

III

Approche cognitivo-comportementale

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)¹ 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 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.

¹ site internet : <http://www.eabct.com>

Chacune de ces deux associations propose un annuaire des thérapeutes² 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 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 |
|-----------|---------------------------------------|

² 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/>

| | |
|-------------------------------------|--|
| Développement des compétences | compétent |
| Supervision | 200 heures 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 organismes 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 aussi la dépression les facteurs environnementaux sont aussi importants que le 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 6.1 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.

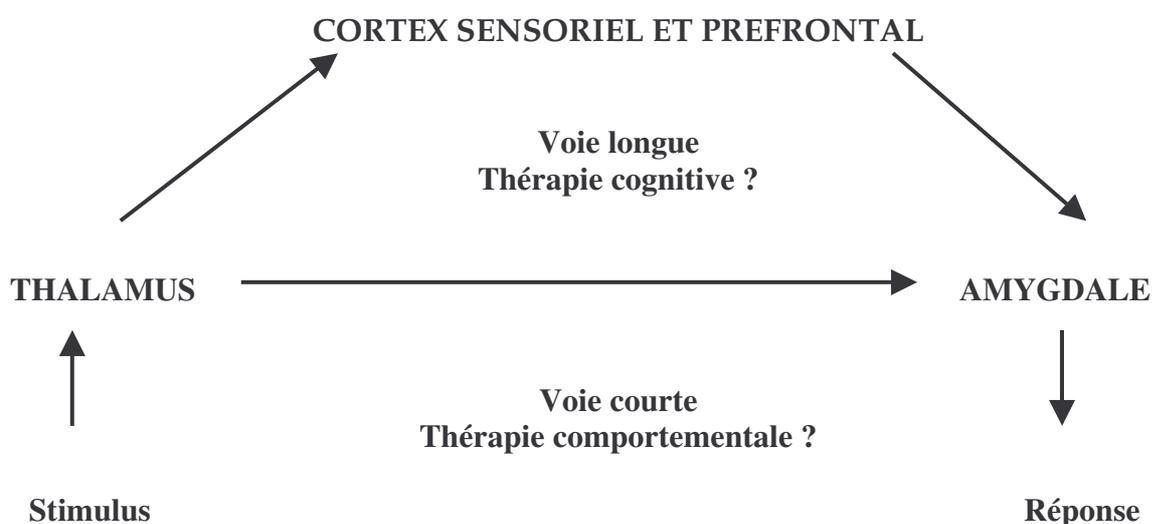


Figure 7.1 : Voies du traitement de l'information émotionnelle (d'après Le Doux, 1998)

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 habitude

L'habitude 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'habitude 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'habitude 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'habitude : la sensibilisation. En général il faut 45 minutes d'exposition pour aboutir au phénomène d'habitude. 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 psychothérapeutique 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 psychothérapeutique 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.

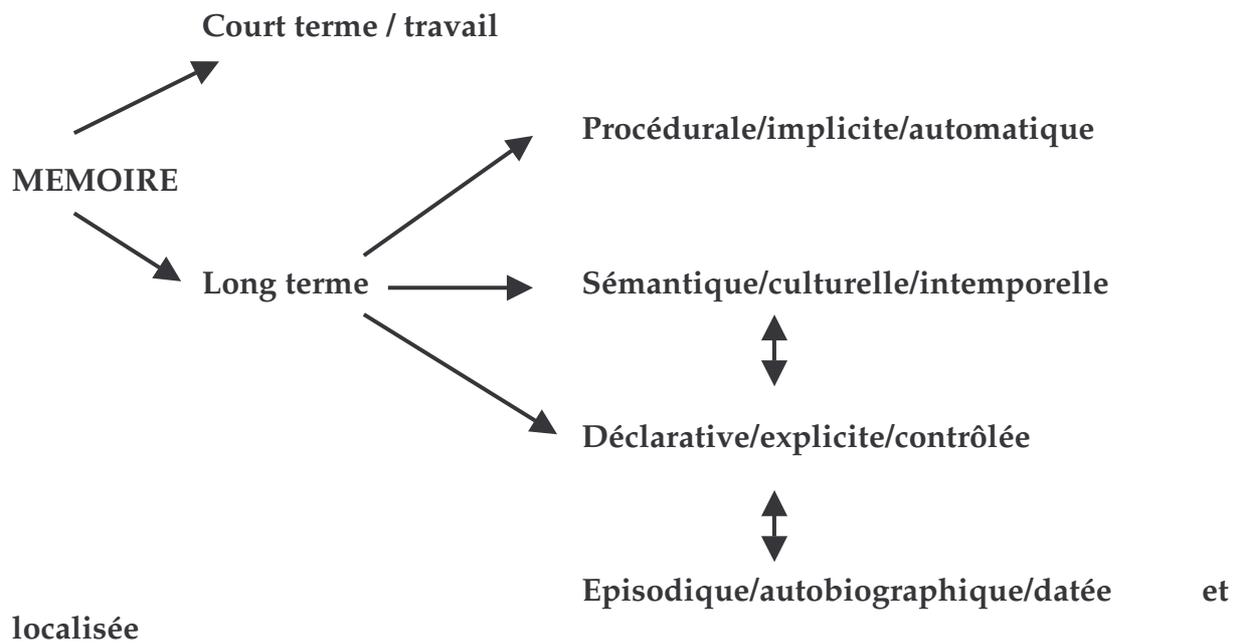


Figure 7.2 : Relations entre les différents types de mémoire

Le modèle cognitif des troubles psychopathologiques peut se résumer en une douzaine de propositions (tableau 7.III).

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 séances 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 <i>in vivo</i> | Phobies, problèmes sexuels, stress post-traumatique |
| | Exposition avec prévention de la réponse rituelle de neutralisation | 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 », et pourrait se définir ainsi : « deux scientifiques travaillant en commun sur un problème à résoudre ».

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. Touchstone, 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

Évaluation de l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales

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).

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*

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.

Tableau 8.II : Méta-analyses concernant le trouble panique et l'agoraphobie

| Référence 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 <i>failsafe</i> * 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 <i>failsafe</i> = 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

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.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 <i>failsafe</i> 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 (\pm SD) à la fin du traitement : $1,36 \pm 1,10$, et au suivi : $1,41 \pm 0,82$ Antidépresseurs + exposition > TCC Attaques de panique : d moyen (\pm SD) à la fin du traitement : $1,11 \pm 0,70$, et au suivi : $1,28 \pm 0,61$ 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 (<i>Last observation carried forward : endpoint analysis</i>) : 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. Cette étude méta-analytique incluait 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.

Tableau 8.VI : Méta-analyse pour le trouble anxieux généralisé

| Référence | Description | Résultats |
|--------------------------------|-------------|-----------|
| Appréciation méthodologique | | |

| | | |
|--|--|--|
| Gould et coll., 1997b note : 5/7 | 35 études ; 4 002 patients d de Glass pas de <i>failsafe</i> | 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 |
|--|--|--|

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 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.

Tableau 8.VII : Méta-analyses pour le stress post-traumatique

| Références Appréciation méthodologique | Description | Résultats |
|--|--|---|
| Van Etten et Taylor (1998) note : 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 ; <i>failsafe</i> : taille d'effet triviale = 0,05 14 % de perdus de vue pour la psychothérapie <i>versus</i> 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

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 <i>failsafe</i> | 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, <i>failsafe</i> | 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.

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 <i>failsafe</i> | Traitement pharmacologique : 11 comparaisons ; taille d'effet : 0,62 <i>versus</i> placebo TCC : 16 comparaisons ; taille d'effet : 0,74 <i>versus</i> 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

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).

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 traité 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 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.

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 <i>in vivo</i> | 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

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 récurrences 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.

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 | Effet sur accès dépressif, prévention des rechutes Taille d'effet (d+) TC <i>versus</i> liste d'attente ou placebo : -0,82 TC <i>versus</i> antidépresseurs : -0,38 TC <i>versus</i> T comp. : -0,05 TC <i>versus</i> autres psychothérapies : - |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| | (13 études), avec autres thérapies (22 études) | 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

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* (tableau 8.XI). 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 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 (tableau 8.XI).

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.

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*.

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) |

C : contrôle ; T cog. : thérapie cognitive ; T comp. : thérapie comportementale

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 récurrences, 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. 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 %.

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 récurrences 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 récurrences 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.

Tableau 8.XIV : Études concernant la prévention des récurrences dans les troubles de l'humeur

| Pathologie | 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 récurrences 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 récurrences 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 récurrences maniaques |

AD : antidépresseurs ; T cog. : thérapie cognitive ; méd. : médicaments

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, « monitoring » 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 complaints* : 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. 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 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 pertes 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.

Tableau 8.XIV : Méta-analyses et études contrôlées pour les troubles de la personnalité

| Pathologie | Références Appréciation méthodologique | Description | Résultats |
|-----------------------------|--|--|---|
| Troubles de la personnalité | Leichsenring et Leibing, 2003 <i>Méta-analyse</i> note : 3,5/7 | TCC <i>versus</i> contrôle | TCC > contrôle |
| Personnalité antisociale | Woody et coll., 1985 Luborsky et coll., 1985 <i>Études contrôlées</i> 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 <i>Études contrôlées</i> 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 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10 | TCD <i>versus</i> TH n = 44, femmes suivi un an | TCD > TH |
| | Linehan et coll., 1994 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10 | TCD <i>versus</i> TH n = 26, femmes suivi un an | TCD > TH |
| | Linehan et coll., 1999 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10 | TCD <i>versus</i> TH, n = 28, femmes toxicomanes suivi 16 mois | TCD > TH |
| | Linehan et coll., 2002 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10 | TCD <i>versus</i> TC simplifiée n = 23, femmes toxicomanes suivi 16 mois | TCD > TC simplifiée |
| | Koons et coll., 2001 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10 | TCD <i>versus</i> TH, n = 20, femmes suivi 6 mois | TCD > TH |
| | | | TCD > TH |

Verheul et coll., TCD *versus* TH
2003
n=58, femmes
Etude contrôlée
suivi un an
Note : 9/10

TH : traitement habituel ; TCD : thérapie comportementale dialectique

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.XV) et compare des interventions brèves avec des traitements complexes dans des populations de patients qui viennent pour traitement (n = 20 ; tableau 8.XVI). 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 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).

Tableau 8.XV : 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.XVI : 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

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 (Lieberman, 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* (Lieberman, 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 (Lieberman, 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. Existente 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 $Q_t(22) = 13,49$ $p > 0,90$: 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 apparaîtrait 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 aboutissait aux chiffres présentés dans le tableau 8.XVII.

Tableau 8.XVII : 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.XVIII) cherchait à définir l'influence des méthodes psychosociales d'intervention sur l'émotion et les comportements des patients schizophrènes 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 systématiquement 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.

Tableau 8.XVIII : Méta-analyses concernant la schizophrénie

| Pathologie | 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 4 sous-populations | Développement des compétences sociales TCC > C : 1,46 (associée aux neuroleptiques) |
| | Wunderlich et | 31 études | Émotions et |

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| | coll., 1996 note : 6/7 | Méthodes psychosociales <i>versus</i> traitement habituel Effet sur émotions et comportements | 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

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 intra-hospitaliers, il existe très peu d'études contrôlées évaluant l'efficacité de la TCC dans cette indication.

Cinq essais contrôlés randomisés (tableau 8.XIX) et une revue de la littérature sur l'efficacité des TCC dans l'anorexie mentale ont été retrouvés dans la littérature.

Tableau 8.XIX : 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 | 33 patientes avec AN (DSM-IV) assignées de façon randomisée à 1 an de TCC ou de conseil nutritionnel en ambulatoire | Le groupe recevant le conseil nutritionnel a un taux de rechute plus élevé (53 % <i>versus</i> 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 % <i>versus</i> 7 %). Le taux global d'échec du traitement est significativement plus faible pour la TCC que pour le conseil nutritionnel (22 % <i>versus</i> 73 %). |

T comp. : thérapie comportementale ; AN : anorexie mentale ; CAT : thérapie cognitivo-analytique ; BN : boulimie ; YBC-EDS : *Yale Brown Cornell eating disorder scale*

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.

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.

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 psychothérapeutiques 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 à 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.XX), 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.XX : 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 <i>versus</i> 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 <i>versus</i> placebo (870 sujets) et 26 études contrôlées de TCC ou thérapie comportementale (460 sujets) Réponse au traitement : | À court terme, TCC supérieure à traitement médicamenteux pour chacune des variables examinées Association des deux traitements significativement plus efficace |

| | | |
|---|--|--|
| | fréquence des crises de boulimie, fréquence des vomissements, dépression (auto- et hétéro- évaluation), attitudes alimentaires (auto-évaluation) | |
| Ghaderi et Anderson, 1999 note : 6,5/7 | 7 études contrôlées randomisées Fréquence des crises et des vomissements : comparaisons intragroupe (pré- <i>versus</i> post- traitement) et intergroupe (TCC <i>versus</i> 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 Formes auto-administrées de TCC 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- et post-traitement, ou en comparant la TCC à la condition contrôle, et les tailles d'effet rapportées vont de 0,23 à 0,74. 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) *versus* TCC ou thérapie comportementale (26 études) chez des sujets boulimiques (Whittal et coll., 1999). 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 sorties d'essais sont plus nombreuses dans les études médicamenteuses (25,4 %) que dans celle 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 recommandent 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 seul un petit nombre 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.XXI pour les plus récents). On peut colliger leurs résultats de la manière suivante.

Tableau 8. XXI : Études contrôlées randomisées récentes pour la boulimie

| Références | Description | Résultats |
|-----------------------|---|---|
| Halmi et coll., 2002 | 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 | Évaluation de l'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 | 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) 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*

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 ; 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 peu encourageants. 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. Wilson et coll. (2002) recherchent les médiateurs de changement dans l'étude de Agras et coll. (2000a) comparant TCC et PI : la réduction des crises et des vomissements en fin de traitement est associée à une diminution de la restriction alimentaire dès la quatrième semaine de traitement. 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.XXII). 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 suggère 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 (tableau 8.XXII) et la psychothérapie interpersonnelle. Les auteurs soulignent la nécessité de développer des essais contrôlés spécifiques.

Tableau 8.XXII : 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 (<i>self-help</i>) 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.XXIII) 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 programmes 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.

Tableau 8. XXIII : Études contrôlées randomisées pour l'hyperphagie boulimique (binge eating disorder – BED –)

| Références | Description | Résultats |
|--------------------------|---|--|
| Carter et Fairburn, 1998 | 2 méthodes d'administration d'un programme de <i>self-help</i> de TCC 72 patientes avec BED (DSM-IV) Assignation randomisée pour 12 semaines : programme de <i>self-help</i> pur (PSH), programme de <i>self-help</i> 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 | 3 modèles de TCC de groupe et liste d'attente 61 femmes avec BED (DSM-IV) Assignation randomisée : groupe de <i>self-help</i> guidé par un thérapeute (TL), groupe de <i>self-help</i> partiellement structuré (PSH), groupe de <i>self-help</i> 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, BMI | 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 <i>self-help</i> |
| Peterson et coll., 2000 | Identification des prédicteurs de réponse thérapeutique à court terme | La fréquence initiale et auto-rapportée de crises boulimiques objectivement importantes prédit |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| | 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 | 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 | 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) 168 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 |
| Pendleton et coll., 2002 | 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 | Comparaison des effets de la TCC de groupe et de la PI de | Taux de rémission des crises équivalents pour TCC et PI en fin |

| | | |
|-----------------|---|---|
| note : 10/10 | groupe sur les symptômes du BED 162 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 | 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*

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.

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.XXIV.

Tableau 8.XXIV : Principes thérapeutiques et exemples d'intervention dans les thérapies cognitivo- comportementales de l'adolescent déprimé (traduit de Kendall, 1993)

| Principes | Exemples |
|-----------|----------|
|-----------|----------|

| | |
|---|--|
| <i>Apprentissage social à partir de l'observation de modèles (modeling)</i> | Utilisation de modèles ayant des conduites adaptatives, avec des auto-verbalisations (self-talk) suggérées par le thérapeute |
| Construire une structure cognitive adaptative (<i>coping template</i>) | Changer les auto verbalisations (<i>self-talk</i>) du sujet, et méthode de résolution de problème (<i>problem solving</i>) |
| 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 <i>in vivo</i> Essai de comportements nouveaux |
| Éducation émotionnelle | Apprendre à reconnaître ses sentiments et ceux des autres Apprendre à utiliser des stratégies de <i>coping</i> dans les situations affectivement chargées |
| Tâches d'entraînement | Tâches pendant les séances (ex. : livres d'exercices) Travail à la maison (entre les séances) |

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).

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 pour chaque mesure clinique d'efficacité (plusieurs mesures possibles dans la même 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 (tableau 8.XXV), 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 améliorerait 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.

Tableau 8.XXV : Méta-analyses concernant la dépression chez l'enfant et l'adolescent

| Références Appréciation méthodologi- que | 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 <i>versus</i> liste d'attente ou « attention placebo » (relaxation, art thérapie) Calcul d'un <i>pooled odds ratio</i> de rémission après traitement | Fréquence de rémission plus élevée dans le groupe traité (62 %) que dans le groupe de comparaison (36 %) <i>pooled odds ratio</i> de 3,2 (IC 95 % [1,9-5,2]) : bénéfique 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 | 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 |

d'entretien diagnostique
structuré, pas d'évaluation des
processus de changement
Formule de Cohen (1977), avec
correction de Hedges (1982)

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 self-statements*) 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 (*exposure-based contingency management*), 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 six 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 trois 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.XXVI.

Tableau 8.XXVI : Études pour le trouble obsessionnel compulsif chez l'enfant et l'adolescent

| Références | Description | Résultats post-traitement |
|---|--|---|
| Bolton et coll., 1983 et 1995 <i>Étude en ouvert</i> | 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 <i>Étude en ouvert</i> | 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 <i>Étude en ouvert</i> | 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 | 57 patients (7-19 ans) | Amélioration définie par CY- |

| | | |
|---|---|---|
| Rey, 1997 <i>Étude en ouvert</i> | Traitement de 3 semaines EX/PR ± médicaments ou autre traitement Suivi 6 mois | BOCS < 16 Tailles d'effet post-traitement suivi : 2,63/2,69 |
| Franklin et coll., 1998 <i>Étude en ouvert</i> | 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 <i>Essai randomisé</i> | 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 suivi : 1,58 |
| Thienemann et coll., 2001 <i>Étude en ouvert</i> | 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 suivi : 1,00 |
| Waters et coll., 2001 <i>Étude en ouvert</i> | 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 <i>Étude en ouvert</i> | 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 <i>Étude en ouvert</i> | 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 suivi : 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 ont été calculées par Tolin et Franklin (2002).

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 psychothérapeutique ou institutionnel. La thérapie s'étend sur plusieurs mois, avec des séances hebdomadaires, puis des 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 récurrences 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. Cependant, la généralisation de ces données à la pratique clinique est difficile, du fait que la plupart des études utilisent des échantillons de sujets recrutés en population générale plutôt que dans une population de demandeurs de soins.

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 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 disorder ? 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

- Attention-deficit hyperactivity disorder. *In*: Child and adolescent therapy : cognitive-behavioral procedures. KENDALL P ed, Guilford, New York 1991 : 98-128
- 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 quantitative 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 amitriptyline. *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 counterdemand 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 Bupropion 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 la 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, HOOGRUIN KA, BUITELAAR JK, KEIJERS 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 bingeing. *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

- 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, CHERICI 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 research 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, MORRIS 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
- SHELOW 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, ROSENAL 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, HAZELL P, HOOUSE A, VAN HEERINGEN K. 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 : preliminary 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