

**V**

**Données sur les trois  
approches**

---

# 11

## Bilan des études comparatives

Le domaine de la recherche consacrée à la comparaison des différentes formes de psychothérapie a considérablement progressé ces dernières décennies et donné naissance à de nombreuses recommandations pour le traitement dans divers pays (annexes 1, 2, 3). Ces travaux sont fondés sur la constatation que la psychothérapie est un moyen d'aider les personnes en souffrance psychologique ou atteintes d'un trouble mental, et que la responsabilité majeure d'assurer le traitement le plus approprié revient aux cliniciens et aux pouvoirs publics. Si cette perspective est conforme aux codes d'éthique et de déontologie de la psychiatrie et de la psychologie clinique (par exemple : Code de déontologie des psychologues, Syndicat national des psychologues, 1996), il est néanmoins important d'apprécier à quel point ces comparaisons entre les différentes approches constituent un aspect, des plus sensibles, dans l'évaluation des psychothérapies.

Au moins deux points suscitent débat à propos de l'évaluation comparative des psychothérapies. Le premier point concerne le fait que toutes les formes de psychothérapie n'ont pas les mêmes objectifs, aussi, demander à des thérapies différentes de répondre aux mêmes critères pour l'évaluation de leurs effets pourrait aboutir à ignorer les contributions spécifiques de chacune. Le deuxième point sensible concerne les conséquences tangibles qui pourraient être le résultat de ces évaluations comparatives : évaluer qu'une thérapie est supérieure à une autre dans telles conditions pourrait avoir des implications importantes pour la prise en charge des patients ainsi que pour la formation des cliniciens et chercheurs dans ce domaine. Il est, par conséquent, essentiel que cette évaluation soit menée avec la plus grande rigueur scientifique et définisse clairement les contextes et limites des comparaisons effectuées.

Comme dans les précédents chapitres, les études d'évaluation des psychothérapies visant directement les critères de diagnostic, les symptômes ou le fonctionnement des patients, sont analysées dans cette partie. **Parmi les études comparatives soumises à l'analyse, seules, trois références ont été exclues : l'étude contrôlée de Paul (1967), jugée trop ancienne, et deux méta-analyses (Anderson et Lambert 1995 ; Leichsenring, 2001), en raison de leur incapacité à examiner les effets de la thérapie psychodynamique indépendamment de ceux de la thérapie interpersonnelle non-psychodynamique (IPT).**

On abordera les résultats statistiquement significatifs des études exploitables pour l'analyse, qu'ils représentent une partie ou la totalité des comparaisons effectuées par les auteurs. Cependant, il faut noter que cette partie de l'expertise résume les résultats des méta-analyses et des études contrôlées randomisées de plusieurs façons ; une première manière consiste à prendre en considération les études ayant effectué des comparaisons directes entre deux types de thérapie. Il se peut que de telles études mettent en évidence qu'une thérapie « A » est plus efficace qu'une thérapie « B », mais elles n'apportent pas nécessairement les informations requises pour déterminer si la thérapie donnant de moins bons résultats est, en soi, « bénéfique » ou non. Pour cette raison, une manière alternative de procéder consiste à prendre également en considération les études qui ont comparé l'efficacité de différentes psychothérapies par rapport à un groupe contrôle. Ce dernier comprend des patients n'ayant

---

suivi aucun traitement (groupe en liste d'attente) ou qui ont eu un contact régulier avec des professionnels en santé mentale, mais n'ont reçu aucune forme de psychothérapie active. Outre les études ayant recours à un groupe de patients non traités, nous avons également pris en considération dans cette partie les études dans lesquelles le groupe contrôle comprend des patients ayant reçu une forme de psychothérapie « standard » de soutien.

Il est important de clarifier le rôle de ce dernier groupe contrôle (psychothérapie de soutien) comme moyen d'examiner l'efficacité de différentes formes de psychothérapie. En effet, toutes les psychothérapies sont l'occasion d'interactions sociales à travers lesquelles les patients ont la possibilité de partager leurs problèmes avec une autre personne (le clinicien). Ces interactions augmentent naturellement le sentiment d'être compris ou de progresser, de mieux comprendre ses problèmes et aboutissent souvent à un certain soulagement de la souffrance psychologique et émotionnelle. Il devient alors fondamental d'établir le degré des effets précis d'une thérapie donnée, au-delà des bénéfices attendus de contacts positifs et réguliers avec autrui. Ainsi, dans l'objectif de contrôler les effets non spécifiques d'une quelconque psychothérapie, un grand nombre de méta-analyses et d'études contrôlées randomisées utilisent une forme de thérapie de soutien comme groupe de comparaison. Ces thérapies sont connues sous des noms divers (psychothérapie générale, thérapie de soutien, thérapie non directive...) et constituent un standard auquel les effets spécifiques des psychothérapies traitées dans cette expertise (thérapie psychodynamique, psychanalytique, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale,...) peuvent être comparés. Certaines approches humanistes, dont la thérapie rogerienne, ou « centrée sur le client », sont également considérées comme des thérapies de soutien. Elles considèrent l'empathie et le soutien des thérapeutes comme des mécanismes fondamentaux de changement. Cependant, contrairement aux groupes contrôles non traités, les thérapies de soutien doivent être considérées comme des psychothérapies actives. La mise en évidence de différences significatives entre les psychothérapies abordées, y compris en comparaison avec une thérapie de soutien, peut par conséquent être considérée comme un effet spécifique ayant toute sa valeur.

## Analyses globales chez l'adulte

Le tableau 11.I présente plusieurs méta-analyses fondées sur presque 700 études de l'efficacité des psychothérapies effectuées depuis 60 ans. Les patients participant à ces études étaient atteints d'une grande diversité de troubles et de problèmes ; les plus fréquents d'entre eux étaient les troubles anxieux et dépressifs. La majorité des patients étaient des adultes ou de jeunes adultes entre 20 et 40 ans ayant suivi entre 10 et 20 semaines de psychothérapie (à raison d'une heure par semaine, le plus souvent). Les sources de recrutement des patients étaient, pour la plupart, les hôpitaux et les cliniques universitaires avec une minorité d'échantillons identifiés par d'autres moyens (activités cliniques privées ou procédures de dépistages dans diverses populations non cliniques).

**Tableau 11.I: Méta-analyses ayant comparé différentes formes de psychothérapie (tous troubles confondus)**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Smith et Glass, 1977 note : 2/7	375 études de patients névrotique ou psychotique, âgés de 22 ans en moyenne et ayant suivi 17 heures de thérapie psychanalytique,	Les effets les plus grands étaient pour TCC et thérapie rationnelle-émotive ; les effets les plus petits pour Gestalt-thérapie, analyse transactionnelle et thérapies éclectiques. TCC supérieure aux autres

	comportementale ou de soutien Taille d'effet calculée selon d de Glass	approches, différence en taille d'effet = 0,20 ; différence en taille d'effet = 0,07 si sélection des études appliquant les mêmes méthodes pour les thérapies comparées
Andrews et Harvey, 1981 note : 3/7	81 études contrôlées publiées entre 1941 et 1976 ; ré-analyse de Smith et Glass effectuées sur des patients névrotiques en quête de traitement (dépression et troubles anxieux) Taille d'effet calculée selon d de Glass	Re-classification des thérapies par type : TCC (ou « comportementale »), verbale (psychodynamique, et cognitive/gestalt), rogerienne ou thérapie de soutien, placebo, et « autres ». Thérapies rogerienne ou de soutien = les moins efficaces (taille d'effet = 0,35) ; TCC = la plus efficace (taille d'effet = 0,97) ; thérapies verbales entre les deux (taille d'effet = 0,74)
Shapiro et Shapiro, 1982 note : 3/7	143 études (15 % examinées par Smith et Glass). Âge moyen : 25 ans ; 7 heures de traitement. Troubles anxieux, dépression, problèmes d'addiction, problèmes sexuels Taille d'effet calculée selon d de Glass	Différences très significatives entre les approches dans l'analyse générale Effets les plus grands pour les TCCs (taille d'effet = 1,42), effets plus faibles pour les thérapies psychodynamique ou rogerienne (taille d'effet = 0,40). La TCC n'était pas statistiquement supérieure à l'approche psychodynamique ou aux autres thérapies lors des comparaisons individuelles
Crits-Christoph et coll., 1991 note : 2,5/7	15 études (0 % examiné par Smith et Glass). Troubles anxieux, dépression, dépendance aux substances (héroïne) ; TCC ou thérapie psychodynamique Taille d'effet calculée sur pourcentage d'amélioration attribué au thérapeute pour une des thérapies	TCC = effets plus stables et homogènes que approche psychodynamique (corrélations partielles de -0,33 et -0,41), mais effets pas plus significatifs après avoir contrôlé l'utilisation d'un manuel de traitement (utilisation hautement corrélée avec l'approche TCC, p < 0,01)
Svartzberg et Stiles, 1991 note : 6,5/7	19 études (1978 à 1988). Âge moyen : 40 ans ; 15 séances de thérapie ; Anxiété, dépression, somatiques. TCC, psychodynamique ou « alternatives »	Thérapie psychodynamique brève était inférieure à TCC (d = 0,20) fin du traitement (d = 0,47). Supériorité de la TCC maintenue 6 mois post-traitement
Shadish et coll. 1993 note : 5/7	163 études comparant les thérapies familiales et conjugales à des contrôles non traités ou traitements actifs. Problèmes comportementaux, sexuels, dépression, anxiété, substances Taille d'effet calculée selon d de Cohen	Pour les thérapies familiales ou maritales, les effets les plus grands sont observés pour les stratégies comportementales multiples (d = 0,83). Analyses des études appliquant mêmes méthodes pour les thérapies démontrent TCC supérieure aux thérapies éclectiques et « non classifiées » ; thérapies « non classifiées » supérieures aux approches éclectiques. Aucune autre différence significative (entre les approches systémique, rogerienne ou psychodynamique)

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

La majorité des méta-analyses, présentées dans le tableau 11.I, montre que la psychothérapie (toutes formes analysées ensemble) est plus efficace que l'absence de traitement. Le résultat moyen pour les patients traités était meilleur de 70 à 80 % par rapport aux patients non traités. Si la conclusion globale semble justifier que la psychothérapie est généralement bénéfique, on ne peut pas conclure, en se basant sur ces analyses, que toute forme de psychothérapie a un impact égal. Il est vrai que relativement peu de différences sont observées entre les formes de psychothérapie. Une exception importante, cependant, concerne l'efficacité généralement supérieure de la TCC en comparaison avec les autres approches. Ces résultats peuvent être répartis en deux catégories. La première concerne les méta-analyses, pour lesquelles la TCC arrive en première position par rapport à un classement des tailles d'effets (Smith et Glass, 1977 ; Shapiro et Shapiro, 1982), mais sans différences significatives entre les diverses formes de psychothérapie ou sans examen statistique de cette différence. Le deuxième type de données concerne les méta-analyses qui ont effectué des comparaisons directes entre les différentes formes de psychothérapie et qui ont constaté la fréquente supériorité de la TCC et la stabilité de ses effets (Andrew et Harvey, 1981 ; Crits-Christoph et coll., 1991 ; Svartzberg et Stiles, 1991 ; Shadish et coll., 1993). Si les

effets globaux positifs de la TCC apparaissent faibles (Shapiro et Shapiro, 1982), ou forts (Svartzberg et Stiles, 1991), on peut observer que ces résultats positifs semblent augmenter en fonction de la qualité de la méta-analyse. Toutefois, notons que les résultats positifs de la TCC sont atténués après des analyses secondaires sélectionnant seulement une partie des investigations (Smith et Glass, 1977) ou qui ont introduit certaines caractéristiques méthodologiques dans les modèles statistiques pour examiner la stabilité ou l'homogénéité des effets thérapeutiques (Crits-Christoph et coll., 1991). Le fait d'inclure l'utilisation d'un manuel de psychothérapie comme variable contrôle dans les analyses de cette dernière étude peut être considéré comme inapproprié (dans cette méta-analyse, l'utilisation d'un manuel était fortement corrélée avec l'approche TCC ce qui rend ces analyses secondaires impossibles à interpréter).

En dehors des résultats montrant une efficacité généralement supérieure pour les TCC, aucune conclusion supplémentaire de ces méta-analyses ne peut être formulée. Autrement dit, il n'est pas possible d'identifier une deuxième thérapie en termes d'efficacité générale parmi les thérapies de soutien, gestalt, psychodynamique ou psychanalyse. De telles observations rejoignent d'autres revues de la littérature ayant constaté que les différences entre les formes de psychothérapie « montrent typiquement la supériorité des approches cognitives et comportementales en comparaison avec les approches psychodynamique ou rogerienne » (Matt et Navarro, 1997). Ainsi, on peut s'attendre à ce que certaines formes de thérapie jouent un rôle plus important que d'autres pour expliquer « l'effet positif » global de la psychothérapie lorsque toutes les formes sont considérées ensemble dans l'analyse.

Enfin, une critique soulevée souvent par rapport aux études empiriques présentées dans le tableau 11.I concerne les généralisations des résultats au niveau clinique et conduit à se demander si les échantillons utilisés dans ces études correspondent aux patients réellement rencontrés dans les centres cliniques. Cette critique semble recevable pour certaines études spécifiques qui ont recours aux échantillons « analogues » (tels que les étudiants des universités légèrement déprimés ou anxieux) ou à des échantillons ayant été soigneusement sélectionnés pour exclure certains troubles comorbides fréquemment observés dans les centres cliniques ou les hôpitaux. Cependant, une récente investigation sur cette question a démontré que les études incluses dans les méta-analyses sont caractérisées par de fortes similitudes avec les patients normalement reçus dans les cliniques et hôpitaux (Shadish et coll., 2000). Par conséquent, ces informations attestent de la représentativité des patients inclus dans la plupart des méta-analyses et donc d'une possible généralisation des résultats présentés.

## **Analyse par trouble spécifique chez l'adulte**

Il peut s'avérer très utile de savoir si la psychothérapie est efficace en général ou si une approche donnée est globalement plus efficace qu'une autre afin que des investissements appropriés puissent être effectués (financement de recherches, évaluation des besoins pour la formation des psychothérapeutes...). Toutefois, il est évident que les patients ne consultent pas en général pour « tout problème » dans leur vie, mais souvent pour des problèmes plus ou moins définis (dépression, états de panique répétés, problèmes conjugaux...). Afin de faciliter une bonne prise en charge de ces personnes et d'élaborer potentiellement des recommandations de soins, il est essentiel d'évaluer l'efficacité des psychothérapies selon les formes spécifiques des troubles mentaux.

## **Comparaison des psychothérapies pour les troubles anxieux**

---

Les troubles anxieux comprennent divers syndromes tels que le trouble de l'anxiété généralisée, le trouble panique, l'agoraphobie, le trouble obsessionnel compulsif, l'état de stress post-traumatique, la phobie sociale et les phobies spécifiques. Le tableau 11.II présente une synthèse des études comparatives des psychothérapies pour ces troubles, dont deux ayant mis en concurrence les psychothérapies pour divers troubles anxieux confondus. La première, une méta-analyse (Andrews et Harvey, 1981), représente une ré-analyse de l'étude de Smith et Glass (1977) incluant 81 études contrôlées, constituant la méta-analyse la plus importante sur le sujet. Ces études portaient sur des groupes représentatifs des deux sexes et la plupart (94 %) étaient fondées sur l'affectation randomisée des patients dans les différents groupes de traitement. Les sujets souffrant de troubles psychotiques, d'abus de substances et d'autres troubles présents dans la méta-analyse de Smith et Glass (1977), ont été exclus. Ces analyses portent donc, dans une large majorité, sur de jeunes adultes (30 ans en moyenne) atteints de troubles anxieux (88 %), mais aussi de troubles (somatiques) liés à l'anxiété ou de syndromes mixtes, anxio-dépressifs. En sélectionnant les patients de cette manière, cette méta-analyse a montré que l'approche TCC et les thérapies « verbales » (confondant les approches psychodynamiques et cognitives/gestalt) sont toutes les deux plus efficaces que la thérapie de soutien ou qu'un traitement inactif pour ces formes de troubles mentaux. En outre, l'approche TCC était aussi significativement supérieure aux thérapies verbales. On doit noter que la catégorie TCC dans cette méta-analyse ne comprend que des investigations comportementales ou cognitivo-comportementales alors que les thérapies dites « verbales » combinent des formes très différentes en une seule catégorie. Il est, par conséquent, utile d'examiner les tailles d'effets pour les thérapies spécifiques dans les catégories « verbales ». Ces tailles d'effet sont de 1,20 pour les approches cognitives et gestalt et de 0,72 pour la thérapie psychodynamique.

Les résultats obtenus par rapport aux types de patients traités dans les 81 études analysées par ces auteurs sont également intéressants Andrews et Harvey (1981) ont observé, en analysant les tailles d'effets pour des populations différentes de patients, que toutes les formes de psychothérapie examinées deviennent significativement plus efficaces pour les échantillons de patients ayant pathologies plus sévères. Par exemple, les tailles d'effets moyennes pour les études réalisées chez les étudiants d'université étaient de 0,67, tandis que les tailles d'effets moyennes pour les patients hospitalisés étaient de 1,00. Ces résultats soulignent l'importance de ces thérapies pour les populations plus gravement atteintes et confortent les observations signalées plus haut sur la représentativité clinique.

La deuxième investigation, l'étude contrôlée randomisée de Svartberg et coll. (1998), a examiné un échantillon de patients atteints de plusieurs troubles anxieux (et certains de dépression) traités par une psychothérapie psychodynamique ou de soutien. Les patients ont suivi des séances, une fois par semaine, pendant 20 semaines et ont été évalués à mi-thérapie (10 semaines), à la fin du traitement et puis à 6, 12 et 24 mois de suivi. Si l'état des patients s'est amélioré au fil du temps pour les deux approches, aucune différence significative d'efficacité n'a été observée entre les thérapies psychodynamiques ou de soutien. Cependant, les conclusions doivent être formulées avec prudence, car la qualité méthodologique de cette étude était la plus faible parmi les études examinées.

**Tableau 11.II : Études comparant différentes formes de psychothérapie pour les troubles anxieux (tous confondus)**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Andrews et Harvey, 1981 Méta-analyse note : 3/7	Ré-analyse de Smith et Glass patients « névrotiques » consultants (dépression et troubles anxieux)	Re-classification des thérapies par type : TCC (ou « comportementale »), verbale (psychodynamique, et cognitive/gestalt), rogerienne ou thérapie de soutien, placebo, et « autres »

	81 essais contrôlés publiés entre 1941 et 1976, 88 % troubles anxieux « purs », 12 % syndromes anxio-dépressifs (aucune dépression « pure ») Taille d'effet calculée selon d de Glass	Thérapies rogeriennes ou de soutien = les moins efficaces (taille d'effet = 0,35), TCC = la plus efficace (taille d'effet = 0,97), thérapies verbales entre les deux (taille d'effet = 0,74). Différence entre ces approches statistiquement significative
Svartberg et coll., 1998 Etude contrôlée randomisée note : 5,5/10	Thérapie brève psychanalytique, thérapie de soutien ; 20 patients adultes, principalement troubles anxieux (DSM-III) Le SCL-90 était utilisé comme variable dépendante fin-traitement, puis à 6, 12, et 24 mois de suivi	L'index de sévérité globale du SCL-90 s'est amélioré avec le traitement, mais aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux types de thérapies.

Si les similarités existant entre les différentes formes de troubles anxieux peuvent justifier un examen global comme si elles ne constituaient qu'une seule catégorie de troubles mentaux, on peut néanmoins supposer que certains syndromes anxieux peuvent réagir différemment aux approches thérapeutiques spécifiques. Pour cette raison, l'efficacité doit être examinée pour chaque forme de psychothérapie et par syndrome spécifique. En ce qui concerne le trouble de l'anxiété généralisée (TAG), huit études sont présentées dans le tableau 11.III. La première, une méta-analyse par Fisher et Durham (1999) a inclus 6 études contrôlées publiées entre 1987 et 1998 ; chacune de ces études a comparé au moins deux formes de psychothérapie parmi lesquelles l'approche psychodynamique, la TCC ou la thérapie de soutien. L'avantage de cette méta-analyse est qu'elle comprend des études ayant utilisé la même mesure d'anxiété comme variable dépendante (le *State-trait anxiety inventory* ou STAI) et que les données originales ont été obtenues de chaque investigateur. Cette méta-analyse a montré que la TCC est l'approche la plus efficace et que la thérapie psychodynamique est celle apportant les moins bons résultats relativement aux taux d'amélioration cliniquement significatifs, que ce soit à la fin du traitement ou au bout de 6 mois (aucune étude sur les thérapies familiales n'a été examinée dans cette méta-analyse).

Par rapport aux études randomisées pour ce même trouble, quatre d'entre elles (Blowers et coll., 1987 ; Borkovec et coll., 1987 et 1993 ; Stanley et coll., 1996) ont comparé la TCC directement à une thérapie de soutien. Les patients, dans ces études, ont suivi entre 8 et 14 séances de psychothérapie et ont été évalués par diverses mesures d'anxiété. Outre les évaluations effectuées à la fin du traitement pour chaque étude, trois de ces investigations ont examiné la symptomatologie anxieuse 6 mois après la fin du traitement (Blowers et coll., 1987, Borkovec et coll., 1993, Stanley et coll., 1996) et une étude a également effectué un bilan une année plus tard (Borkovec et coll., 1993). En ce qui concerne les résultats globaux, trois des quatre investigations ont constaté une supériorité de la TCC et une (la seule à avoir administré les thérapies en groupe) a observé une efficacité égale entre la TCC et la thérapie de soutien. Parmi les autres résultats intéressants, l'étude caractérisée par la période de suivi la plus longue (1 année après la fin du traitement) a montré un effet plus fort pour la TCC au suivi que celui observé immédiatement après la fin de la thérapie. Ce genre de résultat est souvent interprété comme un « effet d'incubation » et a été observé déjà pour d'autres formes de psychothérapie, notamment l'approche psychodynamique. L'observation de cet effet, pour la TCC, montre que l'amélioration progressive après le traitement est un phénomène qui caractérise probablement plusieurs (et peut-être la majorité) des formes de psychothérapie.

Par ailleurs, trois études (White et coll., 1992 ; Durham et coll., 1994 et 1999) ont comparé la thérapie psychodynamique à la TCC directement dans le traitement des patients atteints du TAG. L'étude de White et coll (1992) avait l'échantillon le plus important (119 patients) et était caractérisée par le plus grand nombre de comparaisons entre les traitements (thérapie

cognitive, comportementale, leur combinaison, thérapie psychodynamique, patients non traités). Dans cette étude, les thérapies TCC, quel qu'en soit le type, étaient associées à une meilleure amélioration que le groupe psychodynamique. Les deux études de Durham et coll. (1994 et 1999), représentent, en effet, le même programme de recherche prospectif et, par conséquent, possèdent la même méthodologie et un échantillon de 80 patients. Les évaluations des personnes dans ces études étaient effectuées à la fin du traitement ainsi qu'à 6 mois et 1 an de suivi. Parallèlement aux observations de White et coll. (1992), Durham et coll. mettent en évidence une efficacité supérieure de la TCC en comparaison avec la thérapie psychodynamique. Ces résultats ont été observés à la fin du traitement ainsi que pour chaque période de suivi.

Etant donné que les études longitudinales comparant la thérapie psychodynamique et la TCC pour une période d'au moins une année sont relativement rares, les résultats des études comme celles de Durham et coll. méritent une attention particulière. La comparaison entre thérapie psychodynamique et la TCC dans une étude longitudinale permet d'analyser la durée des effets des deux thérapies, sujet qui a souvent fait l'objet de débats entre les praticiens de ces deux orientations. L'hypothèse avancée par certains cliniciens est que la TCC, dont l'efficacité est démontrée dans le traitement de certains troubles, pourrait ne soigner que des symptômes spécifiques (au lieu d'aborder des conflits inconscients plus fondamentaux) et obtiendrait, par conséquent, des bénéfices moins durables que ceux dus à la thérapie psychodynamique. De plus, cette perspective considère que la résolution des symptômes spécifiques après des traitements tels que la TCC pourrait augmenter le risque de voir d'autres symptômes nouveaux apparaître à la place des anciens (un phénomène dit de « substitution des symptômes »). Ainsi, la durée des effets et l'éventuel déplacement des symptômes sont des points majeurs à prendre en considération dans les analyses scientifiques comparatives des études.

Des études sur les troubles anxieux comme celle de Durham et coll (1994 et 1999), comparant à la fois la thérapie psychodynamique et la TCC dans la même étude longitudinale d'au moins un an, ne montrent pas que les effets de la TCC sont plus limités dans le temps que ceux des approches psychodynamiques. Cette conclusion semble également vraie pour d'autres études ayant comparé la thérapie psychodynamique et la TCC dans le traitement de la dépression, de la schizophrénie ou des troubles du comportement alimentaire (Gallagher et Thompson, 1982 et 1983 ; Eckman et coll., 1992 ; Garner et coll., 1993 ; Treasure et coll., 1995 ; Cooper et coll., 1997 ; Hardy et coll., 1998 ; Barkham et coll., 1999). De plus, les outils et mesures utilisés par Durham et coll. (1994 et 1999) ne sont pas limités aux syndromes spécifiques, mais incluent plusieurs instruments auto-administrés par le patient ou directement par le clinicien, qui sont sensibles aux diverses manifestations de l'anxiété, de la dépression ou d'autres formes de psychopathologie. De multiples mesures de symptomatologie sont également effectuées pour les autres études présentées dans le tableau 11.III et dans les tableaux suivants. Aucune des études n'a mis en évidence une substitution de symptômes en relation avec la TCC (ou une autre forme de psychothérapie).

**Tableau 11.III : Études comparant différentes formes de psychothérapie pour le trouble de l'anxiété généralisée**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Fisher et Durham, 1999 Méta-analyse note : 4/7	TCC, psychodynamique et non- directive ; 6 études de patients adultes TAG (DSM-III-R ou DSM-IV) Taille d'effet calculée sur pourcentage de changement cliniquement significatif (méthode Jacobson)	TCC : traitement le plus efficace, post-traitement (48 % à 63 % de rémission) et suivi (51 % à 60 % de rémission) Thérapie comportementale seule : 18 % rémission post-traitement, 11 % au suivi Psychothérapie psychodynamique : 9 % rémission



		post-traitement, 4 % au suivi
Blowers et coll., 1987 Étude contrôlée randomisée note : 9/10	Thérapie cognitive + relaxation, soutien et contrôles non traités ; 66 patients avec TAG (DSM-III) avec ou sans dépression et trouble panique ; 8 séances sur 10 semaines Analyses à post-traitement et à 6 mois sur la <i>Clinical anxiety scale</i> , adaptation sociale (SAS) et STAI	Peu de différences entre les deux thérapies à la fin du traitement ou au suivi Les différences observées étaient en faveur de la TCC.
White et coll., 1992 Étude contrôlée randomisée note : 7/10	Thérapie cognitive, comportementale, TCC, psychodynamique et contrôles non traités ; 119 patients avec TAG (DSM-III-R) ; 6 séances en groupe de 2 heures Analyses à post-traitement et à 6 mois sur STAI, Beck attitudes dysfonctionnelles et perception somatique	TCC (comportementale, cognitive ou combinaison) : plus de changements statistiquement significatifs que psychodynamique Traitement psychodynamique diffère de contrôles non traités pour 3 critères sur 6 en post-traitement
Borkovec et coll., 1993 Étude contrôlée randomisée note : 9/10	TCC, comportementale et thérapie de soutien 55 patients avec TAG (DSM-III-R) Patients randomisés aux thérapies pour 12 séances sur 6 semaines Analyses effectuées à post-traitement, 6 mois, et 1 an sur STAI, Penn State, Zung anxiété, et BDI	TCC et thérapie comportementale supérieures aux thérapies de soutien/non-directives avec des taux de réponse de 58 %, 72 % et 22 % respectivement. A 6 mois et 1 an = 84 % et 84 % pour la TCC 68 % et 66 % pour la thérapie comportementale 46 % et 38 % pour la thérapie de soutien/non-directive
Durham et coll., 1994 Étude contrôlée randomisée note : 7,5/10	Thérapie cognitive, gestion de l'anxiété et thérapie psychodynamique 80 patients adultes avec TAG (DSM-III-R) Analyses effectuées à post-traitement et à 6 mois de suivi sur évaluations des cliniciens (Hamilton anxiété, SAS) et des patients (BAI, BDI, STAI)	Amélioration statistiquement significative pour thérapie cognitive post traitement et suivi pour toutes les mesures; améliorations sur 5 des 9 mesures post-traitement pour psychodynamique mais aucune amélioration au suivi; thérapie cognitive significativement plus efficace que thérapie psychodynamique sur diverses mesures à la fois post-traitement et à 6 mois de suivi; gestion de l'anxiété située entre les deux autres thérapies, et supérieurs à la thérapie psychodynamique sur deux mesures au suivi
Stanley et coll., 1996 Étude contrôlée randomisée note : 8/10	TCC groupe, thérapie de soutien groupe pour 14 semaines 48 patients avec TAG (DSM-3-R) Analyses effectuées à post-traitement et à 6 mois sur Penn State, STAI, Hamilton anxiété et dépression	Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes à la fin du traitement et les gains thérapeutiques se sont maintenus à six mois de suivi
Borkovec et coll., 1987 Étude contrôlée randomisée note : 9/10	Thérapie cognitive+relaxation, thérapie de soutien pour 12 séances sur 6 semaines ; 30 patients avec TAG (DSM-III) Analyses à post-traitement sur Hamilton anxiété, Zung anxiété, STAI, Fear questionnaire	Les résultats obtenus par la thérapie cognitive et la relaxation étaient significativement meilleurs que ceux obtenus par la thérapie de soutien sur diverses mesures
Durham et coll., 1999 Étude contrôlée randomisée note : 7,5/10	Même étude que Durham, 1994, mais avec 1 an suivi Analyses à 1 an sur instruments remplis par clinicien (Hamilton anxiété, SAS) ou patient (BAI, BDI, STAI)	TCC significativement meilleure que thérapie psychodynamique à suivi d'un an sur 4 des 5 mesures de l'anxiété ; gestion de l'anxiété ne diffère pas de manière significative de la thérapie psychodynamique dans des conditions de faible contact mais TCC était significativement supérieure aux deux. Les meilleurs résultats à un an de suivi trouvé pour TCC et avec contact important

BAI : Beck Anxiety Inventory, BDI : Beck depression inventory, SAS : échelle d'adaptation sociale, STAI : State-Trait Anxiety Inventory

La majorité des comparaisons entre la TCC et les psychothérapies de soutien pour d'autres troubles anxieux spécifiques démontre, le plus souvent, l'efficacité supérieure de la TCC. Concernant la phobie sociale, la TCC a été comparée à une thérapie de soutien dans trois études (tableau 11.IV). Deux de ces études (Bruch et coll., 1991 ; Heimberg et coll., 1998) ont administré les traitements en groupe et pour 12 semaines, mais chacune a examiné des aspects différents de ce trouble. L'étude de Bruch et coll. s'est centrée sur l'amélioration du monologue interne négatif du patient dans les situations sociales, à la fin du traitement et à 6 mois de suivi, tandis que Heimberg et coll. ont examiné des mesures plus diversifiées de la peur et de l'anxiété sociale à la fin du traitement. Cette dernière étude a également évalué l'amélioration de l'anxiété sociale, jugée par un clinicien de façon aveugle par rapport au traitement reçu par les patients. Bruch et coll. ont observé une supériorité de la TCC à 6 mois de suivi et Heimberg et coll. ont trouvé que presque deux fois plus de patients traités par la TCC avaient fortement progressé à la fin du traitement, en comparaison avec une thérapie de soutien. La troisième et plus récente étude (Cottraux et coll., 2000) a comparé la thérapie de soutien à un traitement combinant la thérapie cognitive et des séances de compétences sociales. Parallèlement aux deux autres études, la TCC était supérieure à la thérapie de soutien sur diverses mesures de l'anxiété sociale.

**Tableau 11.IV : Études comparant la TCC à une thérapie de soutien pour la phobie sociale et l'anxiété de performance**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Bruch et coll., 1991 Étude contrôlée randomisée note : 8/10	30 patients adultes (phobie sociale, DSM-III-R) ; 12 séances (de 2 heures chacune) de thérapie de groupe TCC ou thérapie de soutien en groupe Le degré de positivité des cognitions (SOM) évalué à fin traitement et à 6 mois de suivi	Les cognitions sociales des patients recevant une TCC étaient plus positives à 6 mois de suivi que celles des patients recevant une thérapie de soutien
Heimberg et coll., 1998 Étude contrôlée randomisée note : 8,5/10	133 patients adultes (phobie sociale DSM-IV) ; 12 séances de TCC groupe ou thérapie de soutien Amélioration clinique (par évaluateur aveugle) LSAS, FQ à fin traitement	La thérapie TCC était plus efficace qu'une thérapie standard de soutien : 75 % des patients recevant le traitement TCC avaient fortement progressé à la fin du traitement en comparaison avec 41 % des patients recevant une thérapie de soutien
Cottraux et coll., 2000 Étude contrôlée randomisée note : 9/10	67 patients adultes (phobie sociale DSM-IV) ; 14 séances de TCC (dont 8 séances de CT et 6 séances de compétence sociale) ou 6 séances de thérapie soutien (puis TCC) FQ et LSAS administrés mi- thérapie (6 semaines), fin-traitement (12 semaines) et à suivi (jusqu'à 6 semaines)	Les patients recevant TCC avaient de meilleurs résultats à mi-thérapie sur le LSAS, à fin traitement sur le LSAS, FQ et amélioration générale, avec gains généralement maintenus au suivi

FQ : Fear Questionnaire, LSAS : Liebowitz social anxiety scale, SOM : State of Mind model

Le trouble panique est un syndrome anxieux souvent pris à tort pour une maladie organique fréquemment soignée dans les centres d'urgence ou d'autres cliniques spécialisées (cardiologie...). Trois études comparatives, présentées dans le tableau 11.V, montrent que certaines formes de psychothérapie sont très efficaces dans le traitement de ce syndrome. Une étude de Beck et coll. (1992) ayant administré une thérapie cognitive a observé une réduction de l'anxiété générale et de la peur évaluées par les patients ainsi qu'une

diminution de la sévérité du trouble panique, évaluée par le clinicien. Ces améliorations étaient supérieures à celles observées pour les patients recevant une psychothérapie de soutien (néanmoins, il faut noter que les patients ont reçu plus de séances de TCC que de thérapie de soutien). Craske et coll. (1995) ont appliqué un programme bref de thérapie de soutien (4 séances) ou un nombre égal de séances de TCC fondées sur un modèle qui considère le trouble panique comme une phobie acquise des sensations corporelles. Les résultats observés sur la sévérité du trouble panique évaluée par les patients ainsi que par les cliniciens démontrent une efficacité supérieure pour la TCC en comparaison avec la thérapie de soutien. Enfin, dans une étude récente et remarquablement bien construite sur le plan méthodologique, Shear et coll. (2001) ont examiné un grand échantillon de patients atteints de troubles paniques et observé la supériorité de la TCC en comparaison avec une thérapie de soutien, à la fois à la fin du traitement et à 6 mois de suivi.

**Tableau 11.V : Bilan des études comparant la TCC à une thérapie de soutien pour le trouble panique**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Craske et coll., 1995 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8/10	30 patients adultes, souffrant de trouble panique (DSM-III-R) après randomisation, patients ont reçu 4 séances de TCC ou thérapie de soutien Evaluation des symptômes du trouble panique (clinicien et patient) ainsi qu'anxiété générale	Plus de patients dans le groupe TCC ont atteint un changement cliniquement significatif du nombre et de la crainte d'attaques paniques par rapport au groupe recevant une thérapie de soutien
Shear et coll., 2001 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 10/10	66 patients adultes, souffrant de trouble panique (DSM-IV); 12 séances de TCC ou thérapie soutien PDSS administré fin traitement et pendant 6 mois de suivi	TCC amélioration plus importante que thérapie de soutien à fin de traitement et au suivi

PDSS : *Panic Disorder Severity Scale*, BAI : *Beck Anxiety Inventory*

Le dernier trouble anxieux, présenté dans le tableau 11.VI, concerne l'état de stress post-traumatique (PTSD). Deux études ont comparé la TCC à une thérapie de soutien dans le traitement des populations les plus susceptibles d'être affectées par ce trouble outre les vétérans de guerre : les victimes de viol (Foa et coll., 1991) et les accidentés sévères de la route (Blanchard et coll., 2003). Chaque étude a examiné les symptômes de PTSD et de l'anxiété générale et a aussi utilisé des mesures (questionnaires, entretiens...) complétées à la fois par les cliniciens et par les patients. Les deux études ont démontré une supériorité de la TCC en comparaison avec la thérapie de soutien standard, évaluées immédiatement après la fin du traitement et à 3 mois de suivi. Enfin, une étude a comparé la thérapie psychodynamique à la TCC pour ce trouble et n'a pas trouvé de différences majeures entre ces approches (Brom et coll., 1989).

Pour les troubles anxieux spécifiques présentés dans le tableau 11.III, les données existantes démontrent une efficacité supérieure à une psychothérapie « standard » de soutien seulement pour la TCC ; la littérature ne fait pas état d'études comparant les approches psychodynamiques ou familiales à une thérapie de soutien. Parallèlement, aucune étude randomisée contrôlée, comparant les diverses formes de psychothérapie (y compris TCC), n'a été recensée pour les phobies spécifiques.

**Tableau 11.VI : Études comparant la TCC à une thérapie de soutien pour l'état de stress post-traumatique**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Foa et coll., 1991 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8,5/10	45 femmes (PTSD, DSM-III-R) suite à un viol; 9 séances de TCC (exposition prolongée ou « inoculation de stress ») ou d'une thérapie de soutien PTSD sévérité évaluée par clinicien, STAI, RAST, à fin traitement ou 3 mois de suivi	Inoculation de stress (TCC) plus efficace qu'une thérapie de soutien à fin traitement et exposition prolongée (TCC) plus efficace qu'une thérapie de soutien au suivi sur diverses mesures de PTSD
Blanchard et coll., 2003 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	78 victimes d'un accident routier (PTSD, DSM-IV); 10 séances en moyenne de TCC ou thérapie de soutien PTSD sévérité (évaluée par clinicien, STAI et PTSD Checklist), à fin traitement ou 3 mois de suivi	TCC avait de meilleurs résultats que thérapie de soutien sur symptômes de PTSD et troubles comorbides à la fin du traitement et après 3 mois de suivi

STAI : *State-trait anxiety inventory*, RAST : *Rape aftermath symptom test*, DPQ : *Dutch personality questionnaire*, SCL-90 : *Symptom check-list*

### Comparaison des psychothérapies pour les troubles dépressifs

La dépression est un syndrome hétérogène impliquant des facteurs étiologiques divers et pris en charge par des options thérapeutiques variables. Le tableau 11.VII présente des méta-analyses et revues systématiques qui comparent les différentes formes de psychothérapie pour ces troubles. Les mesures de la dépression ont varié considérablement suivant les études, mais les instruments les plus fréquents étaient les échelles d'Hamilton (HRSD) et de Beck (BDI). Si toutes les études ont examiné les symptômes ou diagnostics de la dépression, on peut remarquer que quatre de ces études (Dobson, 1989 ; Jarrett et Rush, 1994 ; Gloaguen et coll., 1998 ; Thase et coll., 2000) ont examiné une population générale d'adultes de 18 ans ou plus, tandis que cinq ont étudié des échantillons de plus de 55 ans (Engels et Vermey, 1997 ; Cuijpers, 1998 ; Gatz et coll., 1998 ; McCusker et coll., 1998 ; Piquart et coll., 2001).

Dans les comparaisons globales, chaque méta-analyse observe une différence d'efficacité pour au moins une forme de psychothérapie. La TCC a été comparée dans quatre études à plusieurs autres formes analysées ensemble, dans une seule catégorie d'« autres thérapies ». Les formes de psychothérapie les plus fréquemment incluses dans cette catégorie étaient la thérapie interpersonnelle (IPT), la thérapie psychodynamique et la thérapie de soutien. Chacune de ces quatre études a trouvé que la TCC était plus efficace que les autres formes de psychothérapie, à la fin du traitement. De plus, la seule méta-analyse (Engels et Verney, 1997) à comparer ces traitements sur un suivi (1 à 12 mois) a également observé la supériorité de la TCC et sans changement par rapport à la taille des effets, observée initialement.

En ce qui concerne les comparaisons entre les approches individuelles, deux méta-analyses ayant comparé une psychothérapie psychodynamique à la TCC ont trouvé des résultats mitigés. La comparaison entre la psychothérapie psychodynamique brève et la TCC par McCusker et coll. (1998) n'a trouvé aucune différence significative entre ces deux approches. Cependant, l'efficacité de la thérapie psychodynamique dans cette méta-analyse n'était pas statistiquement différente des groupes de patients non traités, tandis que la TCC obtenait de meilleurs résultats que ces derniers. La méta-analyse de Piquart et coll. (2001) n'a trouvé aucune différence significative entre la thérapie psychodynamique et la TCC mais, en revanche, ces deux traitements se sont révélés plus efficaces qu'une thérapie de soutien. Enfin, une étude (avec méga-analyse des données originales) a comparé la psychothérapie de soutien avec placebo à la TCC et a trouvé cette dernière plus efficace (Thase et coll., 2000).

En dehors de ces méta-analyses, deux revues systématiques ont comparé différentes formes de psychothérapie pour les troubles dépressifs. La première, celle de Jarrett et Rush (1994), a comparé des études de patients adultes non psychotiques, atteints de dépression majeure. La la thérapie psychodynamique brève, la TCC, l'IPT t étaient comparées à la fin du traitement entre elles ou à une thérapie de soutien, liste d'attente ou traitement inactif. Cette étude a utilisé la méthode de « *box score* » utilisée par Luborsky et coll. (1975), qui indique le nombre d'études concluantes pour une supériorité, équivalence ou infériorité d'une approche donnée. Des neufs études comparant l'approche psychodynamique et la TCC, aucune n'a montré la supériorité de la thérapie psychodynamique, cinq ont obtenu des résultats équivalents et quatre ont trouvé que la TCC était supérieure à la thérapie psychodynamique. Dans les autres comparaisons, la TCC était équivalente à l'IPT dans une étude et équivalente à une thérapie de soutien dans quatre autres. Une seule étude a comparé une thérapie psychodynamique à une thérapie de soutien ; elle n'a trouvé aucune différence entre ces traitements. Enfin, une revue systématique concernant des personnes âgées atteintes de dépression (Gatz et coll., 1998) a examiné trois études comparant une thérapie psychodynamique à la TCC à, à la fin du traitement et à un suivi de 36 semaines. Aucune différence entre ces thérapies n'a été observée à la fin du traitement, mais deux des trois études ont trouvé chez les patients traités par la TCC une plus grande amélioration et une meilleure maintenance des gains par rapport à la thérapie psychodynamique sur le suivi.

**Tableau 11. VII : Bilan des méta-analyses et revues systématiques ayant comparé différentes formes de psychothérapie pour les troubles dépressifs**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Dobson, 1989 <i>Méta-analyse</i> note : 3,5/7	Analyses de 7 études comparant TCC, IPT (la plupart psychodynamique), et thérapie psychodynamique traditionnelle Patients adultes souffrant de dépression Taille d'effet calculée selon d de Glass à post-traitement. Le BDI était utilisé comme mesure principale de la dépression	TCC=amélioration meilleure que pour 70 % des patients recevant d'autres thérapies (taille d'effet=-0,54) (IPT, psychodynamique, et thérapie de soutien analysées ensemble)
Engels et Vermey, 1997 <i>Méta-analyse</i> note : 5,5/7	Analyses de 17 études de TCC et diverses formes de psychothérapie (thérapie de réminiscence, colère exprimée...) ; Patients âgés atteints de dépression (diagnostic ou symptômes) Taille d'effet calculée selon d scores à post-traitement ou suivi sur HRSD, BDI ou GDS	Thérapies cognitives ou comportementales supérieures aux « autres » thérapies à la fin du traitement ou au suivi (d = 0,85 thérapie cognitive, d = 0,96 thérapie comportementales). U ne seule étude contrôlée retenue sur la thérapie psychodynamique : aucune conclusion n'a pu être tirée
Gloaguen et coll., 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Analyses de 48 études de TCC, antidépresseurs et autres formes de psychothérapie (psychodynamique, soutien, IPT) Taille d'effet calculée selon d+ scores à post-traitement sur le BDI	TCC = amélioration meilleure que pour des patients recevant d'autres thérapies (taille d'effet=-0,24)
McCusker et coll., 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 5,5/7	Analyses de 40 études de TCC, ou thérapie psychodynamique Patients âgés souffrant de dépression (55 ans ou plus) diagnostic basé sur DSM ou seuil échelle syndrome Analyses (random effects) centrées sur les scores moyens de l'HRSD et diverses autres mesures de la dépression à post-traitement	TCC significativement supérieure aux contrôles non traités ou au placebo dans la plupart des analyses. Thérapie psychodynamique supérieure aux contrôles non traités ou au placebo dans aucune analyse. TCC pas significativement supérieure aux interventions psychodynamiques

Cuijpers, 1998 <i>Métab-analyse</i> note : 6,5/7	14 études avec données « pré » et « post » ; TCC, psychodynamique, thérapie de reminiscence, thérapie de soutien, liste d'attente. Adultes 55 ans ou plus; dépression (DSM ou RDC) Analyses effectuées pour tailles d'effet avec diverses mesures, d de Cohen, Failsafe n= 40	Tendance pour TCC supérieure aux autres approches (toutes formes combinées, d = 0,20) ; cette différence devient statistiquement significative quand thérapies comportementale et cognitivo-comportementale sont combinées
Thase et coll., 2000 <i>Métab-analyse</i> note : 5.5/7	2 études avec analyses des données originales « pré » « post » ; TCC seule ou thérapie de soutien avec placebo pour 16 semaines; 190 patients adultes avec dépression majeure (DSM-III) Dépression évaluée par HRSD, métab-analyses par ANCOVA à 4 et 16 semaines	TCC significativement supérieure à thérapie de soutien à 4 semaines et dans la plupart des analyses à 16 semaines. La TCC était particulièrement efficace pour les patients en couple par rapport aux patients vivants seuls
Pinquart et coll., 2001 <i>Métab-analyse</i> note : 5/7	122 études comparant 9 thérapies différentes (sauf thérapie familiale), 2 groupes contrôles (non-traité ou groupe parole) ; Adultes âgés de 55 à 87 ans, souffrant de dépression Dépression évaluée par auto-questionnaire et par diagnostic, tailles d'effet calculées selon d scores	TCC et thérapie psychodynamique plus efficaces que thérapie de soutien. Sur critères auto-évalués (tel que le bien être subjectif), la TCC et la « thérapie d'augmentation de contrôle » ont meilleurs résultats que thérapie psychodynamique mais non significatifs
Jarrett et Rush, 1994 <i>Revue systématique</i>	TCC, IPT, thérapie psychodynamique brève, et contrôles (liste d'attente, placebo) ; Patients adultes souffrant de dépression non-psychothèque, (critères RDC, ICD ou DSM) Méthode de box scores (fréquences de supériorité, égalité ou infériorité), sur divers questionnaires de dépression (BDI, HDRS...) à la fin du traitement	Dix études ont comparé la psychothérapie psychodynamique à d'autres formes de psychothérapie (1 avec thérapie de soutien, 9 avec TCC). Aucune de ces études n'a montré la supériorité de la thérapie psychodynamique, six ont obtenu des résultats équivalents, et quatre études ont montré que la TCC était supérieure à la thérapie psychodynamique. Dans une étude la TCC était équivalente à l'IPT et dans quatre études équivalente à une thérapie de soutien
Gatz et coll., 1998 <i>Revue systématique</i>	TCC, psychodynamique Trois études analysées sur les personnes âgées souffrant de dépression (55 ans ou plus) Patients randomisés aux thérapies Analyses effectuées post-traitement et au suivi (jusqu'à 36 semaines) sur BDI et HRSD Trois études expertisées aussi individuellement	3 études comparatives TCC et thérapie psychodynamique Comparaisons post-test égales 2 études : TCC meilleur maintien des gains et de l'amélioration au suivi

BDI : *Beck depression inventory*, HRSD : échelle de dépression d'Hamilton, GDS : *Geriatric depression scale*

En ce qui concerne les études contrôlées randomisées, quinze ont directement comparé l'approche psychodynamique et la TCC. Ces études sont présentées dans le tableau 11.VIII. De façon comparable aux études présentées auparavant sur les troubles anxieux, la majorité de ces investigations ont utilisé de multiples instruments de la dépression administrés par le clinicien ou des auto-évaluations par le patient (dont les plus fréquents étaient le BDI, l'HRSD et le *checklist* des symptômes de Derogatis, SCL 90). La qualité méthodologique de ces études semble légèrement moins homogène que celles des études contrôlées pour les troubles anxieux, avec un score de rigueur méthodologique entre 4 et 9 (sur un maximum de 10). La majorité des études ont néanmoins effectué un suivi des patients qui varie entre 3 mois et 2 ans après la fin du traitement. Presque toutes ces investigations ont administré des formes brèves de psychothérapie de 8 à 20 séances : les deux exceptions étaient l'étude de Steuer et coll. (1984) rapportant 36 semaines de psychothérapie aux personnes âgées et une étude de Barkham et coll. (1999) qui se distingue par une période particulièrement brève des interventions. Cette dernière étude n'a administré que 3 séances de psychothérapie (deux

sur deux semaines, une trois mois plus tard), mais aux personnes atteintes d'une dépression relativement légère.

En termes de résultats généraux, la majorité des investigations ont trouvé que la thérapie psychodynamique et la TCC étaient toutes les deux associées à l'amélioration de la dépression. Cependant, en termes de comparaison entre ces approches, aucune des quinze études contrôlées n'a observé une efficacité supérieure pour la thérapie psychodynamique. En revanche, onze montrent une supériorité de la TCC par rapport à la thérapie psychodynamique, soit à la fin du traitement, soit sur le suivi (McLean et Hakstian, 1979 ; Liberman et Eckman, 1981 ; Gallagher et Thompson, 1982 et 1983 ; Steuer et coll., 1984 ; Graff et coll., 1986 ; Covi et coll., 1990 ; Shapiro et coll., 1994 ; Barkham et coll., 1996 ; Hardy et coll., 1998 ; Barkham et coll., 1999 ; Tang et coll., 2002). Les trois études qui ont obtenues les meilleurs scores méthodologiques (9 sur 10) montrent une supériorité de la TCC sur la thérapie psychodynamique (Shapiro et coll., 1994 ; Covi et coll., 1997 ; Hardy et coll., 1998). Dans l'étude de Covi et coll. (1997), qui a utilisé des thérapies administrées en groupe à raison de deux heures par semaine, pendant 14 semaines, la TCC a été estimée plus efficace que la thérapie psychodynamique, y compris quand la dépression était évaluée par un clinicien ne connaissant pas le type de traitement reçu par les patients. Les deux autres études de haute qualité méthodologique, Shapiro et coll. (1994) et Hardy et coll. (1998), font partie du même programme de recherche, partageant les mêmes échantillons et la même méthodologie. Ces investigations diffèrent de la majorité d'autres études contrôlées du fait que tous les thérapeutes ont administré les deux thérapies et ont déclaré les croire également efficaces. Ces auteurs notent que les effets positifs de la TCC étaient particulièrement observables pour la dépression modérée ou pour les patients atteints de certaines formes de troubles de personnalité comorbides. On peut également remarquer que plusieurs études ayant trouvé une supériorité de la TCC, par rapport à la thérapie psychodynamique, ont observé cette supériorité pour la première fois au suivi ou que ces effets sont devenus plus prononcés sur la période de suivi en comparaison avec la fin du traitement (Gallagher et Thompson, 1982 et 1983 ; Graff et coll., 1986 ; Barkham et coll., 1999 ; Tang et coll., 2002). Ces résultats « d'incubation » semblent indiquer à nouveau que les effets de la TCC ne sont pas limités uniquement à la période de traitement actif.

Concernant les quatre études qui n'ont pas trouvé de différences significatives entre la TCC et la thérapie psychodynamique, deux avaient des qualités méthodologiques modestes, mais des périodes de suivi particulièrement longues (Thompson et coll., 1987 ; Cooper et coll., 1997). Cooper et coll. (1997) ont examiné un grand échantillon de nouvelles mères atteintes de dépression du post-partum, diagnostiquées entre deux et quatre mois après l'accouchement. Les patientes ont suivi 10 semaines de TCC, de thérapie de soutien ou de thérapie psychodynamique et ont été suivies pendant un an et demi après la fin du traitement. Toutes les thérapies étaient associées à une amélioration de la dépression et sans différence significative entre elles, mais le maintien des gains était le plus élevé pour la TCC. L'étude de Thompson et coll. (1987) a examiné un échantillon gériatrique qui a reçu 16 séances de thérapies cognitive, comportementale ou de thérapie psychodynamique brève. En comparaison avec un groupe contrôle non traité, chaque thérapie s'est montrée efficace dans la réduction de la dépression mesurée d'une façon dimensionnelle ou catégorielle, mais aucune différence n'a été observée entre ces traitements pour une période allant jusqu'à deux ans. Enfin, une étude de Hogg et Deffenbacher (1988) n'a trouvé aucune différence entre ces thérapies dans un échantillon d'étudiants atteints de dépression, tandis qu'une étude (Gallagher-Thompson et Steffen, 1994) a observé des résultats partagés entre les thérapies psychodynamiques et la TCC chez des adultes (en faveur de l'une ou l'autre des thérapies, selon les caractéristiques de l'échantillon).

**Tableau 11.VIII : Bilan des études contrôlées comparant la TCC à une thérapie psychodynamique pour la dépression**

---

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
McLean et Hakstian, 1979 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 7/10	Thérapie psychodynamique, thérapie comportementale, méditation 196 patients souffrant de dépression (RDC) Analyses effectuées à post-traitement et à 3 mois suivi sur BDI et échelles d'Eysenck (névrosisme et extraversion)	Thérapie comportementale = scores significativement plus bas que psychodynamique sur une mesure de dépression à la fin du traitement, et meilleurs scores que le groupe psychodynamique à trois mois mais non significatifs
Lieberman et Eckman, 1981 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 6,5/10	Thérapie comportementale, psychodynamique (8 jours, quatre heures par jour); 24 patients souffrant de dépression et tentatives de suicide Patients comparés à 2, 6, 12, 24, et 36 semaines sur BDI, Zung, MMPI, <i>Fear Survey Schedule</i> , tentatives de suicide	Les deux types d'interventions : amélioration sur diverses mesures Thérapie comportementale plus efficace que la thérapie psychodynamique sur chacune des mesures à chaque période de suivi
Gallagher et Thompson, 1982; 1983 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 7/10	TCC, psychothérapie psychodynamique (16 séances sur 12 semaines); 30 patients âgés dépression majeure mélancolique ou non-mélancolique (RDC) Analyses effectuées à la fin du traitement et à 1, 5, 3, 6, et 12 mois de suivi sur HSRD, BDI, Zung	Aucune différence entre les patients à la fin du traitement selon le type de thérapie TCC : scores de dépression significativement plus bas et moins de rechutes dans la période de suivi que groupe psychodynamique
Steuer et coll., 1984 <i>Étude contrôlée semi-randomisée</i> note : 8,5/10	TCC ou thérapie de groupe psychodynamique pour 36 semaines; 33 patients âgés avec dépression majeure (DSM). Analyses effectuées à 4, 8, 12, 26 et 36 semaines sur BDI, Zung, et HAMD	Analyses inter- et intra-groupe : groupe TCC supérieur au groupe psychodynamique seulement pour le BDI et pas pour les autres mesures
Graff et coll., 1986 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 4/10	TCC groupe (12 heures), thérapie de groupe psychodynamique-soutien (20 heures), liste d'attente, contact minimal; 46 femmes divorcées avec niveau modéré ou élevé de symptômes dépressifs Analyses effectuées fin traitement et 4 mois de suivi sur BDI, Lubin Rosenberg, Eysenk névrosisme	TCC significativement supérieure à thérapie de soutien psychodynamique sur des mesures de névrosisme à la fin du traitement et supérieur sur des mesures de névrosisme et de dépression au suivi (Lubin)
Thompson et coll., 1987, 1990 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 7,5/10	Thérapie cognitive, comportementale, thérapie psychodynamique brève (16 séances) et contrôles non-traités 91 patients âgés (>60 ans) souffrant de dépression majeure (RDC) Analyses effectuées fin traitement sur critères diagnostic et mesures dimensionnelles (BDI, <i>geriatric depression scale</i> , HRSD)	Tous les groupes : amélioration significative Aucune différence entre modalités de traitement à la fin du traitement ou sur la période de suivi de 2 ans
Cooper et coll., 1997 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 5/10	Thérapie de soutien, TCC, et thérapie psychodynamique (10 semaines) ; 194 femmes souffrant de dépression (DSM-III-R, postpartum) Analyses effectuées fin traitement et à 9 et 18 mois sur postpartum dépression utilisant des mesures dimensionnelles (Edinburgh), et diagnostic (SCID)	Toutes les approches psychothérapeutiques : amélioration de la dépression mais maintien des gains de thérapie plus élevé pour la TCC. Aucune différence significative entre les thérapies



Covi et coll. 1990 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	TCC groupe, psychodynamique groupe (14 semaines, 2 heures par séance); 70 adultes souffrant de dépression (RDC) Analyses effectuées fin du traitement sur mesures remplies par le clinicien (HRSD et SADS) et par le patient (BDI, HSCL-90, SAS, DAS)	TCC plus efficace que thérapie psychodynamique pour la dépression, qu'elle soit évaluée de façon aveugle par le clinicien ou par auto-questionnaire
Gallagher-Thompson et coll., 1994 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8/10	Thérapie psychodynamique brève, TCC (16 à 20 séances); 66 personnes souffrant de dépression (RDC) responsables des soins quotidiens d'un parent malade Analyses effectuées à 10 semaines, fin de thérapie, et 3 et 12 mois de suivi sur le pourcentage des patients en rémission ou améliorés	Pas de différences globales entre les types de traitement. Les individus souffrant de dépression avec « fardeaux récents » ont été mieux aidés par la thérapie psychodynamique et ceux donnant des soins de longue date par la TCC
Tang et coll., 2002 <i>Essai comparatif</i> note : 6/10	TCC, thérapie psychodynamique « de soutien-expressive » (16 à 20 séances) 83 patients adultes souffrant de dépression chronique ou majeure Analyses effectuées pendant la thérapie à post-traitement et à 6 mois de suivi sur BDI	TCC et thérapie psychodynamique « expression-soutien » : amélioration rapide et amplitude de la réduction de la symptomatologie dépressive similaire TCC gains plus stables dans le temps
Hogg et Deffenbacher, 1988 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8/10	Thérapie cognitive en groupe, IP (Yalom) en groupe (8 semaines); 37 étudiants souffrant de dépression Analyses effectuées à post-traitement sur le BDI	Aucune différence entre les types de thérapie en terme d'amélioration de la dépression à la fin du traitement
Shapiro et coll., 1994 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	TCC, IP psychodynamique (16 séances); 117 patients adultes souffrant de dépression Analyses effectuées sur la moyenne des scores de symptomatologie dépressive à post-traitement et 3 mois suivi	Thérapie cognitive significativement meilleure que la thérapie IP psychodynamique concernant la BDI et, pour les personnes atteintes d'une dépression modérée concernant le PSE ( <i>Present State Examination</i> ). Aucune autre différence significative
Hardy et coll., 1998 (associé avec Shapiro, 1994) <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	TCC, IP psychodynamique; 117 patients souffrant de dépression majeure (voir étude de Shapiro, 1994) Analyses effectuées post-traitement et à 3 mois et 1 an de suivi sur BDI et SCL-90	TCC plus efficace que la thérapie IP psychodynamique (Shapiro et coll., 1994), TCC meilleurs résultats avec patients atteints du trouble de personnalité comorbide (Cluster C)
Barkham et coll., 1996 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8,5/10	TCC, IP psychodynamique (réplique de Shapiro et coll., 1994 sur échantillon indépendant); 8 à 16 séances de thérapie; 36 patients adultes souffrant de dépression majeure (DSM) Analyses effectuées post-traitement sur BDI, SCL-90-R, <i>Inventory of interpersonal functioning</i> , et estime de soi	TCC et l'IP psychodynamique pas différentes dans les analyses globales et dans analyses plus spécifiques. Tendance statistique TCC supérieure dans des analyses globales et TCC était significativement supérieure à l'IP psychodynamique pour évaluation des problèmes interpersonnels à la fin du traitement
Barkham et coll., 1999 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8/10	TCC brève, IP psychodynamique brève (3 séances) ; 116 patients souffrant d'une dépression légère ou modérée Analyses effectuées pendant traitement, post-traitement et 1 an suivi sur BDI, SCL-90-R, <i>Inventory interpersonal problems</i>	Différences entre TCC et IP psychodynamique après la troisième séance en faveur de la TCC mais tendance non significative. A 1 an de suivi une différence pour les scores du BDI obtenue en faveur de la TCC

BDI : Beck depression inventory, SAS : Social Adjustment Scale, DAS : Dysfunctional Attitude Scale, HRSD et HAMD : échelle de dépression d'Hamilton, HSCL-90 : liste de symptômes, SCID : Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SADS : Schedule for affective disorder and schizophrenia, MMPI : Minnesota multiphasic personality inventory

En ce qui concerne d'autres comparaisons, le tableau 11.IX présente les quatre études qui ont examiné l'efficacité de la thérapie psychodynamique ou de la TCC par rapport à une thérapie de soutien. La première, celle de Cooper et coll. (1997) a été présentée auparavant pour sa comparaison directe entre la thérapie psychodynamique et la TCC et la pour les mères atteintes de dépression post-partum. Cependant, cette étude est également incluse dans le tableau 11.IX car elle compare ces deux traitements et une thérapie de soutien. Aucune différence significative n'a été trouvée pour les comparaisons entre ces formes de thérapie, mais chacune des trois approches semblait améliorer la dépression du post-partum chez ces mères. Des résultats similaires ont été aussi trouvés par Bright et coll. (1999), qui ont comparé la TCC et la thérapie de soutien. Cette étude est caractérisée par une rigueur méthodologique plus importante que celle de Cooper et coll., et tous les thérapeutes, dans cette étude, ont administré les deux formes de thérapies. Contrairement à ces observations d'équivalence, deux études (Ward et coll., 2000 ; Mohr et coll., 2001) sont en faveur de la TCC par rapport à une thérapie de soutien. L'étude de Ward et coll. est particulièrement intéressante car elle compare la TCC, la thérapie de soutien et les soins en médecine générale, sur un échantillon de grande taille (464 patients) et avec un suivi pouvant aller jusqu'à un an. Les deux formes de thérapie ont été plus efficaces dans la réduction des symptômes dépressifs que les soins standards en médecine générale. De plus, aucune différence significative n'a été trouvée entre ces thérapies à court terme, mais la TCC et les soins pourvus par les médecins généralistes ont été associés à un meilleur ajustement social qu'une thérapie de soutien à 12 mois. Cette étude est néanmoins d'une rigueur méthodologique relativement modeste et certains patients pouvaient choisir leur mode de traitement. En revanche, la dernière étude (Mohr et coll., 2001) présentée dans le tableau et caractérisée par la plus grande rigueur méthodologique, a comparé la TCC avec une thérapie de soutien administrée en groupe pour la dépression majeure dans un échantillon médical (patients atteints de sclérose en plaques). Cette étude a observé que la TCC était supérieure à la thérapie de soutien à la fin du traitement, en termes de symptômes et de pourcentage de patients en rémission de dépression.

**Tableau 11.IX : Études contrôlées comparant les thérapies psychodynamiques (ou psychanalytiques) ou la TCC à une thérapie de soutien pour la dépression**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Cooper et coll., 1997 Étude contrôlée randomisée note : 5/10	Thérapie de soutien, TCC, et thérapie psychodynamique (10 semaines); 194 femmes souffrant de dépression (DSM-III-R, postpartum) Analyses effectuées fin traitement et à 9 et 18 mois sur l'Edinburgh et statut diagnostique (SCID)	Amélioration de la dépression pour toutes les approches psychothérapeutiques mais maintien des gains de thérapie le plus élevé pour la TCC. Aucune différence significative entre les thérapies
Bright et coll., 1999 Étude contrôlée randomisée note : 8/10	TCC, thérapie de soutien (7 séances); 98 patients souffrant de dépression (DSM-III-R) Analyses effectuées post-traitement sur BDI, HRSD et de diverses autres variables psychologiques	Les deux types de thérapies efficaces dans la réduction des symptômes dépressifs et aucune différence entre ces deux thérapies
Ward et coll., 2000 Étude semi-contrôlée randomisée note : 5,5/10	Thérapie de soutien, TCC, ou soins en médecine générale (6 séances en moyenne) ; 464 patients souffrant de dépression Analyses effectuées à 4 mois de suivi et à 12 mois sur BDI, ajustement social, et satisfaction	Les deux types de thérapies efficaces dans la réduction des symptômes dépressifs équivalente plus rapidement à 4 mois que le groupe consultant un médecin généraliste. TCC et soins pourvus par les médecins généralistes significativement meilleurs que thérapie de soutien à 12 mois pour ajustement social

Mohr et coll., 2001 Étude contrôlée randomisée note : 9/10	TCC individuelle, « de soutien-expressive » psychothérapie de groupe (16 semaines) ; 63 patients atteints de sclérose en plaque et dépression (DSM-IV). Analyses effectuées à 4, 8, 12 semaines et à post-traitement sur BDI et HRSD	TCC significativement plus efficace que thérapie expressive de soutien sur une mesure dimensionnelle de la dépression et sur pourcentage de patients en rémission de la dépression majeure
---	--	--

Enfin, deux études (Elkin et coll., 1989 ; Agosti et Ocepek-Welikson, 1997) ont comparé la TCC à l'IPT (psychothérapie interpersonnelle) dans la même étude multi-site connue sous le nom de « Programme collaboratif pour le traitement de la dépression ». Cette étude, conduite par des investigateurs de l'Institut national de la santé mentale aux Etats-Unis, est caractérisée par un grand échantillon et une forte rigueur méthodologique. La dépression ainsi que d'autres formes de psychopathologie ont été examinées par divers instruments administrés par le clinicien ou auto-évalués par les patients eux-mêmes (tableau 11.X). On doit noter ici que la forme d'IPT présentée par ces études est une forme de psychothérapie « non intrapsychique » qui met l'accent sur le présent plutôt que sur les expériences du plus jeune âge. Ses objectifs principaux sont d'encourager la maîtrise des rôles sociaux et l'adaptation aux situations interpersonnelles. Dans ce sens, l'IPT n'est pas considérée comme une thérapie psychodynamique car elle « ne tente pas d'interpréter et de reconstruire les personnalités mais repose sur des techniques familières telles que le fait de rassurer, de clarifier les états émotionnels profonds, d'améliorer les communications interpersonnelles et celui de tester la réalité des perceptions et des performances » (Elkin, 1985, p. 311).

Les résultats généraux d'Elkin et coll. (1989) ont démontré que l'IPT et la TCC sont, toutes les deux, efficaces pour la prise en charge de la dépression, par rapport aux patients non traités, mais qu'aucune différence significative n'a été observée entre ces deux approches. Une deuxième investigation d'Agosti et Ocepek-Welikson (1997) a ré-analysé les données de l'étude originale, mais en sélectionnant seulement les patients souffrant d'une dépression sévère (apparue précocement et d'évolution chronique). Encore une fois, aucune différence n'a été observée entre ces formes de thérapie mais, dans cette étude, aucun des traitements (TCC, IPT ou médicaments) ne s'est révélé plus efficace que le placebo pour ce groupe de patients sévèrement atteints.

Une étude récente remet en question la véritable distinction entre la TCC et l'IPT. D'après les transcriptions des séances d'IPT ou de TCC administrées lors de l'étude collaborative, des juges indépendants ont comparé les techniques utilisées par les thérapeutes aux standards « idéaux » de l'IPT et de la TCC. Les techniques pratiquées par les deux types de thérapeutes ont été jugées plus proches des standards de la TCC que de l'IPT, résultat qui remet en question la spécificité de l'IPT mais qui pourrait aussi expliquer son efficacité similaire à celle de la TCC (Ablon et Jones, 2002).

**Tableau 11.X : Études contrôlées comparant la TCC à l'IPT pour la dépression**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Elkin et coll., 1989 Étude contrôlée randomisée note : 9/10	IPT, TCC (pour 16 semaines) avec comparaison Imipramine, placebo ou groupe contrôle; 204 patients adultes atteints de dépression (RDC) Analyses post-traitement sur symptômes dépressifs, psychopathologie générale, et fonctionnement global sur : HRSD, GAS, BDI, et HSCL-90	IPT et TCC ont effets significatifs dans l'amélioration du patient Aucune différence significative entre ces deux formes de psychothérapie

Agosti et Ocepkel-Welikson, 1997 Étude contrôlée randomisée note : 8,5/10	TCC, IPT pour 16 semaines (ré-analyse de l'étude NIMH collaborative), 65 patients souffrant de dépression chronique avec âge début précoce Analyses effectuées post-traitement sur : BDI et HRSD	Aucun des groupes de traitement (TCC, IPT ou imipramine) n'était significativement plus efficace que le placebo pour niveau de dépression à la fin du traitement
---	--	--

En résumé, les méta-analyses et études randomisées contrôlées sur les patients atteints de dépression démontrent que diverses formes de psychothérapie sont en général plus efficaces que l'absence de traitement. Lorsque des différences significatives ont été observées entre les différentes formes de psychothérapie, elles mettaient en évidence, le plus souvent, une supériorité de la TCC par rapport à une thérapie psychodynamique ou à une thérapie de soutien (même si ces effets sont souvent moins importants que ceux trouvés pour les troubles anxieux). En revanche, aucune étude analysée n'a observé que la thérapie psychodynamique, ou la thérapie de soutien, était plus efficace que la TCC. Enfin, ces analyses indiquent une équivalence potentielle entre la TCC et d'autres formes de psychothérapie brèves et structurées, telles que l'IPT, et soulignent le manque notable d'informations scientifiques concernant l'efficacité comparative de la psychanalyse ou de la thérapie psychodynamique à long terme pour la dépression.

### Comparaison des psychothérapies pour la schizophrénie

La schizophrénie est caractérisée par des symptômes psychotiques présents lors de la phase active (tels que les hallucinations ou le délire) et, fréquemment, par des déficits persistants dans le domaine du fonctionnement social ou occupationnel en phase résiduelle. Si la littérature sur l'efficacité des différentes psychothérapies était, jusqu'à récemment, relativement modeste, elle permet néanmoins une comparaison entre plusieurs formes de psychothérapie, à la fois pour les phases actives et résiduelles de ce trouble. Le tableau 11.XI présente les résultats, issus de deux méta-analyses de psychothérapie pour la schizophrénie.

Les méta-analyses de Wunderlich et coll. (1996) et de Mojtabai et coll. (1998) ont conjointement examiné plus d'une centaine d'études différentes comparant diverses formes de psychothérapie dans le traitement de la schizophrénie. Les deux méta-analyses ont observé que les thérapies familiales (psycho-éducation) avaient les effets les plus importants. L'effet de la TCC était équivalent (Wunderlich et coll., 1996) ou quelque peu inférieur (Mojtabai et coll., 1998) à celui de l'approche familiale. Ces deux méta-analyses ont décrit les effets les moins efficaces pour l'approche psychanalytique ou psychodynamique. Cependant, les comparaisons spécifiques entre thérapies (deux à la fois) n'ont pas été effectuées dans l'étude de Wunderlich, et seulement partiellement dans l'étude de Mojtabai (qui a comparé entre elles les approches cognitives, comportementales, et les thérapies « verbales » ; mélange de l'approche psychodynamique avec la psycho-éducation). C'est pourquoi il faut être prudent avant de conclure à des différences séparant les diverses thérapies examinées par ces méta-analyses.

**Tableau 11.XI : Méta-analyses ayant comparé différentes formes de psychothérapie pour la schizophrénie**

Références	Description	Résultats
------------	-------------	-----------

Wunderlich et coll., 1996 note : 6/7	Diverses formes de psychothérapie pour schizophrénie (y compris thérapie familiale, psychodynamique, et TCC) 31 études sur patients adultes atteints de schizophrénie Diverses psychothérapies « actives » ont été comparées aux groupes contrôles non-traités Taille d'effet rg converti en scores de d, puis classement des thérapies différentes	Les formes de psychothérapie les plus efficaces : thérapie familiale psycho-éducative (d= 0,58) thérapie cognitive (taille d'effet= 0,58) Approches les moins efficaces : thérapies psychodynamiques (taille d'effet = 0,16)
Mojtabai et coll., 1998 note : 5,5/7	Diverses formes de psychothérapie pour la schizophrénie (y compris thérapie familiale, psychodynamique, et TCC) 106 études d'interventions psychosociales pour la schizophrénie (adultes, moyenne d'âge = 25 ans). Les diverses psychothérapies ont été regroupées en trois classifications : thérapie comportementale, cognitive, ou verbale (comprenant la thérapie psychodynamique, émotion exprimée ou psychoéducation) La moyenne de toutes les mesures utilisées par chaque étude a servi pour calculer le d de Cohen	Pas de différence significative entre la plupart des psychothérapies mais aucune comparaison effectuée entre les approches comportementales et thérapie psychodynamique. Taille d'effet la plus importante pour thérapies familiales d'émotion exprimée (d = 0,56) Thérapies cognitives et comportementales (d = 0,44 et d = 0,41, respectivement) Thérapie psychodynamique (d = 0,27)

Le tableau 11.XII présente les résultats de six études randomisées contrôlées de différentes psychothérapies pour la schizophrénie. Quatre d'entre elles (Eckman et coll., 1992 ; Drury et coll., 1996a et b ; TARRIER, 1998 ; Haddock et coll., 1999) ont comparé l'efficacité de diverses formes de TCC avec d'autres approches psychothérapeutiques. L'étude d'Eckman et coll. (1992) a comparé la TCC à une forme de psychothérapie intégrant les techniques psychodynamiques et de soutien et toutes les deux ont été administrées dans un format de groupe pendant une heure et demi pour une période d'un an (2 fois par semaine pendant 6 mois, puis 1 fois par semaine pendant 6 mois). Les comparaisons entre les thérapies ont été effectuées après une année entière de traitement ainsi qu'à 6 et 12 mois de suivi. La TCC était associée à une amélioration de la gestion des médicaments et des symptômes du patient, tandis qu'aucune amélioration n'a été trouvée pour la thérapie psychodynamique de soutien. La TCC administrée dans une combinaison de séances individuelles et familiales a été comparée par Drury et coll. (1996a et b) à une thérapie de récréation. Ils ont remarqué que la TCC était plus efficace dans la réduction des symptômes positifs chez ces patients ainsi que par rapport au nombre de jours passés à l'hôpital et aux rechutes sur une période de 9 mois après la fin du traitement. Enfin, TARRIER (1998) et Haddock et coll. (1999) ont comparé la TCC à une thérapie de soutien et trouvé des bénéfices pour ces deux approches. Cependant, TARRIER a observé une plus grande réduction des symptômes positifs pour le groupe TCC à la fin du traitement et sur l'année de suivi (dans un échantillon de patients atteints d'hallucinations persistantes, résistantes aux médicaments).

De même, l'étude de Haddock et coll. (1999) fait ressortir une tendance à la diminution des rechutes avec la TCC en comparaison avec une approche de thérapie de soutien (cette dernière en combinaison avec la psycho-éducation).

En ce qui concerne les deux autres études comparatives, celle de Gunderson et coll. (1984) a examiné une forme de thérapie psychodynamique en comparaison avec une thérapie « réalité-adaptative/soutien » administrée pour une période d'un an avec un suivi de deux ans. Les auteurs remarquent que la fréquence et l'amplitude des différences étaient généralement faibles et qu'aucun avantage clair n'était observable pour aucune de ces thérapies. Toutefois, ils ont trouvé que la thérapie « réalité-adaptative/soutien » était plus efficace que l'approche psychodynamique pour réduire les taux de rechute, mais moins efficace que l'approche psychodynamique pour le fonctionnement cognitif et celui de la personnalité. Enfin, une comparaison entre la thérapie « personnelle » (une approche de

*coping*, centrée sur la réactivité au stress), la thérapie familiale et la thérapie de soutien a été menée par Hogarty et coll (1997a et b). Cette étude est caractérisée par une période de suivi la plus longue de toutes les études analysées (2 à 3 séances par mois pour une période de 3 ans). Aucune forme de thérapie spécifique, dans cette étude, n'a montré une supériorité globale par rapport aux autres au fil du temps mais avec des effets positifs différents en fonction des conditions de vie du patient (selon qu'il vivait seul ou en famille).

**Tableau 11.XII : Études contrôlées ayant comparé différentes formes de psychothérapie pour la schizophrénie**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gunderson et coll., 1984 Étude contrôlée randomisée note : 5,5 / 10	Thérapie psychodynamique (EIO) comparée à une thérapie « réalité adaptif-soutien » (RAS) 95 patients atteints de schizophrénie (critères Feighner) Patients randomisés aux thérapies pour au moins 6 mois de thérapie Analyses post-traitement, 12 mois et 2 ans de suivi sur de nombreuses mesures et variables cliniques	La thérapie RAS : effets spécifiques sur rechute et performance dans les rôles ; thérapie psychodynamique : plus bénéfique pour le fonctionnement du « moi » et la cognition
Eckman et coll., 1992 Étude contrôlée randomisée note : 7 / 10	TCC groupe, psychodynamique-de soutien thérapie de groupe (approximativement 80 séances); 41 patients adultes atteints de schizophrénie (DSM) Analyses post-traitement, 6 mois et 12 mois de suivi sur BPRS, et mesures des symptômes « négatifs »	A la fin du traitement, à 6 et à 12 mois de suivi, TCC : une amélioration dans la gestion de médicaments et des symptômes Psychodynamique de soutien : pas d'amélioration
Drury et coll., 1996a,b Étude contrôlée randomisée note : 7,5/10	CT (individuel et familial), thérapie de récréation (12 séances). 40 patients atteints de psychose fonctionnelle et en phase aiguë Analyses effectuées à post-traitement et à 9 mois suivi sur PAS, symptômes « positifs », et nombre de jours avant rémissions ou passés à l'hôpital	CT : réduction plus rapide des symptômes « positifs » (hallucinations, délire) post-traitement et suivi. CT : 50 % de moins de jours à l'hôpital et taux de rechute moins élevé à 9 mois
Hogarty et coll., 1997a,b Étude contrôlée randomisée note : 8,5/10	Thérapie « personnelle », thérapie familiale, thérapie de soutien ou combinaisons ; Les groupes étaient traités sur 3 ans (deux à trois fois par mois en moyenne). 151 patients 16 à 55 ans atteints de schizophrénie ou trouble schizo-affectif (RDC) Etude a : Analyses effectuées sur période de 3 ans par rapport au nombre de jours avant rechute Etude b : Analyses effectuées tous les 6 mois sur la période de 3 ans par rapport aux diverses mesures d'ajustement	Etude a : patients habitant en famille, thérapie personnelle plus efficace dans la prévention des rechutes que deux autres formes de thérapies combinées (tendance non-significative) (une différence significative a été obtenue en comparant seulement la thérapie personnelle avec la thérapie de soutien). Patients habitant seuls, thérapie personnelle significativement associée avec plus de rechutes Etude b : thérapie personnelle effets positifs sur ajustement social Patients habitant seuls, effets bénéfiques pour performance au travail et relations non-familiales, patients restés plus anxieux que thérapie de soutien ou thérapie familiale. Thérapie familiale meilleure sur amélioration des symptômes résiduels que thérapie personnelle

Tarrier 1998 Étude contrôlée randomisée note : 8,5/10	TCC, thérapie de soutien, soins habituels (2 heures /semaine pendant 10 semaines); 87 patients atteints de schizophrénie trouble schizo-affectif ou délire (DSM), avec hallucinations persistantes résistantes aux médicaments pour 6 mois ou plus Analyses post-traitement et à 1 an de suivi sur PSE, BPRS, SANS, nombre jours hospitalisation	Amélioration symptômes positifs (nombre et sévérité) plus importante dans le groupe TCC fin du traitement et maintenue pendant le suivi de 12 mois TCC : réduction de 50 % des symptômes TCC et thérapie de soutien moins de jours à l'hôpital que traitement standard
Haddock et coll., 1999 Étude contrôlée randomisée note : 8/10	TCC, psychothérapie de soutien avec psychoéducation (10 séances sur 5 semaines, et 4 séances après sortie de l'hôpital) ; 21 patients hospitalisés atteints de schizophrénie ou trouble schizo-affectif (DSM-IV), phase aiguë, atteints depuis moins de 5 ans Analyses centrées sur le nombre de jours avant la sortie de l'hôpital et avant rechute, et le BPRS, sur période de 2 ans	Les deux traitements ont amélioré les symptômes aigus Pas de différence durée de séjour, rechutes, nouvelle hospitalisation Tendence non significative dans le sens de moins de rechutes pour les TCC

SANS : échelle d'évaluation des symptômes positifs et négatifs dans la schizophrénie, BPRS : échelle abrégée d'évaluation psychiatrique

## Comparaison des psychothérapies pour les troubles alimentaires

Les données relatives aux troubles de l'alimentation, en particulier la boulimie et l'anorexie, sont suffisamment conséquentes pour que l'on puisse envisager de dégager la meilleure efficacité de certaines formes de psychothérapie (tableau 11.XIII). Une seule méta-analyse (Hartmann et coll., 1992) a été effectuée et spécifiquement pour la boulimie. L'examen des résultats des neuf études regroupées dans cette méta-analyse ne dégage aucune différence entre les diverses thérapies (~~TCC~~, psychodynamique, TCC, familiale, soutien standard). En ce qui concerne les études randomisées contrôlées, sept études sur la boulimie ont été conduites après 1992, date de la méta-analyse citée ci-dessus (Garner et coll., 1993 ; Fairburn et coll., 1995 ; Eisler et coll., 1997 ; Bachar et coll., 1999 ; Treasure et coll., 1999 ; Agras et coll., 2000 ; Wilfley et coll., 2002). Chacune de ces études a comparé au moins une forme de TCC avec d'autres formes de psychothérapie. Garner et coll. (1993) ont comparé la TCC à une thérapie psychodynamique de soutien et les ont trouvées toutes les deux efficaces, mais les différences significatives observées étaient en faveur de la TCC. Cependant, certaines études (ex. : Fairburn et coll., 1995) indiquent que les améliorations cliniques de la boulimie pourraient varier, plus en fonction des techniques spécifiques que des grandes approches thérapeutiques. Ces auteurs ont trouvé que l'approche cognitive ou comportementale ainsi que l'IPT focale étaient, toutes les deux, beaucoup plus efficaces que l'approche comportementale « pure », tandis qu'aucune différence significative n'était observée entre la TCC et l'IPT focale. Dans un protocole où tous les thérapeutes ont administré les deux traitements (Treasure et coll., 1999), la TCC était considérée comme équivalente à une forme de thérapie destinée à l'augmentation de la motivation du patient. Néanmoins, dans une étude de Bachar et coll. (1999), qui n'a pas effectué de comparaisons directes entre ces deux approches, la TCC semblait moins efficace que d'autres formes de thérapies telles que la SPT (*Self psychological treatment*).

Les deux études caractérisées par les scores les plus importants pour leur rigueur méthodologique (Agras et coll., 2000 ; Wilfley et coll., 2002) ont comparé la TCC à l'IPT. Chacune de ces études portait sur des effectifs importants et une période de suivi allant jusqu'à un an. Seule l'étude d'Agras et coll. (2000) a trouvé des avantages en fin de traitement pour la TCC et aucune des deux études n'a observé une différence au suivi. Enfin, la dernière étude concernant l'examen de patients atteints de boulimie a comparé la thérapie

familiale à une thérapie de soutien, administrée à un an après la sortie de l'hôpital. Aucune différence significative n'a été observée entre ces traitements (Eisler et coll., 1997). En revanche, cette étude a également comparé ces traitements pour des patients atteints d'anorexie et trouvé plusieurs différences significatives entre ces thérapies. En particulier, relativement à l'anorexie récente chez les sujets jeunes, la thérapie familiale apparaissant plus favorable que d'autres thérapies, cinq ans après traitement.

Concernant d'autres travaux sur l'anorexie, deux études ont utilisé une approche psychodynamique ou psychanalytique. Treasure et coll. (1995) ont trouvé que la thérapie psychodynamique était essentiellement équivalente, en ce qui concerne l'amélioration des symptômes, à une thérapie comportementale éducative. Dans l'étude de Dare et coll., (2001), les patients ont été randomisés par rapport aux thérapies psychanalytiques (50 minutes par semaine pendant 1 an), à la thérapie familiale (1,25 heure, de 1 à 3 fois par semaine, pendant un an), ou à la thérapie psychodynamique (1 séance par semaine pendant 20 semaines, puis 1 fois par mois pendant 3 mois). La thérapie psychodynamique n'était pas efficace en comparaison aux contacts cliniques standards. Cependant, les patients recevant une thérapie psychanalytique ou familiale montraient une meilleure amélioration au bout d'un an que les patients contrôles. Mais le manque d'égalité entre les durées de traitement empêche des conclusions concernant leur efficacité comparative.

**Tableau 11.XIII : Études comparant différentes formes de psychothérapie concernant les troubles des conduites alimentaires**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Hartmann et coll., 1992 Méta-analyse note : 4 /7	Diverses approches psychothérapeutiques pour la boulimie (y compris TCC, soutien, familiale, psychodynamique); 9 études pré-post, (critères DSM ou Russell) Tailles d'effet ajustées pour tous protocoles « pré-post » (méthode Laessle) sur divers aspects de boulimie	Aucune approche psychothérapeutique n'est supérieure aux autres
Garner et coll., 1993 Étude contrôlée randomisée note : 8,5/10	TCC, psychodynamique-thérapie de soutien (19 séances); 60 femmes souffrant de boulimie (DSM et Russell) Analyses effectuées à mi-traitement, fin traitement et 3, 6 et 12 mois de suivi sur symptômes boulimie, anxiété, dépression, estime de soi	Les deux groupes se sont améliorés progressivement Lorsque résultats différents, TCC plus efficace que thérapie psychodynamique TCC améliorations du vomissement, des attitudes négatives vis-à-vis de la nourriture, la dépression, la détresse psychologique, l'estime de soi
Treasure et coll., 1995 Étude contrôlée randomisée note : 6,5/10	Psychodynamique, comportementale/éducative (20 séances) ; 30 patients adultes souffrant d'anorexie (ICD-10) Analyses effectuées à post-traitement, puis à 3, 6, 9 et 12 mois de suivi sur variables de l'entretien clinique de Morgan et Russell	Au bout d'un an aucune différence objective entre les deux groupes Groupe psychodynamique : sentiment subjectif d'avoir progressé davantage
Fairburn et coll., 1995 Étude contrôlée randomisée note : 8,5/10	TCC, comportementale, ou psychothérapie focale (19 séances) ; 89 patients souffrant de boulimie (DSM-IV) Analyses effectuées sur psychopathologie générale et boulimie, ajustement	Thérapie comportementale : les moins bons résultats. TCC trois fois plus de rémission que thérapie comportementale Psychothérapie focale deux fois plus de rémissions que thérapie comportementale (aucune différence significative entre TCC et IPT)



Eisler et coll., 1997; Russell et coll., 1987 Étude contrôlée randomisée note : 7,5/10	Thérapie familiale, thérapie de soutien individuelle; 57 patients souffrant d'anorexie et 23 patients souffrant de boulimie (14 à 55 ans) Analyses effectuées au suivi de 5 ans sur poids et problèmes de comportement alimentaire depuis fin traitement	Pas de différence significative entre les thérapies pour la boulimie, l'anorexie tardive, ou l'anorexie précoce persistante Anorexie précoce récente, la thérapie familiale : meilleurs résultats en fin de traitement et à 5 ans de suivi
Treasure et coll., 1999 Étude contrôlée randomisée note : 6/10	Thérapie « Motivational Enhancement » (MET), TCC (groupe et individuelle), ou combinaison (12 séances) ; 125 patients adultes souffrant de boulimie DSM-IV (âge moyen 28 ans) Analyses effectuées à post-traitement sur auto-évaluations et évaluations par clinicien sur divers critères de boulimie	Pas de différence entre le MET et la TCC dans la réduction des symptômes boulimiques
Bachar et coll., 1999 Étude contrôlée randomisée note : 6/10	Traitement psychologique de soi (Self psychological treatment : SPT), traitement d'orientation cognitive (COT) ou thérapie contrôle, nutrition (C/NC) 25 patients souffrant de boulimie et 8 d'anorexie (DSM-IV) Analyses effectuées à post-traitement sur critères diagnostic de boulimie ou anorexie (DSM), ou auto-évaluations de symptomatologie (BSI, EAT 26)	Comparaisons intra-groupes : seule la SPT significativement associée à une amélioration COT améliorations mineures non significatives C/NC pas d'amélioration
Agras et coll., 2000 Étude contrôlée randomisée note : 10/10	TCC ou IPT (19 séances); 220 patients souffrant de boulimie (âge moyen 28 ans) Analyses effectuées à post-traitement et à 4, 8, et 12 mois de suivi sur entretien de psychopathologie générale et spécifique à la boulimie, autoévaluation de l'estime de soi et fonctionnement interpersonnel	TCC meilleurs résultats que l'IPT à la fin du traitement pour pourcentage de patients rétablis, pourcentage de rémission et pourcentage proche de la normale pour attitudes et aux comportements alimentaires Aucune différence entre les groupes pour le pourcentage des patients rétablis au suivi
Dare et coll., 2001 Étude contrôlée randomisée note : 6/10	Thérapie psychoanalytique ou psychodynamique (deux formes), thérapie familiale ou traitement habituel (contact clinique standard) 84 patients souffrant d'anorexie (DSM-IV) âge moyen= 26 ans Analyses effectuées à post-traitement et 1 an sur poids, symptômes persistants, et fonctionnement social ou professionnel	Thérapie psychanalytique FPT et thérapie familiale meilleurs résultats que les groupes contrôles non traités à un an Thérapie psychodynamique CAT pas supérieure aux contrôles non traités
Wilfley et coll., 2002 Étude contrôlée randomisée note : 10/10	TCC groupe ou IPT groupe, 162 patients avec boulimie Patients randomisés aux thérapies pour 20 séances de 90 minutes en groupe thérapie et 3 séances individuelles Analyses post-traitement et à 1 an sur psychopathologie générale et spécifique, poids, estime de soi et fonctionnement social	IPT et TCC taux de réduction significatifs pour crises de boulimie post-traitement, et au bout d'un an Pas de différence entre ces thérapies

## Troubles de la personnalité et autres syndromes cliniques

La littérature internationale et scientifique sur les troubles de la personnalité chez les adultes ne permet pas de présenter une analyse comparative des différentes psychothérapies. En effet, si une base de données considérable existe pour soutenir l'utilisation de certaines formes de thérapie pour ces troubles, il y a un manque de méta-analyses et peu d'études randomisées contrôlées comparant directement les différentes approches. Le lecteur pourra,

toutefois, effectuer des comparaisons entre les psychothérapies en utilisant les résultats des études comparant chaque approche à des groupes non traités (résultats présentés dans d'autres chapitres de cette expertise). Certaines de ces méta-analyses et études randomisées contrôlées indiquent des effets positifs, à la fois de la TCC et de l'approche psychodynamique, pour certains troubles de la personnalité (Bateman et Fonagy, 1999 ; Linehan et coll., 1991, 1993 et 1994 ; Leichsenring et Leibing, 2003). Enfin, en ce qui concerne la dépendance à l'alcool, la littérature comparant les formes de psychothérapie paraît très restreinte. Pour cette raison, il ne semble pas possible à l'heure actuelle de formuler des conclusions fiables sur leur efficacité comparative.

## **Analyses globales chez l'enfant**

Si le nombre d'études contrôlées disponibles chez l'enfant et l'adolescent est beaucoup plus restreint que celui des études concernant les psychothérapies de l'adulte, plusieurs synthèses générales et méta-analyses sur ces populations ont été publiées (pour revue, Target et Fonagy, 1997 ; Weisz et Jensen, 2001). Globalement, les méta-analyses sur les traitements psychothérapeutiques chez l'enfant et l'adolescent font apparaître des améliorations significatives liées au traitement. La taille d'effet moyenne est comparable à celle issue des méta-analyses réalisées chez l'adulte : à l'issue de la psychothérapie, un nombre significativement plus élevé d'enfants traités vont mieux que des sujets contrôles non traités. Cependant, les effets du traitement sont plus importants sur les mesures évaluant les symptômes psychiatriques que sur celles décrivant l'adaptation psychosociale ou les performances globales. Les mesures les moins sensibles au changement au cours du traitement sont celles évaluant les caractéristiques de la personnalité. De plus, les enfants les plus jeunes (moins de 12 ans) ont une plus grande probabilité de s'améliorer que les adolescents, mais cet effet de l'âge est modéré par celui de l'expérience du thérapeute et celui du type de thérapie utilisé.

En ce qui concerne la comparaison entre les psychothérapies pour l'enfant et l'adolescent, des études permettent plusieurs constats qui vont dans le sens des résultats présentés précédemment. Dans les analyses globales (tous troubles confondus), les tailles d'effet sont supérieures pour les traitements TCC comparés aux traitements non TCC, et légèrement plus grandes pour les thérapies familiales ou de soutien comparés aux traitements psychodynamiques. Les principaux travaux de ce type sont présentés dans le tableau 11.XIV.

L'examen de 75 études portant sur des enfants et des adolescents a permis à Casey et Berman (1985) d'établir que la TCC était significativement plus efficace que les thérapies non TCC. De plus, tandis que les effets de la plupart des formes spécifiques de psychothérapie étaient significativement supérieurs à zéro (tailles d'effets des thérapies comportementales = 0,96, cognitivo-comportementales = 0,81, soutien = 0,49), ce n'était pas le cas de la thérapie psychodynamique (taille d'effet = 0,21). Des résultats semblables ont été observés dans une méta-analyse ultérieure menée par Weisz et coll. (1987), qui ont analysé 108 études (30 % examinées par Casey et Berman, 1985). Dans cette étude, les approches TCC se sont, encore une fois, avérées plus efficaces que les formes de traitement non TCC. Parmi ces dernières, l'effet de la thérapie de soutien (ES = 0,56) était significativement supérieur à zéro, contrairement à celui de la thérapie psychodynamique (ES = 0,01). Il est nécessaire d'interpréter ce dernier résultat avec prudence, puisque seulement trois études de qualité sur la thérapie psychodynamique ont pu être identifiées par les auteurs.

En ce qui concerne les modalités thérapeutiques, la méta-analyse d'onze études de Hazelrigg et coll. (1987) a souligné l'utilité de la thérapie familiale (d'orientations diverses) comparée aux psychothérapies individuelles et de groupe (psychodynamique, TCC, soutien, autres).

---

En particulier, la thérapie familiale était significativement plus efficace que les thérapies effectuées en groupe ou individuellement avec le patient pour les mesures d'interaction familiale et pour les mesures du comportement de l'enfant.

Enfin, la méta-analyse de Weisz et coll (1995) a examiné les études récentes, non traitées par Casey et Berman (1985) et Weisz et coll. (1987). Ces auteurs ont observé que la TCC était significativement plus efficace que les thérapies non TCC (thérapie psychodynamique ou de soutien). De plus, les analyses des études avec suivi ont montré que les effets supérieurs de la TCC observés à la fin du traitement n'étaient pas moins durables que les effets des thérapies non TCC. En ce qui concerne les formes spécifiques de thérapie (TCC, thérapie psychodynamique, thérapie de soutien), seuls les effets de la TCC étaient significativement différents de zéro.

**Tableau 11.XIV : Méta-analyses globales et revues de la littérature sur l'efficacité des psychothérapies chez l'enfant et l'adolescent**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Casey et Berman, 1985 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	75 études contrôlées; publiées de 1952 à 1983; enfants d'âge moyen <13 ans; groupe contrôle issu de la même population que groupe traité; TCC comparée aux thérapies 'non-TCC' (psychodynamique, soutien, autre) pour les enfants atteints de divers troubles Taille d'effet calculée selon d scores à post-traitement	Taille d'effet moyenne = 0,71 pour 64 études (sujet traité moyen >76 % des sujets contrôlés). La TCC (ES = 0,91) était significativement plus efficace que les thérapies non-TCC (ES = 0,40)
Weisz et coll., 1987 <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	108 études de psychothérapie (dont 30 % examinées par Casey et Berman); publiées de 1970 à 1985; enfants de 4 à 18 ans atteints de divers troubles Taille d'effet calculée selon d scores à post-traitement ou suivi (durée non-spécifiée)	ES moyen = 0,79 (sujet traité moyen > 79 % des sujets contrôlés, TC (126 comparaisons), et ces effets étaient plus importants au suivi qu'à la fin du traitement. Les approches TCC (ES = 0,88) étaient significativement plus efficaces que les approches non-TCC (ES = 42). Parmi les thérapies non-TCC, l'effet de la thérapie de soutien (ES = 0,56) était significativement différente de zéro, mais non pas l'effet de thérapie psychodynamique (ES = 0,01)
Hazelrigg et coll., 1987 <i>Méta-analyse</i> note : 7/7	11 études de thérapie familiale comparées aux thérapies individuelle ou de groupe (psychodynamique, comportementale, soutien, autres) pour les enfants et adolescents en majorité atteints de troubles du comportement Taille d'effet calculée selon d scores à post-traitement ou suivi de 6 semaines jusqu'à 3 ans	La thérapie familiale était significativement plus efficace que les thérapies effectuées en groupe ou individuellement avec le patient pour les mesures d'interaction familiale et pour les mesures du comportement de l'enfant à la fin du traitement. Au suivi, les effets thérapeutiques ont diminué en taille, mais 36% des patients traités avec une thérapie familiale sont revenus en traitement en comparaison avec 58% d'autres patients
Weisz et coll., 1995 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Comparé 150 études contrôlées des thérapies TCC ou non-TCC (rogerienne, psychodynamique) pour divers troubles chez l'enfant Taille d'effet calculée selon d scores à post-traitement ou suivi (de 28 semaines en moyenne)	La TCC était significativement plus efficace que les thérapies non-TCC. Ces effets n'étaient pas différents selon la nature du trouble chez l'enfant

NS : différence non significative, ES : *effect size* ou taille d'effet, TC : thérapie comportementale, non TC : thérapie non comportementale

## Analyse par troubles spécifiques chez l'enfant

En ce qui concerne les thérapies pour troubles spécifiques, les comparaisons entre approches sont relativement limitées en nombre, à l'exception de celles relatives à la dépression et aux troubles anxieux. Concernant ces syndromes, les investigations comparatives chez l'enfant et l'adolescent ont tendance à montrer des résultats très similaires à ce qui est observé chez l'adulte. À titre d'exemple, le tableau 11.XV présente une synthèse des études récentes de bonne qualité méthodologique ayant comparé plusieurs formes de psychothérapie pour la dépression.

Un programme de recherche de Brent et coll. (Brent et coll., 1997 et 1998 ; Birmaher et coll., 2000 ; Kolko et coll., 2000) a comparé TCC, thérapie familiale systémique comportementale et thérapie de soutien pour des adolescents atteints de la dépression majeure. Ces études ont inclus non seulement les diverses mesures de la dépression (effectuées par les cliniciens ou par les patients eux-mêmes) mais également une période de suivi de deux ans. Ces investigateurs ont trouvé que la TCC était supérieure aux deux autres formes de thérapie à la fin du traitement pour la symptomatologie dépressive, mais que ces différences n'étaient plus significatives à deux ans de suivi. En ce qui concerne les symptômes autres que la dépression, la TCC s'est avérée supérieure pour les distorsions cognitives en fin traitement et supérieure à la thérapie de soutien durant tout le suivi. En revanche, la thérapie familiale s'est révélée plus bénéfique que la TCC pour les problèmes familiaux et les relations parents-enfants à 2 ans de suivi, même si l'on a constaté que la thérapie de soutien et la TCC réduisaient l'anxiété davantage que la thérapie familiale sur cette même période. Cependant, puisqu'aucun groupe non traité n'a été utilisé dans le cadre de ces investigations, il est impossible de déterminer à quel degré on peut imputer les résultats consécutifs à 2 années de traitement à l'amélioration naturelle de la dépression au fil du temps dans cette population. Parmi d'autres études contrôlées, Rossello et coll. (1999) n'ont décelé aucune différence entre l'IPT et la TCC, bien que l'on ait constaté que les niveaux de dépression des adolescents des deux groupes traités avaient été bien améliorés comparativement à ceux des adolescents de la liste d'attente. Enfin, Deblinger et coll. (2001) ont examiné les effets des thérapies TCC et de soutien par rapport aux symptômes dépressifs et à ceux liés à un traumatisme chez des enfants maltraités et leurs mères (qui n'étaient pas les auteurs des mauvais traitements). Les thérapies ont, toutes deux, été administrées en groupes, mais les séances TCC étaient légèrement plus longues que les séances de soutien. Les deux groupes ont montré de nets signes d'amélioration, mais la TCC s'est avérée supérieure pour les pensées intrusives des mères ou les comportements d'auto-protection des enfants.

**Tableau 11.XV : Études comparant différentes formes de psychothérapie concernant la dépression de l'enfant et de l'adolescent**

Références	Description	Résultats
Appréciation méthodologique		
Brent et coll., 1997; 1998 Birmaher et coll., 2000 Etude contrôlée randomisée note : 9,5/10	TCC, thérapie familiale systémique comportementale, thérapie de soutien (12 à 16 semaines) ; 107 adolescents (13 à 18 ans) souffrant de dépression majeure (DSM-3-R) Analyses effectuées à post-traitement et à 2 ans de suivi sur : dépression (diagnostic et BDI) et mesures de fonctionnement	Effets des psychothérapies sur la dépression à la fin du traitement TCC significativement plus bénéfique que les thérapies familiales et de soutien. Au bout de deux ans, aucune différence entre les trois thérapies en termes de symptomatologie dépressive, de statut fonctionnel, des variables cognitives ou familiales

Rossello et coll., 199 Etude contrôlée randomisée note : 8,5/10	TCC, IPT (12 séances) et liste d'attente; 71 adolescents (13 à 17 ans) souffrant de dépression majeure ou dysthymie (DSM-3-R) Analyses effectuées à post-traitement et suivi diverses mesures de dépression, ajustement, autres variables psychologiques	A la fin du traitement l'IPT et la TCC significativement supérieures à la liste d'attente pour la dépression, mais non distinguées l'une de l'autre, et aucune différence pendant le suivi
Deblinger et coll., 2001 Etude contrôlée randomisée note : 7/10	TCC groupe, thérapie de soutien groupe (11 séances, 15 minutes de plus pour TCC groupe) ; 54 mères et leurs enfants abusés (de 2 à 8 ans) Analyses effectuées à post-traitement et à 3 mois de suivi sur diverses mesures psychologiques et psychiatriques pour les mères et enfants	Amélioration dans les deux groupes en ce qui concerne les mesures cliniques. Pour les mères, après traitement, la TCC associée à une plus grande réduction des pensées intrusives et des émotions négatives. Pour les enfants, la TCC associée à une plus grande amélioration de la connaissance des savoir-faire pour préserver son corps. Gains maintenus pour les deux groupes au suivi
Kolko et coll., 2000 (associé avec Brent, 1997) Etude contrôlée randomisée note : 9/10	TCC, thérapie familiale systémique comportementale, ou thérapie de soutien (12 à 16 semaines) ; 78 adolescents (13 à 18) souffrant de dépression (DSM-3-R) Analyses effectuées à mi-traitement, post-traitement et 2 ans de suivi en ce qui concerne depression diagnostique (DSM-3-R), comorbidité et diverses mesures de fonctionnement	TCC supérieure aux autres thérapies pour réduire les erreurs cognitives après traitement, et demeure supérieure à la thérapie de soutien durant tout le suivi. Au bout de deux ans, thérapie familiale plus bénéfique que TCC pour les problèmes familiaux et relations parents- enfants. Thérapie de soutien et TCC réduisaient l'anxiété davantage que thérapie familiale sur le suivi

Avant d'analyser les résultats, il est nécessaire d'observer quelques points faibles de cette littérature sur l'enfant et l'adolescent. Les critiques dénoncent souvent la sous-représentation, dans les méta-analyses publiées, des études sur les non TCC (notamment psychodynamiques), bien que celles-ci soient les traitements les plus utilisés en pratique clinique (Shirk et Russell, 1992). Lorsque de telles études sont inclusives, elles sont peu représentatives de la pratique clinique, parce que trop brèves et, le plus souvent, pratiquées en groupe. De plus, certaines méta-analyses n'ont inclus qu'une minorité de sujets demandeurs de soins ; par exemple, une étude sur quatre dans la méta-analyse de Casey et Berman (1985) était fondée sur des échantillons de ce type. Une étude qui a directement examiné les différences entre les échantillons demandeurs de soins et les autres a observé que les différentes formes de psychothérapie sont également efficaces quelle que soit l'origine de l'échantillon (Weisz et coll., 1987), tandis qu'une autre a trouvé que des différences pourraient exister selon les approches statistiques appliquées (Weisz et coll., 1995). D'autres problèmes concernent, notamment, le manque de distinction systématique entre les échantillons d'enfants et d'adolescents. Enfin, les résultats des méta-analyses contredisent parfois l'expérience clinique, au point que certains ne recommandent pas de les utiliser dans les prévisions pour le développement des services cliniques pour l'enfant.

## Conclusion : résumé et synthèse

**En conclusion**, l'abondance de comparaisons entre les différentes formes de psychothérapie, comparaisons directes entre elles ou en fonction d'un critère commun, a permis d'importantes observations. Si les premières méta-analyses sur l'évaluation ont abouti à la conclusion que la psychothérapie (toutes formes confondues) est bénéfique en comparaison avec une absence de thérapie, il est désormais clair que des différences significatives existent entre les différentes approches. Les effets les plus positifs sont à porter au crédit des approches cognitives et comportementales dans les comparaisons globales, sachant que les

troubles anxieux et les troubles de l'humeur représentent la majorité des syndromes psychiatriques inclus dans ces méta-analyses.

### Mettre ici un tableau récapitulatif

En ce qui concerne les analyses par trouble spécifique, la TCC se révèle plus efficace que la thérapie psychodynamique dans les études où plusieurs troubles anxieux ont été examinés ensemble et pour le trouble de l'anxiété généralisé. La TCC apparaît également comme plus efficace que les thérapies de soutien pour toutes les catégories de troubles anxieux pour lesquelles des études randomisées et contrôlées existent. L'ensemble des études montre que les gains thérapeutiques sont stables dans le temps pour la majorité des patients souffrant de troubles anxieux. Ces études n'ont pas rapporté de substitution de symptômes dans les mois ou années qui constituent la période de suivi consécutive au traitement.

Pour la dépression, les méta-analyses et les études randomisées contrôlées montrent, le plus souvent, une supériorité de la TCC par rapport à une thérapie psychodynamique ou à une thérapie de soutien. Par ailleurs, les résultats favorables de l'IPT pour ce trouble pourraient indiquer que cette forme de psychothérapie, brève et structurée, est tout aussi efficace que la TCC. Comme pour les troubles anxieux, ces deux formes de thérapie ne semblent associées ni à une substitution de symptômes ni à une amélioration moins durable que celle apportée par d'autres formes de psychothérapie.

En ce qui concerne la schizophrénie, les résultats de l'approche familiale psycho-éducative et de la TCC, toutes les deux en conjonction avec la pharmacothérapie, justifient une présomption d'efficacité supérieure par rapport à la thérapie psychodynamique et aux thérapies de soutien.. Leur équivalence relative dans ces études n'est peut-être pas surprenante, étant donné le fort lien historique et pragmatique entre ces approches. De plus, il a été démontré que les résultats positifs de l'évaluation des effets d'une psychothérapie, quel qu'en soit le type, augmentent quand l'évaluation s'effectue avec des critères qui sont spécifiques au traitement (Shadish et coll., 2000). Des objectifs spécifiques, centrés sur les symptômes ou le fonctionnement du patient, sont fréquemment utilisés pour évaluer les formes de psychothérapie structurées telles que la TCC, la psycho-éducation, ou encore d'autres approches comme l'IPT.

Quant à la dépendance à l'alcool, les troubles de la personnalité chez l'adulte et certains troubles de l'enfance, il n'est pas possible d'identifier avec certitude une forme de psychothérapie plus efficace qu'une autre en raison d'un manque de méta-analyses et d'études randomisées contrôlées comparatives. Pour les troubles du comportement alimentaire, cependant, malgré un nombre d'investigations comparatives plus important, aucune différence significative n'est rapportée entre les trois approches traitées dans cette expertise. Ces derniers résultats pourraient suggérer une équivalence des psychothérapies en termes d'efficacité ou la présence de problèmes méthodologiques ou conceptuels liés à l'hétérogénéité des échantillons examinés.

L'analyse des études évaluatives comparatives permet de présenter une hiérarchie entre les diverses formes de thérapie, y compris lorsque plusieurs se sont révélées efficaces. Cette analyse complète donc celle réalisée dans les autres chapitres dans lesquels l'efficacité absolue des trois types de psychothérapies (psychodynamique, TCC, thérapie familiale) a été établie dans le traitement des troubles mentaux par rapport à un traitement inactif, une liste d'attente, ou une pharmacothérapie.

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

- ABLON JS, JONES EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy : Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 2002, **159** : 775-783
- AGOSTI V, OCEPEK-WELIKSON K. The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression : a reanalysis of the National Institute of Mental health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Affect Disord* 1997, **43** : 181-186
- AGRAS WS, WALSH T, FAIRBURN CG, WILSON GT, KRAEMER HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000, **57** : 459-466
- ANDERSON EM, LAMBERT MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy : a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 1995, **15** : 503-214
- ANDREWS G, HARVEY R. Does psychotherapy benefit neurotic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 1203-1208
- BACHAR E, LATZER Y, KREITLER S, BERRY EM. Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1999, **8** : 115-128
- BANDELOW B, ROTHMEYER M, SIEVERT K, HAJAK G, RUTHER E. Panic disorder-acceptance of the diagnostic entity and treatment modalities preferred by German health professionals. *European Psychiatry* 1996, **11** : 298-305
- BARKHAM M, SHAPIRO DA, HARDY GE, REES A. Psychotherapy in two-plus-one sessions : outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 201-211
- BARKHAM M, REES A, SHAPIRO DA, STILES WB, AGNEW RM et coll. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings : replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 1079-1085
- BATEMAN A, FONAGY P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1563-1569
- BECK AT, EMERY G. Anxiety disorders and phobias : A cognitive perspective. BasicBooks/HarperCollins Publishers, New-York 1985
- BECK AT, SOKOL L, CLARK DA, BERCHICK R, WRIGHT F. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 778-783
- BIRMAHER B, BRENT DA, KOLKO D, BAUGHER M, BRIDGE J et coll. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000, **57** : 29-36
- BLANCHARD EB, HICKLING EJ, DEVINENI T, VEAZEY CH, GALOVSKI TE, MUNDY E, MALTA LS, BUCKLEY TC. A controlled evaluation of cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behav Res Ther* 2003, **41** : 79-96
- BLOWERS C, COBB J, MATHEWS A. Generalised anxiety : a controlled treatment study. *Behav Res Ther* 1987, **25** : 493-502
- BORKOVEC TD, COSTELLO E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 611-619
- BORKOVEC TD, MATHEWS AM, CHAMBERS A, EBRAHIMI S, LYTLE R, NELSON R. The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 883-888
- BRENT DA, HOLDER D, KOLKO D, BIRMAKER B, BAAUGHER M et coll. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 877-885
- BRENT DA, KOLKO DJ, BIRMAHER B, BAUGHER M, BRIDGE J, ROTH C, HOLDER D. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 906-914
-

- BRIGHT J IVEY, BAKER KURT D, NEIMEYER ROBERT A. Professional and paraprofessional group treatments for depression : A comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 491-501
- BROM D, KLEBER R, DEFARES P. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 607-612
- BRUCH MA, HEIMBERG RG, HOPE DA. States of mind model and cognitive change in treated social phobics. *Cog Therapy Res* 1991, **15** : 429-441
- CRASKE MG, MAIDENBERG E, BYSTRITSKY A. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1995, **26** : 113-120
- CASEY RJ, BERMAN JS. The outcome of psychotherapy with children. *Psychol Bull* 1985, **98** : 388-400
- COOPER PJ, MURRAY L. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. *In* : Post partum depression and infant development. MURRAY L, COOPER PJ eds. 1997 : 201-220
- COTTRAUX J, NOTE I, ALBUISSON E, YAO SN, NOTE B et coll. Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia : a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2000, **69** : 137-146
- COVI L, LIPMAN RS, SMITH JE. Group psychotherapy and pharmacotherapy of depression. *In* : Combined therapy for depression. MANNING DW, FRANCES AJ eds, American Psychiatric Association, 1990 : 65-111
- CRITS-CHRISTOPH P, BARANACKIE K, KURCIAS JS, BECK AT, CARROL K, PERRY K et coll. Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychother Res* 1991, **1** : 81-91
- CUIJPERS P. Psychological outreach programmes for the depressed elderly : a meta-analysis of effects and dropout. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998, **13** : 41-48
- DARE C, EISLER I, RUSSELL G, TREASURE J, DODGE L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa : randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001, **178** : 216-221
- DEBLINGER E, STAUFFER L, STEER R. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Abuse of Children. Child Maltreatment : J Am Professional Society* 2001, **6** : 332-343
- DEPARTMENT OF HEALTH, UNITED KINGDOM. Treatment choice in psychological therapies and counselling : Evidence based clinical practice guidelines. 2000  
[www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline](http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline)
- DOBSON KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 414-419
- DRURY V, BIRCHWOOD M, COCHRANE R, MACMILLAN F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis : a controlled trial. II. Impact on recovery time. *Br J Psychiatry* 1996a, **169** : 602-607
- DRURY V, BIRCHWOOD M, COCHRANE R, MACMILLAN F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis : a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996b, **169** : 593-601
- DURHAM RC, MURPHY T, ALLAN T, RICHARD K, TRELIVING LR, FENTON GW. Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 1994, **165** : 315-323
- DURHAM RC, FISHER PL, TRELIVING LR. One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder : symptom change medication usage and attitudes to treatment. *Behav Cognitive Psychother* 1999, **27** : 19-35
- ECKMAN TA, WIRSHING WC, MARDER SR, LIBERMAN RP, JOHNSTON-CRONK K et coll. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management : a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1549-1555
-



- EISLER I, DARE C, RUSSELL GF, SZMUKLER G, LE GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1025-1030
- ELKIN I, PARLOFF MB, HADLEY SW, AUTRY JH. NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program : Background and research plan. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 305-316
- ELKIN I, SHEA MT, WATKINS JT, IMBER SD, SOTSKY SM et coll. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989, **46** : 971-982
- ENGELS GI, VERMEY M. Efficacy of nonmedical treatments of depression in elders : a quantitative analysis. *J Clin Geropsychology* 1997, **3** : 17-35
- FAIRBURN CG, NORMAN PA, WELCH SL, O'CONNOR ME, DOLL HA, PEVELER RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995, **52** : 304-312
- FISHER PL, DURHAM RC. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy : an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychol Med* 1999, **29** : 1425-1434
- FOA EB, ROTHBAUM BO, RIGGS DS, MURDOCK TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims : a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 715-723
- GALLAGHER DE, THOMPSON LW. Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and nonendogenous depression in older adult outpatients. *J Gerontol* 1983, **38** : 707-712
- GALLAGHER DE, THOMPSON LW. Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychother Theory Res Pract* 1982, **19** : 482-490
- GALLAGHER-THOMPSON D, STEFFEN AM. Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 543-549
- GARNER DM, ROCKERT W, DAVIS R, GARNER MV, OLMSTED MP, EAGLE M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993, **150** : 37-46
- GATZ M, FISKE A, FOX LAUREN S, KASKIE BRIAN, KASL-GODLEY. Empirically validated psychological treatments for older adults. *J Ment Health Aging* 1998, **4** : 9-46
- GLOAGUEN V, COTTRAUX J, CUCHERAT et coll. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998, **49** : 59-72
- GRAFF RW, WHITEHEAD GI, LECOMPTE M. Group treatment with divorced women using cognitive-behavioral therapy and supportive-insight methods. *J Conselling Psychol* 1986, **33** : 276-281
- GUNDERSON JG, FRANK AF, KATZ HM, VANNICELLI ML, FROSCH JP, KNAPP PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia : II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984, **10** : 564-598
- HADDOCK G, TARRIER N, MORRISON AP, HOPKINS R, DRAKE R, LEWIS S. A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999, **34** : 254-258
- HARDY GE, STILES WB, BARKHAM M, STARTUP M. Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 304-312
- HARTMANN A, HERZOG T, DRINKMANN A. Psychotherapy of bulimia nervosa : what is effective? A meta-analysis. *J Psychosom Res* 1992, **36** : 159-167
- HAZELRIGG MD, COOPER HM, BORDUIN CM. Evaluating the effectiveness of family therapies : an integrative review and analysis. *Psychol Bull* 1987, **101** : 428-442
- HEIMBERG RG, LIEBOWITZ MR, HOPE DA, SCHNEIER FR, HOLT CS et coll. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia : 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1998, **55** : 1133-1141
-

- HOGARTY GE, GREENWALD D, ULRICH RF, KORNBLITH SJ, DIBARRY A et coll. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II : Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997a, **154** : 1514-1524
- HOGARTY GE, KORNBLITH SJ, GREENWALD D, DIBARRY AL, COOLEY S et coll. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I : Description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry* 1997b, **154** : 1504-1513
- HOGG JA, DEFFENBACHER JL. A comparison of cognitive and interpersonal-process group therapies in the treatment of depression among college students. *J Couns Psychol* 1988, **35** : 304-310
- JARRETT RB, RUSH AJ. Short-term psychotherapy of depressive disorders : current status and future directions. *Psychiatry* 1994, **57** : 115-132
- KNIGHT RP. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941, **98** : 434-446
- KOLKO D, BRENT D, BAUGHER M, BRIDGE J, BIRMAHER B. Cognitive and family therapies for adolescent depression : Treatment specificity, mediation, and moderation. *J Consult Clin Psychol* 2000, **68** : 603-614
- LEICHSENRING F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression : a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001, **21** : 401-419
- LEICHSENRING F, LEIBING E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of personality disorders : A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 1223-1232
- LIBERMAN RP, ECKMAN T. Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 1126-1130
- LINEHAN MM, ARMSTRONG HE, SUAREZ A, ALLMON D, HEARD HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 1060-1064
- LINEHAN MM, HEARD HL, ARMSTRONG HE. Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1993, **50** : 971-974
- LINEHAN MM, TUTEK DA, HEARD HL, ARMSTRONG HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioural treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 1994, **151** : 1771-1776
- LUBORSKY L, SINGER B, LUBORSKY L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry* 1975, **32** : 995-1008
- MATT G, NAVARRO A. What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects : A review and future directions. *Clin Psychol Rev* 1997, **17** : 1-32
- MCCUSKER J, COLE M, KELLER E, BELLAVANCE F, BERARD A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998, **158** : 705-712
- MCLEAN PD, HAKSTIAN AR. Clinical depression : comparative efficacy of outpatient treatments. *J Consult Clin Psychol* 1979, **47** : 818-836
- MOHR DC, BOUDEWYN AC, GOODKIN DE, BOSTROM A. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2001, **69** : 942-949
- MOJTABAI R, NICHOLSON RA, CARPENTER BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia : a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998, **24** : 569-587
- PARKER G, ROY K, EYERS K. Cognitive behavior therapy for depression? Choose horses for courses. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 825-34
- PAUL GL. Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. *J Consult Clin Psychol* 1967, **31** : 333-348
- PINQUART M, SOERENSEN S. How effective are psychotherapeutic and other psychosocial intervention with older adults ? A meta analyse. *J Ment Health Aging* 2001, **7** : 207-243
-

- ROSSELLO J, GUILLERMO B. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1999, **5** : 734-745
- SEGAL ZV, WHITNEY DK, LAM RX. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. III. Psychotherapy. *Can J Psychiatry* 2001, **46** : 29-37
- SHADISH WR, MONTGOMERY LM, WILSON P, WILSON MR, BRIGHT I, OKWUMABUA T. Effects of family and marital psychotherapies : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 992-1002
- SHADISH WR, NAVARRO, AM, MATT GE, PHILLIPS G. The effects of psychological therapies under clinically representative conditions : A meta-analysis. *Psychol Bull* 2000, **126** : 512-529
- SHAPIRO DA, SHAPIRO D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies : a replication and refinement. *Psychol Bull* 1982, **92** : 581-604
- SHAPIRO DA, BARKHAM M, REES A, HARDY GE, REYNOLDS S, STARTUP M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 522-534
- SHEAR MK, HOUCK P, GREENO C, MASTERS S. Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 1993-1998
- SHIRK SR, RUSSELL RL. A reevaluation of estimates of child therapy effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 703-709
- SMITH ML, GLASS GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977, **32** : 752-760
- STANLEY MA, BECK JG, GLASSCO JD. Treatment of generalized anxiety in older adults : a preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behav Ther* 1996, **27** : 565-581
- STEUER JL, MINTZ J, HAMMEN CL, HILL MA, JARVIK LF, MCCARLEY T, MOTOIKE P, ROSEN R. Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 180-189
- SVARTBERG M, SELTZER MH, STILES TC. The effects of common and specific factors in short-term anxiety-provoking psychotherapy : a pilot process-outcome study. *J Nerv Ment Dis* 1998, **186** : 691-696
- SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES. Code de déontologie des psychologues AEPU, ANOP, SFP. Code adopté à l'unanimité par le Congrès du SNP le 31 mars 1996
- TANG TZ, LUBORSKY L, ANDRUSYNA T. Sudden gains in recovering from depression : are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy ? *J Consult Clin Psychol* 2002, **70** : 444-447
- TARGET M, FONAGY P. Research on intensive psychotherapy with children and adolescents. *Child Adol Psychiatric Clin North Am* 1997, **6** : 39-51
- TARRIER N, YUSUPOFF L, KINNEY C, MCCARTHY E, GLEDHILL A, HADDOCK G, MORRIS J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 1998, **317** : 303-307
- THASE M, FRIEDMAN E, BERMAN S, FASICZKA A, LIS, J, HOWLAND R, SIMONS A. Is cognitive behavior therapy just a 'nonspecific' intervention for depression? A retrospective comparison of consecutive cohorts treated with cognitive behavior therapy or supportive counselling and pill placebo. *J Affect Disord* 2000, **57** : 63-71
- THOMPSON LW, GALLAGHER D, STEINMETZ BRECKENRIDGE J. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 385-390
- TREASURE J, TODD G, BROLLY M, TILLER J, NEHMED A, DENMAN F. A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy versus educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1995, **33** : 363-367
- TREASURE JL, KATZMAN M, SCHMIDT U, TROOP N, TODD G, DE SILVA P. Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa : first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther* 1999, **37** : 405-418
-

- WAMPOLD B, MINAMI T, BASKIN T, TIERNEY S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J. Affective Disorders* 2002, **68** : 159-165
- WARD E, KING M, LLOYD M, BOWER P, SIBBALD B et coll. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I : clinical effectiveness. *BMJ* 2000, **321** : 1383-1388
- WEISZ JR, DONENBERG GR, HAN SS, KAUNECKIS D. Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics : why the disparity ? *J Abnorm Child Psychol* 1995, **23** : 83-106
- WEISZ JR, JENSEN AL. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts : Review of the evidence and suggestions for improving the field. *Euro Child and Adol Psychiatry* 2001, **10** : 12-18
- WEISZ JR, WEISS B, ALICKE MD, KLOTZ ML. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents : a meta-analysis for clinicians. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 542-549
- WHITE J, KEENAN M, BROOKS N. Stress control : a controlled comparative investigation of large grouptherapy for generalized anxiety disorder. *Behav Psychother* 1992, **20** : 97-114
- WILFLEY DE, WELCH RR, STEIN RI, SPURRELL EB, COHEN LR et coll. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002, **59** : 713-721
- WUNDERLICH U, WIEDEMANN G, BRUCHKREMER G. Are psychosocial methods of intervention effective in schizophrenic patients? A meta-analysis. *Verhaltenstherapie* 1996, **6** : 4-13
-

# 12

## Bilan des études d'évaluation par pathologie

Ce chapitre présente la synthèse des études d'évaluation (exposées de façon détaillée dans les chapitres précédents) pour chaque type de pathologie et dans l'état actuel des données scientifiques publiées. Selon la qualité méthodologique des études et le niveau de preuve scientifique qu'elles apportent, les approches psychothérapeutiques qui ont fait la preuve de leur efficacité, voire de leur supériorité sur les autres approches ont été retenues. Nous rendons également compte des résultats négatifs et de leur niveau de preuve scientifique lorsque des données sont disponibles.

### Schizophrénie

Nous avons distingué deux situations cliniques : celle des patients en phase aiguë ou hospitalisés et celle des patients traités par neuroleptiques et stabilisés.

Le tableau 12.I présente les études retenues pour l'évaluation des différentes approches psychothérapeutiques chez les personnes schizophrènes.

**Tableau 12 .I : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les schizophrénies**

Approches	Type d'études	
	Méta-analyses	Revue systématique
Thérapies d'inspiration psychanalytique	Malmberg et Fenton, 2001	Fenton, 2000
Thérapies cognitivo-comportementales	Benton et Schroeder, 1990 Corrigan, 1991 Wunderlich et coll., 1996 Cormac et coll., 2002	
Thérapies familiales	Mari et Streiner, 1994 Wunderlich et coll., 1996 Pharoah et coll., 2000 Pitschel-Waltz et coll., 2001	
Autres psychothérapies : psycho-éducation	Pekkala et Merinder, 2000 Pharoah et coll., 2000 Pitschel-Waltz et coll., 2001	

### Sujets schizophrènes en phase aiguë ou hospitalisés

Trois méta-analyses évaluent différentes approches psychothérapeutiques chez ces sujets (tableau 12.II).

Celle de Mari et Streiner (1994) évaluait l'efficacité d'interventions familiales cognitivo-comportementales (thérapie familiale orientée sur la crise, thérapie familiale à domicile, programmes éducationnels) dans la prévention des rechutes chez des patients schizophrènes

en phase aiguë et rassemblait les résultats de 6 essais randomisés. Elle montrait une augmentation de la compliance à la chimiothérapie et une diminution des hospitalisations au cours du temps dans le groupe ayant bénéficié d'une approche familiale. Le risque de rechute s'accroissait avec le temps, mais était nettement plus élevé dans les groupes contrôles. À 9 mois, il était de 6 à 41 % et à 2 ans, de 14 à 33 %. Ces résultats à 9 mois étaient nettement moins bons si l'on tenait compte des abandons de traitement et ne concernaient que les patients vivant dans un environnement familial à émotion exprimée (EE) élevée. Une intervention familiale était, de plus, nécessaire pour 2 patients sur 5 pour prévenir une rechute lors du suivi à 9 mois. Cette méta-analyse n'a pas établi le rôle des interventions familiales sur les changements dans l'état d'EE familiale.

La méta-analyse de Malmberg et Fenton (2001) ne retenait que 3 études randomisées anciennes (1972, 1976 et 1984) et de méthodologies disparates. Les sujets étaient hospitalisés ou sortant d'une hospitalisation et, selon les études, la psychothérapie analytique individuelle était comparée à une autre psychothérapie d'inspiration cognitive, au traitement médicamenteux ou à une thérapie psychodynamique de groupe. Les critères d'évaluation étaient la sortie d'hospitalisation, le taux de suicide et de rechute et le niveau global de santé évalué par les soignants à distance (de 20 mois minimum à 5 ans). Les différentes comparaisons n'ont pu être effectuées à chaque fois qu'à partir des données d'une seule étude. Cette analyse montrait que, dans cette population, la thérapie psychodynamique individuelle était comparable à la thérapie psychodynamique de groupe ou à la thérapie cognitive, même si les patients du groupe thérapie psychodynamique demeuraient plus longtemps dans l'étude. Comparée au traitement neuroleptique, son effet était significativement inférieur sur le niveau global de santé à deux ans et associée aux neuroleptiques, elle ne montrait pas de supériorité comparée au traitement médicamenteux utilisé seul. Cette méta-analyse n'a donc pas permis de montrer l'efficacité des thérapies analytiques chez les patients schizophrènes hospitalisés.

La méta-analyse de Cormac et coll. (2002) évaluait les effets des thérapies cognitives à partir de 13 études récentes et concernait des patients en phase aiguë traités par neuroleptiques. Comparée au traitement standard, la thérapie cognitive ne réduisait pas nécessairement le taux de rechute et d'admission à l'hôpital mais permettait une sortie plus rapide des patients de l'hôpital. A 13 et 26 semaines (mais pas après un an), l'amélioration globale de l'état mental était significativement meilleure dans le groupe traité par thérapie cognitive.

**Tableau 12.II : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les sujets schizophrènes en phase aiguë ou hospitalisés**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Mari et Streiner, 1994 <i>Méta-analyse</i> note : 3/7	Thérapies familiales (TF) 6 études Patients hospitalisés et traités par neuroleptiques	Groupe TF <i>versus</i> contrôle : diminution du nombre de rechutes à 6 et 9 mois et à 2 ans Chez les sujets hospitalisés, effet des thérapies familiales sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique
Malmberg et Fenton, 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies psychodynamiques (TP) 3 études Patients hospitalisés	TP individuelle <i>versus</i> trt. NL (1 étude) : moins bon niveau de santé à 2 ans pour TP TP individuelle + trt NL <i>versus</i> trt NL seul (1 étude) : pas de différence TP individuelle <i>versus</i> T cognitive (1 étude) : pas de différence TP individuelle <i>versus</i> de groupe (1 étude) : pas de différence Très peu d'études éligibles pour cette analyse, seules 3 études anciennes ont pu être incluses. Les différentes

		comparaisons ne peuvent utiliser à chaque fois que les données d'une seule étude. Chez les sujets hospitalisés, pas d'avantage démontré pour la TP sur l'évolution clinique des sujets
Cormac et coll., 2002 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies cognitives (TC) 13 études Patients hospitalisés et traités par neuroleptiques	Groupe TC <i>versus</i> contrôle : sortie plus rapide de l'hôpital ; état mental global meilleur à 6 mois mais pas à un an Chez les sujets hospitalisés, effet à court terme et modéré des thérapies cognitives en association au traitement neuroleptiques

## Sujets schizophrènes stabilisés ou suivis en ambulatoire

En ce qui concerne la prise en charge psychothérapique en ambulatoire des schizophrénies chroniques, l'approche cognitivo-comportementale, intégrée dans des programmes psycho-éducatifs, est, à ce jour, la seule pour laquelle des résultats positifs ont été établis, à court et moyen terme, sur le taux de rechutes, la réduction des symptômes et la réadaptation sociale des sujets. Plusieurs méta-analyses ont confirmé les résultats des programmes de développement des habiletés sociales chez les patients ou de gestion des rechutes chez leurs proches.

La méta-analyse de Benton et Schroeder (1990) portait sur 27 études effectuées entre 1972 et 1988 et concernait le développement des compétences sociales des sujets schizophrènes (thérapies comportementales), traités par ailleurs par neuroleptiques (tableau 12.III). Elle montrait l'efficacité de ces interventions sur les mesures comportementales des compétences sociales par rapport au groupe contrôle et quatre études rapportaient les résultats positifs d'un suivi (de 1 à 9 mois).

La méta-analyse de Corrigan (1991) regroupait 73 études de développement des habiletés sociales dans quatre populations d'adultes (troubles du développement, psychotiques, non-psychotiques et délinquants) entre lesquelles elle ne montrait pas de différence dans les résultats. Tous les sujets avaient acquis, et maintenu sur une période moyenne de cinq mois (1 mois à 2 ans), de façon comparable les habiletés visées par les traitements.

La méta-analyse de Wunderlich et coll. (1996) portait sur 31 études évaluant l'influence de diverses méthodes d'intervention psychosociales (thérapies cognitivo-comportementales, thérapies psychodynamiques et interventions familiales) chez des patients schizophrènes traités par neuroleptiques. Ces interventions s'avéraient efficaces dans leur globalité sur la gestion des émotions et les comportements, avec une durée de suivi pouvant aller jusqu'à 5 ans mais les effets les plus marqués concernaient la psycho-éducation familiale et la thérapie cognitive.

Douze études randomisées, comparant les effets de divers types d'interventions psychosociales (psycho-éducation familiale) dans les familles de sujets schizophrènes comparés à des contrôles, étaient retenues dans la méta-analyse de Pharoah et coll. (2000). Le résultat principal était la réduction du taux de rechute à 1 et 2 ans chez les patients dont la famille avait bénéficié d'une prise en charge psychosociale. Une tendance à l'amélioration de la compliance au traitement était retrouvée chez ces mêmes patients.

La méta-analyse de Pekkala et Merinder (2000) incluait 10 études randomisées et comparait les effets de différents types d'interventions psychoéducatives auprès de sujets schizophrènes comparés à des contrôles. Le résultat principal était, là encore, la réduction du taux de rechute à 9 et 18 mois chez les patients ayant bénéficié d'une prise en charge psychoéducative. La disparité des données ne permettait pas aux auteurs de tirer d'autres conclusions valides de leur travail.

La méta-analyse de Pitschel-Walz et coll. (2001) rassemblait 25 études randomisées concernant des programmes d'intervention destinés aux proches pour les aider à faire face à

la maladie du patient (psycho-éducation familiale). Les critères d'évaluation étaient le taux de rechute et de réhospitalisation à un an. Le taux de rechute était diminué de 20 % dans le groupe expérimental *versus* contrôle et était plus marqué si les interventions familiales duraient plus de 3 mois. L'association d'un soutien psycho-social aux proches au traitement médicamenteux du patient avait un effet significativement supérieur au traitement médical standard seul. Les effets des interventions familiales et des interventions d'ensemble pour le patient étaient comparables, mais leur association ne montrait pas de résultat supérieur à leur effet pris isolément.

La revue systématique de Fenton (2000), dans une approche historique de l'évolution des psychothérapies individuelles dans la schizophrénie, détaillait les études randomisées. Même associées au traitement neuroleptique, les approches psychodynamiques « classiques » n'ont pas pu établir de façon claire leur efficacité dans la schizophrénie. L'évolution de la pratique vers la définition de cibles et une adaptation spécifique de la méthode aux différentes phases de la maladie permettrait de définir des « psychothérapies flexibles » plus adaptées aux perspectives cliniques actuelles et qui se prêteraient de façon plus adéquate à des objectifs de recherche.

Les données de la méta-analyse de Mojtabai (1998) n'apportent pas d'argument supplémentaire. Elle évaluait à travers 106 études (dont 60 réalisées chez des patients schizophrènes hospitalisés) les effets du traitement psychosocial (quel qu'en soit le type) associé ou non au traitement pharmacologique. La taille d'effet la plus importante concernait l'association d'un traitement psychosocial et pharmacologique mais aucune conclusion ne peut être tirée pour un type d'intervention en particulier.

En résumé, concernant les sujets atteints de schizophrénie en phase aiguë ou hospitalisés, les thérapies familiales, associées aux antipsychotiques, semblent donc les plus efficaces (sur le taux de rechute à 2 ans).

Concernant les patients schizophrènes stabilisés et suivis en ambulatoire, les thérapies cognitivo-comportementales, en association au traitement médicamenteux, sont efficaces sur l'acquisition d'habiletés sociales ou l'amélioration de la gestion des émotions. L'approche psycho-éducative, familiale ou centrée sur le patient, associée au traitement médicamenteux est efficace sur le taux de rechute à 2 ans.

Les comparaisons directes entre les diverses approches thérapeutiques, quant à elles, ont permis d'établir la supériorité en terme d'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et de l'approche psycho-éducative par rapport aux autres psychothérapies.

**Tableau 12.III : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les sujets schizophrènes stabilisés ou suivis en ambulatoire**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Benton et Schroeder,1990 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies comportementales (TC) 27 études Patients traités par neuroleptiques	Groupe TC <i>versus</i> contrôle : amélioration des compétences sociales. Maintien des résultats lors du suivi (1 à 9 mois) Effet des thérapies comportementales sur l'acquisition d'habiletés sociales, en association au traitement neuroleptique
Corrigan, 1991 <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	Thérapies comportementales (TC) 73 études Patients psychotiques comparés à des sujets non psychotiques	Comparaison entre groupes : réduction des symptômes et amélioration des compétences sociales dans tous les groupes, maintient du résultat à 5 mois (1 mois à 2 ans) Effet des thérapies comportementales sur l'acquisition d'habiletés sociales, y compris chez les sujets non psychotiques
Wunderlich et coll.,	Thérapies cognitives (TC) et	Comparaison : intervention <i>versus</i> non intervention et



1996 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Psycho-éducation familiale (PEF) 31 études Patients traités par neuroleptiques	diverses thérapies spécifiques <i>versus</i> contrôle Groupe TC <i>versus</i> contrôle : sortie plus rapide de l'hôpital Amélioration de la gestion des émotions et du comportement pour les sujets traités <i>versus</i> contrôle. Les meilleurs résultats concernent la psycho-éducation familiale et la thérapie cognitive
Pharoah et coll., 2000 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Psycho-éducation familiale (PEF) 12 études	Groupe intervention familiale <i>versus</i> contrôle : diminution du taux de rechute à 1 an et 2 ans Effet de la psycho-éducation familiale sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique
Pekkala et Merinder, 2000 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Psycho-éducation (PE) 10 études	Groupe psycho-éducation <i>versus</i> contrôle : diminution du taux de rechute à 9 et 18 mois Effet de la psycho-éducation des patients sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique
Pitschel-Walz et coll., 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Psycho-éducation familiale (PEF) 25 études	Groupe intervention familiale <i>versus</i> contrôle : Diminution du taux de rechute à 1 an, PEF = PE (patient) = PEF + PE (patient) Effet de la psycho-éducation familiale et de la psycho-éducation des patients sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique
Fenton, 2000 <i>Revue systématique</i>	Thérapies psychodynamiques (TP) individuelles 14 études	Inefficacité des TP utilisées seules Pas de bénéfice démontré de l'association TP + trt. NL sur trt. NL seul Pas d'avantage démontré pour les TP sur l'évolution clinique des sujets

## Troubles dépressifs

Nous avons distingué les troubles maniaco-dépressifs (bipolaires) des troubles dépressifs (récurrents ou non) et les dépressions en fonction de leur intensité. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.IV.

**Tableau 12.IV : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles dépressifs**

Approches	Type d'études	
	Méta-analyses	Études contrôlées
Thérapies d'inspiration psychanalytique	Robinson et coll., 1990 McCusker et coll., 1998 Pinquart et Sörensen, 2001	Burnand, 2002
Thérapies cognitivo-comportementales	Dobson, 1989 Robinson et coll., 1990 Stuart et Bowers, 1995 Thase et coll., 1997 McCusker et coll., 1998 Gloaguen et coll., 1998 Pinquart et Sörensen, 2001	
Thérapies familiales		Glick et coll., 1985 Clarkin et coll., 1998 Leff et coll., 2000
Autres psychothérapies :	Thérapies interpersonnelles : Robinson et coll., 1990 Thase et coll., 1997	Psycho-éducation : Glick et coll., 1985 Clarkin et coll., 1998 Perry et coll., 1999

## Troubles bipolaires

L'étude contrôlée et randomisée de Clarkin et coll. (1998) visait à évaluer les effets d'une intervention conjugale psycho-éducative pour des patients présentant un trouble bipolaire (tableau 12.V). Le suivi était de 11 mois. Dans le groupe des patients participant à l'intervention conjugale psycho-éducative, ont été mises en évidence des améliorations significatives du fonctionnement global et de la compliance médicamenteuse, mais non de la symptomatologie.

L'étude contrôlée et randomisée de Perry et coll. (1999), réalisée chez 69 patients bipolaires ayant eu une rechute dans les douze mois précédents testait une approche psycho-éducative (apprendre à identifier rapidement les symptômes de rechute et à rechercher rapidement un traitement). Le groupe contrôle recevait seulement les soins habituels (médicament, soutien, éducation). Le suivi était de 18 mois. Les résultats étaient un délai de survenue de la première rechute maniaque plus long dans le groupe recevant la psycho-éducation (après 65 semaines en moyenne, contre 17 dans le groupe contrôle), avec une réduction significative des rechutes maniaques sur 18 mois (différence moyenne 30 %). Cependant, aucune différence n'était mise en évidence concernant la survenue de la première rechute dépressive et le nombre de rechutes. Dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention psycho-éducative, une amélioration du fonctionnement social était retrouvée à 18 mois.

**Tableau 12.V : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans les troubles bipolaires**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Clarkin et coll., 1998 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Psycho-éducation familiale (conjugale) (PEF) Evaluation du niveau de fonctionnement Suivi : 11 mois	Groupe intervention conjugale <i>versus</i> contrôle : amélioration du fonctionnement global et de la compliance au traitement médicamenteux. Pas de différence sur la symptomatologie Effet de la psycho-éducation conjugale sur le fonctionnement et la compliance, en association au traitement médicamenteux
Perry et coll., 1999 <i>Etude contrôlée</i> note : 9/10	Psycho-éducation (PE) Prévention des récurrences N = 69 Patients sous traitement médicamenteux Suivi : 18 mois	Groupe psycho-éducation <i>versus</i> contrôle : diminution du délai de survenue des rechutes maniaques mais non dépressives, diminution du nombre de rechutes maniaques mais non dépressives à 18 mois. Amélioration du fonctionnement global à 18 mois Effet de la psycho-éducation des patients sur le nombre et le délai de survenue des rechutes maniaques mais non dépressives, en association au traitement neuroleptique

## Troubles dépressifs sévères chez des patients hospitalisés

La méta-analyse de Stuart et Bowers (1995) portait sur 4 études et montrait l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales, seules ou associées au traitement antidépresseur, par rapport aux conditions contrôles, sur les scores de dépression, chez des patients hospitalisés (tableau 12.VI).

L'étude randomisée et contrôlée de Glick et coll. (1985) évaluait, chez des patients hospitalisés, l'efficacité d'un programme d'intervention psycho-éducative auprès des familles (64 patients présentant des troubles affectifs majeurs). Les résultats du groupe avec

intervention familiale étaient meilleurs, en terme de fonctionnement global à la sortie de l'hôpital. La différence entre les deux groupes s'estompait cependant à 6 mois.

L'étude randomisée et contrôlée de Burnand et coll. (2002) comparait sur 10 semaines l'évolution de 35 patients traités par clomipramine et psychothérapie psychodynamique et de 39 patients traités par clomipramine seule. Le traitement était instauré en hospitalisation. Le traitement combiné était associé à un nombre inférieur d'échecs thérapeutiques (définis par la persistance des critères de dépression) et une meilleure adaptation au travail à 10 semaines, ainsi qu'à un meilleur fonctionnement global et une durée inférieure d'hospitalisation à la sortie d'hospitalisation. Le total des coûts directs et indirects s'avérait également significativement inférieur dans le groupe ayant reçu un traitement combiné.

**Tableau 12.VI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles dépressifs sévères chez des patients hospitalisés**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Stuart et Bowers, 1995 <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	Thérapies cognitives (TC) Patients hospitalisés 4 études	Groupe TCC <i>versus</i> contrôle : efficacité des TCC, seules ou associées au traitement antidépresseur sur la symptomatologie dépressive Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur les dépressions hospitalisées
Glick et coll., 1985 <i>Etude contrôlée</i> note : 7,5/10	Psycho-éducation familiale (PEF) Evaluation du niveau de fonctionnement. N = 64 Patients hospitalisés et sous traitement médicamenteux. Suivi : 6 mois	Groupe intervention familiale <i>versus</i> contrôle : Meilleur fonctionnement global à la sortie d'hospitalisation. Mais cet effet s'estompe à 6 mois Effet à court terme de la psycho-éducation familiale sur le fonctionnement global du patient, en association au traitement médicamenteux
Burnand et coll., 2002 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies psychodynamiques (TP) Evaluation du fonctionnement, des réhospitalisations et des durées d'hospitalisation. N = 74 Patients hospitalisés et traités par antidépresseurs. Suivi : 10 semaines	Groupe TP <i>versus</i> contrôle : meilleur fonctionnement global et moindre durée d'hospitalisation à la sortie. Meilleure adaptation au travail et moins d'échecs thérapeutiques à 10 semaines. Moindre coût du traitement combiné Effet des thérapies psychodynamiques sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation chez les patients traités par antidépresseurs

### Troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère chez des patients ambulatoires

La méta-analyse de Dobson (1989) incluait 28 études et montrait la supériorité des thérapies cognitives comparée à une liste d'attente, aux traitements médicamenteux et aux thérapies comportementales sur les scores de dépression, chez des patients suivis en ambulatoire présentant une dépression d'intensité moyenne ou légère (tableau 12.VII).

La méta-analyse de Robinson et coll. (1990) portait sur 58 études. Entre autres résultats, elle montrait l'efficacité (tailles d'effet significatives) des thérapies cognitives, comportementales, cognitivo-comportementales et verbales (dont thérapies interpersonnelles et psychodynamiques) en comparaison aux conditions contrôles (placebo et liste d'attente) sur les scores de dépression, chez des patients le plus souvent suivis en ambulatoire et présentant une dépression d'intensité modérée. L'efficacité des thérapies verbales s'avérait similaire à celle des thérapies cognitivo-comportementales, lorsque était prise en compte l'influence de l'« allégeance » du psychothérapeute.

La méta-analyse de Thase et coll. (1997) incluait six études et concernait des patients présentant un état dépressif primaire, sans caractéristiques psychotiques. Il s'agissait d'une méga-analyse, qui analysait les scores des sujets des différentes études incluses. Les sujets

étudiés avaient été traités durant seize semaines par thérapie cognitive ou thérapie interpersonnelle isolément, ou par l'association de thérapie interpersonnelle et d'antidépresseurs. L'adjonction de médicaments à la psychothérapie interpersonnelle ne donnait des résultats supérieurs aux autres psychothérapies utilisées isolément que dans les formes les plus sévères de dépression. De plus, il n'y avait pas de différences d'effet entre la thérapie cognitive et la thérapie interpersonnelle.

La méta-analyse de Gloaguen et coll. (1998) incluait 48 études et utilisait des critères plus stricts que celle de Dobson. Elle montrait également la supériorité des thérapies cognitives comparée à une liste d'attente et aux traitements médicamenteux sur les scores de dépression, chez des patients majoritairement suivis en ambulatoire et présentant une dépression d'intensité moyenne ou légère. Si la comparaison des thérapies cognitives aux conditions contrôles n'était pas homogène, signant un effet placebo important dans certaines études, leur supériorité par rapport aux antidépresseurs était homogène.

La méta-analyse de Mc Cusker (1998) concernait des sujets âgés traités en ambulatoire et incluait 40 études. Si elle ne mettait pas en évidence de différence significative d'efficacité sur la symptomatologie dépressive entre psychothérapie psychodynamique brève et TCC, seule l'approche cognitivo-comportementale se distinguait de l'absence de traitement (mais non d'une « attention placebo »).

La méta-analyse de Pinquart et coll. (2001), portant également sur 122 études impliquant des sujets déprimés âgés, ne retrouvait aucune différence significative entre TCC et thérapie psychodynamique, traitements tous deux plus efficaces qu'une thérapie de soutien.

L'essai randomisé contrôlé de Leff et coll. (2000) comparait traitement antidépresseur et thérapie de couple chez 77 sujets déprimés vivant avec un partenaire critique. Les deux traitements s'avéraient efficaces mais l'amélioration était significativement meilleure dans le groupe ayant bénéficié d'une thérapie de couple, à la fin du traitement et deux ans après.

Plusieurs méta-analyses ont été écartées de notre analyse. La méta-analyse de Leichsenring (2001) portait sur 6 études et comparait psychothérapies dynamiques brèves (PDB) et thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Si elle ne montrait pas de différences entre les deux approches sur la réduction des symptômes dépressifs et psychiatriques généraux et sur le fonctionnement social, elle ne permettait pas de juger de leurs effets par rapport à une condition contrôle et mélangeait thérapies interpersonnelles (TI) et thérapies psychodynamique dans une même catégorie. Celle de Steinbrueck et coll. (1983) était ancienne et portait sur différents types de psychothérapies d'approche cognitivo-comportementale ; elle n'apportait donc pas de données supplémentaires. Celle de Conte et coll. (1986), également ancienne, était centrée sur la comparaison de l'association pharmacothérapie et psychothérapie avec pharmacothérapie ou psychothérapie seules et les psychothérapies étaient de type cognitivo-comportemental ; elle n'apportait pas non plus de données supplémentaires. Celle de Nietzel et coll. (1987) comparait différents types de psychothérapies de type cognitivo-comportemental, individuelles ou de groupe et n'apportait aucune donnée nouvelle par rapport aux études analysées.

En résumé, l'approche psycho-éducative, associée au traitement médicamenteux, est efficace dans les troubles bipolaires sur le fonctionnement global et la compliance au traitement quand elle est conjugale, ou sur le délai de survenue des rechutes maniaques (mais non dépressives) à 18 mois quand elle s'adresse aux patients.

Pour les troubles dépressifs chez des patients hospitalisés et en association aux antidépresseurs, les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité sur la symptomatologie dépressive et les thérapies psychodynamiques un effet sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation. Le niveau de preuve d'efficacité dans cette indication est

---

supérieur pour les TCC et les études contrôlées comparant approche psychodynamique et cognitivo-comportementale concluent à la supériorité de la seconde.

Pour des troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère, traités en ambulatoire, les thérapies cognitives ont également fait la preuve de leur efficacité. Les thérapies interpersonnelles (TIP) ont une efficacité comparable à celle des thérapies cognitives. Concernant les thérapies psychodynamiques, les données sont éparées. Elles n'ont pas, contrairement aux TIP montré une efficacité comparable aux TCC, sauf dans les dépressions du sujet âgé où leur efficacité est comparable. Les thérapies de couple seraient également efficaces pour les sujets vivant avec un conjoint critique.

**Tableau 12.VII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère chez des patients ambulatoires**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Dobson, 1989 <i>Méta-analyse</i> note : 4,5/7	Thérapies cognitives (TC) 28 études	Efficacité supérieure des TC sur les thérapies comportementales, les traitements antidépresseurs et la liste d'attente Effet des thérapies cognitives sur les dépressions d'intensité moyenne ou légère suivies en ambulatoire
Robinson et coll.,1990 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Thérapies verbales [interpersonnelles (TIP) et psychodynamiques (TP)] 58 études	Efficacité des TCC et des thérapies verbales (TIP et TP) sur la symptomatologie dépressive. Efficacité comparable lorsque était prise en compte l'influence de l'allégeance du psychothérapeute Effet des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies verbales (interpersonnelles et psychodynamiques) sur les dépressions modérées
Thase et coll., 1997 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies cognitives (TC) Thérapies interpersonnelles (TIP) 6 études (mega-analyse)	Efficacité des TC comparable à celle de la thérapie interpersonnelle. Efficacité supérieure de la TIP + antidépresseurs sur TIP ou TC seules, chez les patients les plus sévères Effet des thérapies cognitives et des thérapies interpersonnelles sur les dépressions primaires non psychotiques. Effet des thérapies interpersonnelles sur les dépressions plus sévères traitées par antidépresseurs
Gloaguen et coll., 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies cognitives (TC) 48 études	Efficacité supérieure des TC sur les traitements antidépresseurs et la liste d'attente Effet des thérapies cognitives sur les dépressions d'intensité moyenne ou légère suivies en ambulatoire
McCusker et coll., 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 5,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Thérapies psychodynamiques (TP) Patients âgés (55 ans ou plus) 40 études	Efficacité des TCC par rapport au non traitement mais non par rapport à une « attention-placebo ». Pas de différence entre TP et contrôle. Pas de différence entre TP et TCC Pas de supériorité des thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques sur une « attention-placebo » chez le sujet âgé déprimé
Pinquart et coll., 2001 <i>Méta-analyse</i> note=5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Thérapies psychodynamiques (TP) Patients âgés (55 ans ou plus) 122 études	Efficacité des TCC et des TP supérieure à thérapie de soutien Effet des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies psychodynamiques sur les dépressions du sujet âgé
Leff et coll., 2000 <i>Etude contrôlée</i> note : 7,5/10	Thérapies familiales (de couple ; TF) Evaluation de la symptomatologie dépressive et des relations de couple	Efficacité de la TF (de couple), à la fin du traitement et à deux ans Efficacité des thérapies de couple chez les sujets

## Troubles anxieux

Nous rapportons les résultats des travaux publiés selon chaque catégorie, définie par les classifications internationales, de trouble anxieux. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.VIII.

**Tableau 12.VIII : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles anxieux**

Approches	Type d'études		
	Méta-analyses	Études contrôlées	Études comparatives non randomisées
Thérapies d'inspiration psychanalytique		Brom et coll., 1989 Wiborg et Dahl, 1996	Milrod et coll., 2000,2001
Thérapies cognitivo-comportementales	Van Balkom et coll., 1994 Gould et coll., 1995 Taylor et coll., 1996 Abramowitz, 1997 Gould et coll., 1997a, b Van Balkom et coll., 1997 Kobak et coll., 1998 Van Etten et Taylor, 1998 Davidson et Parker, 2001 Fedoroff et Taylor, 2001	Getka et Glass, 1992 Rothbaum et coll.,1995 Gilroy et coll., 2000 Öst et coll., 2001 Mühlberger et coll., 2001 Garcia Palacios et coll., 2002	

### Agoraphobie et trouble panique

La méta-analyse réalisée par Gould et coll. (1995) portait sur le trouble panique, incluait 43 études contrôlées et retrouvait une taille d'effet supérieure pour la thérapie (cognitivo)-comportementale, comparée à la pharmacothérapie et à l'association des deux (médicaments et TCC), avec le plus bas taux de perdus de vue et le meilleur rapport coût efficacité en faveur la TCC (tableau 12.IX).

La méta-analyse de Van Balkom et coll. (1997), la plus complète, a montré une efficacité des thérapies cognitivo-comportementales sous différentes formes par rapport aux conditions contrôles sur le trouble panique avec ou sans agoraphobie. Le traitement le plus efficace était l'association d'exposition *in vivo* et d'antidépresseurs.

L'étude contrôlée et randomisée de Wiborg et Dahl (1996) comparait sur 18 mois l'évolution de 20 patients traités par clomipramine et psychothérapie psychodynamique brève focalisée sur la dépendance (15 séances) et de 20 patients traités par clomipramine seule, le traitement par clomipramine étant arrêté au 9<sup>e</sup> mois. Le traitement par thérapie psychodynamique brève était associé à un nombre significativement inférieur de rechute du trouble panique de l'arrêt de la clomipramine à la fin du suivi à 18 mois. À 9 mois, la symptomatologie anxieuse était significativement inférieure chez les patients traités par thérapie psychodynamique. Cette étude présentait cependant le défaut méthodologique d'avoir une randomisation inégale : les scores recueillis aux échelles d'anxiété, de dépression et de handicap étaient plus élevés dans le groupe traité par clomipramine seule. Cette étude de combinaison ne permet pas non plus

de conclure à l'efficacité de la thérapie psychodynamique considérée pour elle-même, car ses résultats n'étaient pas comparés à un troisième groupe non traité (par exemple : liste d'attente, ou placebo de thérapie et placebo de médicament). Il n'existe d'ailleurs pas à ce jour d'étude disponible comparant la thérapie psychodynamique sans médicament avec un groupe placebo ou une liste d'attente

Milrod et coll. (2000, 2001) ont publié deux études utilisant la même méthodologie d'essai en ouvert. Ils ont inclus 17 patients (14<sup>e</sup> à la 16<sup>e</sup> semaine et 10<sup>e</sup> à la 40<sup>e</sup>) et 21 (17<sup>e</sup> à la 16<sup>e</sup> et 40<sup>e</sup> semaine) présentant un trouble panique (comme diagnostic principal). Ces sujets ont eu pour seul traitement durant 12 à 14 semaines une thérapie psychodynamique brève centrée sur les symptômes de panique et ont été suivi durant 6 mois à l'issue du traitement. Les auteurs ont mis en évidence des changements significatifs à la fin du traitement, comme après 6 mois, du nombre d'attaques de panique (9 patients sur 10 et 16 sur 17 en rémission à 40 semaines), des symptômes anxieux et dépressifs et du retentissement fonctionnel du trouble.

**Tableau 12.IX : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour l'agoraphobie et trouble panique**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gould et coll., 1995 <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	Thérapies comportementales (TC) Trouble panique 43 études	Efficacité supérieure des TC sur la pharmacothérapie et l'association thérapies comportementales + pharmacothérapie Effet des thérapies comportementales sur le trouble panique
Van Balkom et coll., 1997 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Trouble panique avec ou sans agoraphobie 106 études	Efficacité supérieure des TCC sur les conditions contrôles. Efficacité la plus importante pour l'association exposition <i>in vivo</i> + antidépresseurs Effet des différentes formes de thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble panique
Wiborg et Dahl, 1996 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies psychodynamiques (TP) brèves Trouble panique Evaluation de la symptomatologie anxieuse, dépressive et de la récurrence des AP. N = 40 Patients traités par clomipramine durant 9 mois. Suivi : 18 mois	Groupe TP <i>versus</i> contrôle : taux de rechute significativement moindre dans le groupe TP à 18 mois (arrêt de la clomipramine à 9 mois). Scores d'anxiété significativement inférieurs dans le groupe TP à 9 mois. Biais méthodologique : randomisation inégale (scores des échelles supérieurs dans le groupe clomipramine seule) Effet probable des thérapies psychodynamiques brèves sur les rechutes de trouble panique à 9 mois de l'arrêt du traitement antidépresseur. Pas de données existantes concernant l'effet des thérapies psychodynamiques utilisées seules
Milrod et coll., 2000,2001 <i>Etude comparative non randomisée</i> note : 6/10	Thérapies psychodynamiques (TP) brèves et centrées sur les AP Trouble panique avec ou sans agoraphobie Evaluation de la symptomatologie anxieuse, dépressive, de la récurrence des AP et de la qualité de vie. N = 17 (2000) ; N = 21 (2001). Patients traités par thérapie psychodynamique seule durant 12 semaines. Suivi : 40 semaines	Amélioration de la symptomatologie anxieuse, dépressive, de la récurrence des AP et de la qualité de vie. 9 et 16 sujets ayant complété les études en rémission de leur trouble panique à 40 semaines Effet des thérapies psychodynamiques brèves centrées sur le symptôme et utilisées seules sur le trouble panique à 6 mois

## Trouble anxieux généralisé

La méta-analyse de Gould et coll. (1997a) incluait 35 études contrôlées, 13 études portant sur les thérapies cognitivo-comportementales et 22 sur les traitements médicamenteux (tableau 12.IX). Les deux approches donnaient des résultats comparables mais le groupe de patients traités par médicaments avaient le plus haut taux de perdus de vue et l'efficacité de ce traitement diminuait au sevrage alors que les effets des TCC se maintenaient.

**Tableau 12.X : Analyse de l'étude retenue pour l'évaluation des différentes approches pour le trouble anxieux généralisé**

Référence Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gould et coll., 1997(a, b) <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC). 35 études	Efficacité comparable des TCC et de la pharmacothérapie. Moins de perdus de vue et meilleur maintien de l'efficacité au sevrage pour les TCC Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble anxieux généralisé

### Stress post-traumatique

La méta-analyse de Van Etten et Taylor (1998) regroupait 41 études contrôlées pour le stress post-traumatique et concernait divers traitements : antidépresseurs tricycliques, carbamazépine, IMAO (inhibiteurs de mono-amine oxydase), IRSS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), benzodiazépines, pour les traitements pharmacologiques, thérapie comportementale, EMDR (*Eye movement desensitization and reprocessing*), relaxation, hypno-thérapie et thérapie psychodynamique, pour les psychothérapies et placebo, liste d'attente et thérapie de soutien pour les conditions contrôles (tableau 12.XI). Les auteurs retrouvaient 14 % de perdus de vue dans le groupe psychothérapie, contre 32 % dans le groupe traitement médicamenteux. Les traitements psychologiques et pharmacologiques avaient tendance à être supérieurs aux groupes contrôles. Les TCC et l'EMDR étaient les traitements psychologiques les plus efficaces et les TCC étaient supérieures aux autres traitements (EMDR, IRSS et carbamazépine) sur les symptômes du stress post-traumatique. Les effets des TCC et de l'EMDR se maintenaient sur un suivi de quinze semaines en moyenne.

La méta-analyse réalisée par Davidson et Parker (2001) reprenait 28 études et ne concernait que l'EMDR. Elle concluait que l'EMDR était efficace dans le stress post-traumatique mais que la composante « mouvement oculaire » qui donne son nom à cette méthode n'était pas nécessaire au résultat et qu'elle n'était au bout du compte qu'une simple variante des méthodes comportementales d'exposition.

L'étude randomisée et contrôlée de Brom et coll. (1989) comparait l'évolution de 29 patients traités par thérapie psychodynamique brève, de 29 patients traités par hypnose, de 31 patients traités par désensibilisation et de 23 patients en liste d'attente. Les sujets étaient évalués avant, après traitement et 3 mois plus tard. Les auteurs retrouvaient une efficacité comparable des trois techniques psychothérapeutiques sur la symptomatologie de stress post-traumatique.

Nous avons écarté de notre revue la méta-analyse de Sherman (1998) car, si elle concluait à l'efficacité des approches psychothérapeutiques individuelles et de groupe dans le syndrome de stress post-traumatique, elle ne permettait pas de distinguer l'efficacité des thérapies psychodynamiques de celle des thérapies cognitivo-comportementales. Elle incluait, de plus, parmi 17 études, l'étude de Brom et coll. (1989) que nous avons retenue.



**Tableau 12.XI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour le stress post-traumatique**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Van Etten et Taylor, 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC). 41 études	Les thérapies les plus efficaces sont les TCC et l'EMDR, dont les résultats se maintiennent à 15 semaines. Les TCC ont une efficacité supérieure à EMDR et pharmacothérapie Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le stress post-traumatique
Davidson et Parker, 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	EMDR. 28 études	Efficacité supérieure de l'EMDR sur les conditions contrôles Effet de l'EMDR sur le stress post-traumatique
Brom et coll., 1989 <i>Etude contrôlée</i> note : 6,5/10	Thérapies psychodynamiques (TP) brèves Evaluation de la symptomatologie N = 112 (4 groupes) Comparaison à thérapie par hypnose, désensibilisation et liste d'attente. Suivi : 3 mois	Groupe TP <i>versus</i> contrôle : efficacité de la TP brève sur la symptomatologie. Groupe TP <i>versus</i> autres psychothérapies : efficacité comparable sur la symptomatologie Effet des thérapies psychodynamiques brèves sur le stress post traumatique

### Trouble obsessionnel-compulsif

La méta-analyse réalisée par Von Balkom et coll. (1994) analysait les résultats de 86 études portant sur 160 conditions thérapeutiques (tableau 12.XII). Elle montrait que sur les auto- et les hétéro-évaluations des symptômes obsessionnels et compulsifs, les antidépresseurs sérotoninergiques, la thérapie comportementale et la combinaison des deux étaient plus efficaces que le placebo. Les effets des TCC se différenciaient du placebo également sur les symptômes dépressifs, l'anxiété et l'ajustement social.

La méta-analyse d'Abramowitz (1997) retrouvait une efficacité comparable entre les antidépresseurs sérotoninergiques, les thérapies cognitives et les thérapies comportementales.

Celle de Kobak et coll. (1998) regroupait 77 études et montrait une efficacité des thérapies comportementales et de l'association thérapie comportementale et IRSS. Les thérapies comportementales apparaissaient supérieure au IRSS mais cette différence disparaissait quand on contrôlait les résultats en fonction des méthodes utilisées et de l'année de publication de l'étude.

**Tableau 12.XII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour le trouble obsessionnel compulsif**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Van Balkom et coll., 1994 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC). 86 études	Efficacité comparable des TCC, de la pharmacothérapie et de l'association des deux. Groupe TCC <i>versus</i> contrôle : efficacité des TCC sur les symptômes dépressifs et anxieux et l'ajustement social Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble obsessionnel-compulsif
Abramowitz, 1997 <i>Méta-analyse</i>	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC). 32 études	Efficacité comparable des thérapies cognitives, comportementales et de la pharmacothérapie

note : 5/7

Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble obsessionnel-compulsif

Kobak et coll., 1998  
*Méta-analyse*  
note : 6,5/7

Thérapies comportementales (TC). 77 études

Efficacité comparable des thérapies comportementales et de l'association TC + pharmacothérapie  
Effet des thérapies comportementales sur le trouble obsessionnel-compulsif

## Phobies sociales

La méta-analyse de Gould et coll. (1997b) regroupait 24 études et montrait que pharmacothérapie et TCC étaient significativement efficaces sur les phobies sociales (tableau 12.XIII).

Celle de Taylor (1996) a inclus 42 essais et comparé liste d'attente, placebo, exposition, thérapie cognitive et thérapie cognitive et exposition associées. Les groupes placebo, exposition, thérapie cognitive, thérapie cognitive et exposition associés avaient une efficacité significative par rapport à la liste d'attente. Seule la thérapie cognitive associée à l'exposition montrait une taille d'effet plus large que celle du placebo. L'exposition seule ne se différenciait pas du placebo mais les tailles d'effet tendaient à s'améliorer au suivi.

La méta-analyse de Fedoroff et Taylor (2001) comparait les traitements médicamenteux et les thérapies comportementales dans les phobies sociales. Cent huit études ont été incluses dans cette méta-analyse de bonne qualité méthodologique. Les traitements les plus efficaces pour les phobies sociales étaient la pharmacothérapie : surtout benzodiazépines et IRSS. Les gains des traitements psychothérapeutiques, essentiellement l'exposition, étaient les plus significatifs au cours du suivi. La durabilité des gains thérapeutiques pour les pharmacothérapies n'a pas pu être évalué à cause d'un nombre insuffisant d'études avec suivi.

Nous avons écarté de notre revue l'étude comparative très ancienne de Paul (1967) dont la population traitée pour anxiété sociale ne correspondait pas à la catégorie phobie sociale et qui n'apportait pas dans le cadre de ce travail, d'élément supplémentaire : elle montrait l'efficacité de la désensibilisation (thérapie comportementale) et une efficacité comparable des thérapies psychodynamiques et de l'« attention placebo ».

**Tableau 12.XIII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les phobies sociales**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gould et coll., 1997b <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC). 24 études	Efficacité comparable des thérapies cognitivo-comportementales et de la pharmacothérapie Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la phobie sociale
Taylor, 1996 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC). 42 études	Supériorité de l'association exposition et thérapies cognitives sur le placebo Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la phobie sociale
Fedoroff et Taylor, 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC). 108 études	Efficacité de l'exposition par rapport à la liste d'attente, surtout sur le suivi Effet des thérapies comportementales sur la phobie sociale

## Phobies spécifiques

L'étude randomisée et contrôlée de Getka et Glass (1992) comparait dans un échantillon total de 41 sujets présentant une phobie du dentiste, quatre groupes de traitement : désensibilisation systématique par un ordinateur, thérapie cognitive, une expérience positive avec un dentiste doux et gentil et une liste d'attente, les deux derniers groupes étant les conditions contrôles (tableau 12.XIV). À un an, la thérapie comportementale par ordinateur et la thérapie cognitive montraient des résultats équivalents et supérieurs aux deux conditions contrôles.

L'étude contrôlée de Rothbaum et coll. (1995) portait sur un très petit échantillon de 12 sujets randomisés présentant une phobie des hauteurs et phobies de l'avion, *versus* 8 en liste d'attente, ont reçu une séance d'exposition virtuelle sur huit semaines. Le groupe traité présentait une amélioration significative de son niveau d'anxiété par rapport au groupe contrôle et 70 % des sujets traités ont vu la régression de leur trouble phobique dans le monde réel.

L'étude randomisée et contrôlée de Gilroy et coll. (2000) comparait l'exposition par l'intermédiaire d'un ordinateur, l'exposition in vivo accompagnée par un thérapeute et une relaxation placebo chez 45 sujets phobiques des araignées. Les deux conditions actives se révélaient également efficaces et plus efficaces que le groupe contrôle, après traitement et à trois mois de suivi.

L'étude contrôlée et randomisée réalisée par Öst et coll. (2001) incluait 46 patients claustrophobes et comparait thérapie cognitive (5 séances), exposition in vivo (5 séances) et exposition in vivo intensive (1 séance de 3 heures). L'exposition était efficace dans 80 % des cas, contre 18 % d'amélioration dans la liste d'attente. Ces résultats s'amélioreraient encore à un an de suivi.

L'étude contrôlée et randomisée de Mühlberger et coll. (2001) comparait l'exposition en réalité virtuelle à la relaxation chez 30 sujets phobiques de l'avion (15 sujets par groupe). Les deux groupes se sont améliorés mais le groupe qui avait reçu l'exposition en réalité virtuelle avait des effets plus importants sur les échelles mesurant l'évitement et la peur de voler. L'étude se limitait à une analyse avant et après traitement, sans suivi.

Vingt trois patients phobiques des araignées sont randomisés en deux groupes dans l'étude contrôlée de Garcia-Palacios et coll. (2002) : exposition en réalité virtuelle et liste d'attente. Chez les patients traités en réalité virtuelle, on observe 83 % de bons résultats contre 0 % dans la liste d'attente. Cette étude n'a pas non plus réalisé de suivi.

En résumé, concernant les troubles anxieux, l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales est bien établie dans le trouble panique, dans le trouble anxieux généralisé, dans le syndrome de stress post-traumatique, dans les troubles obsessionnels-compulsifs, dans les phobies sociales et dans diverses phobies spécifiques.

Les thérapies psychodynamiques brèves seraient efficaces dans la prévention des rechutes de trouble panique et dans le syndrome de stress post-traumatique.

Les comparaisons entre les différentes approches (dont les méta-analyses comparatives) ont également montré que les TCC sont manifestement les thérapies les plus efficaces pour tous les troubles anxieux.

**Tableau 12.XIV : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les phobies spécifiques**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Getka et Glass, 1992 <i>Etude contrôlée</i>	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	Efficacité de la thérapie comportementale et de la thérapie cognitive par rapport aux conditions

note : 8/10	Phobie du dentiste. N = 41 (3 groupes) Comparaison à expérience positive et liste d'attente. Suivi : 1 an	contrôle à un an Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur les phobies spécifiques
Rothbaum et coll., 1995 <i>Etude contrôlée</i> note : 6/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie des hauteurs. N = 20 (2 groupes) Comparaison à liste d'attente. Suivi : 8 semaines	Efficacité de la thérapie comportementale par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Gilroy et coll., 2000 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie des araignées. N = 45 (3 groupes) Comparaison exposition par ordinateur, <i>in vivo</i> et liste d'attente. Suivi : 3 mois	Efficacité comparable de l'exposition <i>in vivo</i> et par ordinateur. Efficacité de la thérapie comportementale par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Öst et al, 2001 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies comportementales (TC) Claustrophobie. N = 46 (3 groupes) Comparaison exposition, exposition intensive et liste d'attente. Suivi : 1 an	Efficacité de la thérapie comportementale par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Mühlberger et coll., 2001 <i>Etude contrôlée</i> note : 7/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie de l'avion. N = 30 (2 groupes) Comparaison exposition virtuelle et relaxation. Pas de suivi	Efficacité comparable de l'exposition en réalité virtuelle et de la relaxation Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Garcia Palacios et coll., 2002 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie des araignées. N = 23 (2 groupes) Comparaison exposition virtuelle et liste d'attente. Pas de suivi	Efficacité de l'exposition en réalité virtuelle par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques

## Troubles du comportement alimentaire

Nous distinguons dans notre analyse l'anorexie et la boulimie. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.XV.

**Tableau 12.XV : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles du comportement alimentaire**

Approches	Type d'études			
	Méta-analyses	Revue Systématiques	Études contrôlées	Études de cohorte
Thérapies d'inspiration psychanalytique	Boulimie Hartmann et coll., 1992		Anorexie Dare et coll., 2001	Boulimie et Anorexie Kachele et coll., 2001
Thérapies cognitivo-comportementales	Boulimie Hartmann et coll., 1992 Fettes et Peters, 1992 Lewandowski et coll., 1997 Whittal et coll., 1999 Ghaderi et Anderson, 1999 Hay et Bacaltchuk, 2001	Anorexie Kaplan, 2002	Boulimie Fairburn et coll., 1995 Anorexie Channon et coll., 1989 Crisp et coll., 1991	
Thérapies familiales		Anorexie Kaplan, 2002	Anorexie Eisler et coll., 1997 Eisler et coll., 2000	

Autres psychothérapies :	Boulimie Thérapies interpersonnelles Hay et Bacaltchuk, 2001	Dare et coll., 2001 Boulimie Thérapies interpersonnelles Fairburn et coll., 1995	Boulimie Psycho-éducation Olmsted et coll., 1991
--------------------------	---	---	---

---

## Boulimie

La méta-analyse de Hartmann et coll. (1992) portait sur 18 essais et mêlait plusieurs types de psychothérapie (thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques en grande majorité) (tableau 12.XVI). Elle retrouvait une taille d'effet significative au sein des groupes de thérapie et par rapport aux conditions contrôles. Les auteurs ont réalisé une analyse par régression multiple pas à pas et ne retrouvaient pas d'avantage à une approche thérapeutique sur les autres.

L'étude méta-analytique de Fettes et Peters (1992) incluait 31 essais et évaluait l'effet des thérapies de groupe sur la boulimie. Les thérapies utilisées dans les études étaient essentiellement cognitivo-comportementales pour la moitié des études et « éclectiques » pour le reste. Faute de groupe contrôle suffisant, le calcul de la taille d'effet a été réalisé en pré- et post-test au sein des groupes mais des analyses ont pu être réalisées jusqu'à 12 mois de suivi. Les auteurs retrouvaient une taille d'effet significative mais modérée, l'efficacité étant mesurée par la récurrence des crises, le recours aux vomissements provoqués et/ou aux laxatifs et le pourcentage de sujet abstinent en fonction des études. L'efficacité se maintenait à plus long terme, jusqu'à un an et était améliorée par l'augmentation du nombre de séances hebdomadaires et l'association à une thérapie individuelle.

La méta-analyse de Lewandowski et coll. (1997) incluait 26 essais, dont une part était également incluse dans la méta-analyse de Fettes et Peters. Elle était cependant de meilleure qualité méthodologique et était centrée sur l'évaluation de l'effet des thérapies cognitivo-comportementales au sein des groupes de TCC et entre groupes et conditions contrôles (liste d'attente, thérapies interpersonnelles ou de soutien). Les auteurs retrouvaient une taille d'effet significative au sein des groupes TCC et par rapport aux conditions contrôles, l'efficacité étant mesurée par la récurrence des crises, le recours aux vomissements provoqués et/ou aux laxatifs en fonction des études. Le peu d'étude ayant un suivi, comme l'hétérogénéité des méthodologie pour évaluer les résultats au delà du post-test n'autorisait pas les auteurs à conclure sur le maintien de l'efficacité à plus long terme.

La méta-analyse de Ghaderi et Anderson (1999) portait sur 7 essais et montrait la supériorité des TCC, par rapport aux conditions contrôles, sur la récurrence des crises et des vomissements provoqués avant et après traitement.

La méta-analyse de Whittal et coll. (1999) portait sur 35 essais et comparait les effets des thérapies cognitivo-comportementales, des traitements médicamenteux et de leur association. L'efficacité était mesurée par la récurrence des crises, le recours aux vomissements provoqués et/ou aux laxatifs, la symptomatologie dépressive et les auto-évaluations des sujets. La taille d'effet était significative pour les TCC utilisées seules. L'efficacité des TCC était supérieure à celle des traitements médicamenteux mais l'association médicaments et TCC s'avérait supérieure sur tous les critères d'évaluation, aux médicaments et aux TCC utilisés seuls.

La méta-analyse de Hay et Bacaltchuk (2001) comprenait 27 essais et comparait les effets des thérapies cognitivo-comportementales à ceux de conditions contrôles (liste d'attente, thérapie interpersonnelle ou de soutien, hypnose et auto-contrôle à l'aide d'un manuel). Les auteurs retrouvaient une efficacité comparable des psychothérapies entre elles, comparées à

---

la liste d'attente, sur la diminution des crises, des symptômes de boulimie et de dépression. L'efficacité des TCC n'était supérieure aux autres formes de psychothérapies que sur la diminution de la symptomatologie dépressive et ne se différenciait pas des autres à plus long terme.

Une étude contrôlée et randomisée de Fairburn et coll. (1995) comparait l'évolution de 99 patients traités par thérapie interpersonnelle, thérapie comportementale et thérapie cognitivo-comportementale. Les sujets avaient été réévalués à distance (en moyenne,  $5,8 \pm 2$  ans). Les auteurs retrouvaient une efficacité comparable de la thérapie interpersonnelle et de la thérapie cognitivo-comportementale lors de la réévaluation, sur la persistance des critères diagnostiques DSM-IV, comme sur l'intensité de la symptomatologie résiduelle.

Une étude de cohorte a été réalisée par Kachele et coll. (2001). Dans l'un des 43 centres allemands participant à l'étude, 1 171 patients ayant bénéficié d'un traitement psychodynamique conduit en hospitalisation ont été réévalués après 2 ans et demi. Parmi les patients, 33 % des anorexiques et 25 % des boulimiques ne présentaient plus de symptôme à 2,5 ans. La durée du traitement n'avait qu'un effet modéré sur l'évolution des sujets.

Concernant l'approche psycho-éducative, une étude comparative séquentielle de Olmsted et coll., 1991 montre, dans un échantillon total de 65 patientes que l'efficacité de cette approche est comparable à celle d'une prise en charge cognitivo-comportementale lorsque la symptomatologie est peu sévère ou d'intensité moyenne (25 à 45 % des sujets de cette population). L'éducation nutritionnelle est alors l'approche qui a le moindre coût. Mais lorsque la symptomatologie est sévère, l'approche cognitivo-comportementale a une efficacité supérieure. La durée maximale du suivi en post-test était de 3 mois.

**Tableau 12.XVI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans la boulimie**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Hartmann et coll., 1992 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et Psychodynamiques (TP) 18 études	Efficacité des TCC et des TP au sein des groupes et par rapport aux conditions contrôles. Pas de supériorité d'une technique sur l'autre (analyse par régression multiple) Effet des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies psychodynamiques sur la boulimie
Fettes et Peters, 1992 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Thérapies de groupes cognitivo-comportementales (TCC) et autres 31 études	Efficacité modérée des thérapies de groupe (moitié TCC, moitié thérapies « éclectiques »). Maintien de l'efficacité à un an de suivi Effet modéré et à moyen terme des thérapies cognitivo-comportementales (de groupe) sur la boulimie
Lewandowski et coll., 1997 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 26 études	Efficacité des TCC au sein des groupes. Efficacité supérieure des TCC sur les conditions contrôles Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie
Whittal et coll., 1999 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 35 études	Efficacité des TCC au sein des groupes TCC <i>versus</i> traitement médicamenteux : efficacité supérieure des TCC + traitement médicamenteux <i>versus</i> traitement seul, efficacité supérieure de l'association TCC + traitement médicamenteux <i>versus</i> TCC seule Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie. Effet supérieur si associées au traitement médicamenteux
Ghaderi et Anderson, 1999	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	Efficacité des TCC sur la fréquence des crises et des vomissements provoqués. Efficacité supérieure aux

<i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Comparaison avant et après traitement 7 études	conditions contrôles Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie
Hay et Bacaltchuk, 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 27 études	Efficacité comparable des TCC avec les thérapies interpersonnelles (TIP), l'hypnose et l'auto-contrôle à l'aide d'un manuel. Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie Effet des thérapies interpersonnelles (TIP) sur la boulimie
Fairburn et coll., 1995 <i>Etude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies interpersonnelles (TIP) N = 99 (3 groupes) Comparaison à thérapie comportementale et cognitivo-comportementale. Suivi : 5 ans	Efficacité comparable à 5 ans de la thérapie interpersonnelle et de la thérapie cognitivo-comportementale Effet des thérapies interpersonnelles (TIP) sur la boulimie à long terme
Kachele et coll., 2001 <i>Etude de cohorte</i>	Thérapies psychodynamiques (TP) Evaluation du poids (A), de la récurrence des crises (B) et de la symptomatologie résiduelle. N = 1 171. Patients réévalués à distance d'un traitement en hospitalisation. Suivi : 2,5 ans	Rémission totale des symptômes à 2,5 ans : pour 33 % des anorexiques et 25 % des boulimiques Effet des thérapies psychodynamiques réalisées en hospitalisation chez les anorexiques et boulimiques à 2,5 ans
Olmsted et coll. 1991 <i>Etude comparative séquentielle</i>	Psycho-éducation (PE) Evaluation de la symptomatologie N = 65 (2 groupes) Comparaison à thérapies cognitivo-comportementale (TCC). Suivi : 3 mois post-traitement	Efficacité comparable des deux traitements lorsque la symptomatologie est d'intensité moyenne. Efficacité supérieure de l'approche cognitivo-comportementale lorsque la symptomatologie est sévère Effet de la psycho-éducation à 3 mois dans les formes d'intensité moyenne ou peu sévères de boulimie

## Anorexie

Eisler et coll. ont réalisé deux études contrôlées et randomisées (tableau 12.XVII). La première (1997) comparait les effets à 5 ans d'une thérapie familiale et d'une thérapie de soutien individuelle. Elle incluait 80 patientes présentant une anorexie mentale réparties en 4 groupes selon la durée du trouble et le type de psychothérapie, thérapies réalisées durant une année, après la sortie de l'hôpital et la restauration du poids. Les bénéfices significatifs retrouvés pour la thérapie familiale concernait les patientes présentant un trouble récent (âge de début inférieur ou égal à 18 ans et durée inférieure à 3 ans, et pour la thérapie de soutien individuelle, les patientes ayant un trouble plus durable. Trois patientes sur 80 étaient décédées à 5 ans.

La seconde étude (2000) comparait deux formes d'intervention familiale dans l'anorexie mentale : thérapie familiale conjointe et thérapie de soutien associée à une intervention psycho-éducative des parents, chez 40 adolescentes suivies en ambulatoire. Une importante amélioration de l'état nutritionnel et psychologique a été retrouvée dans les deux groupes en traitement. L'amélioration symptomatique était nettement plus marquée dans le groupe interventions familiales séparées, mais des changements psychologiques plus importants, en termes de mesures familiales d'émotions exprimées et de symptomatologie dépressive et obsessionnelle pour les patientes, étaient retrouvés dans le groupe de thérapie familiale conjointe.

L'étude contrôlée de Dare et coll. (2001) incluait 84 patientes réparties dans quatre groupes selon le type de traitement : thérapie psychanalytique focale (1 an), thérapie cognitive (7 mois), thérapie familiale (1 an) et une année de suivi de routine, avec contacts limités (groupe contrôle). Un tiers des patientes ne présentaient plus les critères diagnostiques d'anorexie mentale selon le DSM-IV dans les groupes de thérapies spécifiques, tandis que ce taux n'était que de 5 % dans le groupe témoin. La thérapie psychodynamique et la thérapie familiale

avaient des résultats significativement supérieurs au suivi de routine (groupe témoin). La prise de poids liée aux trois thérapies spécifiques était significative par rapport au groupe témoin. Les différences entre la thérapie cognitive et la condition contrôle n'étaient pas significatives.

Kaplan (2002) a passé en revue les études contrôlées et randomisées publiées concernant les différentes thérapies cognitivo-comportementales dans cette indication. L'efficacité de celles-ci n'a pas pu être établie de façon claire dans l'anorexie, exception faite pour les thérapies familiales chez les patients jeunes ayant une courte durée d'évolution de la maladie. Les essais randomisés contrôlés de Channon et coll. (1989) incluant 24 sujets répartis en 3 groupes et de Crisp et coll. (1991) portant sur 90 sujets répartis en 4 groupes ne permettent pas, compte tenu de leurs limites et disparités méthodologiques, de conclure davantage sur l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans l'anorexie.

En résumé, dans la boulimie, l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales est bien établie, ainsi que celle des thérapies interpersonnelles (avec un moindre volume de données). Les thérapies psychodynamiques conduites en hospitalisation seraient possiblement efficaces sur les symptômes boulimiques à 2 ans et demi, ainsi que l'approche psycho-éducative (présomption scientifique).

Dans l'anorexie mentale, les thérapies familiales ont fait la preuve de leur efficacité, surtout chez des patients jeunes ayant moins de 3 ans d'évolution et jusqu'à 5 ans de suivi. Les thérapies psychodynamiques pourraient être efficaces (présomption scientifique) sur les symptômes anorexiques à 2 ans et demi. Les bénéfices de l'approche cognitivo-comportementale n'ont pas été établis.

Les comparaisons entre psychothérapies réalisées à ce jour concluent qu'aucune d'entre elles ne semble clairement plus efficace que les autres pour les troubles du comportement alimentaire.

**Tableau 12..XVII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans l'anorexie**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Eisler et coll., 1997 <i>Etude contrôlée</i> note : 7/10	Thérapies familiales (TF) Evaluation de la symptomatologie. N = 80 (4 groupes). Comparaison à thérapie de soutien en fonction de la durée d'évolution. Suivi : 5 an	Efficacité supérieure à 5 ans de la thérapie familiale chez les patientes ayant un trouble récent. Efficacité supérieure à 5 ans de la thérapie de soutien chez les patientes ayant un trouble ancien Effet des thérapies familiales (TF) dans les anorexies ayant moins de 3 ans d'évolution, à 5 ans
Eisler et coll., 2000 <i>Etude contrôlée</i> note : 7,5/10	Thérapies familiales (TF) Evaluation du poids et de la symptomatologie. N = 40 (2 groupes) Comparaison thérapie familiale conjointe et thérapie de soutien individuelle + psycho-éducation parentale. Pas de suivi	Efficacité de la thérapie familiale et de l'association thérapie de soutien + psycho-éducation parentale. Efficacité supérieure sur la symptomatologie de l'association thérapie de soutien + psycho- éducation familiale Effet des thérapies familiales (TF) dans l'anorexie
Dare et coll., 2001 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies familiales (TF) Thérapies psychodynamique (TP) Evaluation du poids et de la symptomatologie. N = 84 (4 groupes) Comparaison thérapie familiale, thérapie psychodynamique, thérapie cognitive et suivi de routine. Pas de suivi	Efficacité de la thérapie familiale et de la thérapie psychodynamique par rapport à la condition contrôle. Efficacité sur le poids des thérapies spécifiques par rapport à la condition contrôle Effet des thérapies familiales (TF) dans l'anorexie. Effet des thérapies psychodynamiques (TP) dans l'anorexie
Kaplan, 2002	Thérapies familiales (TF)	Efficacité incertaine pour la plupart des



<i>Revue systématique</i>	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC). 19 études	traitements, à l'exception de la thérapie familiale pour les patients les plus jeunes avec la durée d'évolution de la maladie la plus courte. Importants problèmes méthodologiques dans la plupart des études publiées limitant la portée des résultats Efficacité incertaine des TCC dans l'anorexie mentale. Effet des thérapies familiales (TF) dans l'anorexie
Channon et coll., 1989 <i>Etude contrôlée</i> note : 6,5/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Evaluation de la symptomatologie et du fonctionnement psychosocial N = 24 (3 groupes) Comparaison thérapie cognitivo-comportementales, thérapie cognitive et suivi de routine. Suivi : 6 et 12 mois	Amélioration du fonctionnement psychosocial dans les 3 groupes. Pas d'efficacité supérieure démontrée de la TCC. Meilleure compliance dans le groupe TCC (aucune sortie d'essai) comparé au groupe TC Résultats à interpréter avec prudence vu le petit nombre de sujets (8 par groupe) Pas d'efficacité supérieure démontrée de la TCC par rapport à la situation contrôle
Crisp et coll., 1991 <i>Etude contrôlée</i> note : 6,5/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Evaluation du poids et de la symptomatologie. N = 90 (4 groupes) Comparaison traitement intra-hospitalier puis psychothérapie ambulatoire, psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire plus conseil nutritionnel, psychothérapie de groupe individuelle et familiale ambulatoire plus conseil nutritionnel, et traitement par le médecin de famille. Suivi : 1, 2 et 5 ans	Pas de différence d'efficacité sur la prise de poids par rapport au poids d'entrée, qui se maintient après un an de suivi, entre les 3 groupes de traitement actif. Mais efficacité par rapport à la condition contrôle. Nombreuses sorties d'essai (40% dans le groupe hospitalisé) Effet de différentes approches TCC dans l'anorexie mentale

## Troubles de la personnalité

Les études publiées sur l'efficacité des psychothérapies sur les troubles de la personnalité intéressent des ensembles plus ou moins définis de troubles. Lorsque des troubles spécifiques de la personnalité ont été étudiés, il s'agit des personnalités limite et antisociale. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.XVIII.

**Tableau 12.XVIII : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles de la personnalité**

Approches	Type d'études	
	Méta-analyses	Études contrôlées
Thérapies d'inspiration psychanalytique	Leichsenring et Leibing, 2003	Woody et coll., 1985 Winston et coll., 1994 Bateman et Fonagy, 1999 et 2001
Thérapies cognitivo-comportementales	Leichsenring et Leibing, 2003	Woody et coll., 1985 Linehan et coll., 1991, 1994 Koons et coll., 2001 Verheul et coll., 2003

## Personnalité limite

Bateman et Fonagy (1999, 2001) ont réalisé une étude contrôlée et randomisée incluant 22 patients ayant une personnalité limite traités durant 18 mois par thérapie psychodynamique (individuelle et en groupe) en hospitalisation de jour (5 jours sur 7) et 22 sujets ayant une prise en charge standard (tableau 12.XIX). Les sujets ont été réévalués tous les 3 mois jusqu'à 18 mois de suivi. L'évaluation des sujets s'intéressait à la symptomatologie et aux actes auto-agressifs, mais également dans le suivi, à la fréquence et durée des hospitalisations temps plein. Les auteurs retrouvaient une efficacité significativement supérieure, sur toutes les mesures, du programme de thérapie psychodynamique intensif en hospitalisation de jour par rapport au traitement standard, à partir de 6 mois de traitement et jusqu'à la fin de celui-ci. Le suivi à 18 mois montrait la stabilité de l'amélioration constatée à la fin du traitement mais également la poursuite d'une amélioration significative sur la majorité des mesures par rapport à la situation contrôlée.

Les études randomisées et contrôlées de Linehan et coll. (1991 et 1994) ont montré, sur une durée d'un an, une diminution significative des comportements auto-agressifs chez des femmes issues de quartiers défavorisés et présentant une personnalité borderline traitées par thérapie cognitivo-comportementale (n = 22), par rapport au groupe contrôle (n = 22 ; traitement standard). Le taux d'abandon de la thérapie était réduit d'une manière significative dans le groupe thérapie comportementale et les comportements à risque pour les patientes (tentatives de suicide, prises exagérées de médicaments ou de drogues) étaient significativement moindres que chez les patientes ayant une prise en charge standard. Les deux groupes ne présentaient pas de différence dans le degré de symptomatologie dépressive ou anxieuse après un an de thérapie. Les résultats retrouvés se maintenaient à un an de suivi après la fin du traitement. Les patientes traitées par thérapie comportementale présentaient une diminution des colères pathologiques, des comportements à risque, des jours d'hospitalisation, et un meilleur ajustement social.

Ces mêmes auteurs (1994) ont reproduit la même étude, avec des résultats comparables chez 13 patientes ayant une personnalité limite, qui suivaient une thérapie cognitivo-comportementale et 13 qui étaient prises en charge de façon usuelle.

Koons et coll. (2001) ont reproduit les résultats de Linehan et coll. (1991, 1994) et inclus 20 femmes ayant une personnalité borderline traitées par thérapie cognitivo-comportementale ou un traitement usuel durant 6 mois. Les patientes traitées par thérapie cognitivo-comportementale présentaient une diminution plus importante des idées suicidaires, du désespoir, de la dépression et de la colère. Elles seules, de plus, avaient une diminution significative des actes auto-agressifs.

Une reproduction des travaux précédents a été également récemment réalisée par Verheul et coll. (2003). 58 patientes présentant un trouble de personnalité borderline ont été randomisées en deux groupes : thérapie cognitivo-comportementale (durant 12 mois) ou traitement habituel. Les mesures concernant le résultat ont été effectuées après 22 et 52 semaines de traitement. Il s'agissait essentiellement d'un index de sévérité consistant en neuf sections pour chacun des critères de personnalité borderline. Un taux meilleur de d'adhésion au traitement et une plus grande réduction des comportements auto-agressifs était retrouvé dans le groupe TCC, comparé au traitement habituel. Ce résultat était d'autant plus significatif que le taux de comportements d'automutilation était élevé avant traitement.

**Tableau 12.XIX : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour la personnalité limite**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Bateman et Fonagy,	Thérapies psychodynamiques (TP)	Efficacité supérieure de la thérapie

1999,2001 <i>Etude contrôlée</i> note : 9/10	Evaluation des symptômes, des gestes auto-agressifs et des journées d'hospitalisation temps plein. N = 44 (2 groupes). Comparaison thérapie psychodynamique intensive en hospitalisation de jour (18 mois) et traitement standard. Suivi : 18 mois	psychodynamique intensive en hôpital de jour par rapport au traitement standard, dès le 6 <sup>e</sup> mois de traitement et jusqu'à la fin de la période de suivi Effet à moyen terme des thérapies psychodynamiques (TP) en individuel + groupe et en hospitalisation de jour dans la personnalité limite
Linehan et coll., 1991, 1994 <i>Etude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies comportementales (TC) Evaluation des symptômes, des gestes auto-agressifs et des journées d'hospitalisation temps plein. N = 44 et 26 (2x2 groupes). Comparaison thérapie dialectale comportementale et traitement standard. Suivi : 1 an	Efficacité supérieure de la thérapie comportementale par rapport au traitement standard avec maintien de l'efficacité à 1 an Effet à moyen terme des thérapies comportementales dans la personnalité limite
Koons et coll., 2001 <i>Etude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies comportementales (TC) Evaluation des symptômes, des gestes auto-agressifs et des journées d'hospitalisation temps plein. N = 20 (2 groupes). Comparaison thérapie dialectale comportementale et traitement standard. Pas de suivi	Efficacité supérieure de la thérapie comportementale par rapport au traitement standard Effet des thérapies comportementales dans la personnalité limite
Verheul et coll., 2003 <i>Etude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Evaluation des troubles du comportement (index de sévérité). N = 58 (2 groupes). Comparaison thérapie dialectale comportementale et traitement standard. Traitement de 12 mois. Pas de suivi	Efficacité supérieure de la thérapie dialectique-comportementale par rapport au traitement standard. Meilleure adhésion au traitement et plus grande réduction des comportements auto-agressifs. Résultat d'autant plus significatif que taux élevé de comportements d'automutilation avant traitement Effet des thérapies cognitivo-comportementales dans la personnalité limite

## Personnalité antisociale

Une étude contrôlée et randomisée de Woody et coll. (1985) portait sur 110 patients toxicomanes et comparait trois traitements : un conseil simple, un conseil associé à une thérapie cognitive et un conseil associé à une thérapie psychodynamique (tableau 12.XX). Quatre sous-groupes étaient constitués : patients dépendants aux opiacés avec ou sans dépression associée et patients ayant une personnalité antisociale avec ou sans dépression associée.

Pour les sujets remplissant les critères diagnostiques de dépression majeure et de personnalité antisociale, la thérapie cognitive brève et la thérapie psychodynamique étaient également efficaces et significativement plus efficace que le simple conseil. Une amélioration significative était retrouvée sur la moitié des variables étudiées sept mois après la fin du traitement. Les sujets antisociaux non-déprimés ne présentaient que peu d'amélioration.

**Tableau 12.XX : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour la personnalité antisociale**

Référence Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Woody et coll., 1985 <i>Etude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies cognitive (TC) Thérapies psychodynamiques (TP) Evaluation de la symptomatologie et des critères DSM-III présents. N = 110 (4 groupes). Comparaison thérapie cognitive, psychodynamique et conseil simple. Suivi : 7 mois	Efficacité de la thérapie cognitive et de la thérapie psychodynamique par rapport au conseil simple pour les patients présentant une dépression majeure associée Effet des thérapies cognitives dans la personnalité antisociale si dépression majeure associée. Effet des thérapies psychodynamiques dans la personnalité

## Troubles de la personnalité

La méta-analyse récente de Leichsenring et Leibing (2003) incluait 26 études et concernait les psychothérapies psychodynamiques (15 études avec un suivi pouvant aller jusqu'à 4 ans) et les thérapies cognitivo-comportementales (11 études avec un suivi jusqu'à 16 mois) utilisées dans différents troubles de la personnalité (avec une part importante de troubles limites). 11 études étaient randomisées et contrôlées (comparaison avec une liste d'attente, un autre traitement ou un traitement non spécifique) (tableau 12.XXI). Les psychothérapies psychodynamiques avaient une taille d'effet globale de 1,46, de 1,08 pour les auto-évaluations et de 1,79 pour les hétéro-évaluations. Les tailles d'effet pour les thérapies cognitivo-comportementales étaient respectivement de 1, 1,2 et 0,87. Il existait une corrélation positive mais non significative entre la durée du traitement et la taille d'effet générale et les tailles d'effet des thérapies psychodynamiques évoquaient des changements plutôt à long terme qu'à court terme.

Une étude randomisée et contrôlée de Winston et coll. (1994) incluait 81 patients ayant un trouble de la personnalité (à l'exclusion des personnalités paranoïaques, narcissiques, schizoïdes, schizotypiques et limites) traités durant 40 semaines en moyenne par deux formes de thérapies psychodynamiques brèves (thérapie brève adaptative et thérapie synchroniquement brève) ou en liste d'attente. Les sujets ont été réévalués 1 mois et 6 mois après la fin du traitement. L'évaluation des sujets s'intéressait à la symptomatologie et à l'adaptation sociale. Les auteurs retrouvaient une efficacité significative, sur toutes les mesures, par rapport à la liste d'attente, des thérapies psychodynamiques brèves.

La méta-analyse de Perry et coll. (1999) n'a pas été incluse dans notre analyse, malgré une bonne qualité méthodologique. Elle incluait des études très diverses et montrait certes l'efficacité des psychothérapies sur les troubles de la personnalité, mais sans que l'on puisse distinguer dans ce travail, les spécificités des différentes approches psychothérapeutiques, comme les troubles de la personnalité concernés.

En résumé, les thérapies cognitivo-comportementales, comme les thérapies psychodynamiques ont montré leur efficacité pour les personnalités limites à au moins 1 an de suivi. Toutes deux semblent efficaces pour les personnalités antisociales, lorsque les sujets sont également déprimés, à 7 mois de suivi, ainsi que pour divers autres troubles de la personnalité à 6 mois de suivi. Pour les troubles de la personnalité, comme pour les troubles du comportement alimentaire, aucune étude contrôlée n'a montré à l'heure actuelle qu'une thérapie était plus efficace qu'une autre.

**Tableau 12.XXI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles de la personnalité**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Leichsenring et Leibing, 2003 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies psychodynamiques (TP) Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 25 études Suivi : de 0 à 4 ans	Efficacité des thérapies cognitivo- comportementales et des thérapies psychodynamiques. Les thérapies psychodynamiques ont les tailles d'effet les plus importantes Effet des thérapies psychodynamiques dans les troubles de la personnalité. Effet des thérapies cognitivo-comportementales dans les troubles de la personnalité
Winston et coll.,	Thérapies psychodynamiques brèves	Efficacité des thérapies psychodynamiques brèves

1994 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	(TP) Evaluation de la symptomatologie et de l'adaptation sociale. N = 81 (3 groupes) Comparaison de 2 formes de thérapie psychodynamique brève (thérapie synchroniquement brève et thérapie brève adaptative) et liste d'attente. Suivi : 6 mois	par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies psychodynamiques brèves dans les troubles de la personnalité (dépendante, évitante, obsessionnelle-compulsive et histrionique)
---	---	--

## Troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool

Les études publiées concernant les approches psychothérapeutiques chez les sujets présentant des troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool, que nous avons retenues et leur analyse sont présentées dans les tableaux 12.XXII et 12.XXIII. Nous n'avons pas retrouvé de travaux sur les thérapies d'inspiration psychanalytique dans cette indication.

**Tableau 12.XXII : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool**

Approches	Type d'études			
	Méta-analyses	Revue systématiques	Études contrôlées	Études comparatives
Thérapies cognitivo-comportementales	Moyer et coll, 2002		Burtscheidt et coll, 2002	
Thérapies familiales	Edwards et Steinglass, 1995	O'Farrell, 1989		Fukunishi et coll, 1994
Autres psychothérapies			Thérapie motivationnelle Holder et coll, 2000	

**Tableau 12.XXIII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans les troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Moyer et coll., 2002 <i>Méta-analyse</i> note : 5,5/7	Interventions brèves de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (< 5 séances) 34 études chez non demandeurs de traitement. 20 études chez demandeurs de traitement	Efficacité des interventions brèves TCC inférieure à celle des interventions plus durables chez les demandeurs de traitement. Efficacité des interventions brèves TCC chez les non demandeurs de traitement, si l'on exclue les plus sévères, par rapport aux contrôles et se maintenant au delà de 3 à 6 mois Effet des interventions brèves (thérapies cognitivo-comportementales) à moyen terme chez les sujets non demandeurs de traitement mais dont les troubles ne sont pas trop sévères
Edwards et Steinglass, 1995 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Thérapies Familiales (TF) 21 études. Suivi : 6 mois	Efficacité des TF dans la motivation du patient alcoolique à entamer un traitement par rapport aux situations contrôles. Efficacité comparable des TF et individuelles une fois les patients engagés dans un traitement, à l'issue du traitement comme au suivi de 6 mois minimum Efficacité des thérapies familiales dans la motivation et le traitement du patient alcoolique, se maintenant à 6

		mois
O'Farrell, 1989 <i>Revue systématique</i>	Thérapies Familiales (TF) 13 études	Thérapies familiales impliquant le conjoint ont une efficacité supérieure à 6 mois, en terme de consommation d'alcool et de qualité de la relation conjugale, par rapport aux interventions n'impliquant pas le conjoint Effet à moyen terme des thérapies familiales (TF), si elles impliquent le conjoint sur la consommation d'alcool et la relation de couple
Burtscheidt et coll, 2002 <i>Etude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Evaluation du taux d'abstinence N = 120 (3 groupes) Comparaison de 2 types de thérapies cognitivo-comportementales à une thérapie de soutien Suivi : 2 ans	Tendance nette mais non significative à une efficacité supérieure de la thérapie cognitivo-comportementale sur le taux d'abstinence. Les résultats les moins bons concernent les patients ayant des troubles cognitifs ou un trouble grave de la personnalité Tendance à un effet à moyen terme des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sur l'abstinence
Holder et coll, 2000 <i>Etude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies motivationnelle et cognitivo-comportementales (TCC). Evaluation des coûts N = 279 (3 groupes) Comparaison thérapie motivationnelle (2 types) et cognitivo-comportementale. Suivi : 3 ans	Efficacité comparable des thérapies motivationnelles (TM) et cognitivo-comportementales sur l'abstinence mais à moindre coût pour la TM. Dans les formes plus sévères, c'est la TCC qui a le meilleur rapport coût/efficacité Effet des thérapies motivationnelles et. Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur les coûts de prise en charge des sujets ayant de troubles liés à l'alcool
Fukunishi et coll, 1994 <i>Etude comparative non randomisée</i> note : 5/10	Thérapies familiales (TF) de groupe Evaluation de l'alexithymie et de l'évolution de l'environnement familial. N = 14 Comparaison entre groupe de familles d'alcoololo-dépendant et de témoin sain. Pas de suivi	Efficacité supérieure chez les alcoololo-dépendants de la thérapie familiale de groupe par rapport aux contrôles sur la cohésion familiale et de la verbalisation des conflits Effet des thérapies familiales de groupe sur des variables d'environnement familial du sujet alcoololo-dépendant

Une méta-analyse de Moyer et coll. (2002) incluait 54 études et comparait les effets des interventions brèves (pas plus de 4 séances de thérapie cognitivo-comportementale) auprès de sujets alcoololo-dépendants demandeurs (34 études) et non demandeurs de soins (20 études) en comparaison à des interventions plus longues pour les premiers et à l'absence d'intervention pour les derniers. L'efficacité des interventions brèves se révélait inférieure à celle des interventions plus durables chez les demandeurs de traitement mais si l'on excluait les alcoololo-dépendants les plus sévères, les interventions brèves TCC chez les non demandeurs de traitement se révélait efficace et l'efficacité se maintenait au delà de 3 à 6 mois par rapport aux conditions contrôles.

La méta-analyse d'Edwards et Steinglass (1995) incluait 21 études (dont 16 randomisées) impliquant l'entourage familial dans des interventions psychothérapeutiques pour des sujets alcooliques. Elle concluait à l'efficacité des thérapies familiale dans la motivation du patient alcoolique à entamer un traitement par rapport aux situations contrôles (4 études) et à une efficacité comparable des thérapies familiales et individuelles une fois les patients engagés dans un traitement, à l'issue du traitement comme au suivi de 6 mois minimum (efficacité légèrement supérieure pour les thérapies familiales ; 15 études).

L'essai randomisé contrôlé de Burtscheidt et coll. (1994) ne retrouvait qu'une tendance (statistiquement non significative) à une amélioration de l'abstinence sous thérapie cognitivo-comportementale *versus* de soutien chez 120 sujets avec un suivi de 2 ans. Les

résultats les moins bons concernaient les patients ayant des troubles cognitifs ou un trouble grave de la personnalité.

L'essai randomisé contrôlé de Holder et coll. (2000) s'inscrit dans le vaste projet MATCH conduit aux Etats-Unis et aborde la question qui nous occupe sous l'angle médico-économique. Il comparait psychothérapie motivationnelle (accompagnement dans un processus de changement de comportement par étape) et psychothérapie cognitivo-comportementale, conduites sur 12 semaines, dans un échantillon de 279 patients issus de plusieurs centres et suivis sur 3 ans. L'efficacité des thérapies motivationnelles et cognitivo-comportementales était comparable sur l'abstinence mais les coûts étaient moindres pour la thérapie motivationnelle. Dans les formes plus sévères, les thérapies cognitivo-comportementales avaient le meilleur rapport coût/efficacité.

La revue systématique de O'Farrell (1989) détaillait les études consacrées aux thérapies familiales chez l'alcoolodépendant. Lorsque le conjoint ou un membre de la famille vivant avec le patient était impliqué, les psychothérapies familiales avaient une efficacité supérieure jusqu'à 6 mois, en terme de consommation d'alcool et de qualité de la relation conjugale, par rapport aux approches psychothérapeutiques n'impliquant pas le conjoint.

L'étude comparative non randomisée de Fukunishi et coll. (1994) comparait deux groupes de familles d'alcoolodépendants (n = 14) et de témoins sains (n = 15) ayant une prise en charge en thérapie familiale de groupe. Ils évaluaient l'évolution de l'alexithymie et de différentes variables caractérisant l'environnement familial et retrouvaient une efficacité supérieure et se poursuivant sur 6 mois de traitement, de la thérapie familiale de groupe chez les alcoolodépendants par rapport aux contrôles, en ce qui concernait la cohésion familiale et la verbalisation des conflits.

Nous n'avons pas retenu la méta-analyse de Irvin et coll. (1999) qui rassemblait les données de 26 études publiées ou non, concernant les addictions au sens large et l'alcool pour seulement 5 études.

Au total, dans les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool, l'efficacité des thérapies familiales et des thérapies cognitivo-comportementales reste encore de l'ordre de la présomption scientifique malgré leur utilisation répandue dans le traitement de ces troubles. Les thérapies d'inspiration psychanalytique n'ont pas été étudiées dans cette indication.

Les comparaisons entre psychothérapies réalisées à ce jour concluent que les thérapies motivationnelles sont aussi efficaces que les thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool.

## Conclusion

## Bibliographie

- ABRAMOWITZ JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder : a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 44-52
- BATEMAN A, FONAGY P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1563-1569
- BATEMAN A, FONAGY P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization : an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 36-42
- BENTON MK, SCHROEDER HE. Social skills training with schizophrenics : a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990, **58** : 741-747
- BROM D, KLEBER RJ, DEFARES PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 607-612
-

- BURNAND Y, ANDREOLI A, KOLATTE E, VENTURINI A, ROSSET N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 2002, **53** : 585-590
- BURTSCHIEDT W, WOLWER W, SCHWARZ R, STRAUSS W, GAEBEL W. Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatr Scand* 2002, **106** : 227-232
- CHANNON S, DE SILVA P, HEMSLEY D, PERKINS R. A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 1989, **27**: 529-535
- CLARKIN JF, CARPENTER D, HULL J, WILNER P, GLICK I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv* 1998, **49** : 531-533
- CONTE HR, PLUTCHIK R, WILD KV, KARASU TB. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. A systematic analysis of the evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1986, **43** : 471-479
- CORMAC I, JONES C, CAMPBELL C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2002, : CD0005
- CORRIGAN PW. Social skills training in adult psychiatric populations : A meta-analysis. *J Behav Therap Exp Psychiatry*, 1991, **22** : 203-210
- CRISP A H, NORTON K, GOWERS S, HALEK C, BOWYER C, YELDHAM D, SEVETT G, BHAT A. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991, **159** : 325-333
- DARE C, EISLER I, RUSSELL G, TREASURE J, DODGE E. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa : Randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001, **178** : 216-221
- DAVIDSON PR, PARKER KC. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2001, **69** : 305-316
- DOBSON KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 414-419
- EDWARDS ME, STEINGLASS P. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *J Marital Family Therapy* 1995, **21** : 475-509
- EISLER I, DARE C, HODES M, RUSSELL G, DODGE E, LE GRANGE D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa : The results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, **41** : 727-736
- EISLER I, DARE C, RUSSEL GFM, SZMUKLER G, LE GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia Nervosa. A five year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1025-1029.
- FAIRBURN CG, NORMAN PA, WELCH SL, O'CONNOR ME, DOLL HA, PEVELER RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995, **52** : 304-312
- FEDOROFF IC, TAYLOR S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia : a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2001, **21** : 311-324
- FENTON WS. Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000, **26** : 47-72
- FETTES PA, PETERS JM. A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992, **11** : 97-110
- FUKUNISHI I, ICHIKAWA M, ICHIKAWA T, MATSUZAWA K. Effect of family group psychotherapy on alcoholic families. *Psychol Rep* 1994, **74** : 568-570
- GHADERI A, ANDERSON G. Meta-analysis of CBT for bulimia nervosa: Investigating the effects using DSM-III-R and DSM-IV criteria. *Scan J Behav Therapy* 1999, **28**, 79-87
- GARCIA PALACIOS A, HOFFMAN K, CARLIN A, FURNESS TA, BOTELLA C. Virtual reality in the treatment of spider phobia : a controlled study. *Behav Res Therapy* 2002, **40** : 983-993
- GETKA EJ, GLASS CR. Behavioral and cognitive-behavioral approaches to the reduction of dental anxiety. *Behav Therapy* 1992, **23** : 433-448
-



- GILROY L, KIRBY K, DANIELS BA, MENZIES C, MONTGOMERY I. Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus live exposure in the treatment of spider phobia. *Behav Therapy* 2000, **31** : 733-744
- GLICK ID, CLARKIN JF, SPENCER JH JR, HAAS GL, LEWIS AB et coll. A controlled evaluation of inpatient family intervention. I. Preliminary results of the six-month follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 882-886
- GLOAGUEN V, COTTRAUX J, CUCHERAT M, BLACKBURN IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998, **49** : 59-72
- GOULD RA, OTTO MW, POLLACK MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol rev* 1995, **15** : 819-844
- GOULD RA, OTTO MW, POLLACK MH, YAP L. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder : a preliminary meta-analysis. *Behav Therapy* 1997a, **28** : 285-305
- GOULD RA, BUCKMINSTER S, POLLACK MH, OTTO MW, YAP L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia : a meta-analysis. *Clin Psychol* 1997b, **4** : 291-306
- HARTMANN A, HERZOG T, DRINKMANN A. Psychotherapy of bulimia nervosa : what is effective? A meta-analysis. *J Psychosom Res* 1992, **36** : 159-167
- HAY PJ, BACALTCHUK J. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2001, **2** : CD0005
- HOLDER HD, CISLER RA, LONGABAUGH R, STOUT RL, TRENO AJ, ZWEBEN A. Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction* 2000, **95** : 999-1013
- KACHELE H, KORDY H, RICHARD M, RESEARCH GROUP TREAT. Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany : data from a multicenter study. *Psychother Res* 2001, **11** : 239-257
- KAPLAN AS. Psychological treatments for anorexia nervosa : a review of published studies and promising new directions. *Can J Psychiatry* 2002, **47** : 235-242
- KOBAK KA, GREIST JH, JEFFERSON JW, KATZELNICK DJ, HENK HJ. Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder : a meta-analysis. *Psychopharmacology (berl)* 1998, **136** : 205-216
- KOONS CR, ROBINS CJ, TWEED JL, LYNCH TR, GONZALES AM et coll. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Therapy* 2001, **32** : 371-389
- LEFF J, VEARNALS S, BREWIN CR, WOLFF G, ALEXANDER B, ASEN E, DAYSON D, JONES E, CHISHOLM D, EVERITT BL. The London Intervention Trial: Randomised controlled trial of antidepressant v. Couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000, **177** : 95-100
- LEICHSENRING F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression : a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001, **21** : 401-419
- LEICHSENRING F, LEIBING E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003, **160**: 1223-1232
- LEWANDOWSKI LM, GEBING TA, ANTHONY JL, O'BRIEN WH. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clin Psychol Rev* 1997, **17** : 703-718
- LINEHAN M, TUTEK DA, HEARD HL, ARMSTRONG H.E. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patient. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 1171-1176
- LINEHAN MM, ARMSTRONG HE, SUAREZ A, ALLMON D, HEARD HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 1060-1064
- MCCUSKER J, COLE M, KELLER E, BELLAVANCE F, BERARD A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998, **158** : 705-712
-

- MALMBERG L, FENTON M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, **3** : CD0013
- MARI JJ, STREINER DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia : meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994, **24** : 565-578
- MILROD B, BUSCH F, LEON AC, ARONSON A, ROIPHE J et coll. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001, **10** : 239-245
- MILROD B, BUSCH F, LEON AC, SHAPIRO T, ARONSON A et coll. Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder : a pilot study. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 1878-1880
- MOJTABAI R, NICHOLSON RA, CARPENTER BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia : a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998, **24** : 569-587
- MOYER A, FINNEY JW, SWEARINGEN CE, VERGUN P. Brief intervention for alcohol problems : a meta analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction* 2002, **97** : 279-292
- MUHLBERGER A, HERRMAN MJ, WIDEMANN E, ELLGRING H, PAULI P. Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behav Res Therapy* 2001, **41** : 1033-1050
- NIETZEL MT, RUSSELL RL, HEMMINGS KA, GREYER ML. Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression : a meta-analytic approach to social comparison. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 156-161
- O'FARRELL TJ. Marital and family therapy in alcoholism treatment. *J Subst Abuse Treat* 1989, **6** : 23-29
- OLMSTED MP., DAVIS R., ROCKERT N., IRVINE MJ, EAGLE M., GARNER DM. Efficacy of a brief psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1991, **29** : 71-83
- OST J, ALM T., BRANBERG M, BREITHOLTZ C. One vs five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behav Res Therapy* 2001, **39** : 167-183
- PAUL GL. Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. *J Consult Clin Psychol* 1967, **31** : 333-348
- PEKKALA E, MERINDER L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, : CD0028
- PERRY A, TARRIER N, MORISS R, MCCARTHY E, LIMB K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal* 1999, **318** : 149-153
- PERRY JC, BANON E, IANNI F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1312-1321
- PHAROAH FM, MARI JJ, STREINER D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, : CD0000
- PINQUART M, SOERENSEN S. How effective are psychotherapeutic and other psychosocial intervention with older adults? A meta analyse. *J Ment Health Aging* 2001, **7** : 207-243
- PITSCHER-WALZ G, LEUCHT S, BAUML J, KISSLING W, ENGEL RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001, **27** : 73-92
- ROBINSON LA, BERMAN JS, NEIMEYER RA. Psychotherapy for the treatment of depression : a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 1990, **108** : 30-49
- ROTHBAUM BO, HODGES LF, KOOPER R, OPDYKE D, WILLIFORD JS, NORTH M. Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *Am J Psychiatr* 1995, **152** : 626-628
- SHERMAN JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD : a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress* 1998, **11** : 413-435
-

- STEINBRUECK SM, MAXWELL SE, HOWARD GS. A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *J Consult Clin Psychol* 1983, **51** : 856-863
- STUART S, BOWERS WA. Cognitive therapy with inpatients : review and meta analysis. *J Cognitive Therapy*, 1995, **9** : 85-92
- TAYLOR S. Meta-analysis of cognitive behavioral treatment for social phobia. *J Behav Therapy Exp Psychiatry* 1996, **27** : 1-9
- THASE ME, GREENHOUSE JB, FRANK E, REYNOLDS CF 3<sup>RD</sup> et coll. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1009-1015
- VAN BALKOM AJLM, BAKKER A, SPINHOVEN P, BLAAUW BMJW, SMEENK S, RUESINK B. A meta-analysis on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia : a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J Nerv Ment Dis* 1997, **185** : 510-516
- VAN BALKOM AJLM, VAN OPPEN P, VERMEULEN AWA, VAN DYCK R, NAUTA MCE, VORST HCM. A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder : a comparison of antidepressant, behavior, and cognitive therapy. *Clin Psychol Rev* 1994, **14** : 359-381
- VAN ETTEN ML, TAYLOR S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder : a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998, **5** : 126-144
- VERHEUL R, VAN DEN BOSCH LMC, KOETER MWJ, DE RIDDER MAJ, STINEN T, VAN DEN BRINCK W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder, 12 month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2003, **182** : 135-140
- WHITTAL ML, AGRAS WS, GOULD RA. Bulimia nervosa : A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behav Ther* 1999, **30** : 117-135
- WIBORG IM, DAHL AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 689-694
- WINSTON A, LAIKIN M, POLLACK J, SAMSTAG LW, MCCULLOUGH L, MURAN JC. Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 190-194
- WOODY GE, MC LELLAN T, LUBORSKY L, O'BRIEN CP. Sociopathy and psychotherapy outcome, *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 1081-1086
- WUNDERLICH UG, WIEDERMANN G, BUCHKREMER. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam ? Eine Metaanalyse. *Verhaltenstherapie* 1996, **6** : 4-13
-