL PC. Treating anxiety disorders in children : results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 100-110

KENDALL PC, SOUTHAM-GEROW MA. Long-term follow-up of a cognitive-behavior therapy for anxiety-disordered youth. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 724-730

KENDALL PC, FLANNERY-SCHROEDER E, PANICHELLI-MINDEL SM, SOUTHAM-GEROW M, HENIN A, WARMAN M. Therapy for youths with anxiety disorders : a second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 366-380

KONDAS O. Reduction of examination anxiety and « stage fright » by group desensitization and relaxation. *Behav Res Ther* 1967, **5 :** 275-281

KURODA J. Elimination of children's fears of animals by the method of experimental desensitization : an application of learning theory to child psychology. *Psychologia* 1969, **12 :** 161-165

LEITENBERG H, CALLAHAN EJ. Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behav Res Ther* 1973, **11** : 19-30

LEWINSOHN PM, CLARKE GN, HOPS H, ANDREWS J. Cognitive-behavioural treatment for depressed adolescents. *Behav Ther* 1990, **21** : 385-401

LEWINSOHN P, CLARKE GN, ROWHDE P, HOPS H, SEELEY J. A course in coping : a cognitive-behavioral approach to treatment of adolescent depression. *In* : Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. HIBBS ED, JENSEN PS eds, American Psychiatric Association, Washington DC 1997 : 109-135

LEWIS S. A comparison of behavior therapy techniques in the reduction of fearful avoidance behavior. *Behav Ther* 1974, **5** : 648-655

LOCHMAN JE, BURCH PR, CURRY JF, LAMPRON LB. Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 915-916

LOCHMAN JE, LAMPRON LB, GEMMER TC, HARRIS SR. Teacher consultation and cognitive-behavioral interventions with aggressive boys. *Psychol Schools* 1989, **26** : 179-188

LONIGAN CJ, ELBERT JC, BENNETT JOHNSON S. Empirically supported psychosocial interventions for children *J Clin Child Psychol* 1998, **27** : 138-145

MANN J, ROSENTHAL TL.Vicarious and direct counter-conditioning of test anxiety through individual and group desensitization. *Behav Res Ther* 1969, **7 :** 359-367

MCNEIL CB, EYBERG S, EISENSTADT TH, NEWCOMB K, FUNDERBURK BW. Parent-child interaction therapy with behavior problem children : Generalization of treatment effects to the school setting. *J Clinical Child Psychol* 1991, **20** : 140-151

MENZIES RG, CLARKE JC. A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia. *Behav Res Ther* 1993, **31 :** 9-15

MILLER LC, BARRETT CL, HAMPE E, NOBLE H. Comparison of reciprocal inhibition, psychotherapy, and waiting list control for phobic children. *J Abnorm Psychol* 1972, **79** : 269-279

MURPHY CM, BOOTZIN RR. Active and passive participation in the contact desensitization of snake fear in children. *Behav Ther* 1973, **4** : 203-211

O'LEARY KD, PELHAM WE, ROSENBAUM A, PRICE G. Behavioral treatment of hyperkinetic children : An experimental evaluation of its usefulness. *Clin Pediatrics* 1976, **15** : 510-515

OBER M, TERWILLINGER RF. Pilot study on the effectiveness of systematic desensitization with neurologically impaired children with phobic disorders. *J Consult Clin Psychol* 1970, **34** : 314-318

OLLENDICK TH, KING NJ. Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders : current status. *J Clinical Child Psychol* 1998, **2** : 156-167

PATTERSON GR, GULLION ME. Living with children : new methods for parents and teachers. Champaign, IL, Research press, 1968

PEED S, ROBERTS M, FOREHAND R. Evaluation of the effectiveness of a standardized parent training program in altering the interaction of mothers and their noncompliant children. *Behav Modification* 1977, **1** : 323-350

PELHAM WE, SCHMEDLER RW, BENDER ME, MILLER J, NILSSON D et coll. The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of hyperactivity : A therapy outcome study. *In* : Attention deficit disorders. BLOOMINGDALE L ed, Pergamon, London 1988, **3** : 29-48

PELHAM WE, WHEELER T, CHRONIS A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *J Clinical Child Psychol* 1998, **27** : 190-205

PISTERMAN S, MCGRATH P, FIRESTONE P, GOODMAN JT, WEBSTER I, MALLORY R. Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers and ADD with hyperactivity. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 628-635

PISTERMAN S, FIRESTONE P, MCGRATH P, GOODMAN JT, WEBSTER I, MALLORY R, GOFFIN B. The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. *Can J Behav Science* 1992a, **24** : 41-58

PISTERMAN S, FIRESTONE P, MCGRATH P, GOODMAN JT, WEBSTER I, MALLORY R, GOFFIN B. The role of parent training in treatment of preschoolers with ADD-H. *Am J Orthopsychiatry* 1992b, **62** : 397-408

REYNOLDS W, COATS KI. A comparison of cognitive-behavior therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1986, **54 :** 653-660

RITTER B. The group desensitization of children's snake phobias using vicarious and contact desensitization procedures. *Behav Res Ther* 1968, **6** : 1-6

SCHLICHTER KJ, HORAN JJ. Effects of stress inoculation on the anger and aggression management skills of institutionalized juvenile delinquents. *Cognit Ther Res* 1981, **5** : 359-365

SHESLOW DV, BONDY AS, NELSON RO. A comparison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children's fear of the dark. *Child Fam Behav Ther* 1983, **4** : 33-45

SPACCARELLI S, CODER S, PENMAN D. Problem-solving skills training as a supplement to behavioral parent training. *Cognitive Therapy and Research* 1992, **16** : 1-18

STARK KD, REYNOLDS WM, KASLOW NJ. A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *J Abnorm Child Psychol* 1987, **15** : 91-113

STARK K, ROUSE L, LIVINGSTON R.Treatment of depression during childhood and adolescence : cognitive-behavioral procedures for the individual and family. *In* : KENDALL P. ed, Child Psychotherapy. Guilford, New York 1991 : 165-206

TREMBLAY RE, PAGANI-KURTZ L, MASSE LC, VITARO F, PHIL R. A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys : its impact through mid-adolescence. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 560-568

ULTEE CA, GRIFFIOEN D, SCHELLEKENS J. The reduction of anxiety in children : a comparison of the effects of « systematic desensitization in vitro » and « systematic desensitization in vivo ». *Behav Res Ther* 1982, **20 :** 61-67

VITARO F, TREMBLAY RE. Impact of a prevention program on aggressive children's friendships and social adjustment. *J Abnorm Child Psychol* 1994, **22** : 457-475

WEBSTER-STRATTON C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 666-678

WEBSTER-STRATTON C. Enhancing the effectiveness of self-administered video-tape parent training for families with conduct-problem children. *J Abnorm Child Psychol* 1990, **18 :** 479-492

WEBSTER-STRATTON C. Advancing videotape parent training : a comparison study. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 583-593

WEBSTER-STRATTON C, KOLPACOFF M, HOLINSWORTH T. Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children comparison with two cost effective treatments and control group. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56 :** 558-566

WEISZ J, THURBER C, SWEENEY L, PROFFITT V, LEGAGNOUX G. Brief treatment of mild to moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 703-707

WEISZ JR, JENSEN AL. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts : Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2001, **10** : 1/12-1/18

WELLS KC, EGAN J. Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder : Comparative treatment outcome. *Compr Psychiatry* 1988, **29** : 138-146

WILTZ NA, PATTERSON GR. An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behav Ther* 1974, **5** :215-221

ZANGWILL WM. An evaluation of a parent training program. *Child Fam Behav Ther* 1983, **5** : 1-6

ANNEXE 3

Travaux français sous l'égide de l'Anaes

Plusieurs travaux réalisés sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) sont accompagnés de propositions (recommandations ou conférences de consensus) concernant les modalités de traitement psychothérapeutiques, qui sont reprises ci-dessous pour leur conclusions principales. Les textes intégraux des recommandations pour la pratique clinique et des conférences de consensus sont disponibles sur le site internet : www.anaes.fr

CONFÉRENCE DE CONSENSUS « STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES À LONG TERME DANS LES PSYCHOSES SCHIZOPHRÉNIQUES »

Cette conférence de consensus réalisée en 1994 devait répondre à plusieurs questions dont la suivante : Quelle est la place des stratégies thérapeutiques non médicamenteuses actuellement appliquées et évaluées et leurs interactions ?

La première recommandation concernant cette question est que l'association de neuroleptiques à une des méthodes psychothérapiques présentées lors de la conférence de consensus est toujours plus efficace que l'usage de l'un ou de l'autre traitement seul. Aucune étude n'a mis en évidence la supériorité d'une méthode psychothérapique sur une autre. Ces méthodes ne sont pas exclusives l'une de l'autre.

Résumé du texte long de la conférence de consensus concernant les différents types de thérapie

Place des psychothérapies individuelles

Le jury recommande que ces psychothérapies soient effectuées par des praticiens ayant une formation particulière, une grande expérience, une disponibilité, une constance, une qualification et un engagement à très long terme.

Concernant la place des psychothérapies d'inspiration psychanalytique, si on peut affirmer que la cure psychanalytique classique n'est pas habituellement utilisée en institution, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique s'avèrent pertinentes lorsqu'elles s'exercent en collaboration avec un psychiatre chimiothérapeute ouvert au travail d'équipe. Malgré les difficultés méthodologiques, il faut souhaiter que les psychanalystes participent à des études d'évaluation comparatives.

Concernant la place des psychothérapies comportementales et cognitives, l'évaluation de ces méthodes est facilitée par leur aspect codifié et formalisé. Des cibles comportementales peuvent être isolées. Les résultats sont ainsi quantifiables. Cependant ces techniques trouvent plus facilement leurs indications dans d'autres pathologies. Leur adéquation à la personnalité des sujets souffrant de schizophrénie soulève de nombreuses interrogations qui font recommander que des études soient engagées sur ce point.

Place des approches familiales

Il est recommandé d'offrir aux patients et à leur famille une information la plus complète et la plus objective possible afin de développer autour de la personne souffrant de schizophrénie un véritable partenariat thérapeutique.

Place des psychothérapies de groupe

L'évaluation de ce type de thérapie se heurte à des obstacles méthodologiques. Compte tenu de leur large diffusion il paraît souhaitable de recommander l'approfondissement des recherches et des études visant à préciser les références, les méthodes et les résultats de ces formes de prise en charge.

CONFÉRENCE DE CONSENSUS SUR LES TROUBLES DÉPRESSIFS CHEZ L'ENFANT

Une conférence de consensus a été organisée en 1995 sur les troubles dépressifs chez l'enfant. L'une des questions portait sur les soins (comment soigner les troubles dépressifs chez l'enfant ?).

Extraits du texte court de la conférence de consensus concernant les différents types de thérapie

Il importe que l'enfant déprimé soit précocement reconnu comme tel, mais il ne saurait pour autant tirer profit d'un activisme thérapeutique inconsidéré. En pratique, le rôle des médecins généralistes et des pédiatres est important aussi bien au plan diagnostique que thérapeutique et en particulier pour les enfants traversant un moment dépressif. A l'inverse, tout affect dépressif durable, résistant à cette première approche, justifie le recours au pédopsychiatre. Le traitement peut être psychothérapique individuel ou familial, voire de groupe et/ou chimiothérapique.

- Les indications de **psychothérapie d'inspiration psychanalytique** concernent préférentiellement les dépressions survenant dans un contexte névrotique. Les cures se déroulent à raison d'une ou deux séances par semaine pendant une durée rarement inférieure à deux ans.

De même la plupart des dépressions réactionnelles sont accessibles à un abord psychothérapique de courte durée prenant la forme de consultations. Par contre les indications sont plus délicates à poser pour les enfants déprimés souffrant de troubles plus graves de la personnalité. La formation et l'expérience du psychothérapeute sont là déterminantes. Le psychodrame et les psychothérapies de groupe trouvent leurs indications dans les dépressions de l'enfant quand une relation duelle ne peut s'établir.

- Une **thérapie familiale** formalisée est indiquée quand les parents, plus éprouvés que l'enfant lui-même, se montrent inaptes à réagir de manière adéquate à ses difficultés. Son objectif est d'aider la famille à retrouver les qualités auto-curatrices qui sont naturellement les siennes.

- Les **thérapies comportementales et cognitives** sont quant à elles centrées sur des objectifs précis, et planifiées dans une perspective de changement. Elles sont très peu développées chez les enfants de moins de 12 ans.

- L'usage du **traitement chimiothérapique** est très limité chez l'enfant et la prescription doit suivre des règles précises.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT « DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE DU TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ DE L'ADULTE »

Les recommandations sont classées en grade A, B ou C. En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel au sein du groupe de travail et du groupe de lecture. Dans la question

« quels sont les moyens de la prise en charge ? » le groupe de travail a pris en considération les psychothérapies décrites dans le tableau ci-dessous.

Extraits du texte des recommandations concernant les différents types de thérapie (2001)

Thérapies cognitivo-comportementales

Parmi les psychothérapies structurées, les thérapies cognitivo-comportementales ont été les plus étudiées dans le trouble anxieux généralisé (TAG). Les thérapies cognitivo-comportementales produisent un effet significatif avec maintien du gain thérapeutique 6 mois après la thérapie (grade A). Cet effet est plus fréquent en thérapie individuelle versus la thérapie de groupe (grade A). Compte tenu de la difficulté d'accès aux thérapies cognitivo-comportementales, un livret de type « stresspac » (grade C) ou une cassette audio contenant le programme de thérapie peut être proposé comme alternative.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont aussi efficaces que les traitements médicamenteux (grade A) et représentent une alternative aux traitements médicamenteux, en particulier aux benzodiazépines (majoritairement évaluées dans ce cadre) dont elles pourraient faciliter le sevrage (grade B). Sous thérapie cognitivo-comportementale, une réduction significative de la consommation de psychotrope est observée.

Thérapie analytique

En dépit de la quasi-absence d'étude comparative de la psychothérapie analytique dans le TAG, l'expérience clinique suggère que certains patients ayant une anxiété handicapante peuvent être significativement améliorés par la psychothérapie analytique en particulier lorsqu'il existe des troubles de la personnalité.

Thérapie non directive de Rogers

Cette technique s'est avérée moins efficace que les thérapies cognitivo-comportementales (grade B).

Techniques alternatives

L'acupuncture et surtout sa combinaison à la thérapie comportementale se sont avérées efficaces (grade C).

CONFÉRENCE DE CONSENSUS « MODALITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT DU SUJET ALCOOLODÉPENDANT APRÈS SEVRAGE »

Dans cette conférence de consensus (2001), le jury a formulé des recommandations concernant les psychothérapies.

Extraits du texte long de la conférence de consensus concernant les différents types de thérapie

Psychothérapies d'inspiration analytique

S'il existe un accord professionnel pour considérer que les psychothérapies d'inspiration psychodynamique (PIP) sont un outil thérapeutique, le jury considère qu'elles doivent soumettre leurs résultats à une évaluation semblable aux autres techniques pour être recommandées.

Thérapies cognitives et comportementales

Ces techniques doivent être utilisées par un personnel formé spécifiquement pour l'alcoolodépendance. Il serait utile de favoriser la mise en place de formations aux thérapies comportementales et cognitives afin d'améliorer l'accessibilité de ces thérapies qui ont fait l'objet d'évaluations positives.

Groupe de parole

Bien qu'existe un accord professionnel favorable aux groupes de parole, le jury ne dispose d'aucun élément d'évaluation pour encourager ou décourager ce type d'intervention.

Mouvements d'entraide

La rencontre avec un mouvement d'entraide doit être proposée aux patients alcoolodépendants. Les membres des associations qui interviennent dans les établissements de soins, d'enseignement, d'hébergement doivent recevoir une formation en alcoologie. Leurs sensibilités religieuses, laiques, humanitaires, sociales, idéologiques, si elles existent, doivent être facilement identifiables par les patients et les professionnels. L'intégration des mouvements d'entraide dans le tissu socio-sanitaire de proximité, leur ouverture aux professionnels doivent contribuer à prévenir toute dérive sectaire.

Thérapie conjugale et familiale

Une prise en charge psychothérapique de groupe, conjugale ou familiale a démontré son efficacité.

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF ISOLÉ : RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Ces recommandations sont limitées à la prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, en dehors de pathologies organiques ou psychiatriques, notamment maniaques, antérieures ou coexistantes, ou survenant à des âges ou dans des situations spécifiques (dépression de l'enfance, de l'adolescence, du post-partum, de la ménopause, dépressions saisonnières…). Les moyens thérapeutiques évoqués sont les anti-dépresseurs, et les psychothérapies (2002).

Extraits des recommandations concernant les stratégies thérapeutiques en ambulatoire

En première intention :

Dans l'épisode dépressif léger à modéré, les antidépresseurs et les psychothérapies sont efficaces (grade A pour les antidépresseurs, grade B pour les psychothérapies cognitivo-comportementales, grade C pour les autres psychothérapies, accord professionnel pour la psychanalyse). L'association antidépresseurs-psychothérapie n'a pas fait la preuve d'une plus grande efficacité que la psychothérapie seule dans ces formes légères à modérées (grade C).

En cas d'épisode dépressif léger, une psychothérapie est proposée en première intention, en fonction de l'accessibilité de ce type de traitement et des préférences du patient (accord professionnel), sinon, les antidépresseurs peuvent être proposés.

En cas d'épisode dépressif modéré, les antidépresseurs sont proposés en première intention (accord professionnel), l'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée en cas de difficultés psychosociales ayant un retentissement marqué sur la vie du patient (accord professionnel). Dans l'épisode dépressif sévère, les antidépresseurs sont indispensables (grade A). L'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée (grade C). Les antidépresseurs peuvent être associés aux neuroleptiques dans les formes psychotiques (accord professionnel).

BIBLIOGRAPHIE

ANAES. Conférence de consensus « Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques » 1994

ANAES. Conférence de consensus « Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir. Devenir » 1995

ANAES. Conférence de consensus « Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique » 2001

ANAES. Conférence de consensus « Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage » 2001

ANAES. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire d'un épisode dépressif isolé. Recommandations pour la pratique clinique, 2002

Les textes intégraux des recommandations pour la pratique clinique et des conférences de consensus sont disponible sur le site internet : www.anaes.fr

Imprimé par JOUVE, 11, boulevard de Sébastopol, 75001 PARIS
N° 342827U — Dépôt légal : Février 2004