

# 10

## Études d'évaluation de l'approche familiale et de couple

Les études concernant l'évaluation globale de l'efficacité des différentes formes de thérapies familiales sont présentées dans un premier temps, puis les études ayant évalué l'efficacité par type de trouble. L'ordre de présentation de ces études est le suivant : méta-analyses, revues systématiques, études contrôlées.

### Résultats des méta-analyses et études globales

Pour l'analyse, ont été retenues, la méta-analyse de Shadish et coll. (1993) ainsi que sa réévaluation (1995), la méta-analyse de Dunn et Schwebel (1995), trois études systématiques et deux études contrôlées.

### Méta-analyses concernant l'évaluation des différentes formes de thérapies familiales

Shadish et coll. (1993) ont réalisé une évaluation comparative des effets de la thérapie familiale et de la thérapie conjugale, en fonction des orientations théoriques et méthodologiques (tableau 10.1). L'examen porte sur 163 études publiées entre 1963 et 1988 dont 62 sur les thérapies conjugales et 101 sur les thérapies familiales. Elles sont randomisées, hormis 7 études procédant plutôt de manière arbitraire que réellement par randomisation.

La définition retenue par les auteurs de la thérapie familiale est celle proposée par Gurman et coll. (1986) : « La thérapie familiale peut être définie comme toute tentative psychothérapeutique qui se focalise explicitement sur la modification des interactions entre ou parmi les membres de la famille et cherche à améliorer la famille en tant qu'unité, ou ses sous-systèmes, et/ou le fonctionnement des membres individuels de la famille. »

Sur les 163 études, 71 incluent les comparaisons de thérapies à des situations contrôles et 105 incluent des comparaisons de thérapies à d'autres thérapies ; 13 incluent les deux. Les principaux résultats sont évalués selon l'orientation théorique. Toutes les orientations, hormis l'orientation humaniste, montrent des tailles d'effet qui diffèrent sensiblement de zéro. La psychothérapie familiale et conjugale a un effet positif supérieur au groupe contrôle de clients en

**Tableau 10.1 : Méta-analyses concernant différentes formes de thérapies familiales**

Références	Caractéristiques	Résultats (tailles d'effet)
Shadish et coll., 1993	163 études contrôlées (1963-1988) : 62 thérapies conjugales et 101 thérapies familiales 176 comparaisons : selon différentes orientations 71 comparaisons à des situations de contrôle Pathologies non précisées d de Glass	Psychothérapie familiale et conjugale : effet positif supérieur au groupe contrôle Pas de différences entre les différentes orientations après ajustement sur les covariances
Dunn et Schwebel, 1995	15 études de thérapies de couple Comparaisons orientations comportementale (TCjC), cognitivo-comportementale (TCjCC) et thérapie orientée sur l' <i>insight</i> (TCjOI) par rapport à groupe contrôle	Tailles d'effet supérieures au groupe contrôle, respectivement 0,79 ; 0,54 ; 0,87 TCjOI > TCjC ou TCjCC concernant l'évaluation générale des conjoints TCjCC > TCjC ou TCjOI concernant les changements des cognitions relationnelles

post-test. Les évaluations des tailles d'effet sont semblables à celles des études précédemment publiées (Eyberg et Johnson, 1974 ; Pevsner, 1982 ; Raue et Spence, 1985) ayant étudiées les mêmes procédures.

On notera d'une part le petit nombre d'études sur les thérapies familiales et conjugales psychodynamiques, ce qui ne permet pas de conclure sur les résultats, et d'autre part l'échec des thérapies humanistes à montrer des effets positifs significatifs. Par ailleurs, la thérapie familiale montre des tailles d'effet plus basses que la thérapie conjugale, mais cette différence peut être due aux types de problèmes traités, plus lourds pour la thérapie familiale (schizophrénies, délinquance juvénile, alcoolodépendance, toxicomanies), la thérapie conjugale s'adressant plutôt aux insatisfactions liées au couple. Dans les rares cas où elles traitent du même type de problèmes, elles montrent des tailles d'effet semblables.

Shadish et coll. (1995), dans l'évaluation de leur précédente méta-analyse (1993), soulignent plusieurs caractéristiques des méta-analyses en thérapie familiale qui en pondèrent les résultats. Le problème méthodologique posé par Shadish et coll. est que les orientations des thérapies sont associées à d'autres variables ayant des effets significatifs et ainsi constituent des biais dont il faudrait tenir compte dans la mesure et l'interprétation des effets des orientations psychothérapeutiques proprement dites. Un moyen de contrôler de tels facteurs de confusion dans une méta-analyse consiste à réaliser une régression statistique qui prend en compte ces variables en même temps que l'orientation thérapeutique. En procédant ainsi sur les 71 comparaisons de traitement *versus* contrôle, Shadish et coll. (1995) montrent que la seule variable produisant des différences significatives est l'utilisation d'un manuel

de traitement ou de formation et ne trouvent pas de différence entre orientations thérapeutiques.

Dans leur méta-analyse, Dunn et Schwebel (1995) ont étudié l'efficacité des thérapies de couple comportementales (TCjC), cognitives et comportementales (TCjCC) et orientées sur l'*insight* (TCjOI). L'examen a porté sur 15 études méthodologiquement rigoureuses, recensées dans 19 articles. L'appréciation des changements concerne le comportement relationnel au conjoint, les cognitions, les affects, et l'évaluation générale des relations conjugales.

Après traitement, les tailles d'effet sont significatives en comparaison avec des groupes témoins : 0,79, 0,54 et 0,87, respectivement pour les TCjC, les TCjCC, et les TCjOI.

On soulignera la nécessité, reconnue par les auteurs, d'affiner les grilles d'évaluation concernant les formes d'intervention, les styles de thérapeutes, les caractéristiques des partenaires, et la nature des troubles.

### **Revue systématique concernant l'évaluation de l'efficacité des thérapies sur un plan général en fonction du type de troubles**

Pinsolf et coll. (1996) présentent un ensemble de conclusions concernant les résultats des thérapies de couple et de famille (TCF) selon les formes de pathologie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. La TCF est efficace en général (tableau 10.II), et peut même être supérieure aux traitements alternatifs (chimiothérapie isolée, psychothérapie individuelle, psychothérapie de groupe) pour certains problèmes ou troubles majeurs (schizophrénie, troubles des conduites, addictions, autisme...). Pour ces auteurs, une bonne preuve scientifique d'efficacité est définie par deux études contrôlées soutenant la supériorité de quelque force de TCF, et pas d'études contrôlées avec résultats négatifs ou contradictoires. Il est à noter que les revues concernant les troubles de l'enfant ne parlent pas de thérapie familiale, mais d'entraînement à la gestion parentale (*Parent management training*).

Dans leur revue systématique, Baucom et coll. (1998) cherchent à évaluer l'efficacité, l'efficacité et la signification clinique des interventions de couple et de famille étayées empiriquement pour traiter les détresses conjugales et les troubles personnels de l'adulte, comprenant les troubles anxieux, la dépression, les dysfonctions sexuelles, l'alcoolodépendance et les problèmes de boisson, et la schizophrénie (tableau 10.III). Ils prennent en compte les différentes approches théoriques pour traiter ces problèmes, et les différents moyens d'inclure un partenaire ou une famille dans le traitement :

- interventions d'assistance partenaire – famille
- interventions partenaire présentant un trouble spécifique – famille
- thérapie plus générale couple – famille.

La thérapie conjugale comportementale apparaît comme une intervention efficace, en comparaison des listes d'attente ou des traitements placebo avec

**Tableau 10.II : Efficacité de la thérapie de couple et de famille par rapport à l'absence de traitement pour différents troubles (d'après Pinsof et coll., 1996)**

Type de thérapie	Population	Troubles
Thérapie de famille	Adultes	Schizophrénie, alcoolodépendance, addictions, démence et facteurs de risques cardiovasculaires
Thérapie de couple	Adultes (femmes)	Femmes présentant une dépression unipolaire suivie en ambulatoire avec troubles conjugaux, détresse et conflit conjugaux, obésité, hypertension
Thérapie de famille	Adolescents	Troubles des conduites, addictions, obésité, anorexie mentale pour les adolescentes plus jeunes ayant moins de 3 ans d'évolution de la maladie
Thérapie de famille	Enfants	Trouble des conduites, autisme, obésité, maladies physiques chroniques, agression et non compliance dans le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention

**Tableau 10.III : Bilan des revues systématiques retenues**

Références	Description	Résultats
Pinsof et coll., 1996	Thérapies de couple et de famille (TCF) d'orientation diverse centrées sur la relation <i>versus</i> centrées sur la pathologie	La TCF est efficace en général et parfois supérieurs aux traitements alternatifs pour certains problèmes ou troubles majeurs
Baucom et coll., 1998	Thérapies de couple et de famille d'orientations diverses centrées sur les pathologies	Pour diverses pathologies, les thérapies de couple et de famille ont des résultats supérieurs à l'absence de traitement, ou aux traitements alternatifs
Sandberg et coll., 1997	Comparaison des différentes méthodes de thérapies familiales pour une large gamme de troubles	Les courants classiques (humanistes, contextuels, multigénérationnels, stratégiques n'ont pas été testés empiriquement (1986). La thérapie familiale comportementale a fait la preuve de son efficacité dans une large gamme de troubles. La thérapie familiale structurale serait probablement efficace pour certains troubles ciblés.

une taille d'effet de 1,01. Toutes les déclinaisons des techniques de thérapie conjugale et cognitive montrent une efficacité supérieure à une liste contrôle pour la modification de l'ajustement conjugal, l'amélioration des communications, des plaintes exprimées.

Les thérapies conjugales psychodynamiques orientées sur l'*insight* présentent une taille d'effet de 0,96. Après 4 ans, en recontactant les conjoints, on constate de manière significative plus de divorces dans les cas de thérapie conjugale comportementale (38 %) que dans les cas de thérapie conjugale orientée sur l'*insight* (3 %). On constate des schèmes semblables si l'on considère l'ajustement conjugal. Malheureusement, on ne sait pas si les couples bénéficièrent d'interventions supplémentaires pendant cette période.

En comparaison avec la thérapie familiale comportementale et la thérapie conjugale systémique (recadrage, connotation positive des symptômes et du système de fonctionnement, prescription du symptôme), la thérapie conjugale émotionnelle montre des effets similaires, et supérieurs à l'évolution de listes d'attente. L'investigation unique de la thérapie conjugale systémique la place dans la catégorie probablement efficace. James (1991) propose une version complétée de la thérapie conjugale émotionnelle, en ajoutant une approche des performances communicationnelles. Les résultats différentiels sont difficilement interprétables. Dans le suivi à plusieurs mois, il semble que pour les couples très perturbés, la thérapie conjugale émotionnelle ne soit pas assez performante pour créer une intimité suffisante et maintenir une amélioration en post-test. Dans les cas plus légers, elle fait preuve de résultats importants (90 % d'amélioration, 75 % de disparition des troubles à la fin du traitement). Mais la comparaison avec la liste d'attente montre que dans cette dernière, l'amélioration spontanée est de 50 %, alors qu'elle n'est que de 13 % pour la thérapie conjugale comportementale.

En résumé, la thérapie conjugale comportementale apparaît efficace et spécifique, la thérapie conjugale émotionnelle est efficace et probablement spécifique, la thérapie conjugale orientée sur l'*insight*, la thérapie conjugale cognitivo-comportementale, la thérapie conjugale systémique sont probablement efficaces. On notera que si la thérapie conjugale orientée sur l'*insight* semble plus efficace à long terme, ce résultat doit être apprécié avec prudence : ce résultat n'ayant pas été retrouvé par ailleurs, la possibilité d'interventions connexes n'étant pas connue, et l'évaluation n'étant faite que par les thérapeutes prônant leur propre méthode.

La revue de Baucom et coll. (1998) présente également les résultats des interventions conjugales pour des troubles d'un des conjoints. Les interventions conjugales s'organisent selon trois grands types d'intervention : partenaire souffrant assisté de son conjoint ou de sa famille, fonctionnant comme thérapeute ou *coach* auxiliaire ; intervention sur le trouble relationnel du couple ou de la famille spécifique ; thérapie conjugale ou familiale complétant et assistant le traitement individuel de la personne souffrante. Ces trois modalités d'intervention sont bien souvent utilisées dans des formes conjointes.

Dans le cas des troubles obsessionnels compulsifs, le fait d'associer un partenaire ou un membre de la famille au traitement d'exposition et de prévention 283

de la réponse pourrait accroître la quantité et la qualité des séances pratiquées par le patient à la maison, où il est invité à s'exposer lui-même à l'appréhension des stimuli et à résister à l'urgence de s'engager dans des comportements compulsifs de manière à réduire l'anxiété. Il s'agit de se focaliser sur le trouble sans attribuer de rôle fonctionnel au fonctionnement conjugal ou familial (Emmelkamp et De Lange, 1983). Lorsqu'on utilise la relaxation en conjonction avec l'exposition et la prévention de la réponse et qu'on demande à un proche familial d'assister le patient dans ses exercices à la maison, on observe une amélioration dans la réduction de l'anxiété, de la dépression, des obsessions, et dans l'ajustement à l'interaction familiale et au fonctionnement occupationnel (Mehta, 1990).

Concernant l'agoraphobie, le traitement par exposition s'est révélé le plus efficace. Trois modalités semblent efficaces pour améliorer ce traitement en associant un ou plusieurs membres de la famille :

- l'exposition assistée du partenaire (Mathews et coll., 1977 et 1981) ;
- la thérapie cognitivo-comportementale assistée du partenaire (Barlow et Waddell, 1985) ;
- l'exposition assistée du partenaire avec apprentissage de la communication conjugale.

Contrairement aux TOC et aux phobies, les états dépressifs majeurs et les dysthymies (DSM-III) réclament que l'on s'intéresse aux questions générales des relations conjugales et familiales. Trois études contrôlées ont été consacrées aux thérapies conjugales avec le but explicite de traiter la dépression, qu'il s'agisse de la thérapie conjugale comportementale ou de la thérapie interpersonnelle conjointe (Jacobson et coll., 1991 ; O'Leary et Beach, 1990 ; Foley et coll., 1989).

Une étude a montré que la thérapie conjugale comportementale est plus efficace qu'une liste d'attente dans le soulagement de la dépression pour des femmes quand le couple est en souffrance (O'Leary et Beach, 1990). Deux études ont montré que la thérapie conjugale comportementale et la thérapie cognitive individuelle présentaient des résultats identiques dans ce cas de figure (Jacobson et coll., 1991 ; O'Leary et Beach, 1990). Il s'ensuit que la thérapie conjugale comportementale est un traitement possiblement efficace pour la dépression d'épouses avec souffrance conjugale associée. Trois patientes sur quatre ne présentent plus de signes de dépression au post-test. Quand on rapporte que la détresse conjugale a précédé la dépression, la relation conjugale est perçue plus négativement, et les distorsions cognitives sont moins prononcées. La thérapie cognitive individuelle n'est pas alors aussi efficace, et la thérapie conjugale comportementale apparaît plus efficace. O'Leary et Beach (1990) ont trouvé que l'amélioration de la dépression chez l'épouse était médiatisée par l'augmentation de leur ajustement conjugal grâce à la thérapie conjugale comportementale. Chez les couples les plus

perturbés, 100 % des épouses traitées par la thérapie conjugale comportementale sortirent de leur dépression, 50 % seulement avec la thérapie cognitive individuelle.

La thérapie interpersonnelle conjointe pour la dépression (DeRubeis et Crits-Christoph, 1998) est une forme brève de psychothérapie individuelle développée dans une perspective psychodynamique. Si l'amélioration symptomatique de la dépression apparaît équivalente au traitement individuel, les couples ayant participé à une prise en charge conjugale ont exprimé une amélioration significative de leurs relations, de l'expression affective, supérieure à la thérapie interpersonnelle conjointe isolée, où il existe une diminution de l'expression affective.

En résumé, la thérapie cognitive individuelle et la thérapie interpersonnelle conjointe semblent préférables lorsqu'il n'existe pas de trouble conjugal majeur dans la prise en charge d'un état dépressif majeur de l'un des conjoints, alors que les thérapies conjugales associées au traitement individuel montrent leur intérêt lorsque ce trouble existe.

Les problèmes liés à l'abus de boisson et la dépendance alcoolique s'entrelaçant avec l'interaction conjugale et familiale, des rapports cliniques et des recherches sur l'intervention conjugale ont tenté d'évaluer son efficacité. O'Farrell (1993) décrit le conflit conjugal comme antécédent et conséquent au problème alcoolique. Bien que la boisson puisse conduire au conflit conjugal, les interactions conjugales problématiques apparaissent fréquemment comme stimulant la prise de boisson ou précipitant la rechute chez des alcoolodépendants abstinents. Pour Jacob et coll. (1988), l'alcool assure, pour certains couples, une satisfaction conjugale et une amélioration de leur fonctionnement (au moins à court terme), tandis que pour d'autres, l'effet de l'alcool est clairement négatif dans le système. Quoi qu'il en soit, le fonctionnement conjugal peut jouer un rôle important dans le maintien ou l'arrêt de la prise de boisson.

On compte plus de 30 études ainsi que des articles de synthèse récents (Edwards et Steinglass, 1995 ; Miller et coll., 1995). Mais les critères d'inclusion de Chambless et Hollon (1998) restreignent considérablement le nombre d'études pertinentes. Deux évaluations sont ainsi retenues : l'approche de renforcement communautaire d'Azrin (1976), pour les hommes alcoolodépendants et leur environnement significatif, et la thérapie conjugale comportementale adaptée à l'alcoolodépendance de O'Farrell et coll. (1993).

L'approche de renforcement communautaire est un traitement comportemental qui implique le conjoint, les membres de la famille, et les autres personnes du réseau social. Les proches sont entraînés au départ à aider le patient à suivre le programme de traitement, puis à fournir et à supprimer les renforcements pendant les épisodes d'alcoolisation.

Malgré la faible échelle d'évaluation ( $n = 10$ ) dans l'étude d'Azrin (1976), les participants à l'approche de renforcement communautaire montrent 98 % de

jours d'abstinence contre 45 % dans le traitement de groupe habituel. L'amélioration porte également sur les hospitalisations, l'emploi, l'ajustement social et conjugal (diminution des séparations conjugales). Cette approche a conduit à établir un système de compagnonnage dans la communauté (à partir de l'initiative d'un patient abstinente depuis plus d'un an) ; elle associe un traitement au disulfiram avec l'assistance du partenaire et de la famille. Le suivi sur 2 ans montre une abstinence de 90 % de jours d'abstinence (Azrin, 1976) et de 86 % de jours d'abstinence dans le suivi sur 6 mois (Hunt et Azrin, 1973). Une telle approche est donc efficace mais elle réclame l'utilisation intensive des ressources professionnelles, familiales et communautaires.

Pour la thérapie familiale comportementale, O'Farrell et coll. (1993) ont développé un programme thérapeutique hautement structuré formé de multiples composantes : préséances avec chaque couple, groupe de thérapie conjugale comportementale, un module de prévention de la rechute (avec un programme de prescription de disulfiram assisté par le partenaire).

Dans l'étude d'O'Farrell et coll. (1985), 34 hommes alcoolodépendants ont été assignés de façon randomisée dans trois formes de traitement : un groupe de couples recevant une thérapie conjugale comportementale ; un groupe de couples recevant une thérapie interactionnelle ; un groupe de couples recevant un traitement individuel habituel. Les traitements comportemental et interactionnel étaient précédés d'une séance d'orientation et d'amélioration de l'engagement. Les contrats de prise du disulfiram faisaient partie de la thérapie comportementale, mais pas de la thérapie interactionnelle. Le groupe interactionnel partageait les buts de diminuer la prise d'alcool et le conflit à son sujet, d'accroître les interactions positives entre les conjoints et insistaient sur le soutien mutuel, l'*insight* relationnel, le partage des sentiments plutôt que la répétition comportementale et l'entraînement à la performance. Les deux techniques semblent également crédibles et satisfaisantes. Mais à partir d'un index d'appréciation plus précis et élaboré, la thérapie conjugale comportementale donne de meilleurs résultats en termes de jours d'abstinence et de conséquences liées à l'alcoolisation (hospitalisation, perte du travail, arrestations) au bout de deux ans d'évolution. La seconde étude de O'Farrell et coll. (1993) a porté sur l'intervention de prévention de la rechute fondée sur la thérapie conjugale comportementale. Les différences entre sujets traités et sujets non traités étaient significatives à 9 et 12 mois de suivi après le traitement, en matière de jours d'abstinence, mais pas en matière de conséquences négatives de l'alcoolisation. Le projet global de O'Farrell et coll. apparaît comme possiblement efficace et spécifique.

En résumé, le fait d'associer les proches du patient alcoolodépendant, en particulier le conjoint, dans les différentes étapes du traitement, améliore les résultats.

Pour la schizophrénie, les interventions brèves n'apparaissent pas avoir d'effets à long terme sur l'évolution des patients schizophrènes. Par-delà l'extrême diversité des modalités d'intervention, en termes de « format »



(familles multiples *versus* familles singulières) et de « dispositif » (« *setting* ») (interventions à domicile *versus* consultations cliniques), on note les points communs suivants : programme éducatif (symptômes, théories biologiques, signes précoces de rechute, chimiothérapie, principes de traitement) ; refus de blâmer les membres de la famille ou de considérer leurs tentatives d'aide comme des manifestations pathologiques ; effort pour améliorer leurs aptitudes à la communication et à la résolution de problèmes, soit sous la forme d'entraînements aux performances sociales ou de discussions ; promotion du développement de tous les membres de la famille, et pas seulement le patient, incluant l'encouragement à étendre leurs soutiens sociaux à l'extérieur du réseau familial ; perspective à long terme pour améliorer la capacité de la famille à gérer la maladie et effort pour redonner espoir quant à la possibilité d'évolution favorable.

La thérapie familiale comportementale est considérée comme efficace et spécifique en termes de résultats positifs à long terme (Falloon et coll., 1984 ; Tarrier et coll., 1989 ; Xiong et coll., 1994 ; Randolph et coll., 1995 ; Schooler et coll., 1997 ; Leff et coll., 1985), la thérapie familiale de soutien est considérée comme efficace et spécifique en termes de résultats positifs à long terme (Leff et coll., 1990 ; Zhang et coll., 1994 ; McFarlane et coll., 1995a et b), la thérapie familiale systémique est considérée comme probablement efficace et spécifique (Hogarty et coll., 1991) et la thérapie familiale centrée sur l'*insight* et sur le passé est considérée comme inefficace ou présentant des résultats négatifs (Köttgen et coll., 1984).

En résumé, quelques remarques sur la méthodologie et la définition des troubles dans cette revue :

- La distinction entre troubles relationnels et troubles personnels et entre action placebo et action spécifique est incertaine dans certaines études.
- Les préconceptions de la grille initiale d'évaluation pourraient mettre en avant les thérapies familiales comportementales, les interventions psychodynamiques et écosystémiques n'étant pas toujours directement centrées sur des objectifs de suppression immédiate des symptômes.

La revue systématique de Sandberg et coll. (1997) se propose d'évaluer les différentes approches en thérapie familiale en fonction des grands types de pathologie. L'étude comporte l'examen de 18 approches de thérapie familiale pour 13 types de troubles. Il est à noter que selon cette étude, les modèles les plus populaires de thérapie familiale, qu'ils soient classiques (contextuels, multigénérationnels, stratégiques, interactionnels brefs) ou actuels (centrés sur la solution) n'ont pas été testés empiriquement.

La thérapie familiale comportementale a prouvé son efficacité dans le traitement de nombre de troubles : alcoolodépendance, troubles de l'humeur, troubles anxieux, délinquance juvénile, troubles des conduites, conflits conjugaux. Elle serait probablement efficiente dans le traitement de la schizophrénie. De même la psycho-éducation familiale a prouvé son efficacité

dans le traitement des schizophrénies, et est probablement efficace dans le traitement des troubles de l'humeur.

La thérapie familiale structurale est probablement efficace dans le traitement des toxicomanies (thérapie structurale-stratégique intégrée), les troubles psychosomatiques, les troubles des conduites, les troubles des comportements alimentaires.

La thérapie comportementale a prouvé son efficacité dans le traitement des conflits conjugaux, et ces derniers sont probablement traitables de manière également efficace par la thérapie conjugale psychodynamique éclectique et par la thérapie conjugale symbolique expérientielle (thérapie de couple centrée sur les émotions). Les thérapies familiales systémiques (modèle de Milan) et les thérapies narratives sont passées de 1986 à 1995 de la catégorie « non testée » à la catégorie « efficacité incertaine ».

### Études contrôlées concernant l'évaluation de thérapies familiales et conjugales

Haas et coll. (1988) ont évalué l'efficacité de l'hospitalisation avec interventions psycho-éducatives familiales, comparée à l'hospitalisation seule : pour des patients présentant des troubles psychiatriques majeurs ; ayant besoin d'un traitement hospitalier ; pour lesquels les deux traitements sont envisageables. Sur 297 patients, 111 patients refusèrent de participer à l'étude. Dans la cohorte totale, 92 patients présentaient des troubles schizophréniques et schizophréniformes, 50 patients présentaient des troubles affectifs majeurs, et 27 d'autres troubles répertoriés par le DSM-III, mais non précisés. La durée moyenne de l'hospitalisation était de 51,1 jours, le nombre moyen de séances familiales était de 8,6. Treize patients sur 92 ont interrompu la prise en charge familiale (tableau 10.IV).

**Tableau 10.IV : Études contrôlées retenues de thérapies familiales et conjugales**

Références	Description	Résultats
Haas et coll., 1988	Étude contrôlée Thérapies familiales comportementales cognitives avec psycho-éducation pour des patients hospitalisés présentant des troubles psychiatriques majeurs	Les meilleurs résultats concernent les femmes présentant des troubles majeurs de l'humeur. Les résultats sont significativement satisfaisants pour les patients schizophrènes ayant présenté un fonctionnement relativement bon avant l'hospitalisation.
Snyder et coll., 1991	Étude contrôlée Thérapies de couple comportementales <i>versus</i> orientées vers l'insight	Résultats significatifs d'amélioration, avec maintien de difficultés conjugales dans 50 % des cas, et 38 % de divorces dans le suivi sur 3 ans des thérapies conjugales <i>versus</i> 3 % pour les thérapies orientées vers l'insight

L'intervention familiale présentait une composante psycho-éducative importante : faire accepter au patient et à la famille la réalité de la maladie ; identifier les stress possibles comme ayant précipité le déclenchement de l'épisode actuel ; élucider les interactions familiales produisant le stress chez le patient ; planifier des stratégies pour gérer ou minimiser les stress à venir ; faire accepter au patient et à la famille la poursuite du traitement à la sortie de l'hôpital.

L'appréciation des résultats chez le patient concerne le résultat global, les symptômes, le fonctionnement des rôles dans la communauté, la compliance au traitement. Pour la famille, l'évaluation des attitudes et comportements de ses membres, l'intensité du fardeau, le taux de rejet du patient, la capacité à maintenir des liens en-dehors de la famille... à partir d'échelles FAS (*Family attitude scale*).

Les meilleurs résultats de l'intervention familiale concernent les femmes présentant des troubles majeurs de l'humeur. En ce qui concerne les patients schizophrènes, les bons résultats concernent les patients ayant un fonctionnement pré-hospitalier relativement satisfaisant.

À titre de commentaire, on soulignera qu'un levier important, pour les familles non motivées ou en grand désarroi, ainsi que pour les patients ayant de gros troubles de repérages temporo-spatiaux, est d'initier la thérapie familiale lors de l'hospitalisation. Celle-ci est fréquemment le signe d'un risque vital imminent qui motive les membres de la famille les plus concernés par ce qui arrive au patient hospitalisé à prendre contact avec les responsables du traitement hospitalier.

L'étude contrôlée de Snyder et coll. (1991) réalise la comparaison des effets à long terme de la thérapie de couple comportementale et de la thérapie de couple orientée sur l'*insight*. Elle a porté sur 59 couples ayant bénéficié d'une thérapie de couple comportementale (n = 29) ou d'une thérapie de couple orientée sur l'*insight* (n = 30).

La thérapie de couple comportementale consiste en un échange comportemental, un modèle d'entraînement aux habiletés à la communication, aux habiletés à la résolution de problèmes, un renforcement des relations, la gestion des contingences. Elle met en œuvre des procédures de façonnage, la réalisation de tâches à domicile, des instructions comportementales, le modelage, la répétition et le feedback.

La thérapie de couple orientée sur l'*insight* est centrée sur l'interprétation des dynamiques intrapersonnelles et interpersonnelles contribuant à l'expression des difficultés et à exposer des sujets de développement, les interactions collusives, les attentes non congruentes, les règles relationnelles dysfonctionnelles. Elle utilise des coups de sonde, la clarification et l'interprétation concernant la découverte et la mise à plat des sentiments inconscients, les croyances et les attentes concernant les difficultés conjugales habituellement observables.

Sur le plan des résultats, les deux cohortes ont indiqué avoir rencontré des difficultés conjugales à la suite du traitement dans 50 % des cas. Avec un recul de 4 ans, on observe un pourcentage significativement plus élevé de divorces chez les couples ayant participé à une thérapie de couple comportementale : 38 % *versus* 3 %.

Pour les couples qui sont restés mariés, la cohorte de la TCjC a fait état d'insatisfactions plus importantes, bien que les deux cohortes aient pu apprécier la stabilité de leur union.

On pourra souligner que les thérapies orientées sur l'*insight* ont tendance à davantage tenir compte des résistances au changement. La volonté d'efficacité immédiate des TCjC peut aboutir à un effet inverse à celui qui est consciemment recherché. Ce qui pose la question du risque d'augmentation des passages à l'acte, lorsque l'on veut confronter un couple en difficultés à des réalisations correspondant à des normes convenues.

### **Étude longitudinale concernant des troubles psychotiques**

L'étude de Miermont (1997) repose sur le compte-rendu de thérapies familiales permettant d'évaluer l'intérêt d'un suivi à très long terme de patients présentant des troubles psychotiques graves. Il s'agit d'une étude longitudinale de onze patients adultes présentant des troubles psychotiques lourds ((schizophrénie, autisme, autres troubles psychotiques...)) et suivis en thérapie familiale sur des échelles de temps longues (de 3 à 10 ans), sélectionnés à partir d'une cohorte de plusieurs centaines de patients suivis en thérapie familiale avec un recul de 25 années de pratique.

La taille de l'échantillon est de 8 familles. L'âge moyen des patients s'échelonne de 22 à 40 ans (7 hommes, 4 femmes). Les critères diagnostiques reposent sur le DSM-III-R et IV, ainsi que sur une évaluation à partir des traités classiques de psychiatrie. La durée du traitement a pu varier de 3 ans à 10 ans, associée le plus souvent à la prescription de neuroleptiques et de prises en charge institutionnelles hospitalières et/ou ambulatoires. La pratique de ces thérapies familiales s'inscrit dans le paradigme de la complexité écosystémique, et relève de principes éco-étho-anthropologiques. Elle module les axes d'intervention en tenant compte de la diversité des techniques thérapeutiques décrites dans la littérature et en insistant sur les processus rituels, mythiques et épistémiques en œuvre dans la clinique. Les résultats de cette étude longitudinale (sans groupe contrôle) semblent indiquer un bénéfice à la fois sur le plan clinique et relationnel.

La thérapie familiale entraîne un allègement des prescriptions médicamenteuses et des interventions institutionnelles en produisant des requalifications à distance. On constate des modifications qualitatives et quantitatives des conditions d'hospitalisation : les permissions, les sorties interviennent plus rapidement et augmentent les conditions de sécurité dans la prise de

ponctuelle, voire permettent d'affronter de manière moins traumatique les différents aspects du drame familial : une nouvelle hospitalisation peut alors être appréhendée moins comme une rechute et un retour à la case départ, que comme l'expression d'une crise ouverte sur de nouveaux dégagements vitaux. Le rétablissement de conversations permet de traiter les problèmes en temps réel, d'encourager les solutions, de discuter des projets, d'accéder à de nouvelles formes d'autonomisation.

## Résultats des études par troubles et problèmes spécifiques

L'évaluation des thérapies familiales, des thérapies conjugales et des thérapies psychosociales est abordée en fonction de 4 catégories de troubles chez l'adulte : schizophrénie, troubles du comportement alimentaire, troubles de l'humeur, alcoolodépendance. Chez l'enfant, les troubles anxieux, l'autisme, l'hyperactivité et les troubles des conduites ont été examinés. Le tableau 10.V résume les principales études prises en considération.

### Études concernant la schizophrénie

Pour l'évaluation de l'efficacité des thérapies familiales pour la schizophrénie, 4 méta-analyses, 4 revues systématiques et 6 études contrôlées ont été retenues.

#### *Méta-analyses concernant la schizophrénie*

Mari et Streiner (1994) proposent une évaluation de l'efficacité et de l'efficience des interventions familiales en utilisant comme critère d'efficacité, la diminution des rechutes chez des patients schizophrènes (tableau 10.VI).

Les interventions psychosociales auprès de la famille cherchent à construire une alliance avec les parents qui ont la charge de la personne schizophrène, alléger le climat émotionnel en réduisant le stress et le fardeau des proches, améliorer la capacité à la résolution de problèmes chez les proches ; diminuer les expressions de colère et de culpabilité ; maintenir des attentes raisonnables face aux performances du patient (équilibre entre la tentative d'amélioration du fonctionnement du patient et l'hyper-stimulation accroissant le risque de rechute), réaliser des changements dans les systèmes de comportement et de croyance des proches. Un grand nombre d'interventions psychosociales ont été développées dans le but de diminuer l'émotion exprimée (EE) ou de réduire la tension dans l'environnement familial afin de faire baisser les taux de rechute schizophrénique. Ces interventions sont conçues comme adjuvants aux chimiothérapies, et non pas comme alternatives à celles-ci.

Se pose la question de la définition de la rechute : réhospitalisation à temps plein, hospitalisation partielle, ou changement substantiel de traitement

**Tableau 10.V : Récapitulatif des principales études analysées pour l'évaluation des thérapies familiales**

Pathologie	Études retenues : méta-analyses, revues systématiques et études contrôlées
<b>Adulte</b>	
Schizophrénie	4 méta-analyses : Mari et Streiner, 1994 ; Pitschel-Walz et coll., 2001 ; Wunderlich et coll., 1996 ; Benton et Schroeder, 1990 revues systématiques : Barbato et d'Avanzo, 2000 ; Bustillo et coll., 2001 ; Dixon et Lehman, 1995 ; Huxley et coll., 2000 études contrôlées : Doane et coll., 1986 ; Eckman et coll., 1992 ; Glick et coll., 1985 ; Hogarty et coll., 1991 ; Barrowclough et coll., 1999 et 2001 (suivi) ; MacFarlane et coll., 1995b
Troubles des comportements alimentaires	
Anorexie	1 revue systématique : Bowers et Andersen, 1994 études contrôlées : Crisp et coll., 1991 ; Dare et coll., 2001 ; Eisler et coll., 1997 ; Eisler et coll., 2000 ; Geist et coll., 2000 ; Robin et coll., 1994 et 1995
Boulimie	1 revue systématique : McKisack et Waller, 1997
Troubles de l'humeur	
Troubles confondus	2 études contrôlées : Anderson et coll., 1986 ; Beardslee et coll., 1993
Trouble bipolaire	2 études contrôlées : Clarkin et coll., 1998 ; Miklowitz et coll., 2000
Dépression majeure	1 étude contrôlée : Leff et coll., 2000
Alcoolodépendance	2 méta-analyses : Edwards et Steinglass, 1995 ; O'Farrell et Fals-Stewart, 2001
<b>Enfant</b>	
Troubles anxieux	1 étude contrôlée : Barrett et coll., 1996
Autisme	6 études contrôlées : Lovaas, 1987 ; (suivi McEachin et coll., 1993) ; Ozonoff et Cathcart, 1998 ; Birnbrauer et Leach, 1993 ; Jocelyn et coll., 1998 ; Sheinkopf et Siegel, 1998 ; Smith et coll., 2000
Hyperactivité	2 revues systématiques : Gittelman et coll., 1980 ; Pelham et coll., 1998
Troubles des conduites	2 revues systématiques : Brestan et Eyberg, 1998 ; Fonagy et Kurtz, 2002

médicamenteux (Goldstein et coll., 1978) ; réapparition des symptômes chez des patients qui en étaient libérés ou recrudescence marquée de l'intensité des symptômes (Leff et coll., 1982 et 1985) ; recrudescence de symptômes florides pendant plus d'une semaine, changement majeur dans la prise en charge (Falloon et coll., 1982 et 1985) ; changement de critères diagnostiques, (état non psychotique vers un état psychotique) (Hogarty et coll., 1986 et 1987) ; rechute à une semaine (Tarrier et coll., 1988 et 1989) ; augmentation d'un point sur deux échelles ou deux points ou plus sur chaque échelle de symptômes florides, symptômes d'incohérence ou catatoniques (Vaughn et coll., 1992). Il est notable qu'il n'existe pas de définition communément acceptée de rechute schizophrénique.

292 On observe également une grande diversité d'interventions familiales mais tous les investigateurs utilisaient une composante éducationnelle dans leur

**Tableau 10.VI : Méta-analyses retenues concernant la schizophrénie en phase chronique**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Mari et Streiner, 1994 note : 3/7	6 études contrôlées randomisées 350 patients : 181 dans le groupe contrôle et 169 dans le groupe traité réduction du risque relatif de rechute, <i>odds ratio</i>	Diminution des rechutes (OR [IC à 95 %]) à 6 mois de suivi : 0,30 [0,06 – 0,71] à 9 mois de suivi : 0,22 [0,09 – 0,37] à 2 ans de suivi : 0,17 [0,10 – 0,35]
Pitschel-Walz et coll., 2001 note : 5/7	25 études contrôlées randomisées Thérapie familiale <i>versus</i> prise en charge habituelle Calcul de la taille d'effet selon Rosenthal (1991)	Les tailles d'effet à 6, 9, 12, 18 et 24 mois de suivi ne sont pas significativement différentes. Moyenne des tailles d'effet : 0,20. L'effet se maintient à 2 ans de suivi Les interventions courtes (2 à 10 semaines) sont moins efficaces que les interventions longues (de 9 à 24 mois) : 0,14 <i>versus</i> 0,30 Le type d'intervention, avec une orientation psycho-éducative ou thérapeutique, n'influence pas la taille d'effet : 0,18 <i>versus</i> 0,23
Wunderlich et coll., 1996 note : 6/7	31 études 2 161 patients ; âge moyen des patients 28 ans (22-66 ans) rg : taille d'effet pondérée (pondérée pour la taille de l'échantillon)	Réduction des réhospitalisations et des rechutes, évaluée à partir de la taille d'effet pondérée rg : méthodes spécifiques d'intervention : 0,17 TFCC : 0,28
Benton et Schroeder, 1990 note : 6/7	27 études Taille d'effet : d de Glass Estimation du <i>failsafe</i>	Amélioration habiletés sociales Tailles d'effet : 0,85, 0,80 et 0,74 selon durée de l'entraînement (100 heures, 10 à 40 heures, moins de 10 heures) Auto-estimation et anxiété sociale Tailles d'effet : 0,69, 0,43 et 0,95 Résultats semblent stables dans le temps
Pharoah et coll., 2000 note : 6/7	12 études 836 patients	Groupe d'intervention familiale <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

TFCC : thérapie familiale cognitivo-comportementale

approche des parents. La stratégie de Leff (Leff et coll., 1982 et 1985) et Falloon (Falloon et coll., 1982 et 1985) inclut la thérapie familiale à domicile en présence des patients, tandis que Hogarty et coll. (1986 et 1987), Tarrrier et coll. (1988 et 1989), Vaughn et coll. (1992) décidèrent de réduire les groupes aux membres de la famille sans le patient.

Le risque de rechute dans les groupes expérimentaux s'accroît avec le temps, à 9 mois, il varie de 6 à 41 % selon les études et à 2 ans, de 14 à 33 % mais il est nettement plus élevé dans les groupes contrôle.

La compliance aux médicaments est nettement améliorée lors des interventions familiales. Il existe manifestement un effet additionnel de la thérapie familiale. Celle-ci permet de faire baisser la probabilité des rechutes. Elle est un traitement efficace pour ceux qui acceptent les interventions familiales, mais les résultats de la méta-analyse montrèrent uniquement une efficacité modérée à 9 mois de suivi : en effet les résultats ne tiennent pas après une approche rigoureuse qui tient compte des abandons et des retraits. Deux patients sur cinq doivent être soumis à une intervention familiale pour prévenir une rechute dans un suivi de 9 mois, et ces conclusions sont réduites aux patients vivant dans un environnement familial à EE élevée.

Les changements dans l'état de l'émotion exprimée (EE) entre le groupe expérimental et le groupe contrôle sont marginalement significatifs à 9 mois et un an de suivi en faveur du groupe expérimental ( $p < 0,06$ ). L'hyperimplication émotionnelle est aussi marginalement significative ( $p < 0,07$ ), et on ne constate pas de différence dans les évaluations de critique et d'hostilité à l'Interview de l'Échelle de Camberwell (Vaughn et Leff, 1976). Cette méta-analyse n'a pas montré une association clairement attendue entre le changement dans l'état d'EE et l'intervention familiale. On peut conclure que les enquêteurs ont été hautement influencés par la théorie de l'EE. Cinq des six essais analysés utilisent la dichotomie de l'EE comme un critère d'inclusion dans leurs études. La supposition implicite est qu'il n'y aurait ni besoin ni bénéfice aux interventions familiales lors d'une EE basse chez les membres de la famille. Cette approche est en contradiction avec l'hypothèse précédente selon laquelle une EE élevée ne serait pas liée à des types de réaction « anormale ». Pourtant, un pourcentage important de EE élevée dans la famille (entre 25 % et 50 %) évoluera naturellement vers un état d'EE bas au cours du temps (Brown et coll., 1972 ; Dulz et Hand, 1986 ; Hogarty et coll., 1986).

Comme le soulignent Falloon et coll. (1985) « la conversion spontanée vers une EE basse est habituelle une fois que les patients se sont stabilisés, limitant la valeur de cet indice comme critère d'efficacité de l'intervention familiale ».

De plus, Tarrier et coll. (1988) ont montré que quelques parents à EE basse qui reçurent uniquement un traitement de routine ont vu leur EE augmenter, bien que ce changement ne soit pas statistiquement pertinent. Par ailleurs on a constaté qu'il existait un risque considérable de rechute chez les femmes à EE basse, diagnostiquées comme schizo-affectives dans l'essai réalisé par Hogarty et coll. (1986).

La plupart des essais ont été engagés avec les patients et leur famille après une admission psychiatrique. Il est apparemment plus facile d'engager les proches parents dans une intervention psychosociale pendant un épisode psychotique. Il semblerait également approprié de tester de nouvelles interventions psychosociales avec des schizophrènes ambulatoires.



Les auteurs soulignent par ailleurs que les patients, les proches et les professionnels de la santé mentale doivent accepter que le premier but du traitement est la réduction des dysfonctionnements liés au processus de la maladie (c'est-à-dire la réduction dans la fréquence et la sévérité des exacerbations de même que la prévention des conséquences sociales imposées par la schizophrénie). Il n'y a aucune raison de croire que l'intervention familiale pourrait « soigner » (« cure ») les patients schizophrènes. De plus, il est important de prendre en considération l'impact de l'intervention dans les domaines qui se situent au-delà de la performance clinique (c'est-à-dire le fonctionnement social du patient, les propos subjectifs du patient, les propos des proches concernant la manière dont il est perçu).

En résumé, les principes généraux de l'intervention psychosociale semblent particulièrement appropriés à la prise en charge familiale de patients présentant des troubles schizophréniques. Ils ne sont pas exclusifs d'autres principes complémentaires, où ce sont les thérapeutes qui se retrouvent en position d'apprentissage devant des familles présentant de multiples connaissances, croyances, compétences pouvant participer à la mise en œuvre d'un processus thérapeutique. Il existe manifestement des contre-indications à ce type d'intervention psycho-éducative, ce dont témoignent les patients et les proches « non compliants », qui refusent le modèle des professionnels, les diagnostics à l'emporte-pièce, la relation savant-ignorant et sont dans certains cas à la recherche d'autres modalités d'écoute, d'aide et de soins relationnels.

On peut noter la limite de la théorie des EE, qui ne tient pas compte de la signification singulière qu'elle représente dans chaque famille confrontée à une situation nouvelle et/ou difficilement gérable (non spécifique : une EE élevée se retrouve dans des formes très variées de pathologie physique, psychosomatique, comportementale ou mentale, et même dans des familles asymptomatiques). Le fait d'initier les séances de thérapie familiale au cours de l'hospitalisation, loin d'être une gêne, est souvent la seule manière d'établir un contact pour les familles qui se retrouvent dans un désarroi maximum. Très souvent, les patients qui sont hospitalisés ont un environnement familial en très grande souffrance, avec l'existence de maladies physiques, psychosomatiques ou mentales chez un ou plusieurs autres membres de la famille. L'articulation et la coordination de thérapies institutionnelles (hospitalières et ambulatoires) et de thérapies familiales apparaît particulièrement productrice d'évolutions intéressantes, en particulier dans les processus d'autonomisation. Dans cette optique, une réhospitalisation ne peut plus être exclusivement considérée comme une manifestation de rechute.

Pitschel-Walz et coll. (2001) cherchent à évaluer les effets des différentes formes d'intervention familiale (psycho-éducation familiale, thérapie familiale, conseil familial, thérapie multifamiliale, thérapie de groupe pour les

proches de patients), dans une perspective bio-psycho-sociale, cognitive et comportementale sur la prévention de rechutes et le nombre de réhospitalisations.

Dans cette méta-analyse, 25 études concernent des programmes d'intervention familiale pour éduquer les proches et les aider à faire face avec la maladie du patient (tableau 10.VI). Les critères d'évaluation ont été les taux de rechute et la réhospitalisation à un an d'évolution. On note 20 % de réduction des rechutes. Si les interventions familiales durent plus de 3 mois, l'effet est particulièrement marqué. Par ailleurs, différents types d'interventions familiales d'ensemble ont des résultats similaires. L'approche bifocale, qui offre un soutien psychosocial aux proches associés au traitement médicamenteux du patient, est clairement supérieure au traitement médical standard isolé. Les effets des interventions familiales et des interventions d'ensemble pour le patient sont comparables, mais leur combinaison ne montre pas de résultats supérieurs à un type de traitement, qu'il soit centré sur la famille ou sur le patient. La méta-analyse montre que les interventions psycho-éducatives sont essentielles pour le traitement des schizophrènes.

Les interventions familiales à long terme présentent une efficacité significative, les orientations théoriques et méthodologiques apparaissant secondaires, de même que l'intensité des interventions. Selon McFarlane et coll. (1995a et b), les interventions multifamiliales semblent présenter de meilleurs résultats que les interventions unifamiliales. Un tel constat mériterait des confirmations ultérieures.

La psycho-éducation pour les patients et leurs familles devrait devenir une partie fondamentale d'un traitement psychosocial global qui pourrait être proposé aux patients schizophrènes.

Cette méta-analyse est essentiellement centrée sur les risques de rechutes. D'autres études montrent : une réduction du fardeau familial ; une évolution d'EE élevée vers une EE basse ; une amélioration de la connaissance concernant la schizophrénie ; une meilleure compliance ; un meilleur ajustement social du patient ; une amélioration de la qualité de vie ; une réduction des coûts pour la société.

En résumé, cette méta-analyse indique que l'information du patient et de la famille apparaît comme un élément désormais incontournable dans la prise en charge des patients schizophrènes. Cette information mériterait d'être ajustée à chaque situation singulière, le concept de schizophrénie renvoyant à un ensemble de troubles, voire de maladies particulièrement complexes à diagnostiquer. De plus, la pratique de thérapies familiales reposant sur l'apprentissage des thérapeutes devant la diversité des situations symptomatiques et familiales conduit le plus souvent à une réévaluation des diagnostics initiaux.

296 La méta-analyse de Wunderlich et coll. (1996) cherche à préciser l'influence des méthodes psychosociales d'intervention (principalement, des thérapies

familiales et des thérapies cognitives personnelles) sur le jugement et le comportement de patients schizophrènes, en comparaison avec des groupes contrôles (recevant le traitement hospitalier standard, sans méthodes spécifiques).

L'examen méta-analytique porte sur 31 études, recensant un échantillon de preuve de 2 161 patients. La taille d'effet moyenne pondérée (pondérée eu égard à la taille d'échantillon) est de  $r_g = + 0,17$  ( $d = + 0,34$ ). L'interprétation de ces résultats repose sur la présentation de taille d'effet binomiale de Rosenthal (1984) et conduit à un taux comparatif d'amélioration de 59 % pour les patients recevant des méthodes spécifiques d'intervention, *versus* 41 % pour les groupes témoin (tableau 10.VI).

Parmi les différents traitements examinés, on trouve diverses formes de thérapies familiales. Goldstein et coll. (1978) ont proposé un suivi familial avec focalisation sur les moments de crise. Le but thérapeutique est d'identifier et de gérer les facteurs de stress responsables de l'accès psychotique. Le suivi familial de Falloon et coll. (1982) consistait à enseigner des stratégies par la gestion du stress, d'améliorer la conscience morbide et d'entraîner les stratégies de résolution de problèmes. Xiong et coll. (1994) ont proposé une approche familiale où les familles reçoivent des informations et des conseils en ce qui concerne la gestion des problèmes sociaux et professionnels, ainsi que la gestion des médicaments. Les membres des familles se sont réunis régulièrement dans des séances de groupe dans lesquelles ont été également effectuées des interventions de crises. Dans l'étude de Hogarty et coll. (1986), l'objectif thérapeutique a été de réduire les sentiments de peur et de culpabilité chez les membres de la famille ainsi que d'augmenter la confiance en soi. Les familles ont reçu des informations sur les troubles schizophréniques et sur l'évolution de ceux-ci, et ont été entraînées à la mise en œuvre de stratégies de gestion des symptômes schizophréniques. Dans l'étude de Leff et coll. (1982), les patients ont reçu des informations sur les causes ainsi que sur les modalités thérapeutiques et préventives de leurs troubles, et ont été également suivis avec leurs familles dans des programmes de soutien psycho-éducatif. Tarrier et coll. (1988) ont également mis en œuvre des séances familiales reposant sur des principes comportementaux, de gestion du stress et d'assignation de buts. On peut constater que, dans ces six études, il ne s'agit pas d'un suivi familial standardisé. Il n'est pas évident de savoir quelle technique thérapeutique de suivi familial est la plus efficace, pour quelle sorte de patient et pour quel type de famille. Il existe ainsi un grand décalage entre les études concernant les familles de schizophrènes au cours de ces trente dernières années et l'application de ces connaissances dans les principes thérapeutiques.

L'appréciation des résultats se fait à partir du nombre et de la fréquence des réhospitalisations, des rechutes symptomatiques, parfois à partir du comportement social et des habiletés sociales.

Les résultats montrent que la thérapie familiale reposant sur des méthodes psycho-éducatives, comportementales cognitives sont parmi les plus efficaces (Falloon et coll., 1982 ; Hogarty et coll. 1986 ; Leff et coll. 1982 ; Tarrier et coll. 1988 ; von Xiong et coll, 1994) : 6 études de 360 patients, corrélation moyenne de la taille d'effet, ou taille d'effet pondérée :  $rg = + 0,28$ .

Il s'agit de la méta-analyse la plus complète concernant l'évaluation des thérapies familiales psycho-éducationnelles et les thérapies cognitives personnelles dans le traitement des schizophrénies. Il apparaît que les patients peuvent être aidés personnellement dans « l'ici et maintenant », face aux situations concrètes qui les dépassent, en développant leurs compétences comportementales, émotionnelles et cognitives, et que ce travail personnel est grandement potentialisé par la participation active des groupes de vie et de survie : famille, communautés de soins et de réhabilitation, communautés de travail assisté, voire de travail dans les conditions normales.

Il ressort assez nettement que le travail d'introspection et de questionnement de l'histoire passée, tant personnelle que familiale est peu pertinent, voire nocif dans certains cas. La participation de la famille à un projet thérapeutique devient beaucoup plus heuristique si elle repose sur l'échange d'informations ajustées aux situations concrètes et actuelles, et aux capacités de traitement des différents participants. Les grands principes de respect des personnes, de leurs modes de vie, de croyance, de valeurs permettent d'envisager des formes d'intervention qui tiennent compte des singularités des patients, des familles et des thérapeutes.

Plusieurs limitations peuvent être soulignées en dehors des questions liées aux singularités des patients et des familles, et des thérapies pertinentes en fonction de ces singularités. L'hospitalisation et la sortie de l'hôpital ne sont pas facilement corrélables à l'importance ou à la diminution des troubles et de la souffrance. Elles révèlent pour une grande part la capacité, ou l'incapacité de la famille à faire face à la souffrance et au fardeau liés à la maladie. De plus, le pourcentage d'amélioration par les soins hospitaliers montre que ceux-ci ne sont pas réductibles à l'appréciation des rechutes.

L'objectif de l'étude de Benton et Schroeder (1990) est une évaluation méta-analytique de l'entraînement hospitalier aux habiletés sociales chez les patients présentant des troubles schizophréniques (tableau 10.VI). Elle prend en compte 27 études sur l'entraînement aux habiletés sociales (*social skills training*) de schizophrènes, conduite pour se pencher sur trois éléments critiques dans la littérature : la magnitude des effets du traitement en relation avec les mesures des résultats ; l'étendue de la généralisation et le maintien des effets du traitement ; l'impact de deux résultats méthodologiques : clarté du diagnostic et variations du *training*.

298 L'entraînement aux habiletés sociales a un impact fort, positif sur les mesures comportementales de l'habileté sociale, l'assurance dans l'auto-évaluation, et le taux de sortie de l'hôpital, et un impact modéré sur le taux de rechute.

Pourtant, les effets ne sont que marginalement significatifs sur les classes plus larges de symptômes et de fonctionnement. L'homogénéité du diagnostic, le nombre de techniques utilisées, et la quantité d'entraînement n'apparaissent pas être significativement associés au résultat.

Trois critères parmi les éléments suivants sont nécessaires pour définir un entraînement aux habiletés sociales : instructions ou coaching ; modèle ou patron de vie ; modèle enregistré ; simple répétition ; répétition de jeu de rôle ; feedback verbal ; feedback vidéo ; renforcement interpersonnel ; consignes de travail à la maison. Certains groupes expérimentaux ne répondent qu'à deux critères au lieu de trois.

Les mesures comportementales de l'habileté sociale concernent : les tâches de jeux de rôles, les situations de jeux de rôles enregistrés, les interactions co-ajustées (*confederate*), les observations standardisées dans des situations non structurées, les interactions structurées en groupe.

Les principaux résultats peuvent être ainsi résumés (tableau 10.VI) :

- il existe des améliorations significatives grâce à l'entraînement des habiletés sociales, quand on utilise des mesures spécifiques du comportement, un impact positif concernant les perceptions plus affirmées que les schizophrènes ont d'eux-mêmes, ainsi que leur niveau d'anxiété sociale, un impact marginal sur l'auto-évaluation générale du fonctionnement général, et sur l'auto-évaluation des symptômes ;
- la comparaison de l'habileté sociale dans le milieu naturel et dans les jeux de rôles montre que la taille d'effet est légèrement plus petite en ce qui concerne les mesures en milieu naturel. Celles-ci s'avèrent significativement positives ;
- la différence entre sujets entraînés et sujets non entraînés s'accroît réellement dans le temps. De même, l'entraînement aux habiletés sociales a un effet non négligeable sur l'accélération de la sortie hospitalière, de même que sur les taux de rechute ;
- l'entraînement aux habiletés sociales peut être considérée comme une composante essentielle du traitement de personnes présentant des troubles schizophréniques.

On soulignera l'intérêt manifeste à centrer le travail thérapeutique sur les cognitions sociales, par l'utilisation de techniques d'apprentissage, de jeux de rôles, de répétition de tâches.

Dans la méta-analyse de Pharoah et coll. (2000), 12 études randomisées centrées sur les familles de personnes présentant des troubles schizophréniques ou schizo-affectifs ont été retenues, portant sur la comparaison de l'intervention psychosociale de la famille et comportant au moins cinq séances. Quinze études ont été exclues. Les interventions psychosociales de la famille présentent un certain nombre de caractéristiques : la construction d'une alliance avec les membres de la famille qui soutiennent le patient, la réduction de l'ambiance hostile (par la diminution du stress et du fardeau des

proches permettant une amélioration du climat émotionnel), le renforcement de la capacité des proches à anticiper et à résoudre les problèmes, la réduction des expressions de colère et de culpabilité, le maintien d'attentes raisonnables concernant la performance du patient, l'encouragement des proches à établir et garder des limites appropriées tout en développant certains degrés de séparation lorsque c'est possible, l'obtention d'un changement souhaitable dans les systèmes de comportement et de croyance des proches. Le nombre total de cas recensés est de 836 (454 hommes, 205 femmes pour les études le mentionnant).

Le principal bénéfice de l'intervention familiale pour les personnes présentant une schizophrénie est de diminuer le risque de rechute. À un an d'évaluation, l'*odds ratio* est de 0,57 (intervalle de confiance [0,4-0,8]) ; le nombre nécessaire de traitements est de 6,5, (intervalle de confiance [4-14]). Une telle intervention peut également aider les patients à prendre leur traitement médicamenteux. Ce type d'intervention familiale ne prévient pas la tendance des personnes et des familles à interrompre la prise en charge. Cet examen ne fournit pas de données qui suggèrent que cette forme d'intervention permet de prévenir le suicide, ni qu'elle risque de le précipiter. Il apparaît que les familles manifestant de hauts niveaux d'émotion exprimée (hostilité, critique, sur-implication) présentent de plus forts taux de rechute que celles ayant des niveaux peu élevés. L'intervention psychosociale de la famille diminue l'intensité de l'expression des émotions, et se présente davantage comme un traitement complémentaire à la chimiothérapie plutôt que comme un traitement alternatif.

### **Revue systématique concernant la schizophrénie**

Barbato et d'Avanzo (2000) ont comparé les effets des thérapies familiales systémiques, de la psycho-éducation familiale, et de méthodes intégrant les deux approches, par un examen attentif des questions méthodologiques (tableau 10.VII). Vingt-cinq études sont examinées avec des critères spécifiques et des tailles d'effet quand c'est possible.

Sur le plan des résultats, l'effet sur la prévention des rechutes est relativement bien établi, bien que des différences apparaissent en particulier si l'on compare avec des traitements de contrôle insuffisants et que ces différences disparaissent dans les études récentes. Sont pris en compte les symptômes, le fonctionnement social, les variables familiales. On ne constate pas de différence entre les modèles d'intervention. La participation du patient, la fréquence et la durée plus grande donnent de meilleurs résultats. Il est difficile de savoir si l'effet dépend du traitement familial ou de l'intensité plus grande des soins. La croyance largement soutenue selon laquelle le traitement familial efficace consiste en un dispositif clairement défini de techniques psycho-éducatives et comportementales, suivant un schéma construit pas à pas, n'est pas garanti. L'identification des ingrédients efficaces de l'intervention familiale reste en grande partie un sujet de recherches

Tableau 10.VII : Revues systématiques concernant la schizophrénie

Références	Description	Résultats
Barbato et d'Avanzo, 2000	25 études	Prévention des rechutes (TF <i>versus</i> contrôle) : 18 % <i>versus</i> 44 % à 1 an 33 % <i>versus</i> 64 % à 2 ans Variation selon les études : 6 %-52 % <i>versus</i> 15 %-67 % à 1 an 15 %-50 % <i>versus</i> 46 %-83 % à 2 ans
Bustillo et coll., 2001	11 études	Prévention des rechutes : 16 %-20 % à 1 an ; 27 %-36 % à 2 ans ; 29 % à 3 ans selon les études Pas de supériorité relative selon la forme de thérapie familiale envisagée
Dixon et Lehman, 1995	16 études	Prévention des rechutes : 6 %-23 % <i>versus</i> 40 %-53 % à 9 mois-1 an Preuve modeste pour le statut fonctionnel, le bien-être familial
Huxley et coll., 2000	18 études	Amélioration significative prise en considération : $p = 0,05$ TF <i>versus</i> contrôle : rechutes (5 études sur 7), symptomatologie (6 sur 9), fonctionnement social (4 sur 5), fonctionnement professionnel (3 sur 3), observance (1 sur 3) et hospitalisation (4 sur 8)

futures, bien que l'information et l'éducation à propos de la maladie semblent une composante nécessaire.

Il existe par ailleurs une consistance dans l'existence de résultats négatifs avec les groupes de proches en l'absence des patients, suggérant que l'effet est influencé par la participation du patient, au moins dans certaines phases du traitement. La discussion reste ouverte concernant la comparaison entre thérapie familiale singulière *versus* thérapie multifamiliale. L'étude de McFarlane et coll. (1995b) montre plus d'effets positifs dans les groupes multifamiliaux.

En ce qui concerne le dispositif, les interventions à domicile prônées par Falloon et coll. (1982) n'ont pas eu de résultats confirmés par l'étude de Randolph et coll. (1994) qui obtint des effets semblables avec la même méthode en clinique ambulatoire. Le traitement à domicile peut être un indicateur de la plus grande intensité de l'intervention, plutôt que celui du modèle de traitement.

Sept études consacrées aux interventions brèves (moins de 10 séances sur moins de 6 mois) ont montré l'échec des résultats à long terme. On peut noter que la qualité moyenne de la plupart des interventions familiales est comparable à celle des traitements médicamenteux. Par ailleurs la comparaison avec des groupes témoins est assez difficile. La notion de « contrôle placebo » est inappropriée en psychothérapie, les termes de « psychothérapie placebo » (liste d'attente, contacts non spécifiques, contrôles attentionnels...) n'aidant pas à résoudre le problème. La sévérité de la maladie et l'efficacité

démontrée des neuroleptiques permettent d'estimer que l'association des chimiothérapies et des thérapies psycho-familio-sociales est préférable à l'utilisation d'une méthode exclusive des autres.

Aucune méthode de thérapie familiale n'a fait la preuve de sa supériorité sur les autres. Le plus souvent, lorsqu'elles sont utilisées, les interventions systématiques associent des principes psycho-éducationnels. Dans cette revue systématique, la participation du patient à des groupes sociaux et familiaux et l'engagement thérapeutique à long terme apparaissent comme des facteurs communs aux différentes approches indépendamment de l'orientation théorique et méthodologique affichée.

Bustillo et coll. (2001) montrent l'intérêt de l'association de modalités diversifiées d'aide, de soutien, de formation, d'accompagnement des patients schizophrènes dans leur environnement familial et social. Ils proposent une analyse actuelle de la littérature sur les essais contrôlés randomisés des traitements psychosociaux de la schizophrénie, depuis 1996.

La thérapie familiale et le traitement communautaire de soutien ont des effets clairs sur la prévention des rechutes psychotiques et sur la réhospitalisation. Cependant, ces traitements n'ont pas d'effets consistants sur les autres mesures de résultats : symptômes positifs et négatifs, fonctionnement social global, capacité à obtenir des emplois compétitifs. L'entraînement aux habiletés sociales améliore les performances sociales mais n'a pas d'effets clairs sur la prévention des rechutes, la psychopathologie, ou le statut professionnel. Des programmes de soutien à l'emploi utilisant des modèles de placement et d'accompagnement ont des effets importants sur l'obtention d'emplois compétitifs.

Sur le plan des résultats, les auteurs font des constats nuancés, voire contradictoires. Relativement simple, la psycho-éducation familiale devrait être disponible pour la majorité des personnes souffrant de schizophrénie. Les programmes d'entraînement à l'affirmation communautaire devraient être proposés aux patients qui présentent de fréquentes rechutes et réhospitalisations, surtout s'ils ont des soutiens familiaux limités. Les patients ayant des troubles schizophréniques peuvent clairement améliorer leurs compétences sociales avec une formation aux habiletés sociales, qui peuvent se traduire par un fonctionnement plus adaptatif dans la communauté. Pour les patients motivés par le travail, un placement rapide avec un soutien suivi offre la meilleure opportunité pour maintenir un travail régulier dans la société. La thérapie cognitive peut bénéficier à grand nombre de patients qui continuent à être la proie de symptômes psychotiques invalidants (délire, hallucinations) malgré un traitement pharmacologique optimal. Pourtant, les études récentes les plus exhaustives sur l'évaluation des interventions globales (thérapie familiale associée à l'entraînement à l'affirmation communautaire) débouchent sur des constatations largement négatives. Du point de vue des auteurs, cela ne remet pas en cause l'important corps de recherches soutenant l'efficacité de ces traitements mais souligne plutôt le faible niveau des modalités



d'évaluation. Ces études se penchent de manière plus sophistiquée sur des populations spéciales (patients au tout début de l'éclosion de la maladie) ou l'inclusion de plus grands groupes de personnes soignées comme conditions de contrôles. En contraste, l'appréciation de nouvelles modalités d'intervention (programmes de soutien à l'emploi et thérapie cognitivo-comportementale) montrent des résultats plus positifs.

Dixon et Lehman (1995), à partir de 16 études recensées, le nombre de patients traités variant de 10 à 172, évaluent les preuves de l'efficacité et de l'efficacité des interventions familiales psycho-éducatives dans le traitement de personnes présentant une schizophrénie. Leur travail fait un recensement d'études centrées essentiellement sur des familles à EE élevées.

Par-delà les différences de méthodes et de caractéristiques, ces interventions partagent un ensemble commun d'affirmations : la schizophrénie est une maladie ; l'environnement familial n'est pas impliqué dans l'étiologie de la maladie ; on soutient les familles et on les considère comme des agents thérapeutiques ; ces interventions sont une partie d'un ensemble composé d'un traitement médicamenteux de routine et d'une prise en charge ambulatoire du patient.

Elle se distinguent des thérapies familiales traditionnelles (contextuelles, symboliques-expérientielles, structurales, stratégiques et intégratives) qui considèrent que le comportement et/ou la communication dans les familles jouent un rôle étiologique clé dans le développement de la schizophrénie. Lorsqu'elles sont associées à la pharmacothérapie, les interventions de psycho-éducation familiale ont un effet consistant et robuste sur le délai des rechutes, sinon dans leur prévention. L'étude multifamiliale de McFarlane et coll. (1995b) suggère un effet possible sur la reprise de travail. Les effets de l'intervention familiale peuvent avoir un effet indirect sur le fonctionnement du patient, effets qui peuvent durer au-delà des rechutes et des réhospitalisations. La qualité de vie semble également améliorée dans une modeste mesure, mais cette amélioration pourrait s'accroître avec le temps. La comparaison entre formes d'intervention semble montrer la supériorité de la thérapie multifamiliale, au moins pour certains sous-groupes de patients, en particulier quand les EE sont élevées, les symptômes bruyants, et les patients blancs (McFarlane et coll., 1995b). Il semble que la participation minimale aux interventions familiales et/ou multifamiliales donne des effets supérieurs à des prises en charge séparées. Il n'y a pas de preuve que les thérapies à domicile aient des effets supérieurs à des thérapies ambulatoires. Il semble que les orientations psychodynamiques n'aient pas d'effets notables, et conduisent à des résultats identiques à ceux des groupes témoins. La psycho-éducation seule est inférieure à d'autres interventions familiales qui les combinent avec l'engagement, le soutien, la résolution de problèmes.

Huxley et coll. (2000) font un bilan de la littérature de ces vingt dernières années concernant l'intérêt à associer à la pharmacothérapie différentes modalités de psychothérapie individuelle, familiale et communautaire. Ils

proposent une étude comparative des effets de ces différentes modalités d'intervention.

Il en résulte les points suivants :

- l'entraînement traditionnel aux habiletés sociales améliore les performances sociales ;
- l'entraînement largement fondé sur des modules sociaux variés aux habiletés sociales (programme UCLA) améliore l'apprentissage de compétences dans des sphères sociales spécifiques ;
- des thérapies moins structurées, centrées sur la discussion montrent des résultats mitigés. Certaines montrent des effets thérapeutiques sur les symptômes et le fonctionnement social, d'autres non ;
- la thérapie familiale peut améliorer les symptômes, le taux de rechutes, et le fonctionnement social et professionnel. Les thérapies familiales singulières ou multiples, aux orientations variées ne montrent pas d'effets différentiels notables entre elles ;
- les séances individuelles d'éducation en matière de prise de médicaments améliorent la connaissance de ceux-ci et la compliance thérapeutique ;
- la thérapie individuelle non psychanalytique est souvent suivie d'une amélioration symptomatique, et agit moins sur la compétence sociale. On ne note pas de meilleurs résultats en fonction de la méthode employée ;
- la thérapie familiale donne de meilleurs résultats que la thérapie individuelle ;
- l'association de la thérapie familiale et de l'entraînement aux habiletés sociales donne des résultats supérieurs à l'utilisation d'une seule méthode, ou de la seule prescription de médicaments.

Il existe une cohérence certaine dans l'affirmation de ces principes généraux. Mais leur application stricte pourrait aboutir à des pratiques discutables : faudrait-il supprimer toute forme de psychothérapie individuelle pour des patients présentant des troubles schizophréniques, sous prétexte qu'elle est moins efficace que la thérapie familiale ? Dans les schizophrénies, la question des relations individu-groupe est centrale et ouverte. Les processus d'individuation-socialisation surgissent fréquemment de l'association entre psychothérapie individuelle, thérapie familiale et thérapie institutionnelle. Le plus important semble bien la construction harmonieuse d'un réseau de thérapeutes, par-delà leurs méthodes et leurs orientations théoriques éventuellement divergentes (apparemment). Il apparaît que les effets d'une thérapie moins efficiente peuvent être potentialisés par l'association à une thérapie plus efficace. Par ailleurs, le terme de schizophrénie (au singulier) introduit un biais important.

#### ***Études contrôlées concernant la schizophrénie***

Doane et coll. (1986) évaluent les interventions familiales à domicile, de type comportemental, centrées sur la résolution de problèmes et son apprentissage et l'amélioration de la communication familiale (tableau 10.VIII).

L'étude concerne 36 patients sortis de l'hôpital, appartenant à des familles à EE élevées. Après accord familial initial, deux groupes sont composés de manière aléatoire, l'un pour un programme de thérapie individuelle, l'autre pour un programme de thérapie familiale. L'évaluation se fait par une mesure du style affectif, c'est-à-dire du taux de critiques interpersonnelles, de l'induction de culpabilité, de comportements intrusifs ainsi que par la mesure du taux de rechutes. Le groupe témoin est composé de patients recevant une psychothérapie individuelle de soutien. Les deux groupes de patients reçoivent un traitement médicamenteux associé.

Sur le plan des résultats, il existe une réduction significative du climat négatif global dans la famille dans le groupe suivi en famille, en comparaison du groupe engagé dans un suivi individuel. Il existe également une diminution significative du taux de rechute, ainsi qu'une meilleure capacité pour les parents à utiliser des moyens non émotionnels et constructifs d'échanges verbaux avec le patient, lors de discussions émotionnellement intenses (tableau 10.VIII). Il s'agit là d'une des études inaugurales de l'intérêt de la psycho-éducation familiale pour les patients présentant des troubles schizophréniques.

Dans l'étude contrôlée de Eckman et coll. (1992) l'évaluation de l'apprentissage aux habiletés personnelles concernant la gestion de la maladie et les habiletés sociales permet de savoir si les patients schizophrènes recevant des soins ambulatoire avec des doses faibles de neuroleptiques peuvent apprendre et retenir des informations complexes et des habiletés relatives à l'autogestion de leur maladie, par l'utilisation d'une nouvelle technique cognitive et comportementale. Dans la thérapie de groupe, les sujets s'engagent dans un processus groupe de soutien (compréhension mutuelle, soutien social, cohésion groupale) et orienté sur l'*insight*, avec information et éducation abondantes concernant la schizophrénie comme maladie et l'importance d'adhérer à la prise de médicaments. Au cours de séances bihebdomadaires de 90 minutes, les patients discutent des problèmes rencontrés dans la vie courante et dans leurs relations sociales. On encourage les sujets à proposer des suggestions et à explorer des solutions pour les problèmes émis par les autres. Le thérapeute utilise les techniques habituelles de questions ouvertes, réflexion, chaleur et implication, et compréhension empathique. Après 6 mois, le groupe continue à un rythme hebdomadaire pendant un an.

Un entraînement aux aptitudes sociales comprend deux modules du programme social de l'UCLA et des aptitudes à la vie indépendante. Chaque module comprend le manuel d'un clinicien, le livre de travail du patient, et une bande vidéo qui montre les habiletés à apprendre. Les sphères d'aptitude sont :

- la gestion des symptômes ; identifier les signes d'alerte de la rechute, gérer les signes d'alerte, faire avec les symptômes persistants, éviter l'alcool et les autres drogues ;

**Tableau 10.VIII : Études contrôlées concernant la schizophrénie**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Doane et coll., 1986 note : 7,5/10	36 patients ; âge : 18 à 45 ans Intervention familiale de type comportementale centrée sur la résolution de problèmes (TF) <i>versus</i> psychothérapie de soutien individuelle en milieu thérapeutique (TI) Évaluation du style affectif (AS) ; évaluation de la communication affective au sein de la famille par l'estimation de la critique et d'une attitude intrusive de la famille envers le patient	Évaluation du style affectif (AS) : TF : diminution de l'AS négatif dans 12 familles sur 17 (71 %) TI : augmentation de l'AS négatif dans 11 familles sur 16 (69 %) Attitude critique : augmentation significative dans le groupe TI, tendance à la baisse dans le groupe TF Intrusion : baisse significative dans le groupe TF, tendance à l'augmentation dans le group TI Résolution de problèmes : augmentation significative dans le groupe TF, pas de changement dans le groupe TI
Eckman et coll., 1992 note : 8/10	Comparaison d'une thérapie de groupe-soutien avec orientation sur l'insight à une thérapie reposant sur un entraînement aux habiletés sociales	Développement des habiletés sociales
Glick et coll., 1985 note : 7,5/10	Comparaison randomisée d'une intervention familiale à rien dans le devenir à 6 mois de patients hospitalisés (84 schizophrènes, 60 déprimés)	Résultats à la limite de la significativité sur des scores cliniques dans le groupe de schizophrènes à bon niveau de fonctionnement
Hogarty et coll., 1991 note : 4/7	103 patients (90 seulement ont une bonne compliance au traitement) 4 groupes : Thérapie familiale + médicaments (TF) ; entraînement aux habiletés sociales + médicaments (HS) ; thérapie familiales + entraînement aux habiletés sociales + médicaments (TFHS) ; médicaments (C)	Pourcentage de rechute à 1 an de suivi : TF : 19 % ; HS : 20 % ; TFHS : 0 % ; C : 38 % Pourcentage de rechute à 2 ans de suivi : TF : 29 % ; HS : 50 % ; TFHS : 25 % ; C : 66 % L'effet des thérapies familiale persiste à 2 ans alors que l'effet de l'entraînement aux HS n'est plus observé et que l'effet de la combinaison des deux traitements n'est plus additif
Barrowclough et coll., 1999 et 2001 (suivi) note : 6/10	77 paires patient-soignant ; âge moyen patient : 31,1 ans Intervention familiale psychosociales (IFP) <i>versus</i> traitement habituel (C). Mesure du fonctionnement et des symptômes à l'aide de trois échelles : <i>Global assessment of functioning scale</i> (GAFS), <i>Positive and negative syndrome scale</i> (PNSS) et <i>Social functioning scale</i> (SFS)	Rechute à 9 mois et 1 an de traitement IFP : 27 et 33 % ; C : 55 et 66 % Score GAFS : supérieur pour le groupe IFP par rapport au groupe C à 9 et 12 mois (57 <i>versus</i> 46 ; 60 <i>versus</i> 46) Pas d'évolution dans le groupe contrôle Score PNSS et SFS : pas de différences significatives entre les deux groupes mais réduction des symptômes positifs dans le groupe IFP Abstinence : augmentation du pourcentage de jours d'abstinence sur une période de 12 mois entre le début du traitement et le suivi dans le groupe IFP
MacFarlane et coll., 1995b note : 5/7	172 patients Psycho-éducation familiale en groupe multifamilial (TMF) <i>versus</i> unifamilial (TUF)	Pourcentage de rechute à 2 ans TMF : 28 % ; TUF : 42 %

- la gestion des médicaments ; information concernant les médicaments anti-psychotiques, connaissance et évaluation de l'auto-administration correcte, identification des effets secondaires des médicaments, négociation des questions posées à propos des médicaments avec les prescripteurs.

Les procédures modulaires sont conçues pour compenser l'interférence cognitive et symptomatique avec l'apprentissage des connaissances communes sur la schizophrénie.

En introduction, on utilise des principes de restructuration cognitive, combinée avec un abondant renforcement social positif initié par le leader du groupe au travers des activités d'apprentissage. Le but est de surmonter le manque de motivation vécu par de nombreux patients schizophrènes. On utilise des démonstrations avec des graphiques, les expériences de succès maximal, et des feedback vidéo. Des instructions focalisées, des incitations, le coaching avec feedback positif immédiat ont pour but de surmonter les obstacles à l'apprentissage qui naissent des déficits cognitifs et des perturbations de la maladie. On apprend ensuite aux patients à faire face aux obstacles fréquemment rencontrés pour réaliser leurs habiletés nouvellement acquises dans leur environnement naturel. L'activité de gestion des ressources est conçue pour apprendre aux patients comment rassembler les ressources nécessaires pour rendre effectif une aptitude particulière ; par exemple accéder au téléphone pour prendre un rendez-vous clinique, ou comment accéder aux moyens de transport.

L'activité centrée sur la résolution de problèmes apprend aux patients à trouver les réponses quand l'environnement faillit à procurer les résultats attendus après la performance d'une habileté particulière. On aboutit à une stratégie générale de résolution de problèmes pour l'autogestion de la maladie, et pour surmonter les carences dans la résolution de problèmes sociaux et dans l'auto-affirmation si fréquemment présents chez les patients schizophrènes.

Les deux activités d'apprentissage terminales sont des exercices *in vivo* et des assignations de tâches à domicile, de manière à faciliter le transfert des acquisitions vers l'environnement de vie du patient.

Les résultats montrent que l'utilisation d'apprentissages structurés et de thérapie cognitive dans la conception de modules d'entraînement à l'autogestion de la maladie présente une valeur instrumentale dans l'accomplissement de hauts niveaux de connaissances et d'habiletés sociales pour les patients schizophrènes.

Il faut noter que les patients qui participent à ce type de programme sont des patients ambulatoires stabilisés, avec des niveaux modérés de troubles. La permanence des effets est robuste, résistant à l'érosion après un suivi d'un an, et conduisant alors à une séance de rappel. On note que ces acquisitions sont indépendantes de la durée de la maladie, du nombre des réhospitalisations, et des ajustements sociaux prémorbides.

En résumé, on soulignera qu'il s'agit d'une technique intéressante et pertinente, complémentaire de la prescription de neuroleptiques et des thérapies individuelles, familiales et institutionnelles.

Glick et coll. (1985) évaluent l'efficacité d'interventions familiales brèves, lors de l'hospitalisation de patients présentant des troubles schizophréniques et des troubles affectifs majeurs. Ils comparent l'efficacité de l'hospitalisation avec intervention auprès de la famille et sans intervention, avec un suivi de 6 mois pour 144 patients (80 avec des troubles schizophréniques, et 64 avec des troubles affectifs majeurs). Il s'agit d'un minimum de 6 séances avec une moyenne de 9, au cours d'une hospitalisation dont la durée moyenne est de 5 semaines. L'évaluation des niveaux de fonctionnement précédant l'hospitalisation, à partir de l'Échelle de traitement de performance de rôle permet de distinguer deux groupes de patient : un groupe avec un bon niveau, et l'autre avec un niveau faible. La répartition est randomisée entre deux groupes de traitement, dont l'un comporte une prise en charge familiale. Les deux groupes participent également à des activités individuelles, groupales, de milieu, et des thérapies somatiques. Les deux groupes sont traités par la même équipe dans la même unité.

Les buts de l'intervention familiale sont :

- d'accepter la réalité de la maladie et de développer une compréhension de l'épisode actuel ;
- d'identifier les stress précipitants possibles de l'épisode en cours ;
- d'identifier les stress futurs vraisemblables à la fois dans la famille et en dehors d'elle ;
- d'élucider les séquences d'interaction familiale qui produisent le stress du patient identifié ;
- de planifier des stratégies réalistes permettant de gérer et/ou minimiser les stress futurs ;
- d'accepter le besoin de poursuivre le traitement à la sortie de l'hôpital.

Les résultats sont évalués par l'échelle de sévérité globale, et l'échelle d'évaluation globale appréciant le niveau de fonctionnement et la sévérité des symptômes. Pour les patients schizophrènes avec un relativement bon niveau de fonctionnement pré-hospitalier, les résultats de l'intervention familiale sont supérieurs au groupe témoin. Les résultats ne montrent pas de différences pour les patients avec un mauvais niveau de fonctionnement avant l'hospitalisation. Pour les patients présentant des troubles affectifs majeurs, les résultats sont meilleurs pour le groupe avec intervention familiale à une échelle sur deux à la sortie de l'hôpital. La différence entre les deux groupes s'estompe à 6 mois. Il est à noter que l'intervention familiale était de courte durée.

On notera par ailleurs qu'une thérapie familiale, souvent initiée lors d'une hospitalisation, et poursuivie sur plusieurs années (3 à 10 ans) montre l'apparition d'évolutions favorables surprenantes pour des patients qui présentaient

des formes de schizophrénie particulièrement graves avant la première hospitalisation.

Hogarty et coll. (1991) évaluent à deux ans les bénéfices de la combinaison de la psycho-éducation familiale et de l'entraînement aux habiletés sociales. Une nouvelle approche combinant la psycho-éducation familiale et un entraînement individuel aux habiletés sociales, conçue pour des patients vivant dans des foyers à EE élevée permet de réduire de moitié la réhospitalisation au bout d'un an de traitement ambulatoire. Après 2 ans, l'effet persistant et significatif se maintient sur la prévention des rechutes, mais les effets de l'entraînement aux habiletés sociales se perdent. Il n'existe pas d'effet additif sur la rechute dans la combinaison des deux traitements. Vraisemblablement, au bout de deux ans, il existe également une érosion de l'intervention familiale.

L'hypothèse est que l'intervention familiale agit directement sur la prévention des rechutes, et que l'entraînement aux habiletés sociales intervient indirectement, si l'on considère la théorie de la vulnérabilité des patients aux stimuli stressants, liée à des déficits dans les processus de traitement de l'information et de prise d'initiative (*arousal*).

Au bout d'un an, le taux de rechute est réduit de 100 % dans l'approche combinée, de 40 % dans l'utilisation unique de chaque technique, et de 20 % dans le groupe contrôle. La nature de la rechute est soit de type 1 (critères diagnostiques passant d'un état non psychotique à un état psychotique pour 12 patients) soit de type 2 (recrudescence significative de symptômes persistants pour 15 patients), soit de type 3 (épisodes dépressifs non psychotiques pour 3 patients).

Au bout de deux ans, l'effet de l'intervention familiale se maintient, sans effet additif dans l'association des deux méthodes. L'effet de l'entraînement aux habiletés sociales disparaît, mais seulement après 2 ans d'évolution. Dans la mesure où la schizophrénie est une maladie chronique, les recommandations de proposer des traitements à court terme ne semblent pas adaptés. L'arrêt prématuré d'interventions familiales, l'absence de remboursement des traitements longs conduit à précipiter le nombre des rechutes à moyen et long terme. L'étude de traitement à très long terme conduite par Test et coll. (1985) démontre que la persistance du gain thérapeutique est liée à la poursuite du traitement, aussi longtemps que nécessaire. L'hypothèse selon laquelle l'effet du traitement s'arrête quand le traitement s'arrête semble pertinente.

Les recherches futures devraient être dirigées vers un plus grand raffinement des environnements sûrs, prévisibles, générateurs de santé, qui s'étendent au-delà de la famille pour inclure les dispositifs hospitaliers, des conseils et des soins à domicile, des résidences de réhabilitation, des dispositifs favorisant la réhabilitation, et une variété de situations vitales indépendantes.

Les thérapies familiales, qui ne sont pas exclusivement centrées sur des méthodes psycho-éducationnelles, ni sur l'histoire ou le fonctionnement familial, mais qui favorisent la conception d'environnements viables pour le patient, la découverte de personnes et d'activités qui lui conviennent et lui rendent service dans le tissu social, et ceci sans préjuger de la durée de l'engagement thérapeutique, montrent sur le long terme des évolutions favorables surprenantes et qui défient les pronostics immédiats les plus défaitistes, dans des formes particulièrement graves et invalidantes de schizophrénies. Il s'agit alors de thérapies familiales centrées sur l'enrichissement des interfaces contextuelles.

Barrowclough et coll. (1999) proposent de tester l'efficacité d'une intervention familiale ambulatoire fondée sur les besoins de la famille, incluant les familles à EE basse lors de troubles schizophréniques. Il s'agit d'évaluer des interventions familiales psychosociales fondées sur un travail de soutien : informations, conseils sur les bénéfices, argumentation, soutien émotionnel et aide pratique.

Il existe trois grands types d'interventions : techniques de résolution de problèmes (gestion familiale comportementale de Falloon et coll. 1984) ; interventions cognitivo-comportementales avec les familles de Barrowclough et Tarrier (1992) ; interventions cognitivo-comportementales avec les patients psychotiques seuls (Haddock et coll., 1998).

Barrowclough et coll. (1999) font la distinction entre efficacité (testée dans des circonstances idéales) et efficience (réellement utile dans les situations pratiques). On note un effet positif sur la prévention des rechutes à 6 mois de traitement ambulatoire, sur la compliance médicamenteuse, bien que la plupart des autres variables cliniques et symptomatiques du patient, ainsi que l'intensité du fardeau familial restent stables. On constate une rechute pour 46 % des patients du groupe contrôle, pour 24 % des patients traités par la méthode. On constate une amélioration des besoins des parents significative dans le groupe traité, diminution du nombre de problèmes à traiter, mais stabilité de la situation en termes de diminution de la détresse et du fardeau, toujours par rapport au groupe contrôle (pas d'amélioration significative sur ces paramètres, tant pour les patients que pour leurs proches).

L'étude de Barrowclough et coll. (2001) présente les résultats après 9 mois et un an de traitement. On constate une confirmation des résultats après un temps de traitement plus long qui s'accorde avec l'hypothèse que le contexte familial a un rôle contenant, structurant et rassurant dans le rassemblement de l'esprit éparpillé du patient, cette restauration s'opérant sur des échelles de temps nettement plus longues.

310 L'étude contrôlée de McFarlane et coll. (1995b) cherche à montrer la supériorité de la psychoéducation multifamiliale dans six hôpitaux d'État



new-yorkais, par la comparaison des résultats du traitement psycho-éducatif en groupe multifamilial (TMF), avec ceux du traitement psycho-éducatif unifamilial (TUF).

Les groupes multifamiliaux montrent des taux de rechutes à deux ans significativement inférieurs à la modalité de prise en charge familiale singulière (16 % *versus* 27 %). Les deux approches montrent par ailleurs des taux de rechute significativement inférieurs au suivi de patients recevant des traitements individuels médicamenteux et psychothérapeutiques (65 % à 80 % de rechutes). On note une diminution significative des symptômes, une grande compliance médicamenteuse, à un degré équivalent dans les deux modalités d'intervention familiale. La principale découverte est que la thérapie multifamiliale psycho-éducative accroît les rémissions et améliore le fonctionnement de manière plus efficace que la thérapie unifamiliale. L'efficacité et la faisabilité de l'intervention familiale ont fait la preuve, pour des patients recevant des psychotropes, que ces effets sont équivalents aux effets des médicaments eux-mêmes. Dans le groupe non compliant, il n'existe pas de différence significative entre les types de traitement familial. Le fait que les patients qui retournaient chez eux avec des taux relativement élevés de symptômes psychotiques montraient des améliorations durant le cours de l'étude révèle qu'il existe un effet de stabilisation symptomatique à long terme pour l'intervention familiale.

Une explication plausible de l'effet de la thérapie multifamiliale est que cette méthode élargit le réseau social du patient et de la famille. Les patients et leurs proches deviennent plus ouverts, coopératifs, et personnellement impliqués à franchir les frontières familiales au fur et à mesure des rencontres. La thérapie multifamiliale psycho-éducative remplit un vide spécifique dans le système de soutien social du patient et de la famille, permet d'atténuer les niveaux d'anxiété et de stress. Le même niveau de symptômes dans la thérapie familiale singulière tend à créer davantage de tensions familiales. Les autres hypothèses concernant l'efficacité de la méthode tiennent à l'augmentation de la capacité à résoudre les problèmes, à diminuer la sur-implication émotionnelle des EE, à favoriser des expériences de tonalité émotionnelle chaleureuse. La TMF permet d'envisager une plus grande variété d'alternatives dans la résolution de problème que la TUF. Les familles sur-impliquées améliorent leur fonctionnement en développant des relations avec les membres des autres familles présentes, en faisant des expériences marquées par la chaleur et l'humour. Il est difficile d'apprécier si ces facteurs opèrent via le patient, la famille ou les deux. On note l'augmentation des capacités à poursuivre des activités normales, en particulier en matière d'emploi, en faisant l'expérience de longues périodes de rémission et de réduction du stress familial.

N'Guyen et coll. (2001) ont cherché à évaluer l'intérêt des thérapies familiales pour des patients schizophrènes articulées à la thérapie institutionnelle, par comparaison avec des patients bénéficiant uniquement d'une thérapie

institutionnelle. La taille de l'échantillon est de 10 patients. L'âge moyen de 25 à 44 ans (9 hommes, 1 femme). Les critères diagnostiques se réfèrent au DSM-IV. La durée du traitement varie de 2 à 9 ans. Il s'agit d'une étude contrôlée non randomisée de dix patients présentant des troubles schizophréniques : cinq patients étant conjointement suivis en thérapie familiale (Fédération de services en thérapie familiales, J. Miermont) et dans un suivi institutionnel classique (groupe A), cinq patients étant uniquement suivis dans une prise en charge institutionnelle classique (groupe B).

L'évaluation s'est faite à partir des troubles cliniques (3 schizophrénies paranoïdes et 2 schizophrénies hébéphréniques dans le groupe A, 5 schizophrénies paranoïdes dans le groupe B), de l'histoire des patients, et de deux échelles d'évaluation : TLC (*Thought, language and communication*) d'Andreasen (1979), (Miermont, 2000, communication personnelle) repérant des indices cliniques en séance à partir de critères communicationnels, éthologiques et anthropologiques. Les thérapies familiales engagées se réfèrent au paradigme de la complexité écosystémique, tenant compte des apports des différents courants et de leurs évolutions, et s'ajustant aux exigences à chaque fois singulières des situations cliniques. La prescription de neuroleptiques était associée dans tous les cas.

L'analyse des résultats, au niveau global ou particulier, montre que les patients évoluent de façon plus favorable lorsque la thérapie institutionnelle est combinée à la thérapie familiale. L'évolution des cinq patients ayant bénéficié d'une thérapie familiale, malgré l'incidence d'événements de vie difficiles (licenciement, rechute ou maladie grave de la mère), montre une amélioration globale de leur état. Aucune réhospitalisation n'a été envisagée, et le niveau d'insertion sociale des patients a été préservé. Les consultations familiales ont contribué, pour une grande part, à un soutien et un accompagnement du patient et de ses proches dans ces contextes d'événements difficiles. En ce qui concerne les patients du groupe contrôle, seuls 2 patients montrent une évolution positive.

### **Études concernant les troubles des comportements alimentaires**

Six études contrôlées concernant l'anorexie et une étude de suivi ainsi que deux revues systématiques concernant anorexie et boulimie sont présentées.

#### ***Études contrôlées concernant l'anorexie***

Crisp et coll. (1991) ont évalué quatre formes différentes d'intervention dans le cas de l'anorexie mentale (tableau 10.IX).

Le traitement hospitalier se poursuit pendant plusieurs mois, reposant sur la restauration pondérale, la psychothérapie individuelle, la thérapie familiale, la thérapie de groupe, le conseil diététique et la thérapie occupationnelle, incluant le psychodrame et l'art thérapie. À la sortie de l'hôpital, 12 séances ambulatoires impliquent la patiente et sa famille.

Tableau 10.IX : Études contrôlées concernant l'anorexie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Crisp et coll., 1991 note : 7/10	n = 90 4 groupes : traitement hospitalier (1), psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire (2), psychothérapie de groupe ambulatoire (3), et absence de traitement ultérieure (4)	Gain de poids pour l'ensemble des patients, mais les patients des groupes 2 et 3 reprennent plus de poids que les patients du groupe 4 (9 et 10,2 kg <i>versus</i> 3,2 kg) Une amélioration significative du score de Morgan-Russell sur 1 an est observée pour tous les groupes
Dare et coll., 2001 note : 5,5/10	n = 84 4 groupes : 1 an de psychothérapie psychanalytique focale ; 7 mois de thérapie cognitivo-analytique ; 1 an de thérapie familiale ; 1 an de suivi de routine, avec contacts limités (groupe contrôle)	Après un an de traitement : amélioration symptomatique dans tous les groupes La thérapie familiale a des effets significativement supérieurs au suivi de routine
Eisler et coll., 1997 note : 7/10	Étude de suivi 80 patients (57 anorexiques et 23 boulimiques) Thérapie familiales (TF) <i>versus</i> thérapie individuelle (TI) 4 groupes de patients : anorexie à début précoce et durée courte (< 3 ans) (APC) ; anorexie à début précoce et durée longue (> 3 ans) (APL) ; anorexie à début tardif (> 18 ans) et durée longue (ATL) ; boulimie avec un faible poids (B)	Groupe APC : TF > TI Groupe ATL : TI > TF Groupes APL et B : TF = TI, amélioration médiocre
Eisler et coll., 2000 note : 6/10	40 patientes Thérapie familiale conjointe (TFC) <i>versus</i> thérapie familiale séparée (TFS)	Amélioration de tous les scores à un an de traitement TFS > TFC tendance Groupe avec EE élevée : TFS > TFC Groupe avec EE basse : TFS = TFC
Geist et coll., 2000 note : 6,5/10	25 adolescentes ; moyenne d'âge du groupe TF : 14,3 ans, du groupe PEF : 14,9 ans Thérapie familiale (TF) <i>versus</i> psycho-éducation familiale (PEF) <i>Diagnostic interview for children and adolescents</i> (DICA) ; <i>Eating disorder inventory</i> (EDI-2) ; <i>Children's depression inventory</i> (CDI) ; <i>Brief symptom inventory</i> (BSI) et <i>Family assessment measure</i> (FAM-III)	Reprise de poids significative dans les deux groupes 4 mois après la fin du traitement Pas de différences significatives sur les scores mesurés

**Tableau 10.IX (suite) : Études contrôlées concernant l'anorexie**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Robin et coll., 1994 et 1995 note : 9/10	22 adolescentes ; âge moyen groupe TCSF : 14,7 ans ; âge moyen du groupe PICM : 13,9 ans Thérapie comportementale des systèmes familiaux (TCSF) versus psychothérapie individuelle centrée sur le moi (PICM) <i>Eating attitudes test (EAT)</i> , <i>Body shape questionnaire (BSQ)</i> , <i>Ineffectiveness</i> , <i>Interpersonal distrust and interoceptive awareness scale of EDI</i> , <i>Beck depression inventory (BDI)</i> , <i>Child behavior checklist internalizing behavior problems score</i> , <i>Parent adolescent relationship questionnaire (PARQ)</i> indice de masse corporelle (IMC)	Reprise de poids significative dans les deux groupes après 16 mois de traitement : de 15,0 à 20,1 (IMC) pour le groupe TCSF et de 16,3 à 19,0 pour le groupe PICM Amélioration des scores mesurés par les différentes échelles Au suivi à 1 an, reprise de poids et réapparition des menstruations (100 %) dans les deux groupes : 82 % du groupe TCSF et 50 % du groupe PICM répondent aux deux critères ; la différence n'est pas significative entre les deux groupes Impact positif sur les interactions familiales, maintenu à 1 an de suivi

Le traitement ambulatoire comporte 12 séances de psychothérapie individuelle et familiale. L'attitude des thérapeutes est active, avec une attention portée à l'ambivalence concernant le statut de la patiente, la difficulté à demander de l'aide, la faible estime de soi, le sens défaillant de la maîtrise, et les moyens défensifs utilisés pour maintenir la relation nourriture/poids. Les techniques utilisées comportent le maniement intensif des processus transférentiels et contre-transférentiels, l'établissement de frontières appropriées, l'abord des relations enchevêtrées et des stratégies d'évitement des conflits telles que la non-communication dans les domaines du développement affectif, la tentative de résolution de problèmes (mise à l'épreuve de la relation parentale au moment où la patiente reprend du poids).

Le groupe ambulatoire consiste en 10 séances de thérapie de groupe d'adolescentes, et 10 séances de groupe de parents reçus séparément, à un rythme mensuel. Il s'agissait de groupes tournants (*rolling groups*) dans lesquels les patientes abordaient un certain nombre de sujets choisis dans le livre de bord de l'hôpital : l'évitement des conflits, le sens de soi-même, les relations familiales, l'identification des états d'humeur, les formes d'attachements, les origines, la signification du poids et de la forme, la gestion des impulsions, les habiletés relationnelles et la communication. Les mêmes problèmes étaient abordés dans le groupe de parents, dans la perspective de les aider mutuellement à gérer leurs problèmes partagés et les difficultés concernant l'autonomie.

Le conseil diététique est un aspect important du traitement hospitalier, également proposé à quatre reprises pour les deux groupes de patientes ambulatoires. Il n'existe pas de prescription de psychotropes pendant la durée de

l'étude dans les trois groupes. La dernière option, sans suivi psychothérapeutique, concerne des patientes qui sont réadressées à leur médecin généraliste ou à un consultant extérieur, qui reçoivent un compte-rendu détaillé de l'hospitalisation.

La compliance est un problème majeur pour les patientes hospitalisées. La moyenne d'âge est de 22 ans (de 20 à 23 ans). La durée moyenne de la maladie est de 39 mois, avec une variation de 4 à 107 mois. Au bout d'un an de traitement, on note une augmentation du poids moyen qui varie de 3,2 kg (groupe 4) à 10,1 kg (groupe 3). Les groupes 2 et 3 présentent une amélioration significativement supérieure (9,0 kg et 10,2 kg) à celle du groupe 4, avec un gain moyen de 9,6 kg pour les deux premiers. Le poids moyen obtenu était de 50 kg (option 2) à 52,6 kg (option 1), celui du groupe 4 étant de 45,8 kg. Si l'on considère uniquement les patientes compliantes, le poids moyen monte à 54,9 kg. Le groupe 3 montre des résultats relativement moins bons en ce qui concerne le retour des règles, et l'ajustement sexuel et socio-économique.

La prise en considération de la dynamique familiale dans le projet thérapeutique semble avoir un effet spécifique sur l'amélioration globale, non uniquement centrée sur la reprise de poids. Une patiente est décédée dans l'attente d'un traitement. Ce qui pourrait poser la question de l'adresse : le lien entre traitement hospitalier et traitement ambulatoire est une dimension non négligeable du processus thérapeutique.

L'étude comparative de Dare et coll. (2001) pour des patientes anorexiques adultes de psychothérapies spécifiques examine des suivis selon des théories systémiques et d'autres orientations.

Au bout d'une année, une amélioration symptomatique est observée dans tous les groupes de patientes. Cette amélioration était modeste, plusieurs patientes étant significativement dénutries dans le suivi. La thérapie familiale était significativement supérieure au groupe témoin. Dans le groupe témoin, la moitié des patientes ne présente aucune prise de poids, et seul un cinquième du groupe a dépassé un taux de 10 % de prise de poids. La prise de poids liée aux traitements spécifiques est statistiquement pertinente. Un tiers des patientes ne présentent plus un diagnostic d'anorexie mentale selon les critères du DSM dans les trois groupes traités, tandis que ce taux n'est que de 5 % pour le groupe témoin. Le groupe de patientes avec un pronostic plutôt mauvais est caractérisé par : âge avancé, longue durée de la maladie, antécédents de traitements ayant échoué. Plus des deux tiers restaient à un poids anormalement bas à la fin du traitement. Pour des patientes avec une anorexie mentale relativement résistante, l'admission à l'hôpital peut être indispensable pour des raisons vitales. On notera que si les thérapies familiales ont une incidence positive sur la prise de poids, elles permettent d'améliorer sensiblement les troubles connexes : appauvrissement de la vie relationnelle, état dépressif, anxiété, tension et stress lié à l'aspect coercitif du trouble alimentaire sur la vie familiale.

L'étude de Eisler et coll. (1997) compare les effets de la thérapie familiale et de la psychothérapie individuelle pour des patientes présentant une anorexie mentale. L'étude a porté sur un suivi pendant 5 ans de patientes ayant participé à des essais précédents de thérapie familiale (Russel et coll., 1987 ; Dare et coll., 1990 ; Szmukler et Dare, 1991). La thérapie familiale ou la thérapie de soutien individuelle a été administrée à 80 patientes pendant une année, après la sortie de l'hôpital et restauration du poids. Le groupe a été subdivisé en 4 groupes homogènes quant au pronostic, et 2 groupes correspondant à la durée de la maladie : débutante ou durable.

Le début des thérapies intervient après l'hospitalisation. À la sortie de l'hôpital, tous les patients présentaient une amélioration notable, pendant 1 an, en comparaison de leur perte de poids précédente. Les bénéfices significatifs sont attribuables, surtout à la thérapie familiale pour les patientes présentant un trouble récent, et mettent en valeur la thérapie de soutien individuelle pour les patients ayant une forme d'anorexie plus durable.

Les malades ayant une anorexie mentale avec un début précoce ( $\leq 18$  ans) et une histoire brève de la maladie ( $< 3$  ans) avaient une meilleure amélioration en cas de thérapie familiale plutôt qu'une psychothérapie individuelle. Les malades avec un début tardif ( $> 18$  ans) ont davantage bénéficié d'une psychothérapie individuelle.

Les malades avec anorexie avec début précoce, mais évolution durable de la maladie au-delà de 3 ans, et les malades avec une boulimie nerveuse sévère présentaient une amélioration médiocre quelle que soit la modalité de thérapie. Sur 80 malades, 3 sont décédées au bout de 5 ans. Dans les familles à EE élevées, les résultats de la thérapie familiale apparaissent moins favorables que la psychothérapie individuelle.

Il semble que, dans cette étude, les thérapies hospitalières et ambulatoires sont conçues comme indépendantes les unes des autres. Dans les cas extrêmes, il est utile de concevoir une interconnexion étroite entre thérapie institutionnelle et thérapie familiale, voire psychothérapie individuelle.

L'étude de Eisler et coll (2000) est centrée sur la comparaison entre thérapie familiale conjointe et thérapie familiale « séparée », c'est-à-dire où les parents et la patiente sont traités séparément de manière parallèle. L'essai consiste en un traitement randomisé de 40 patientes avec deux formes d'intervention familiale ambulatoire pour l'anorexie mentale. L'ensemble du groupe est évalué au début du traitement et à chaque temps d'évaluation du traitement pour les niveaux de commentaires critiques utilisant l'index d'Expression des émotions. Une amélioration considérable de l'état nutritionnel et psychologique est apparue dans les deux groupes en traitement. Pour les patientes confrontées aux critiques maternelles élevées, la thérapie familiale séparée s'est révélée supérieure à la thérapie familiale conjointe. Le changement symptomatique était plus marqué dans la thérapie

familiale séparée, tandis qu'il existait un changement psychologique nettement plus important dans le groupe de thérapie familiale conjointe. Des changements significatifs sont apparus dans les mesures familiales d'Émotions exprimées. Les commentaires critiques entre les parents et la patiente étaient significativement réduits de même que ceux intervenant entre les parents. La chaleur entre les parents s'est accrue. La thérapie familiale séparée apporte un soutien à la patiente et une guidance aux parents. On parle encore de conseil familial.

Des points communs existent entre les deux formes de thérapie : la famille n'est pas considérée comme étant la cause de la maladie, mais plus comme une ressource pour aider l'adolescente à surmonter ses problèmes ; l'apport d'informations détaillées concernant les effets psychologiques de la faim ; l'accent mis sur l'aspect compulsif des comportements anorexiques, qui empêchent l'auto-contrôle de la patiente sur ses symptômes ; la nécessité de la réalimentation dirigée vers le parent sans critique ou blâme de la patiente ; informations fournies sur le besoin de soutien de l'adolescente dans le recouvrement du contrôle de sa vie aussi vite que possible ; soutien aux deux parents (s'ils viennent en couple) pour montrer à l'adolescente que les parents partagent leur vie au-delà des soins prodigués à leurs enfants.

Les données suggèrent qu'il puisse y avoir des différences importantes dans l'impact des deux formes de traitement. Il y avait des différences relativement petites entre les traitements dans les pourcentages de changement de la symptomatologie du trouble alimentaire mais ils étaient uniformément en faveur de la thérapie familiale séparée. Ceci est particulièrement vrai pour les familles où il y avait de hauts niveaux de critique maternelle.

Des différences plus claires concernent les mesures du fonctionnement psychologique. Les gains sont plus grands pour la thérapie familiale conjointe en termes d'humeur, d'obsessions et d'ajustement psychosexuel.

Si la thérapie de soutien individuelle apparaît moins efficace lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'un suivi parental, les résultats apparaissent comparables à ceux de la thérapie familiale conjointe quand les parents sont associés séparément au traitement. Les auteurs soulignent par ailleurs qu'ils associent fréquemment les deux techniques pour une même famille.

Dans les faits, pour peu qu'on laisse le choix aux membres de la famille de participer ou non aux séances familiales, il existe des cas où la patiente, ou un autre membre de la famille, refuse de participer. Dans les cas de discordance conjugale importante, on peut proposer aux parents des séances où ils viennent seuls. La manière de gérer l'intensité émotionnelle des conflits peut varier selon les techniques de thérapie. Selon les cas, l'affrontement direct peut avoir une valeur de maturation, ou présenter un caractère destructeur. Le jugement clinique des thérapeutes au cas par cas semble indispensable.

Geist et coll. (2000) ont comparé deux formes de traitement, la thérapie familiale (TF) et la psycho-éducation familiale (PEF), d'une durée de 4 mois, 317

engagées lors d'une hospitalisation pour 25 adolescentes présentant des troubles d'anorexie mentale récemment apparus.

Les auteurs ont constaté un effet temporel significatif dans les deux groupes de traitement pour la reprise du poids. On ne trouve pas de différences significatives entre les groupes en ce qui concerne les mesures d'auto-évaluation du trouble alimentaire, qu'il s'agisse de ses aspects spécifiques ou non spécifiques.

La reprise de poids est réalisée à la fin des 4 mois de traitement, tant dans le groupe de thérapie familiale que dans le groupe de psychoéducation familiale. On ne note pas de changement significatif sur le fonctionnement psychopathologique des patientes et des parents. La psychoéducation familiale présente le meilleur coût-bénéfice.

Plus de la moitié des adolescentes furent réadmisses à l'hôpital, soit au cours, soit à la suite de la période de traitement, laissant à penser que les changements psychosociaux n'étaient pas suffisants pour éviter la rechute. Les auteurs reconnaissent que 4 mois d'évolution ne sont pas suffisants pour apprécier un changement thérapeutique significatif dans les cas graves d'anorexie mentale.

Les critères d'efficacité comparatifs des deux méthodes aboutissent à une évaluation un peu « courte » : si l'information donnée aux familles est équivalente à une implication plus active de celles-ci en matière de reprise de poids, le « rapport qualité-prix » est biaisé si l'on ne tient pas compte :

- de l'intérêt (et sans doute du devoir) à informer toutes les familles des connaissances dont les professionnels disposent concernant la maladie, en fonction de leurs capacités singulières à recevoir ces informations ;
- de l'intérêt qualitatif et quantitatif à poursuivre un travail thérapeutique au-delà de 4 mois ;
- de l'intérêt à considérer que les thérapeutes ont aussi des informations à recevoir de la part des familles, dans une expérience de partage de connaissances et d'incertitudes dont la durée est incompressible.

L'étude contrôlée de Robin et coll. (1994) a comparé la thérapie comportementale des systèmes familiaux (TCSF) et la psychothérapie individuelle centrée sur le moi (PICM), avec un assignement randomisé impliquant 22 jeunes adolescentes présentant une anorexie mentale.

Les protocoles thérapeutiques ont été ainsi définis :

- TCSF : séances hebdomadaires de 72 minutes ;
- PICM : séances hebdomadaires individuelles de 45 minutes avec la patiente ; séances bimensuelles de 54 minutes ;
- régime médical et diététique, projet de reprise de poids, avec poids-cible fixé. Le régime débute à 1200 calories par jour. Le nombre de calories est régulièrement réajusté et augmenté.



La thérapie comportementale du système familial comporte trois phases. Dans la première phase, on demande aux parents de prendre en charge l'alimentation de leur fille et la prise de poids. L'adolescente est définie comme incapable de contrôler son alimentation et son poids. Cette incapacité est attribuée aux effets de la dénutrition, d'une manière à minimiser le blâme adressé à la patiente ou aux parents. Les thérapeutes « coachent » les parents pour permettre le développement et l'exécution du programme comportemental de reprise de poids, impliquant la préparation et la gestion des repas de leur fille, la régulation de l'exercice, et l'établissement des conséquences clairement définies de la consommation de toutes les calories requises.

Lorsque cette prise en charge est réalisée par les parents et que l'adolescente commence à reprendre du poids, le thérapeute oriente le sujet vers les distorsions cognitives et la structure familiale. Les techniques de restructuration cognitive sont utilisées pour corriger l'image corporelle distordue de la patiente et les croyances déréelles concernant la nourriture. Le thérapeute utilise des interventions stratégiques pour évaluer et modifier les schèmes d'enchevêtrement, triangulation, coalitions et renversements hiérarchiques, et formule des hypothèses sur le rôle des symptômes anorexiques dans le maintien de l'homéostasie familiale.

Puis, quand l'adolescente a atteint le poids-cible, le thérapeute guide les parents dans un retour graduel à la restitution du contrôle alimentaire à l'adolescente. Le thérapeute utilise des techniques de résolution de problème concernant l'habileté à la communication pour favoriser l'individuation de l'adolescente et apprendre les schèmes de résolution de conflit efficaces.

Dans la psychothérapie individuelle centrée sur le moi, les séances individuelles sont focalisées d'abord sur la force du moi de l'adolescente, son habileté à se débrouiller, son individuation de la famille nucléaire, ses confusions identitaires, et d'autres manifestations interpersonnelles concernant la croissance physique, sociale et émotionnelle ; de même que la relation de ces phénomènes sur l'alimentation, les soucis de poids, et l'image corporelle. Le thérapeute communique une posture nourricière protectrice marquée par l'autorité : il se montre fort et disponible pour aider une adolescente en situation de faiblesse. Il respecte l'autonomie de la patiente et comprend sa lutte pour s'individuer d'une famille hautement dysfonctionnelle ; et le thérapeute ne souhaite pas exercer une coercition sur l'adolescente pour qu'elle prenne du poids ou change ses attitudes, mais il cherche à l'aider pour comprendre comment elle peut choisir de recouvrer la santé, de se débrouiller avec sa famille dysfonctionnelle et ses frayeurs internes sans auto-dénutrition. Les thérapeutes suivent des traitements très standardisés, à partir de manuels codifiant les différents paramètres symptomatiques, relationnels, et les méthodes d'intervention. En particulier, ils utilisent l'indice de masse corporelle (IMC) et un questionnaire de relation parents-adolescente (QRPA).

La prédiction que chaque traitement produirait le plus grand impact sur les dimensions du fonctionnement reflétant l'orientation théorique est partiellement soutenue. La TCSF produit plus d'effets sur l'évolution de l'indice de masse corporelle (IMC) que la PICM, mais pas sur les attitudes alimentaires ou le conflit familial. La PICM ne produisait pas de plus grandes améliorations que la TCSF sur la force du moi et les problèmes d'internalisation des comportements. L'absence de résultats différentiels dans ces mesures est intéressante étant donnée les accents drastiquement différents de ces deux types de traitement. Malgré l'absence de séances familiales ou même d'une insistance explicite sur l'apprentissage des habiletés familiales pendant les séances parentales collatérales, le groupe de PICM montra des améliorations plus grandes sur le conflit familial centré sur le problème alimentaire. Pareillement, le groupe de TCSF présente une amélioration sur la dépression et la conscience introspective malgré l'absence d'une insistance forte et directe de l'action thérapeutique dans ces domaines. Il se peut que les changements comportementaux, cognitifs et interactionnels dans la famille aient un impact indirect sur les processus affectifs et l'estime de soi.

Une PICM avec des séances parentales collatérales aboutit à des améliorations sur la santé, les attitudes, les affects et les relations familiales chez les jeunes adolescentes présentant une anorexie mentale, en contraste avec les résultats plus limités que Russell et coll. (1987) trouvèrent dans la mise en œuvre de PICM sans séances parentales collatérales.

En résumé, il apparaît en tout état de cause, au travers de cette étude et de deux autres (Russell et coll., 1987 ; Le Grange et coll., 1992), que l'efficacité de la thérapie familiale est avérée pour le traitement de jeunes adolescentes présentant une anorexie mentale. Celle-ci est particulièrement indiquée pour des adolescentes dont l'âge s'étend entre 12 ans et 17 ans. Dans la pratique, il est rare que des thérapeutes réalisent des PICM sans associer de séances parentales.

Robin et coll. (1995) ont évalué de manière comparative l'efficacité des thérapies comportementales des systèmes familiaux (TCSF) et des psychothérapies individuelles centrées sur le moi (PICM) dans le traitement de jeunes adolescentes présentant une anorexie mentale. Cette étude fait suite à la précédente.

Les adolescents percevaient très peu de conflit général au QRPA avant le traitement, après celui-ci, et dans le suivi. En revanche, les familles percevaient des conflits sévères concernant l'alimentation avant le traitement. Cette perception change au décours des traitements, qu'il s'agisse de la TCSF ou de la PICM. De même, les signes de mauvaise communication s'estompent de manière significative, les signes de communication positive apparaissent et se renforcent. Les deux formes de thérapie produisent des diminutions significatives de la communication négative dans le conflit parents-enfant, avec quelques différences dans les mesures de conflit liées à l'alimentation ou la restriction alimentaire et entre les conditions de la communication.

L'amélioration du conflit lié à l'alimentation perdure au bout d'un an de suivi. L'étude montre que les thérapies structurées pour l'adolescente anorexique ont un impact sur les relations familiales, même lorsque la famille n'est jamais rencontrée comme unité pendant la thérapie.

Une étude précédente de Le Grange et coll. (1992) a montré que des niveaux élevés de critique parentale avant l'intervention thérapeutique étaient associés à des résultats médiocres de l'intervention familiale, qu'il s'agisse d'une thérapie familiale conjointe ou d'une thérapie individuelle avec conseil parental disjoint.

Il n'existe pas de différence significative dans les effets thérapeutiques entre les deux formes de thérapie. Seuls, deux paramètres diffèrent : l'IMC s'améliore davantage lors de la TCSEF, mais l'analyse statistique montre que cette différence n'est pas pertinente.

Une divergence apparaît entre l'impact des deux thérapies selon l'auto-évaluation des familles et selon les interactions familiales observées. Les membres de la famille reportent très peu de conflit général avant ou après traitement, mais reportent un conflit sévère concernant l'alimentation avant le traitement. Après traitement, ce conflit diminue significativement. En contraste, les familles exprimaient des formes élevées de communication négative sur l'IMC pendant les discussions générales ou les discussions centrées sur le conflit alimentaire, et le traitement a une action significative sur la réduction de la communication négative dans les deux types de discussion. Il se peut que le conflit alimentaire soit secondaire à la maladie, et que de telles familles ne soient pas conscientes des autres types de conflits.

L'étude pose la question de l'action effective de la thérapie, et de la manière dont les relations personnelles et interactionnelles interfèrent. Par certains côtés, les termes de « psychothérapie individuelle » et de « thérapie familiale » induisent en erreur, laissant penser que la « boîte » dans laquelle intervient le changement est celle que définit le thérapeute dans son cabinet de consultation. D'une part, l'impact des actions indirectes et interactions incidentes est très difficile à apprécier. D'autre part, la question des processus interfaciels (interférences patientes-familles-thérapeutes, thérapies hospitalières-thérapies ambulatoires) est particulièrement délicate à aborder, dans un modèle implicite où l'on peut ranger les symptômes, les conflits, les interactions, les personnes, les groupes, dans des domaines de l'espace-temps bien séparés les uns des autres (limites du modèle bio-psycho-social).

### **Revue systématique concernant l'anorexie et la boulimie**

Bowers et coll. (1994) ont évalué un traitement hospitalier intégrant de multiples approches, par le recensement des différentes formes de thérapie utilisées conjointement lors de l'hospitalisation de patientes présentant une anorexie mentale (tableau 10.X). Cette approche de traitement intégrée incluait des interventions médicales, psychologiques, nutritionnelles, et sociales. Les patientes et leur famille ont de nombreuses idées fausses au sujet

de l'anorexie mentale. Ces idées concernent la nourriture, le poids, l'apparence, qui peuvent aboutir à un véritable fossé. L'information peut être transmise avec des livres, la thérapie occupationnelle, et la thérapie de groupe psycho-éducative.

**Tableau 10.X : Revues systématiques concernant l'anorexie et la boulimie**

Pathologies Références	Description	Résultats
Anorexie Bowers et Andersen, 1994	Traitement hospitalier intégré (approche psychologique, nutritionnelle, sociale...)	50 % d'amélioration satisfaisante, 30 % d'amélioration intermédiaire, 20 % de symptômes résiduels (poids insuffisant et image corporelle distordue)
Boulimie McKisack et Waller, 1997	Thérapie de groupe avec 4 types d'orientations théoriques : cognitivo-comportementale, psycho-éducative, psychodynamique, soutien	Pas d'avantages évidents liés à quelque orientation théorique

Le traitement intégré comporte :

- un régime nutritionnel ;
- un programme de restauration pondérale ;
- une psychoéducation de la patiente et de sa famille ;
- une technique de feedback cognitif-comportemental, comprenant l'information des progrès concernant le poids, la nourriture, le comportement alimentaire, et le fonctionnement psychologique ;
- une thérapie occupationnelle ;
- une psychothérapie : thérapie familiale particulièrement indiquée avant 18 ans, psychothérapie individuelle, préférentiellement cognitivo-comportementale, ou psychodynamique, mais pas spécifiquement psychanalytique.

Les résultats montrent 50 % d'amélioration satisfaisante, 30 % d'amélioration intermédiaire, 20 % de symptômes résiduels de poids insuffisant et d'image corporelle distordue. On notera, que la diversité des modes d'intervention apparaît effectivement dans la qualité principale d'une prise en charge hospitalière. Cependant, la combinaison des approches ne permet pas de conclure sur l'efficacité d'une thérapie donnée. Le traitement hospitalier de l'anorexie mentale peut être une tâche difficile et complexe, mais il est souvent très positif. Le succès intervient quand on met l'accent sur le travail d'équipe, sur l'intégration des approches thérapeutiques, qui réclament un travail de coordination. La psycho-éducation familiale est particulièrement appropriée en matière de « rapport coût-bénéfice », en comparaison avec la

thérapie familiale, qui reste une bonne indication, en particulier pour les adolescentes ayant moins de 18 ans.

McKisack et Waller (1997) réalisent une revue de la littérature publiée sur l'efficacité de la thérapie de groupe pour la boulimie nerveuse. Les facteurs étudiés sont l'orientation théorique, l'intensité thérapeutique, le traitement conjoint, les caractéristiques de la cliente, les caractéristiques du service. Les orientations théoriques sont de 4 types.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) repose sur le *self-monitoring*, le contrôle des stimuli, la psychoéducation, la restructuration cognitive, la résolution de problème, l'apprentissage de l'autorité, et l'exposition à la prévention de réponse. Pour certains auteurs, l'aspect cognitif du traitement serait plus efficace que l'aspect comportemental. D'autres ont comparé des traitements exclusivement comportementaux ou cognitifs, qui se sont révélés plus efficaces que le groupe témoin (liste d'attente). Le groupe comportemental était plus efficace pour la réduction de la fréquence des goinfreries (*binging*), et le groupe comportemental-cognitif était plus efficace pour le traitement des autres problèmes psychologiques. Schneider et Agras (1985) ont évalué un groupe de TCC pour boulimiques en utilisant une adaptation de l'approche thérapeutique individuelle de Fairburn (1981). Ils trouvèrent une amélioration significative sur la fréquence des vomissements auto-provoqués, la dépression, les attitudes alimentaires, et l'autorité (*assertiveness*). Près de 50 % de cette amélioration s'est maintenue après un suivi de 6 mois.

La thérapie de groupe psycho-éducationnelle inclut fréquemment un apprentissage de l'affirmation d'autorité ; l'éducation concernant les troubles alimentaires, leurs effets médicaux collatéraux, et les facteurs sociaux ; le *self-monitoring* ; la relaxation ; l'assignation de buts ; la prise de conscience des pensées négatives ; des conseils pratiques. On note des améliorations notables concernant la fréquence des épisodes de goinfrerie et de purge, l'augmentation de l'estime de soi, la dépression, l'affirmation d'autorité, et les attitudes alimentaires déviantes.

Les groupes thérapeutiques psychodynamiques ou psychanalytiques sont plus rares, peut-être parce qu'ils réclament une durée plus longue. Ils nécessitent au moins 25 séances. Ils sont non directifs, et tendent à infléchir les expériences émotionnelles dans les relations de groupe et à explorer les liens entre les perturbations alimentaires et les problèmes sous-jacents. Ils peuvent être ou non limités dans le temps. MacKenzie (1990) suggère l'intérêt d'une limitation dans le temps, permettant aux participants de faire l'expérience d'un plus grand sens du contrôle, de l'autonomie et de l'accomplissement.

Les groupes de psychothérapie de soutien sont également rares. Il s'agit de groupes conversationnels, et expérientiels. Pour Gordon et Ahmed (1988), les effets sont comparables à ceux obtenus avec un groupe de TCC. Les approches combinées, éclectiques montrent quelques signes de succès.

Quelle que soit l'approche, il existe un consensus :

- la plupart des groupes thérapeutiques emploient un mélange d'approches différentes, TCC, éducationnelles, prise de conscience, *insight* et soutien ;
- les thérapeutes et les membres du groupe prennent un rôle actif ;
- la thérapie de groupe pour la boulimie nerveuse est modérément efficace en post-traitement ;
- la rémission spontanée des symptômes surgit rarement sans traitement ;
- il n'existe pas d'avantage significatif d'une orientation thérapeutique particulière.

Tous les groupes furent limités dans le temps. La durée et la fréquence varient beaucoup selon les études. Fettes et Peters (1992) dans leur méta-analyse de 31 études indiquent une moyenne de 14 semaines, impliquant une moyenne de 2,5 heures par semaine. On note un bénéfice au moins partiel, avec réduction symptomatique, mais peu de patientes présentent une rémission complète.

Pour Hartmann et coll. (1992), les groupes de plus de 15 séances semblent plus efficaces que les groupes de moins de 15 séances. Pour les personnes les plus perturbées, il apparaît qu'une durée d'au moins un an est requise (Herzog et coll., 1991). De même, pour Mitchell et coll. (1993), l'augmentation de fréquence (deux séances par semaine plutôt qu'une) est plus efficace. La méta-analyse de Fettes et Peters (1992) va dans le même sens. Elle indique par ailleurs que l'association de thérapies conjointes a des effets supérieurs (médication, thérapie individuelle ou familiale, ou activation psychodynamique subliminale) à la thérapie de groupe seule, ou associée à un placebo.

Par ailleurs, la nature de la cliente et sa psychopathologie mériteraient d'être prises en compte dans la prédiction de l'efficacité de la thérapie de groupe. Les modalités d'entrée dans le groupe sont également importantes. Il existe également quelques indices laissant à penser que l'augmentation de la taille du groupe a un effet positif.

En résumé, sur le plan des résultats, il n'apparaît pas d'avantages évidents liés à quelque orientation théorique ou au genre du thérapeute. Les meilleurs résultats semblent liés aux groupes plus durables, intensément programmés, avec l'addition de composants extérieurs (par exemple un travail individuel). Les groupes relativement grands sont également une option pertinente. Ces conclusions sont congruentes avec les préférences exprimées par les clientes elles-mêmes. On pourra noter que la boulimie nerveuse semble bénéficier de formes de thérapies qui renforcent le lien d'appartenance communautaire, ce qui suppose la mise en œuvre de rituels de rencontre suffisamment fréquents, diversifiés (grand groupe, famille, personnel) et durables.

### Études concernant les troubles de l'humeur

Concernant les troubles de l'humeur, 7 études contrôlées sont présentées. Sont décrites également une méta-analyse et une revue sur la thérapie interpersonnelle.

#### **Études contrôlées concernant les troubles de l'humeur (plusieurs types)**

L'étude contrôlée de Anderson et coll. (1986) compare deux formes d'intervention multifamiliale pour des patients présentant des troubles de l'humeur, et hospitalisés dans des services de psychiatrie :

- un groupe multifamilial classique orienté vers le processus, avec soutien, déstigmatisation, et autogestion de la résolution de problèmes communs ;
- un groupe multifamilial psycho-éducatif centré sur l'apport d'information à propos de la maladie du patient et les façons d'y faire face.

Quarante patients et leurs familles ont été répartis dans deux groupes multifamiliaux d'orientation différente. Parmi les patients, 60 % sont des femmes, avec un âge moyen de 49,5 ans. L'âge moyen des hommes est de 50,5 ans. La répartition des pathologies est la suivante : 57 % présentent une dépression sévère, 22 % présentent une dépression avec des traits psychotiques, 10 % présentent un trouble bipolaire, et 10 % avaient un autre diagnostic (personnalité limite, dysthymie, trouble schizo-affectif). Concernant les familles, 62 % étaient conjugales, 20 % parentales, 15 % avec les enfants des patients, 7,5 % impliquaient d'autres membres de la famille étendue. Les patients présentant des troubles bipolaires se sont retrouvés en plus grand nombre dans le groupe psycho-éducatif. Chaque groupe était composé de 20 à 25 personnes.

Les instruments d'évaluation sont le Questionnaire de gestion (*coping*) et d'Attitude de la famille, l'Échelle d'ajustement dyadique. La gestion (*coping*) de la famille est appréciée en fonction des tentatives d'éliminer ou de modifier les conditions causant les problèmes, les essais de contrôler la signification d'une expérience, ou de la « neutraliser », et les essais de maintenir les conséquences émotionnelles des problèmes dans des limites gérables. Le questionnaire d'attitude familiale est centré sur le sujet de l'étiologie, le risque, le fardeau. Il essaie par ailleurs d'apprécier les attitudes face au mariage, la manière d'élever les enfants étant donné la présence d'une maladie psychiatrique. L'échelle d'ajustement dyadique est conçue pour apprécier le niveau de satisfaction conjugale.

Les séances durent 4 heures le samedi après-midi, et font partie d'un programme hospitalier spécialisé dans le traitement des troubles affectifs. Les mesures précédant et succédant au traitement concernent la connaissance de la famille et du patient sur les troubles affectifs, le niveau de détresse personnelle, l'ajustement dyadique. S'y ajoute un questionnement du patient et de la famille sur leur niveau de satisfaction à propos des séances.

L'intervention psycho-éducationnelle repose sur l'affirmation selon laquelle la connaissance peut diminuer l'anxiété et accroître la capacité à faire face au trouble. Il s'agit d'apporter des informations spécifiques sur l'étiologie de la maladie, le pronostic, et les comportements spécifiques du patient et des proches qui peuvent influencer le cours des troubles. Il est nécessaire de préciser les différentes variétés de troubles, sachant que la majorité des patients présentait une dépression majeure récurrente.

Les groupes multifamiliaux traditionnels ont été conçus comme un moyen de diminuer la stigmatisation de la famille, à augmenter sa connaissance concernant le traitement de la maladie, à améliorer les schèmes de communication en développant des habiletés relationnelles. Le but est d'augmenter le sens du soutien mutuel, faciliter le partage d'expériences divergentes, accroître la capacité à exprimer les émotions, diminuer les sentiments d'isolement et de stigmatisation et de promouvoir la solution de problèmes en groupe.

Sur le plan des résultats, on constate peu de différences entre les deux groupes, sinon une satisfaction significativement plus grande des patients et de leur famille dans le groupe psycho-éducatif.

Les deux formes d'intervention donnent aux patients un plus grand sens de pouvoir contrôler leur maladie et son cours. L'approche du groupe familial processuel semble avoir montré un changement significativement plus grand à cet égard. Dans les deux groupes, sans différence significative, les patients se montrent plus optimistes concernant leur capacité à gérer leur maladie dans le futur. Ils deviennent plus adhérents à l'idée que les stress courants peuvent être responsables de leurs problèmes et ils reconnaissent que leurs familles font de leur mieux pour les aider.

Il semble que les patients et leurs familles, au moins initialement, se sentent plus à l'aise et se montrent plus intéressés par un groupe structuré centré sur l'apport d'information. De plus, les commentaires écrits sur chaque questionnaire d'évaluation ont révélé des questions fréquentes venant du groupe multifamilial processuel, concernant la maladie et la manière d'y faire face.

L'impact de ces groupes sur l'ajustement conjugal est plus compliqué et d'un plus grand intérêt. Tandis que les perceptions des patients concernant leur mariage s'amélioraient (au moins sur le plan de la cohésion dyadique), les perceptions du conjoint concernant leur mariage semblaient se détériorer. On ne peut préciser si les groupes ont simplement aidé le conjoint à exprimer leurs sentiments négatifs concernant leur mariage, ou si les conjoints devenaient plus conscients de leurs propres besoins non réalisés.

Beardslee et coll. (1993) ont comparé deux méthodes cognitives psycho-éducatives chez des adultes présentant des troubles de l'humeur : entretien clinique *versus* participation à des conférences sur l'état actuel de la question

326 Vingt familles avec un membre souffrant de troubles de l'humeur ont participé par assignement aléatoire à deux interventions préventives cognitives



psycho-éducatives. Douze familles ont participé à une intervention fondée sur la clinique, 8 familles ont participé à des interventions fondées sur des conférences. Si les deux groupes ont été satisfaits, le plus satisfait était le groupe psycho-éducatif clinique, qui présentait également le plus de changements sur le plan des comportements et des attitudes vis-à-vis de la maladie. Les deux groupes ont montré pareillement une diminution de la contrariété concernant les sujets de préoccupation avant et après l'intervention. Le groupe clinique fut manifestement plus aidé en ce qui concerne leurs préoccupations primaires.

Les deux groupes ont montré un accroissement des connaissances sur la dépression et les risques et la résilience chez les enfants. Les interventions familiales cliniques ont montré plus de changements dans leurs attitudes et ont rapporté davantage de modifications de leurs comportements, ce qui suggère une intégration du matériel cognitif, confirmant ainsi l'hypothèse centrale des auteurs. On peut effectivement supposer que l'engagement clinique donne des résultats supérieurs à un simple enseignement.

Florin et coll. (1992) ont cherché à évaluer l'état des émotions exprimées (EE) chez le conjoint de patients déprimés et chez les patients eux-mêmes, pour relier cet état d'EE à la sévérité de la dépression, et pour comparer la prévalence d'EE élevée entre le groupe cible et le groupe contrôle. Soixante dix patients déprimés et leurs conjoints ont été répartis dans le groupe expérimental, et 20 couples dans le groupe contrôle.

Les émotions exprimées sont plus habituelles, de manière significative, chez les conjoints de patients déprimés et chez les patients eux-mêmes que chez les couples contrôles. Il y avait une relation significative entre l'état d'EE élevée chez le patient et le conjoint et un score élevé à l'Échelle de dépression de Beck pour le patient.

Ce résultat est en contradiction avec l'étude de Hooley et Hahlweg (1986), qui a trouvé que le niveau de dépression élevé ne dépend pas du niveau d'EE élevé ou bas chez le conjoint. Les patients de la présente étude sont : plus jeunes et sont mariés depuis moins longtemps ; ils présentaient une dépression moins sévère en moyenne ; ceux qui présentaient une dépression majeure étaient inclus dans l'étude, avec un facteur de comorbidité entre la dépression majeure et la dysthymie ; les patients étaient en ambulatoire (alors qu'il s'agissait de patients hospitalisés dans l'étude de Hooley et Hahlweg, 1986).

### **Études contrôlées concernant les troubles bipolaires**

L'étude contrôlée de Clarkin et coll. (1998) a cherché à démontrer l'intérêt de la psychoéducation familiale dans les troubles bipolaires. L'évaluation est celle d'une intervention conjugale psycho-éducatrice pour patients d'âge moyen, mariés depuis 17 ans en moyenne, et présentant des troubles bipolaires. Le suivi est de 11 mois, composé de 25 séances, les 10 premières étant

hebdomadaires, puis bimensuelles pour les 15 séances restantes. Le groupe contrôle ne reçoit que les traitements médicamenteux habituels.

Les patients participant à l'intervention conjugale psycho-éducative montrèrent des améliorations significatives dans le fonctionnement global par rapport au groupe contrôle, mais pas sur les symptômes. La compliance médicamenteuse était également significativement meilleure.

L'objectif de l'étude contrôlée de Miklowitz et coll. (2000) est de montrer l'efficacité de la psycho-éducation familiale dans la prévention des rechutes de patients présentant des troubles bipolaires (tableau 10.XI). Les patients furent évalués tous les 3 mois pendant 1 an concernant la rechute, la sévérité des symptômes et la compliance médicamenteuse.

Les patients suivant la thérapie focalisée sur la famille eurent moins de rechutes et des délais plus longs avant la rechute, une amélioration plus nette des symptômes dépressifs (mais pas des symptômes maniaques). Les résultats les plus spectaculaires concernaient les familles à EE élevée. Cette efficacité de la thérapie focalisée sur la famille ne peut pas être expliquée par des différences entre patients en matière de prise de médicaments ou de compliance médicamenteuse.

Notons que les distorsions dans les résonances émotionnelles entre un patient bipolaire et ses proches (en particulier le conjoint) rendent particulièrement pertinente et nécessaire l'association d'une thérapie familiale à la prescription de thymorégulateurs. Si la psycho-éducation se prête bien, par nature, à des études randomisées, d'autres modalités de thérapies familiales sont envisageables, et ont été envisagées.

Dans leur étude contrôlée, Miklowitz et coll. (1990) réalisent la description et l'évaluation d'une méthode de traitement ambulatoire des patients ayant présenté un état maniaque combinant la psychoéducation familiale et l'entraînement aux habiletés sociales.

Le traitement consiste en 21 séances d'une heure sur 9 mois, à la sortie de l'hôpital. Il s'agit de séances hebdomadaires pendant 3 mois, bimensuelles pendant 3 mois, puis mensuelles pendant 3 mois. Ces séances sont réparties en trois modules : éducation familiale, entraînement aux habiletés communicationnelles et entraînement à l'aptitude de résoudre les problèmes.

Il s'agit dans un premier temps de reconnaître le trauma causé par l'épisode maniaque, qui peut être conçu comme créant un stress post-traumatique sur toute la famille. Les patients bipolaires, avant le déclenchement de la maladie sont assez fréquemment perçus comme des « superstars » dans leur famille d'origine, avec de nombreuses attentes. Le fait qu'ils deviennent le malade dans la famille est d'autant plus difficile à admettre pour eux-mêmes et pour leurs proches. La partie éducative du programme est souvent la plus aidante. Avec de tels patients, on doit être particulièrement sensible à la résistance au processus didactique, qui se traduit par un rejet de la notion de maladie et des appréhensions à propos de la désignation et la stigmatisation.

Tableau 10.XI : Études contrôlées concernant les troubles de l'humeur

Pathologies	Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Troubles de l'humeur (confondus)	Anderson et coll., 1986 note : 2/10	Étude contrôlée randomisée Comparaison entre deux formes d'intervention multifamiliale	Peu de différences entre les deux groupes
	Beardslee et coll., 1993 note : 8,5/10	Étude contrôlée randomisée Comparaison de deux méthodes cognitives psycho-éducatives	Accroissement des connaissances pour les deux groupes L'intervention clinique favorise les changements de comportements
Trouble bipolaire	Clarkin et coll., 1998 note : 8/10	Thérapie de couple psycho-éducatrice et médicaments <i>versus</i> médicaments	Amélioration significative dans le groupe recevant l'intervention psycho-éducatrice concernant le fonctionnement général
	Miklowitz et coll., 2000 note : 7/10	101 patients En combinaison avec un traitement thymorégulateur, traitement psycho-éducatif centré sur la famille, PEF (n = 31) <i>versus</i> traitement par quelques séances limitées d'éducation familiale et gestion de crise, GC (n = 70). <i>Structured clinical interview DSM-III-R (SCID-P), Schedule for affective disorders and schizophrenia (SADS-C), Camberwell family interview, Maintenance treatment scale</i>	À 1 an, taux de rechute inférieur (p = 0,037) dans le groupe PEF (29 % <i>versus</i> 53 %) Après 1 an de traitement : le groupe PEF est associé à une stabilisation plus importante des symptômes dépressifs (SADS-C) mais pas des épisodes maniaques Amélioration la plus importante se retrouve chez les patients d'EE élevées dans le groupe PEF
Dépression majeure	Leff et coll., 2000 note : 7,5/10	Traitement par antidépresseur <i>versus</i> thérapie de couple chez 77 déprimés vivant avec un partenaire « critique » <i>Present state examination, Hamilton rating scale for depression (HRSD), Beck depression inventory (BDI), Camberwell family interview et Dyadic adjustment scale</i>	Interruptions de traitement : 56,8 % pour le groupe médicaments et 15 % pour le groupe thérapie de couple À 2 ans, amélioration supérieure (significative à 5 %) du score de dépression BDI dans le groupe thérapie de couple

Le module d'entraînement aux habiletés communicationnelles comporte, comme dans le modèle de Falloon pour la schizophrénie : l'écoute active, offrir des feedback positifs pour des comportements spécifiques, faire des

requêtes positives pour changer, et exprimer des sentiments négatifs au sujets de comportements spécifiques. On peut initier des jeux de rôle avec la famille, dans lesquels les compétences de chaque membre de la famille sont soutenues et façonnées. Les principaux sujets concernant la résolution de problème sont : l'utilisation des médicaments, les conséquences de la stigmatisation, l'irritabilité chez les patients, la gestion de l'argent, les soucis concernant l'éducation des enfants, les problèmes de communauté, de travail ou d'école, les tâches domestiques, les habitudes concernant le sommeil ou le maintien d'heures inhabituelles. Il n'y a pas de solutions toutes faites pour ces problèmes, mais le clinicien peut encourager et aider la famille à générer des solutions qui fonctionnent bien pour elle.

La thérapie familiale comportementale est applicable en traitement ambulatoire pour des patients bipolaires, récemment hospitalisés pour un état maniaque. Il est nécessaire d'ajuster la technique aux caractéristiques du trouble et des effets qu'il produit sur le fonctionnement familial. Fréquemment, il s'agit de familles à fonctionnement élevé, qui semblent se réjouir des échanges et sont hautement affectives et spontanées. Il est ainsi nécessaire d'être moins didactique et plus flexible que dans la forme standard de psychoéducation familiale, plus orientée vers la gestion des affects et la résistance au changement, et plus focalisée sur les sentiments du patient et de la famille concernant la désignation, la stigmatisation et l'utilisation des médicaments.

Une des limites observées de l'efficacité des thymorégulateurs est liée au taux élevé de non compliance des patients. Parmi les patients bipolaires, 45 % arrêtent leur traitement au bout d'un an. En proposant un traitement psychosocial à court terme, on cherche à diminuer le stress interpersonnel, à renforcer la capacité à faire face aux situations et à accroître vraisemblablement la compliance médicamenteuse. La méthode semble avoir un effet sur la prévention des rechutes. Les troubles bipolaires, comme les schizophrénies, peuvent être associés avec une longue période de traitement des symptômes résiduels après la sortie de l'hôpital.

En résumé, si la description de la méthode est intéressante, les résultats semblent peu précis. L'information et l'aide apportées aux patients et à leurs familles apparaissent comme des démarches hautement recommandables. Le caractère plus « flexible » de la dimension didactique ou éducative mériterait d'être également généralisée.

#### ***Étude contrôlée concernant la dépression majeure***

Leff et coll. (2000) ont évalué l'alternative entre le traitement anti-dépresseur et la thérapie de couple pour des patients présentant une dépression majeure et un partenaire critique (Tableau 10.XI).

330 La rechute dépressive est associée avec une attitude critique du partenaire du patient. Le but est de contrôler l'efficacité et le coût de la thérapie de couple

et des antidépresseurs pour le traitement de personnes présentant un état dépressif et vivant avec un conjoint critique.

Les patients des deux groupes présentèrent une amélioration, avec un avantage significatif pour la thérapie de couple évaluée par l'Échelle de la dépression de Beck, à la fois à la fin du traitement et deux ans après la fin du traitement. En matière de coût, on ne note pas de différence significative. Pour ce groupe, la thérapie de couple apparaît plus acceptable que les traitements anti-dépresseurs, et est au moins aussi efficace, sinon plus, tant pendant le traitement que dans la phase de maintien.

Cette étude « expérimentale » apparaît intéressante et pertinente. Mais dans la mesure où l'on considère que la dépression est une affection complexe, l'association de la chimiothérapie et de la thérapie conjugale ou familiale apparaît souvent indispensable.

### ***Revue et méta-analyse concernant la dépression***

Cottraux (1999) étudie l'efficacité de la thérapie interpersonnelle de la dépression, et la compare à la thérapie cognitivo-comportementale. Il part de l'exposé du modèle théorique, des modalités d'intervention, des études contrôlées et d'une méta-analyse de la thérapie interpersonnelle de la dépression.

La thérapie interpersonnelle de la dépression se centre sur les problèmes actuels plutôt que passés, se focalise sur le contexte social immédiat du patient et cherche à intervenir sur la formation des symptômes et les dysfonctions sociales qui sont associées avec la dépression plutôt que sur les aspects durables de la personnalité. Dans cette optique, les relations interpersonnelles sont à la fois des antécédents et des conséquences de la maladie mentale. Il existe un lien entre la dépression, la perte du soutien social et les difficultés du rôle social.

Le thérapeute s'intéresse :

- aux relations actuelles et passées avec les personnes importantes de l'entourage ;
- à la qualité et à la structuration des interactions qui ont permis de construire l'histoire des relations interpersonnelles : autorité, domination-soumission, dépendance et autonomie, intimité, confiance, affection, sentiments et activités sexuelles, relations de voisinage, division du travail dans la famille, le domaine financier, les loisirs, la relation, les activités communautaires, les réactions à la séparation ;
- aux cognitions de l'individu et des personnes importantes de l'entourage (croyances, attitudes vis-à-vis des normes, attentes et significations attribuées aux rôles) ;
- aux émotions associées aux relations interpersonnelles : colère, hostilité, confiance, chaleur et dépression.

La thérapie interpersonnelle fait référence à la théorie de l'attachement de Bowlby, aux processus de deuil, aux facteurs psychosociaux.

Il s'agit d'une thérapie brève de 20 séances sur 4 mois, focale, centrée sur l'effet présent des relations, interpersonnelle mais non intrapsychique (pas d'interprétation sur les conflits inconscients, pas d'analyse de rêves), ni cognitivo-comportementale (l'affirmation de soi, la culpabilité, le manque de compétences sociales ne sont étudiées qu'en relation avec les personnages importants). Les distorsions cognitives par rapport à soi-même et aux autres sont prises en considération, comme en TCC. Elle prend en compte la personnalité du patient sans se focaliser sur ses troubles et les liens éventuels avec la dépression.

Sur le plan des résultats, l'efficacité de la thérapie interpersonnelle a été démontrée par une étude de quatre groupes (Sotsky et coll., 1991 ; Shea et coll., 1992) : thérapie interpersonnelle seule, thérapie interpersonnelle associée à l'amitryptiline, amitryptiline seule, groupe contrôle.

Les résultats de la thérapie interpersonnelle sont équivalents à la prise d'amitryptiline, avec un délai dans l'effet pour la première de une à deux semaines. La réduction des effets est supérieure au groupe contrôle. Au bout d'un an de suivi naturaliste, de nombreux patients présentent une amélioration du fonctionnement social, avec ou non prise d'amitryptiline.

Une méta-analyse portant sur 6 études de 595 patients présentant une dépression non psychotique (Thase et coll., 1997), d'une moyenne d'âge de 44 ans, avec 69 % de femmes, ne montre pas de différences d'effets entre la thérapie interpersonnelle et la TCC. Dans les formes sévères de dépression, l'adjonction de médicaments donne des résultats supérieurs. Par ailleurs, la thérapie interpersonnelle semble avoir un effet sur la prévention des rechutes.

On pourra noter en résumé que la thérapie interpersonnelle et la TCC pour la dépression se rapprochent de la thérapie systémique individuelle. Il serait intéressant d'envisager la participation des proches, en particulier du conjoint, dans le traitement des états dépressifs, qu'ils soient « réactionnels » ou « endogènes ».

### **Études concernant l'alcoolodépendance**

Deux méta-analyses, une revue systématique et une revue sont présentées à propos de l'alcoolodépendance.

#### ***Méta-analyses concernant l'alcoolodépendance***

La méta-analyse d'Edwards et Steinglass (1995) regroupe 21 études de thérapies familiales et les résultats sont évalués en terme clinique et statistique (taille d'effet) (tableau 10.XII).

Tableau 10.XII : Méta-analyses concernant l'alcoolodépendance

Références Appréciation méthodologique	Caractéristiques	Résultats
Edwards et Steinglass, 1995 note : 4/7	21 études évaluant l'efficacité de la thérapie familiale comme traitement de l'alcoolodépendance sur les trois phases du traitement : initiation, traitement primaire/réhabilitation, postcure	Preuve apportée de l'utilité d'inclure les membres de la famille dans les trois phases du traitement Aucun type singulier d'approche familiale n'apparaît supérieur aux autres. Des facteurs tels que l'identité sexuée de la personne, l'engagement et/ou la satisfaction dans le mariage, et le soutien du conjoint pour l'abstinence semblent influencer positivement les résultats.
O'Farrell et Fals-Stewart, 2001 note : 3/7	1 260 sujets 36 études randomisées comparant les thérapies impliquant la famille à des thérapies individuelles et à des listes d'attente	La taille d'effet moyenne favorise les thérapies impliquant la famille en ce qui concerne la consommation d'alcool, l'entrée et l'assistance dans le traitement, et l'ajustement familial.

Le traitement de l'addiction comporte trois phases : l'initiation du traitement, le traitement ou réhabilitation primaires et la postcure. Les résultats de chacune de ces trois phases influencent vraisemblablement l'efficacité du traitement, il est donc nécessaire de préciser l'implication de la famille dans ces trois phases du traitement.

Le but principal des phases 2 et 3 est de diminuer la consommation d'alcool. L'abstinence totale a longtemps été considérée comme le seul indicateur acceptable de traitement réussi. Cependant, les psychologues comportementaux ont développé des techniques pour apprendre à des alcoolodépendants sévères à moins boire ; la consommation contrôlée semble présenter une alternative raisonnable comme but thérapeutique.

On étudie d'abord quel niveau d'abstinence on peut attendre si l'alcoolodépendance suit son cours naturel. Vaillant (1983) l'évalue à 2 % à 3 % par an. Ceci est comparable aux 5 % d'abstinence trouvée dans une liste d'attente (Kissin et coll., 1970).

Les résultats des traitements sans implication familiale montrent des taux d'abstinence de 54 % à un an, 58 % après 14 mois, 29 % complètement abstinents et 26 % ayant des rechutes occasionnelles à 4 ans, 58 % sans spécification de durée selon les études.

Dans la phase 1, initiation du traitement, la méthode d'intervention est une confrontation des membres et amis de la famille avec l'alcoolodépendant (4 à 5 séances de 2 heures) dans l'étude de Liepman et coll. (1989). Vingt quatre familles, parmi lesquelles 7 apportent un soutien (confrontation) et 17 ne poursuivent pas ultérieurement. Les patients dans 6 familles participantes sur

7 acceptèrent d'entrer dans un programme de désintoxication ou de réhabilitation, *versus* 3 dans les familles non participantes. L'abstinence a duré 11 mois pour les premiers et seulement 2,8 mois pour les seconds.

Dans la thérapie familiale unilatérale (TFU), les thérapeutes travaillent exclusivement avec le conjoint abstinent coopératif pour aider le conjoint alcoolodépendant non coopératif à entrer dans le traitement. La thérapie familiale unilatérale comporte : une évaluation initiale, l'éducation face à l'alcool, le renforcement de la relation unilatérale, la neutralisation des vieux comportements contrôlant la prise d'alcool, la préparation aux interventions dirigées vers l'alcoolodépendant (c'est-à-dire confrontation, requête, contrat), le soutien pour le maintien des gains, l'apprentissage de la prévention de la rechute, et, lorsque la situation le permet, aider le conjoint à se désengager du partenaire alcoolodépendant et du problème de boisson et de gérer les problèmes émotionnels.

Deux études ont testé l'efficacité de la méthode non seulement en ce qui concerne la motivation des alcoolodépendants à s'engager dans le traitement mais aussi dans la réduction de l'addiction. Thomas et coll. (1987) montrent que 61 % des alcoolodépendants dont les conjoints ont participé à la TFU ont été classés comme améliorés, *versus* aucun pour le groupe contrôle. Ces résultats sont significatifs, cliniquement et statistiquement. Ultérieurement, ils constatèrent une réduction de 53 % dans la consommation avec la participation à la TFU des conjoints, comparé à un accroissement léger dans la consommation des alcoolodépendants dont les épouses ne reçurent pas de traitement. La TFU a été associée également à une diminution de la détresse du conjoint. Bien qu'il n'y eût pas de différences dans les deux groupes concernant la satisfaction conjugale globale, le traitement fut associé avec une augmentation des comptes-rendus concernant l'affection et la satisfaction sexuelles dans le mariage.

Thomas et Ager (1993) montrèrent que juste après le traitement, les conjoints alcoolodépendants d'individus en TFU s'engagèrent dans le traitement de manière significativement plus importante que les alcoolodépendants dont les époux ne participaient pas au programme. Dans un suivi plus récent, cette différence reste cliniquement significative, mais pas statistiquement (57 % *versus* 31 %). La réduction de la consommation d'alcool était également significative (68 % *versus* 20 %).

L'aspect de la thérapie, entraînement au renforcement communautaire (ERC) comporte pour le conjoint abstinent coopératif les questions suivantes : comment réduire la maltraitance physique, comment encourager la sobriété (en renforçant l'alcoolodépendant dans ses périodes de sobriété et en aménageant les conséquences négatives de la boisson), comment encourager le traitement (en identifiant et en prenant avantage des moments où le buveur est le plus motivé à commencer le traitement). La principale différence avec la TFU est que dans cette dernière, le conjoint abstinent demande à l'alcoolodépendant d'entreprendre le traitement, tandis que dans l'ERC, il



attend que le buveur soit prêt à le faire (le plus souvent après un incident qui a gêné, embarrassé ou rempli de honte le buveur).

Lors de la période où les femmes participèrent au programme d'entraînement, les alcoolodépendants augmentèrent leurs jours d'abstinence de 20 % à 63 %, tandis que dans le groupe témoin, ils accrurent légèrement leur consommation.

La taille d'effet moyenne pour débiter le traitement (qui n'inclut pas la mesure de résultat concernant la réduction de la boisson) est de 1,3, statistiquement significative. Ceci revient à dire que les alcoolodépendants dont l'épouse participe à quelque intervention s'engagèrent dans un programme thérapeutique à un taux presque de 2 déviations standard plus élevés que ceux dont l'épouse n'a pas participé à une intervention.

Dans la phase 2, traitement ou réhabilitation primaires, deux types de thérapie familiale sont proposés :

- approches orientées sur les systèmes, caractérisées par une focalisation sur les patterns d'interaction et la régulation des environnements internes et externes ;
- approches orientées sur les comportements, reposant sur la théorie de l'apprentissage social et incluant des concepts tels que le renforcement, la réciprocité et la coercition.

Concernant le modèle du traitement des systèmes familiaux, 4 études ont été réalisées. L'étude de Corder et coll. (1972) inclut une séquence de thérapie de couple dans le cadre d'un programme traditionnel, comportant : 4 semaines d'un traitement de séances quotidiennes de thérapie de groupe, des conférences didactiques, et une thérapie de soutien récréationnel et occupationnel. La moitié des alcoolodépendants fut reçue en couples les 4 derniers jours du programme hospitalier, comportant deux séances de thérapie à plusieurs couples, fondée sur des discussions d'analyse transactionnelle de jeu de rôle, des rencontres d'AA et d'Al-Anon, et des activités récréationnelles conjointes. Ils assistèrent également à des conférences sur les aspects médicaux et psychologiques de l'alcoolodépendance et rencontrèrent des représentants des programmes de post-cure. À 6 mois de suivi, 58 % des sujets suivis en thérapie de couple étaient abstinents, contre 15 % pour le programme traditionnel seul. Il n'y eut pas de différence dans le taux de séparation ou de divorce entre les deux groupes.

L'étude de Cadogan (1973) testa un programme plus long impliquant la famille dans différentes focalisations, l'expression des sentiments, l'amélioration des communications et la résolution de problèmes à partir des discussions. À la sortie de l'hôpital, les patients et leurs épouses furent suivis en thérapie multi-couples pendant 3 à 6 mois. À 6 mois de suivi, 45 % des patients étaient abstinents contre 10 % dans le groupe contrôle, sans qu'on puisse conclure à une différence cliniquement significative.

Dans l'étude de McCrady et coll. (1979), un traitement en thérapie de groupe et deux formes de thérapie de couple sont comparées : un traitement d'implication des couples (groupe de thérapie multi-couples), avec la possibilité ouverte pour chaque partenaire de rejoindre un groupe thérapeutique ; et un traitement d'admission conjointe, où les partenaires participèrent à l'ensemble des activités proposées. La thérapie multi-couples permet aux couples de discuter comment l'alcool a affecté le mariage, d'évoquer les sentiments respectifs, les manières de faire face à l'alcoolisation, et les manières d'alléger les troubles. Les sujets abordés concernent la sexualité, les problèmes financiers, les enfants, le travail, les loisirs en termes de résolution de problèmes. Les groupes de patients abordent les situations déclenchantes de l'alcoolisation et les solutions alternatives. Les groupes de conjoints sont centrés sur la manière dont ils peuvent se focaliser sur leurs propres comportements et sentiments, et comment arriver à se détacher des comportements d'alcoolisation des patients. À 6 mois de suivi, les taux d'abstinence étaient respectivement de 61 % (thérapies multi-couples d'implication), 83 % (thérapie d'admission conjointe), et 43 % (thérapie de groupes de patients). Bien que les différences entre thérapies ne soient pas statistiquement significatives, les traitements du couple montrèrent un taux d'abstinence cliniquement significatif. Ces différences se sont révélées moins pertinentes dans l'étude de McCrady et coll. (1982).

L'étude de Zweben et coll. (1988) propose un traitement de couples en ambulatoire en interpellant certains problèmes soulevés par Steinglass et coll. (1987) dans leur description de la famille alcoolodépendant. La thérapie de couple observe le fonctionnement adaptatif que l'alcool pourrait remplir dans la famille, et le rôle qu'il joue dans les styles de vie typiques de la famille. En 8 séances conjointes, le thérapeute aide le couple à évaluer leurs schèmes d'interaction typiques et les communications problématiques, à identifier les liens entre le problème de boisson et les schèmes d'interaction, et proposent des suggestions pour une résolution de problème et une communication plus effectives. Le traitement contrôle comporte une séance unique de conseil proposé aux deux partenaires du couple. À 6 mois de suivi, les sujets des deux groupes avaient significativement accru le pourcentage des jours d'abstinence en comparaison avec les niveaux précédant le traitement (36 % à 52 % pour la thérapie de couple, contre 29 % à 58 % pour le groupe conseil). Le pourcentage des jours d'alcoolisation intense a significativement diminué (44 % à 16 % *versus* 45 % à 18 %). On ne constate pas de différences significatives entre les deux groupes. Les résultats restent semblables à 18 mois de suivi (51 % de jours d'abstinence *versus* 56 %). Cette étude n'a pas réussi à montrer une signification clinique pertinente (qui aurait dû atteindre 85 %) pour les jours d'abstinence.

En résumé, la taille d'effet moyenne à 6 mois, pour les traitements des systèmes familiaux, montre une différence de 0,75, ce qui est statistiquement significatif. À court terme, la thérapie des systèmes familiaux aboutit à des

taux d'abstinence plus élevés que la thérapie individuelle, et cette différence est généralement significative d'un point de vue clinique. Cependant, de 18 mois à 4 ans, la taille d'effet diminue à 0,17, différence non significative.

Pour le modèle du traitement comportemental impliquant les familles, six groupes de chercheurs ont conduit des études d'évaluation du traitement comportemental impliquant les familles.

Hedberg et Campbell (1974) ont comparé quatre types de traitement comportemental, dont l'un comportait la présence de la famille nucléaire au complet, sous la forme d'un conseil comportemental apporté à la famille. Les trois autres formes de traitement ont été : l'électrochoc, la sensibilisation cachée, la désensibilisation systématique. Le conseil comportemental de la famille comportait des contrats de comportements, l'apprentissage concernant la communication, le renforcement, l'assurance, et la répétition comportementale. Pour les quatre traitements, 20 séances furent conduites sur 6 mois, avec 14 séances pendant les 8 premières semaines. Les taux d'abstinence ont été de 80 % pour le conseil familial comportemental, 60 % pour le groupe de désensibilisation systématique, 36 % pour le groupe de sensibilisation cachée, et 0 % (avec de nombreux abandons) pour le groupe d'électro-convulsivo-thérapie.

Un second groupe de chercheurs a considéré l'alcool comme un obstacle aux autres renforcements sociaux. Le but thérapeutique est dès lors d'accroître la qualité, la fréquence et la variété de ces renforçateurs de manière à créer une interférence avec la boisson. Ils appelèrent leur intervention « approche de renforcement communautaire » (ARC), et l'ont évalué dans 4 études (Hunt et Azrin, 1973 ; Azrin, 1976 ; Azrin et coll., 1982 ; Sisson et Azrin, 1986). Le programme traditionnel (PT) incluait 25 séances didactiques d'une heure avec information concernant les AA, les statistiques concernant la boisson et les problèmes des alcoolodépendants (comportementaux, physiques, sexuels), et les moyens de venir à bout de ces problèmes. L'approche de renforcement communautaire comportait 4 composantes qui étaient utilisées par les participants si besoin : conseil professionnel, conseil conjugal-familial conjoint, conseil social (pour aider le patient à développer ou maintenir un cercle d'amis), et un conseil de renforcement des activités (radio, téléphone, télévision, journaux, permis de conduire). Quatre composantes supplémentaires étaient également mises en œuvre : la prescription de disulfiram (Antabuse), un système d'appel précoce du conseiller en cas d'alerte concernant le développement des problèmes, un voisin ami prodiguant des conseils pour continuer le soutien social après la fin du programme du conseil du professionnel, et des procédures de conseil en groupe pour réduire la quantité de temps de conseil individuel par client. Après 6 mois de suivi après la sortie de l'hôpital, 86 % sujets ayant bénéficié de l'ARC étaient abstinents, pour 21 % seulement pour les sujets ayant suivi le PT. Ils présentaient moins d'absentéisme professionnel, moins de jours passés hors de chez eux, et moins de temps

d'institutionnalisation, de manière statistiquement et cliniquement significative. L'abstinence concernait 98 % du temps pour les patients ayant bénéficié de l'ARC, *versus* 45 % du temps pour les patient du PT.

Ces études concernant le traitement comportemental impliquant la famille ont brossé un tableau nuancé de son efficacité. La taille d'effet moyenne était de 0,86. Dans une étude (Hedberg et coll., 1974), le traitement familial ne montre pas de résultats supérieurs au traitement individuel. L'approche de renforcement communautaire montre pourtant des effets cliniques significativement supérieurs au programme traditionnel. Lorsque dans ces études, on exclut la dimension familiale, la taille d'effet moyenne est de 0,58, ce qui montre l'influence importante du milieu social sur la possibilité pour l'alcoolodépendant de réduire sa consommation.

Lors de la phase 3, la postcure, les patients et leurs conjoints ont besoin d'être soutenus dans des programmes au long cours : thérapies de groupe, participation aux groupes d'AA et l'Al-Anon pour les conjoints. La taille d'effet moyen est de 0,94. La différence entre les traitements avec ou sans participation de la famille est significative. La famille apparaît comme une dimension importante dans le maintien du traitement primaire et de la prévention de la rechute.

En résumé, les 21 études évaluant l'efficacité de la thérapie familiale recensées comme traitement de l'alcoolodépendance ont fait la preuve de l'utilité d'inclure les membres de la famille dans les trois phases du traitement de l'alcoolodépendance : initiation, traitement primaire / réhabilitation, postcure. En même temps on a pu noter que le tableau d'ensemble était plus complexe que prévu. D'une part, aucun type singulier d'approche familiale n'apparaît supérieur aux autres. D'autre part, des facteurs tels que l'identité sexuée de la personne alcoolodépendante, l'engagement et/ou la satisfaction dans le mariage, et le soutien du conjoint pour l'abstinence semblent influencer positivement les résultats.

L'implication de la famille dans le traitement a-t-il des effets ? Lors de l'initiation du traitement, les résultats sont univoques. Cette implication présente des résultats très nets pour aider l'alcoolodépendant dans sa motivation à s'engager dans le traitement. Le conjoint apprend à réduire l'incitation à boire et à baisser les bras dans le contrôle du comportement du buveur. Il apprend conjointement à renforcer positivement le comportement d'abstinence, planifie et organise des activités diverses qui permettent de rendre l'alcoolisation moins impérieuse. La responsabilisation concerne les autres membres de la famille qui apprennent à mieux s'assumer à titre personnel, et à être moins impliqués dans le circuit de l'alcoolisation. Ces traitements ne sont pourtant envisageables que si la motivation au changement est forte. Tel n'est pas le cas lorsque le conjoint ne conçoit sa participation que comme une partie du programme du traitement de l'alcoolodépendant. Il importe que le partenaire soit prêt à modifier ses attitudes et à soutenir l'esprit du traitement.

Dans la phase de traitement et de réhabilitation primaires, les effets sont moins à l'emporte pièce. Par exemple, si le comportement d'alcoolodépendance isolé est utilisé comme la variable du résultat, la thérapie familiale montre des résultats impressionnants à court terme mais moins nets à long terme. Les gains se dissipent au-delà d'un an. Si l'on considère les autres aspects du fonctionnement, les résultats apparaissent également ambigus. Le fonctionnement conjugal s'améliore tant dans les traitements familiaux que les traitements individuels pour trois études sur quatre, seule l'étude de O'Farrell et coll. (1985 et 1992) mentionnant un effet significativement supérieur pour la thérapie familiale. La phase de post-cure apparaît la moins satisfaisante. Aucun traitement ne s'est montré efficace au-delà de 2 ans.

Le traitement d'implication de la famille a-t-il un effet en matière de coût ? Seule, l'étude d'Azrin (1976) montre que l'efficacité de l'approche de renforcement communautaire en matière de coût était améliorée en changeant l'unité de traitement (individuelle ou familiale) vers une unité multiple (thérapie de groupe et thérapie multi conjugale et multifamiliale), les heures de rencontre des équipes étant réduites de 50 à 30 par client. Les effets indirects méritent d'être notés : réduction du coût social (accidents de circulation, intoxication publique), du recours aux services sociaux, aux soins médicaux et psychologiques, minimisation de la déchéance financière.

Quels sont les facteurs qui influencent l'efficacité du traitement d'implication familiale ? Dans les études d'initiation du traitement, 8 des 12 études où le traitement familial était supérieur au traitement individuel comportait un pourcentage moyen de femmes alcooliques de 6 %. Les 4 études où le résultat n'est pas supérieur comportaient un pourcentage moyen de femmes alcooliques de 30 %. Il apparaît que la thérapie familiale donne de meilleurs résultats pour les hommes que pour les femmes alcoolodépendants, en comparaison avec les traitements individuels.

Concernant l'investissement de la relation, O'Farrell et coll. (1992) ont montré que le traitement familial n'est pas aussi efficace que le traitement individuel lorsque la satisfaction conjugale est trop basse. Longabaugh et coll. (1993) ont découvert que l'investissement de la relation affectait aussi le degré d'efficacité de la thérapie de couple. Il apparaît judicieux d'ajuster les modalités d'intervention en fonction de la situation familiale, et des attentes des clients et de leurs proches.

Concernant l'engagement familial dans l'abstinence, Longabaugh et coll. (1993) ont trouvé que le soutien familial porté à l'abstinence de l'alcoolodépendant était un facteur influençant la qualité du traitement. Steinglass et coll. (1987) ont individualisé les facteurs aggravants : l'enclassement des comportements dans les routines familiales, les rituels et les stratégies de résolution de problème. Ces facteurs, lorsqu'ils sont pris en compte dans la démarche thérapeutique (exploration du rôle de l'alcool dans la famille avec

sa participation globale au traitement) perdent leur valeur d'obstacles au changement, en permettant à la famille de devenir une alliée du processus thérapeutique.

Les 21 études s'étalant de 1972 à 1993 ne permettent pas de préciser les nombreux paramètres qui peuvent influencer le cours de la thérapie : les personnes incluses dans la thérapie, le sexe, le lieu de la thérapie (hospitalière ou ambulatoire), le contexte thérapeutique (thérapie uniconjugale, unifamiliale, multiconjugale, multifamiliale), le nombre et le type de groupes contrôles, le nombre et l'uniformité des séances, les mesures des résultats (comportement alcoolodépendant, satisfaction familiale, interaction familiale), les moyens d'évaluer les résultats (nombre de jours d'abstinence, quantité d'alcool consommé, réduction comparative de l'alcoolisation avant et après traitement). Le plus difficile concerne l'absence d'études longitudinales, l'alcoolodépendance étant un processus chronique.

Concernant l'effet sur le traitement des types d'alcoolodépendance, aucune des études publiées n'a utilisé les notions courantes concernant les typologies d'alcoolodépendance pour différencier les formes d'intervention thérapeutique et évaluer les résultats. Cloninger (1987) suggère que deux formes d'alcoolodépendance sont vraisemblablement liées à des prédispositions génétiques différentes. Le premier type est caractérisé par le surgissement précoce lors de l'adolescence de consommations excessives (alcool et autres drogues), une forte impulsivité et le recours aux comportements à risque, le comportement antisocial, une histoire familiale marquée par l'alcoolodépendance et la criminalité chez les ascendants. Le second type se caractérise par l'apparition plus tardive et plus insidieuse de l'alcoolodépendance, la consommation régulière plutôt que le recours à des beuveries, peu de comportements sociopathiques, des histoires familiales plus variables en matière de conduites addictives.

Jacob et coll. (1983) proposent une autre typologie fondée sur l'observation des schèmes d'interaction clinique. Ils distinguent les alcoolodépendants épisodiques ayant des comportements d'alcoolisation en dehors de la maison, associés à l'impulsivité et des relations interpersonnelles pauvres, et les alcoolodépendants réguliers (quotidiens ou hebdomadaires) qui boivent à la maison, avec des symptômes associés d'impulsivité et de violence physique.

Helzer et Pryzbeck (1988) rapportent que 44 % des hommes alcoolodépendants et 65 % des femmes alcoolodépendants ont présenté des troubles psychiatriques diagnostiqués au cours de leur vie. Seules trois études d'évaluation ont ciblé les patients présentant des troubles majeurs de l'humeur, des schizophrénies ou des déficits neurologiques en les excluant de l'évaluation. Une étude a ciblé l'existence d'autres addictions associées, présentes éventuellement chez le conjoint. Aucune étude n'a mentionné les troubles de la personnalité.

Il apparaît souhaitable d'envisager des modalités de traitement multimodales, ajustées à chaque situation particulière. L'approche individuelle de l'alcoolodépendant et du conjoint, l'approche conjugale et familiale, l'approche multiconjugale et multifamiliale, l'approche de renforcement communautaire peuvent être associées selon des déclinaisons qui tiennent compte de la personnalité des patients et de leur proches, de la situation familiale, de la forme de l'alcoolisation, de la comorbidité éventuelle, des niveaux de motivation et d'engagement dans le projet thérapeutique.

Dans leur méta-analyse, O'Farrell et Fals-Stewart (2001) ont recensé 36 études randomisées comparant les thérapies impliquant la famille pour le traitement de l'alcoolodépendance à des thérapies individuelles et à des listes d'attente. La méta-analyse de 22 études comportant 1 260 sujets montre que la taille d'effet moyenne favorise les thérapies impliquant la famille en ce qui concerne la consommation d'alcool, l'entrée et l'assistance dans le traitement, et l'ajustement familial (tableau 10.XII).

En ce qui concerne la consommation d'alcool, 16 études comportant 692 patients montrent une taille d'effet moyenne de 0,30. L'assistance au traitement est évaluée à partir de 3 études comportant 106 patients, avec une taille d'effet moyenne de 0,32. Le fonctionnement du couple et de la famille est évalué sur 11 études avec 413 patients, avec une taille d'effet moyenne de 0,17. Pour l'ajustement du patient, 10 études avec 309 sujets montrent une taille d'effet moyenne de 0,21. L'ajustement du conjoint ou d'un membre de la famille est apprécié à partir de 6 études comportant 348 patients avec une taille d'effet moyenne de 0,26. Pour mieux évaluer les résultats de cette méta-analyse, rappelons que selon la convention de Cohen, une taille d'effet  $r = 0,10$  est considérée comme correspondant à un effet faible,  $r = 0,30$  correspond à un effet moyen,  $r = 0,50$  correspond à un effet important.

Les auteurs distinguent deux étapes distinctes dans la prise en charge thérapeutique de l'alcoolodépendance : l'implication thérapeutique de la famille lorsque l'alcoolodépendant ne souhaite pas d'aide, et l'implication thérapeutique de la famille lorsque l'alcoolodépendant est disposé à se faire aider. Dans la première étape, l'aide à la famille, sans projet d'initier un changement de disposition chez l'alcoolodépendant, deux approches ont été proposées et évaluées.

La thérapie de développement des habiletés permettant de faire face au trouble (*coping skills therapy*) : deux études randomisées (Rychtarik et McGillicuddy, 1998 ; Zetterlind et coll., 1998) comportant respectivement 39 et 172 épouses d'alcoolodépendants montrent que celles-ci présentent moins de détresse émotionnelle, moins de réactions dépressives et anxieuses lorsqu'elles participent à une thérapie d'entraînement aux habiletés à faire face aux comportements alcoolodépendants que lorsqu'elles font partie d'un groupe contrôle (liste d'attente). La participation du conjoint abstinent à un groupe d'Al-Anon lui permet de se détacher de l'implication dans les

conduites addictives, d'accepter son impuissance face à celles-ci, et trouvent un soutien et un réconfort dans le partage d'expériences avec d'autres conjoints abstinents. On note une réduction des comportements d'incitation, de l'anxiété et de la dépression chez le conjoint abstinent, une augmentation de la conscience de soi, d'une manière significativement pertinente par rapport aux groupes contrôles.

L'incitation au changement de la personne alcoolodépendante : 4 méthodes ont été proposées pour chercher à initier un changement chez la personne alcoolodépendante (la thérapie familiale unilatérale, l'approche créant une pression au changement, l'approche de renforcement communautaire et d'entraînement familial, l'intervention du *Johnson Institute*).

L'approche familiale unilatérale (Thomas et coll., 1987) consiste à proposer au conjoint abstinent un conseil individuel concernant la maladie alcoolique, la manière d'éviter les comportements d'incitation à l'alcoolisation, de diminuer la détresse, et de favoriser les conditions permettant au partenaire de pouvoir envisager l'abstinence de son plein gré. Sur 25 cas, 61 % des alcooliques ont accepté de participer au traitement ou de réduire leur consommation, *versus* aucun dans le groupe contrôle. Dans une seconde étude randomisée (Thomas et coll., 1990), 23 épouses ayant bénéficié d'une thérapie familiale unilatérale immédiate ont vu, de manière significative, leur conjoint accepter de se joindre au projet thérapeutique, et ont diminué leurs comportements d'incitation à la consommation d'alcool, d'essais de contrôler celle-ci, leur détresse psychopathologique et vitale ; de même, on a pu constater l'amélioration de l'harmonisation et de la satisfaction dans la relation de couple, en comparaison avec 19 conjoints dans une liste d'attente.

L'approche d'incitation au changement développée par James Barber s'adresse aux partenaires d'une personne ayant une alcoolodépendance grave, qui dénie son problème et refuse tout traitement. Elle comporte 5 à 6 séances d'entraînement du conjoint abstinent pour l'aider, en 5 étapes progressives, à inciter (faire pression sur) le conjoint dépendant à rechercher de l'aide et à diminuer sa consommation : le conjoint abstinent (1) reçoit des feedback sur le sérieux du problème alcoolique et sur la manière de le traiter ; (2) planifie des activités incompatibles avec la prise d'alcool aux moments où le conjoint boit habituellement ; (3) répond à l'alcoolisation en évitant les renforcements de la prise d'alcool et des crises liées à celle-ci en suggérant le recours à un traitement ; (4) établit un contrat dans lequel le partenaire accepte d'échanger quelques renforcements aidant à recourir à la sobriété ; (5) quand les étapes précédentes sont atteintes, confronte son partenaire dépendant aux effets nocifs de l'alcoolisation et lui fait une demande simple et non ambiguë de changement et de recherche d'aide. Trois études randomisées (Barber et Crisp, 1995 ; Barber et Gilbertson, 1996 et 1998) comportant respectivement 23, 48 et 38 partenaires ont montré un changement significatif dans 2/3 des cas (*versus* aucun dans les groupes contrôles) pour les deux premières études, et dans la moitié des cas (*versus* 18 % dans le groupe contrôle). Le



changement pouvait comporter l'arrêt de l'alcoolisation, sa diminution pendant au moins 2 semaines, ou l'acceptation du traitement.

L'approche de renforcement communautaire et d'entraînement familial (Sisson et Azrin, 1986) est un programme d'apprentissage du partenaire abstinent pour (1) réduire les risques de violence physique et de dangerosité, (2) encourager la sobriété en renforçant des conduites d'abstinence, la planification d'activités compensatrices, (3) accroître les relations positives, (4) initier des activités extérieures pour réduire la dépendance à la relation avec le partenaire alcoolodépendant, et (5) encourager celui-ci à chercher un traitement approprié. Dans leur étude, Sisson et Azrin ont réparti 12 conjoints abstinents (principalement des épouses) soit dans le programme précédent (7 cas), soit dans un programme plus traditionnel d'éducation vis-à-vis de l'alcool, de soutien et de conseil individuel, et de participation à un groupe d'Al-Anon. Six des 7 personnes alcoolodépendantes participèrent au traitement et montrèrent une diminution moyenne de 50 % concernant leur consommation. Dans une étude plus large de 130 cas, Miller et coll. (1999) reprirent ce même programme intensif, constatèrent un engagement de 64 % des patients alcoolodépendants dans le programme, *versus* 22 % dans un programme alternatif réalisé par Johnson (1986) et largement utilisé aux États-Unis, et 14 % lors d'une participation aux Al-Anon.

L'intervention de l'institut Johnson (1986) comporte 3 à 4 séances éducatives et répétitives pour dépasser le déni de l'alcoolodépendant et promouvoir l'entrée en thérapie. Les membres de la famille confrontent la personne alcoolodépendante à ses comportements addictifs et l'encouragent fortement à entreprendre un traitement. Bien que largement diffusé, ce type d'intervention n'entraîne que 25 % de patients dans un projet thérapeutique. L'aspect peu performant de la méthode est lié au fait que 30 % des familles seulement participent à ce type d'intervention.

Lorsque l'alcoolodépendant a demandé de l'aide, l'implication thérapeutique de la famille peut être réalisée par des thérapies comportementales de couples (14 études sur 26 recensées), des thérapies des systèmes familiaux (7 sur 26) et d'autres formes de traitements impliquant la famille (5 sur 26).

Les thérapies comportementales de couple reçoivent le patient alcoolodépendant et son partenaire (marié ou concubin) pour édifier un soutien pour l'abstinence et/ou pour améliorer le fonctionnement relationnel. Elles considèrent que les partenaires peuvent récompenser l'abstinence, et les patient alcoolodépendants qui sont plus heureux, qui ont des relations solides avec des communications meilleures ont un moins grand risque de rechute. Ces thérapies ont deux composantes : des interventions auprès de la personne alcoolodépendante pour assurer un support à l'abstinence, et des interventions focalisées sur la relation pour accroître les sentiments positifs, les activités partagées, et les communications constructives. Quatre modalités d'interventions ont été envisagées : un contrat comportemental sans prise de disulfiram ; un contrat comportemental centré sur la prise de disulfiram ; une

méthode focalisée sur l'alcool sans contrat comportemental, de manière à gérer les situations liées à l'alcoolisation ; une méthode focalisée sur la relation, et sans focalisation spécifique sur l'alcoolisation.

La thérapie des systèmes familiaux (TSF) intervient davantage sur le plan interactionnel que sur le plan individuel en utilisant des techniques variées, cherchant à identifier et à modifier les schèmes d'interaction qui sont liés à l'usage problématique de l'alcool. Cette thérapie peut être centrée sur le couple, ou s'adresser à la famille dans son ensemble. Par ailleurs, des thérapies familiales éclectiques ont été proposées, ne suivant pas les principes comportementaux ou systémiques.

Des progrès considérables ont été réalisés dans la recherche concernant le traitement des personnes alcoolodépendantes impliquant la famille. Sur les 26 études recensées, seules 10 étaient mentionnées dans les précédentes revues systématiques.

En résumé, les preuves se sont accumulées concernant l'efficacité des thérapies comportementales de couple, concernant l'abstinence, la résolution des problèmes liés à l'alcool, la qualité des relations, la diminution des séparations et des divorces, lorsque la comparaison est faite avec des traitements individuels. En particulier, le projet CALM (*Counselling for alcoholics marriages*) a des effets notables sur la violence domestique et la réduction des hospitalisations et des emprisonnements, avec un coût-bénéfice dont le ratio est de 5 à 1. Il inclut un contrat de prescription du disulfiram dans des interventions focalisées sur les relations pour accroître les sentiments positifs, les activités partagées et des communications constructives. Le conjoint est le témoin des prises du disulfiram et les note sur un calendrier octroyé par le thérapeute. Les partenaires apprenant à se remercier mutuellement des efforts respectivement accomplis. Ils acceptent de ne pas discuter entre eux des événements passés concernant l'alcoolisation, ou des appréhensions à propos des risques de rechute futurs, et réservent ces niveaux d'échange au temps des séances. Un tel projet cherche par ailleurs à restructurer la relation de couple pour réduire les conflits autour de l'alcool, l'anxiété, la défiance et le besoin de contrôle du partenaire abstinent.

Par ailleurs, la méthode comportementale la plus puissante est celle qui établit un contrat d'abstinence avec prise de disulfiram et qui favorise les comportements incitant à celle-ci. Un tel contrat a un effet positif significatif dans 8 études sur 9. Enfin, il apparaît pertinent de poursuivre pendant 1 à 2 ans les séances après la phase de prise en charge intensive pour renforcer les comportements ciblés sur le traitement (disulfiram).

Le nombre d'études concernant la thérapie des systèmes familiaux est passé de 1 à 7 depuis la revue de McCrady (1989). Deux études ont trouvé des résultats significativement meilleurs pour la TSF que pour le traitement individuel ou pour une liste d'attente, une étude n'a pas noté de différence. Trois des 4 études comparant la TSF aux autres types de traitement familial n'ont

pas trouvé de différences, tandis qu'une étude a trouvé que la TSF était supérieure à la TCC (sans contrat comportemental) pour les couples ayant des schèmes de communication plus perturbés.

### **Revue concernant l'alcoolodépendance**

La revue systématique de Lipps (1999) fait le point sur l'évaluation de l'efficacité de différentes formes de thérapie familiale pour le traitement de l'alcoolodépendance, ainsi que d'un programme d'ajustement (*matching*) de modalités spécifiques d'interventions familiales tenant compte de l'hétérogénéité des troubles et des autres variables concernant les clients.

La thérapie familiale comportementale de l'alcoolodépendance considère que le comportement addictif et les perturbations associées sont le produit d'un effet de renforcement (9 études publiées de 1976 à 1993). Ces renforcements sont liés à des facteurs personnels, environnementaux et comportementaux qui agissent de manière indépendante. L'implication des membres de la famille dans une thérapie comportementale les aide à apprendre comment modifier l'environnement de manière à changer les comportements qui renforcent l'alcoolisation. Il peut s'agir d'entraîner le conjoint ou un autre membre de la famille à favoriser la prescription de disulfiram. Six études publiées entre 1982 et 1987 montrent que la thérapie familiale comportementale, en permettant au conjoint de développer des habiletés à aider le patient, permet à celui-ci d'accepter le principe du traitement et de diminuer sa consommation. La conjonction d'un conseil comportemental personnel et familial améliore les scores d'ajustement, de satisfaction et de stabilité du couple, et diminue la fréquence de l'alcoolisation, de manière significativement supérieure au conseil personnel isolé.

La thérapie systémique de la famille appréhende l'alcoolodépendance comme un symptôme enchâssé dans le système familial. La dynamique interpersonnelle tend à la fois à soutenir et à maintenir le comportement addictif. L'alcoolodépendance devient un principe organisateur de la vie familiale qui affecte tous les membres du système, et fonctionne comme agent homéostatique. Le but de la thérapie est alors de modifier le système familial de manière à ce que l'alcool ne fonctionne plus comme une force de maintien homéostatique. Dans cette perspective, ne traiter que le patient alcoolisé ne suffit pas. La discorde conjugale est un facteur d'amplification des comportements addictifs, voire un facteur conditionnant la rechute chez l'alcoolodépendant abstinent. Cinq études publiées entre 1985 à 1995 tendent à valider la thérapie familiale systémique comme un traitement pertinent pour les problèmes d'alcoolisation.

L'ajustement du traitement (*Project MATCH research group*, 1997) se définit comme une méthode de choix du traitement en fonction des caractéristiques du client, de ses modalités d'interaction, de son âge, de son sexe, de son statut économique, de son réseau social, de son type de personnalité, de la comorbidité... Les niveaux élevés de dysfonctionnement familial sont des facteurs

prédictifs du résultat plus faible obtenu les sujets masculins concernant leur autonomie, contrairement aux sujets féminins. Dans une étude de suivi (McKay et coll., 1993), les changements de fonctionnement familial sont prédictifs de résultats plus faibles chez les sujets peu autonomes, mais pas chez les sujets ayant une autonomie élevée.

Longabaugh et coll. (1995) montrent que parmi les patients ayant bénéficié d'une thérapie d'enrichissement relationnel, ceux qui présentaient des scores élevés sur le plan de l'investissement social, et une propension importante au soutien à l'abstinence avant le traitement avaient plus de chances d'être abstinentes dans un suivi à 18 mois que les autres patients.

Le *Project MATCH research group* (1997) ne put localiser qu'une variable qui modérait l'effet du traitement sur les résultats du traitement. Les patients suivis en ambulatoire et sans psychopathologie étaient plus abstinentes de manière significative quand ils participaient à une thérapie de facilitation en douze étapes que ceux qui bénéficiaient d'une thérapie cognitivo-comportementale favorisant les habiletés. Les différences entre traitements disparaissaient en fonction de la gravité des troubles associés. Bien que les résultats soient pour l'instant incertains concernant l'efficacité de la démarche par ajustement, de nouvelles hypothèses méritent d'être formulées, de manière à préciser en quoi les variables concernant la sévérité des troubles psychiatriques, le niveau d'autonomie, le degré de soutien à l'abstinence, et le degré d'investissement dans les relations sociales peuvent orienter pour déterminer le type de thérapie le plus pertinent. Il serait intéressant, par exemple, de tester les effets d'interaction entre la théorie d'un traitement et les caractéristiques d'un client. La recherche montre que certaines personnes progressent lors d'une thérapie comportementale en présence d'un proche, tandis que d'autres n'en tirent pas profit. Il est logiquement probable que certains bénéficieront davantage d'une thérapie familiale orientée vers le changement systémique, tandis que d'autres tireront profit d'une approche comportementale.

Dans sa revue, O'Farrell (1989) souligne qu'il existe des preuves à la fois sur le plan clinique et sur le plan de la recherche des relations réciproques entre l'abus d'alcool et les interactions familiales. Les problèmes de boisson conduisent à des discordes conjugales et familiales, dont les plus graves sont la séparation, le divorce, la violence vis-à-vis du conjoint et des enfants. En même temps, les problèmes conjugaux et familiaux peuvent stimuler la consommation de boissons alcooliques, les interactions familiales ayant tendance à maintenir cette consommation une fois qu'elle est apparue. Ces problèmes peuvent déclencher à nouveau une alcoolisation excessive après une tentative d'abstinence.

L'intervention au niveau du couple et de la famille avec les membres non alcoolodépendants peut motiver une incitation initiale au changement pour le parent dépendant à l'alcool, incapable par lui-même à demander de l'aide.

346 Les résultats au bout de six mois de traitement sont supérieurs lorsque le

couple ou la famille est impliqué dans la prise en charge. L'approche la plus prometteuse est la thérapie conjugale-familiale comportementale, qui combine une focalisation sur l'alcoolisation avec un travail sur les autres sujets concernant les relations conjugales, par une investigation sur les activités positives du couple et de la famille et par l'apprentissage d'habiletés concernant la communication et la résolution de problèmes (McCrary et coll., 1979 ; O'Farrell et Cutter, 1982 ; O'Farrell et coll., 1985 ; McCrary et coll., 1986).

Deux méthodes sont combinées : un contrat comportemental entre l'alcoolodépendant et son conjoint pour maintenir la prise de disulfiram ; et une « implication du conjoint focalisé sur l'alcool », par un réaménagement des contingences de renforcement de manière à diminuer les comportements familiaux qui déclenchent ou favorisent la prise de boisson, et à accroître les renforcements positifs favorisant la sobriété.

Dans l'étude de McCrary et coll. (1986) les résultats au bout de 6 mois sont significativement supérieurs pour la thérapie conjugale comportementale que pour la thérapie impliquant le conjoint dans un apprentissage d'habiletés centré sur la gestion des alcoolisations. On note une meilleure satisfaction dans les relations de couple, une plus grande stabilisation du mariage, une compliance plus importante dans l'accomplissement des tâches à domicile. Le nombre de jours d'alcoolisation diminue de façon plus significative pendant le traitement, et la tendance à la reprise de l'alcoolisation s'effectue plus lentement après l'arrêt de la thérapie.

Le maintien à long terme des résultats est supérieur pour la thérapie comportementale du couple focalisée sur l'alcool et la relation en comparaison avec les méthodes individuelles, en ce qui concerne la réduction de la détérioration liée à l'alcool et celle concernant le couple. On notera que cette étude ne donne aucune indication quantitative (pas de chiffres sur la taille des cohortes ou sur la taille d'effet).

### **Étude contrôlée concernant les troubles anxieux de l'enfant**

Dans leur étude contrôlée, Barrett et coll. (1996) ont évalué l'efficacité comparée de la thérapie cognitivo-comportementale, de la thérapie cognitivo-comportementale associée au management familial (TCC-MF), et d'une liste d'attente pour le groupe contrôle (tableau 10.XIII). Il s'agit de l'évaluation d'un traitement fondé sur la famille pour 79 enfants (45 garçons, 34 filles), âgés de 7 à 14 ans, répondant à des critères diagnostiques d'anxiété de séparation (n = 30), d'hyperanxiété (n = 30), ou de phobie sociale (n = 19). Trois groupes sont randomisés : thérapie comportementale et cognitive (n = 28), thérapie comportementale et cognitive associée à un management familial (n = 25), et liste d'attente (n = 26). Les critères diagnostiques sont ceux de l'ADIS-C et de l'ADIS-P, congruents avec le

**Tableau 10. XIII : Étude contrôlée concernant les troubles anxieux de l'enfant**

Référence Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Barrett et coll., 1996 note : 9/10	79 enfants (45 garçons, 34 filles), de 7 à 14 ans : anxiété de séparation (n = 30), hyperanxiété (n = 30), phobie sociale (n = 19) Thérapie comportementale et cognitive (TCC) versus thérapie comportementale et cognitive associée à un management familial (TCC-MF) versus liste d'attente	À 12 mois de suivi après traitement : 70,3 % des enfants dans le groupe de TCC et 95,6 % des enfants dans le groupe de TCC-MF ne présentent plus les critères diagnostiques DSM-III-R des troubles anxieux de l'enfant (p < 0,05) Les enfants les plus jeunes et de sexe féminin répondent le mieux à la TCC-MF

DSM-III-R (*Anxiety Interview disorder schedule for children and for parents*), ainsi que des mesures d'auto-évaluation.

À 12 mois de suivi après traitement, on constate que 70,3 % des enfants dans le groupe de TCC et que 95,6 % des enfants dans le groupe de TCC-MF ne présentent plus les critères diagnostiques DSM-III-R des troubles anxieux de l'enfant. Les enfants les plus jeunes et de sexe féminin répondent le mieux à la TCC-MF, celle-ci montrant par ailleurs sa supériorité sur la TCC seule.

On soulignera que l'association éclairée des parents comme co-thérapeutes apparaît comme une avancée notable des psychothérapies d'enfants présentant une anxiété de séparation, une hyperanxiété et des phobies sociales.

### Études concernant l'autisme

Les pathologies autistiques précoces ont donné lieu à l'élaboration de programmes d'entraînement intensif éducatif et comportemental. Les programmes ont pour originalité d'associer étroitement les parents au traitement. Ceux-ci ne sont pas considérés comme ayant la moindre part de responsabilité dans l'origine des troubles. Il leur est proposé un entraînement à devenir des éducateurs spécialisés dans la perspective d'améliorer les apprentissages de leur enfant. Deux principaux programmes ont été ainsi réalisés et évalués : le programme intensif de Lovaas dans les études contrôlées de Lovaas (1987), Anderson et coll. (1987), Birnbrauer et coll. (1993), Sheinkopf et coll. (1998), Smith et coll. (2000), la méthode d'entraînement à domicile TEACCH, dans l'étude contrôlée de Ozonoff et Cathcart (1998). Un programme psycho-éducatif avec soutien aux familles est par ailleurs évalué dans l'étude de Jocelyn et coll. (1998).

**Études contrôlées concernant l'autisme  
et les autres troubles envahissants du développement (TED)**

L'étude contrôlée inaugurale de Lovaas (1987) s'est proposée d'évaluer les effets d'un programme intensif de traitement comportemental expérimental à long terme pour des enfants autistes, avec la participation active des parents (tableau 10.XIV). Ce projet d'intervention comportementale, commencé en 1970, conçu pour maximiser les gains de ce traitement comportemental réalisé pendant la majeure partie du temps d'éveil des enfants sur plusieurs années. Ce projet s'est adressé à des enfants autistes très jeunes (moins de 4 ans). L'hypothèse est que les jeunes enfants normaux réalisent une foule d'apprentissages dans leur environnement naturel tout au long de leurs heures d'éveil, ce que les enfants autistes n'arrivent pas à réaliser. Le projet a été de construire un environnement d'apprentissage spécial, intensif et compréhensif pour de très jeunes enfants autistes. Dix neuf enfants furent ainsi confrontés à 40 heures par semaine au moins d'apprentissage spécialisé. Le groupe contrôle étant composé de 19 enfants qui reçurent un apprentissage de 10 heures par semaine ou moins. Le traitement pour les deux groupes dura au moins 2 ans. Un assignement strictement randomisé fut impossible, en raison de la protestation de certains parents, et pour des raisons éthiques. Deux familles quittèrent le groupe expérimental intensif, qui était initialement composé de 21 familles.

Le diagnostic d'autisme fut soigneusement réalisé par des médecins ou psychologues indépendants de l'étude, pour des enfants ayant moins de 40 mois en cas de mutité et moins de 46 mois en cas d'écholalie, à partir des critères diagnostiques du DSM-III : détachement émotionnel, isolation interpersonnelle extrême, jeu avec des jouets ou avec des compagnons limité ou absent, troubles du langage (mutisme ou écholalie), rituels pathologiques, et début précoce dans l'enfance.

Les observations comportementales furent réalisées sur des enregistrements vidéo d'enfants situés dans une salle de jeu munie de jouets très simples pour enfants. Les comportements furent évalués à partir de scores comportementaux :

- comportements d'auto-stimulation ritualisés, répétitifs, stéréotypés : balancement du corps, regards prolongés vers les lumières, frappement des mains excessifs, tournoiement du corps comme une toupie, tournoiement ou rayure d'objets, léchage ou reniflage d'objets ou de surface murales ;
- comportements de jeux adaptés : pousser des camions, appuyer sur les boutons d'une caisse enregistreuse, faire marcher le magnétophone, taper avec le marteau ;
- reconnaissance de mots, qu'ils soient utilisés dans leurs contextes et à des fins de communication ou non.

On demande aux parents, pendant une heure d'entretien, de préciser l'histoire de leur enfant, et la nature de ses troubles : absence de reconnaissance verbale, absence de jeux, déficit d'attachement émotionnel, absence

**Tableau 10.XIV : Études contrôlées concernant l'autisme**

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Lovaas, 1987* <i>Étude contrôlée non randomisée</i>	Enfants autistes n = 19 dans le groupe intervention, n = 19 dans le groupe contrôle 1 et n = 21 dans le groupe contrôle 2 Âge moyen : 35 mois Programme intensif (40 h/semaine) <i>versus</i> groupe contrôle 1 programme basse intensité (10 h/semaine) <i>versus</i> groupe contrôle 2 (pas d'intervention spécifique) Outils d'évaluations : QI, type de scolarisation, <i>Vineland social maturity scale</i> , questionnaires de personnalité	Au suivi à l'âge moyen de 11,5 ans : % du groupe expérimental sont dans des classes normales <i>versus</i> 0 % des groupes contrôles (p < 0,05) Différence de 30 points de QI en faveur du groupe expérimental (p < 0,01) Différence dans la même direction pour le comportement adaptatif et les problèmes comportementaux
McEachin et coll., 1993* <i>Étude de suivi</i>	Étude de suivi (19 autistes de l'étude de Lovaas, 1987)	Maintien des acquisitions
Ozonoff et Cathcart, 1998 <i>Étude contrôlée non randomisée</i> note : 5/10	22 enfants autistes (n = 11 dans groupe intervention et n = 11 dans groupe contrôle) Âge moyen : 53 mois (31-69) Programme TEACCH <i>versus</i> pas d'intervention <i>Psychoeducational profile-revised</i> (PEP-R) et <i>Childhood autism rating scale</i> (CARS)	4 mois après le début du traitement : Gains significativement plus élevés en imitation, compétences motrices, performance cognitive, et meilleur score total du PEP-R dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle (28,7 <i>versus</i> 26,9) Des scores initiaux élevés au PEP et bas sur la CARS prédisent des gains développementaux plus élevés.
Birnbrauer et Leach, 1993 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 6,5/10	14 enfants autistes (diagnostic DSM-III-R ; n = 9 dans le groupe traité et n = 5 dans le groupe sans intervention) Âge moyen : 39 mois (24-48) Intervention selon la méthode de Lovaas <i>versus</i> pas d'intervention QI, langage, <i>Vineland</i> , <i>Parenting stress index</i> (PSI), personnalité	Après 24 mois de traitement enfants sur 9 du groupe expérimental ont des QI performances = 89. Le niveau de langage du groupe expérimental est le double de celui des contrôles.
Jocelyn et coll., 1998 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 5/10	35 enfants autistes ou TED : n = 16 dans le groupe expérimental et n = 19 dans le groupe sans intervention Intervention psycho-éducative et prise en charge de soutien des familles <i>versus</i> pas d'intervention spécifique <i>Early intervention developmental profile</i> (EIDP), <i>Preschool developmental profile</i> (PSDP), <i>Autism behavior checklist</i> (ABC), stress parental, satisfaction des familles	À la fin du traitement (12 semaines) : Différences significatives en faveur du groupe expérimental : Meilleure connaissance de l'autisme chez les parents et instituteurs Gains développementaux dans tous les domaines (le niveau de langage progresse de 5,3 mois contre 1,1 mois) Meilleure satisfaction avec l'aide reçue



Tableau 10.XIV (suite) : Études contrôlées concernant l'autisme

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Sheinkopf et Siegel, 1998 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 5/10	22 enfants autistes (DSM-III-R) ; n = 11 dans le groupe contrôle et le groupe traité Âge moyen : 35 mois Intervention selon la méthode de Lovaas allégé (27 h/semaine) <i>versus</i> traitement moins intensif (11 h/semaine) ou sans intervention comportementale Sévérité de la symptomatologie, évaluations cognitives	À la fin du traitement (19 mois et plus) Gain de 25 points de QI dans le groupe expérimental ; atténuation légère, mais significative de la symptomatologie autistique Tous les enfants gardent un diagnostic de trouble envahissant du développement
Smith et coll., 2000 <i>Étude randomisée contrôlée</i> note : 9/10	28 enfants autistes et TED (n = 15 dans le groupe traitement et n = 13 dans le groupe contrôle) Âge moyen : 36 mois Traitement intensif individuel comportemental <i>versus</i> intervention éducative des parents Placement scolaire, QI, langage, <i>Vineland</i> , <i>apprentissages</i> , <i>Child</i> <i>behaviour checklist</i> (CBCL), questionnaire de satisfaction	Suivi à l'âge de 7-8 ans Gain de 17 points de QI et meilleure acquisition du langage en faveur du groupe expérimental Pas de différence pour le comportement adaptatif ni les problèmes de comportement Gains plus élevés chez les TED que chez les autistes des enfants ont un QI > 85 et sont dans des classes normales <i>versus</i> 0/13

\* : études non notées car non randomisées ou non contrôlées

d'interaction ludique avec d'autres enfants, comportements d'autostimulation, colères violentes, automutilations, absence de toilette. On fait la somme de ces 8 mesures pour évaluer la gravité des troubles.

Les thérapeutes sont des étudiants bien formés qui interviennent à domicile, à l'école et dans la communauté avec une moyenne de 40 heures par semaine sur au moins 2 ans. Les parents interviennent comme partie intégrante du traitement, en étant formés de manière approfondie à l'éducation et au traitement de leur enfant. La procédure du traitement a fait l'objet d'un manuel (Lovaas et coll., 1981). La base conceptuelle du traitement est la théorie du renforcement opérant. Chaque trouble fait l'objet d'une procédure spécifique. Les degrés élevés d'agression et d'autostimulation sont atténués soit en étant ignorés, soit en faisant une pause (*time out*), soit en façonnant des formes socialement plus acceptables de comportement, soit, en dernière instance, en exprimant fortement un « non », voire en donnant une tape sur la cuisse en relation avec le comportement inacceptable.

Les comportements aversifs ne furent pas utilisés dans le groupe contrôle (n = 40), dans la mesure où celui-ci ne permettait pas la mise en œuvre d'apprentissages alternatifs de comportements sociaux appropriés.

La première année du traitement fut centrée sur la réduction des comportements agressifs et d'autostimulation, sur la construction de l'acceptation des

demandes verbales élémentaires, l'apprentissage par imitation, l'accès au jeu avec des jouets, et l'introduction du traitement dans la famille. La deuxième année insista sur l'apprentissage du langage expressif et du langage abstrait élémentaire, ainsi que le jeu interactif avec les compagnons. Le traitement fut aussi introduit dans la communauté pour apprendre à l'enfant à fonctionner dans un groupe préscolaire. La troisième année insista sur l'apprentissage de l'expression appropriée et variée des émotions ; sur l'acquisition des tâches pré-conventionnelles comme la lecture, l'écriture et l'arithmétique ; et l'apprentissage par l'observation des autres enfants en train d'apprendre. Un effort particulier fut prodigué pour permettre aux enfants de rester dans les écoles maternelles normales.

Les deux différences principales d'enseignement du groupe contrôle étaient liées au nombre d'heures réduit (moins de 10 par semaine) et à l'absence de mesures aversives. Un deuxième groupe contrôle était constitué de 62 enfants qui ont reçu des soins conventionnels, sans participer au programme expérimental intensif ou réduit.

Sur le plan des résultats, ce traitement expérimental à long terme pour 19 enfants autistes a montré que 47 % d'entre eux a pu recouvrer un fonctionnement intellectuel et éducationnel normal avec des scores normaux de QI et des performances réussies à l'école publique élémentaire, 40 % sont restés modérément retardés et furent inscrits dans des classes spécialisées pour enfants ayant un retard de langage et 10 % seulement des enfants restèrent profondément retardés, et furent adressés à des classes spécialisées pour enfants présentant une arriération mentale et/ou un autisme. Les deux groupes contrôle de 40 enfants présentèrent respectivement les résultats suivants : 2 % de retour à un fonctionnement normal ; 45 % de retard modéré ; 53 % de retard sévère. Comme l'indique Lovaas, la différence d'évolution des enfants recevant une intervention intensive tend à suggérer l'hypothèse de formes diverses d'autisme, aux étiologies et aux singularités différentes.

Si un tel programme semble judicieux pour les enfants autistes particulièrement doués, que faire pour les autres ? Étant donné la souffrance et les angoisses des parents, il apparaît souhaitable de concevoir des formes de thérapies familiales spécifiques qui soutiennent les parents dans leurs efforts d'aider leur enfant autiste, de prendre les décisions adéquates, sans nécessairement aboutir à un « forçage » éducatif et au souhait souvent illusoire de rendre l'enfant conforme aux attentes sociales conventionnelles.

L'intérêt de l'étude de McEachin et coll (1993) a été d'évaluer à long terme le devenir d'enfants autistes ayant bénéficié d'un programme d'entraînement éducatif et comportemental intensif à domicile médiatisé par les parents, et relaté dans l'étude contrôlée précédente. Il s'agit en effet de l'évaluation de l'évolution 6 ans plus tard des 19 enfants autistes de l'étude de Lovaas (1987) ayant reçu un programme intensif à domicile, (à un âge moyen de 11,5 ans).

Les résultats montrent que les enfants du groupe expérimental ont maintenu leurs acquisitions. Huit enfants sur 9 qui avaient eu les meilleurs résultats à l'âge de 7 ans ne peuvent être distingués de la moyenne des enfants normaux aux tests d'intelligence et sur le plan des comportements adaptatifs à une batterie d'évaluation particulièrement précise. Le premier groupe contrôle, qui avait participé à un entraînement de 10 heures par semaine, ne montre pas de différence avec le deuxième groupe contrôle. Ces deux groupes montrèrent des résultats sensiblement moins favorables que les enfants du groupe expérimental. La présente étude semble confirmer le fait que l'autisme précoce ne renvoie pas à un groupe de pathologie et/ou de handicap homogène, et qu'il existe une grande diversité de réponses des enfants et des familles à des sollicitations psycho-éducatives et comportementales intensives.

L'étude contrôlée de Ozonoff et Cathcart (1998) s'est proposée d'évaluer l'efficacité d'une méthode spécifique d'entraînement à domicile aux habiletés cognitives et sociales d'enfants autistes, par la formation conjointe des parents comme éducateurs spécialisés et comme co-thérapeutes (tableau 10.XIV).

Elle résulte de la mise en œuvre d'un programme établi par l'université de la Caroline Nord, nommé TEACCH : *Treatment and education of autistic and related communication handicapped children* (Schopler et Reichler, 1971). On apprend aux parents comment travailler avec leur enfant autiste d'âge préscolaire dans un dispositif à domicile, en se focalisant sur les habiletés cognitives, intellectuelles, préscolaires. Vingt deux enfants et leurs parents ont été répartis en deux groupes, 11 participant au programme, 11 appartenant au groupe contrôle. L'âge des enfants était de 2 à 6 ans. On compte 9 garçons pour 2 filles dans chacun des groupes.

On considère que l'autisme a un fondement organique et que les parents ne doivent pas être mis en cause ni blâmés, mais qu'ils sont partie intégrante de l'équipe thérapeutique. Un point crucial est de considérer le modèle d'intervention comme un programme à réaliser à domicile, où les parents sont des thérapeutes. Le fait d'utiliser plusieurs programmes simultanés n'apporte pas la preuve d'un effet préjudiciable de cette combinaison. Par ailleurs, un traitement à plus long terme (au-delà de 8 à 12 semaines) pourrait produire une amélioration plus importante que celle constatée dans cette étude.

On soulignera que ce type de programme présente un caractère expérimental. Sa brièveté est à la fois un avantage et un inconvénient. L'avantage est de ne pas surcharger outrageusement le fardeau familial dans une escalade de techniques réparatrices, pouvant en fin de compte amplifier la détresse de l'enfant et de ses proches face aux différences de développement difficilement contournables. L'inconvénient serait de mésestimer l'intérêt d'un soutien familial modeste et suffisamment continu pour permettre à l'enfant autiste à sa famille de faire face, à court, moyen et long terme aux différents écueils qu'ils rencontrent aux diverses étapes de leur histoire.

Quoi qu'il en soit, l'attitude qui consiste à considérer les parents comme des éducateurs et des co-thérapeutes privilégiés apparaît une avancée, face aux attitudes thérapeutiques qui consiste à les exclure des soins. L'erreur serait de leur rendre la totalité du fardeau thérapeutique, et de se défausser d'un partage et d'un co-apprentissage respectueux des ressources, compétences, performances et défaillances propres au groupe familial et au groupe des professionnels.

L'objectif de l'étude de Anderson et coll. (1987) est de montrer l'intérêt d'une approche combinant l'éducation et le traitement d'enfants autistes à domicile avec une formation approfondie des parents comme éducateurs-thérapeutes. La présente étude cherche à reproduire le modèle de Lovaas.

Le modèle de traitement comporte trois caractéristiques :

- l'usage systématique de techniques d'apprentissage comportemental et de procédures thérapeutiques ;
- un entraînement intensif proposé pour chaque enfant dans son foyer ;
- une formation parentale approfondie.

La moyenne d'âge des enfants était de 43 mois (de 18 mois à 64 mois). Le diagnostic d'autisme a été posé avec le DSM III-R : absence de réponse aux autres personnes (93 % des enfants présentaient une aversion du regard) ; altérations dans la communication (43 % des enfants étaient mutiques et 50 % présentaient une écholalie) ; réponses bizarres à l'environnement (86 % résistaient au changement et 86 % présentaient une autostimulation) ; agression (43 %) ; automutilation (50 %) ; indocilité aux instructions (93 %) ; accès de colère sévères (100 %).

Les parents avaient fait des études supérieures et avaient une activité professionnelle. Une seule famille était monoparentale. Pour 11 familles sur 14, ce sont les mères qui furent les principales participantes, pour les 3 restantes les pères et les mères étant également présents. Les thérapeutes avaient un niveau de maîtrise en psychologie, et reçurent 30 heures de formation aux techniques d'apprentissage et de traitement comportemental, de même qu'aux méthodes d'analyse de mesures comportementales. Un thérapeute fut assigné pour chaque enfant individuellement et sa famille pour 20 heures par semaine (15 heures centrées sur les instructions directes données à l'enfant et aux parents, 5 heures pour le développement du programme et la planification). Les heures des séances étaient flexibles de manière à s'adapter aux contraintes des parents.

Après une évaluation comportementale soigneuse de chaque enfant, thérapeutes et parents précisent les objectifs d'entraînement et les programmes centrés sur les déficits et les problèmes comportementaux dans toutes les sphères majeures du développement : langage, comportemental, prise en charge par soi-même, motricité-jeu, habiletés préscolaires et sociales. Les thérapeutes combinent leur travail en liaison avec le programme scolaire pour la majorité des enfants de plus de 36 mois.

L'entraînement parental est une dimension primordiale de l'intervention. Il s'agit de leur permettre de développer l'aptitude à gérer les comportements désadaptés de leur enfant autiste et à leur apprendre les habiletés adaptatives. Leur implication leur permet de passer progressivement du statut d'observateur au statut de thérapeute fondamental de leur enfant pour le programme éducatif. Ils sont présents pour 50 % du temps passé par le thérapeute à domicile, et sont amenés à utiliser 10 heures par semaine pour l'éducation de leur enfant (leur implication globale est ainsi de 15 à 25 heures par semaine). Les techniques d'instructions données aux parents comportent la modélisation, le feedback et des manuels de formation.

Les 14 enfants ainsi formés et traités montrèrent des améliorations significatives dans l'utilisation du langage, la prise en charge par soi-même, le développement social et conventionnel (*academic*) chez les enfants. Des changements dans la capacité des parents à apprendre à leur enfant handicapé ont également été observés. On note une augmentation significative de l'âge mental de l'enfant au bout d'un an de traitement. Pour 5 enfants, la seconde année montra une amélioration encore plus significative de leur âge mental. La performance verbale est également statistiquement significative. Sur 11 enfants testés sur 14, 9 montrèrent un changement positif dans l'utilisation du langage au bout d'une moyenne de 10 mois, tant sur le plan de la réception que de l'expression verbales. Il existe également une amélioration pertinente en ce qui concerne la socialisation et la capacité à se prendre en charge. Il est à noter qu'un seul enfant put participer à une scolarisation normale ; les onze autres jeunes autistes continuèrent à recourir aux services spécialisés.

Les parents, après 6 mois d'apprentissage, se révélèrent capables de réaliser le programme d'entraînement auprès de leur enfant par :

- l'utilisation des instructions : 17,5 % au départ à 91,7 % au bout de 6 mois ;
- l'exactitude et l'incitation : 21,8 % à 81,8 % ;
- les conséquences : 48,5 % à 88,7 %.

Ces capacités se maintiennent après 12 mois : 88,6 %, 85,6 %, 82,7 %, respectivement. Sur 14 familles, 13 donnèrent 99 % de réponses de satisfaction à l'évaluation de la réalisation du programme à la fin de celui-ci.

À la différence de l'étude de Lovaas (1987), dans l'étude de Anderson, la majorité des enfants autistes ne retournèrent pas dans un milieu scolaire normal. Mais, il faut noter les différences entre les enfants des deux études :

- le plus jeune âge des enfants dans l'étude de Lovaas (moyenne de 32 mois, *versus* 43 mois) ;
- la différence d'âge mental initial (13 mois de différence entre l'âge mental attendu et l'âge mental réel dans l'étude de Lovaas, *versus* 19 mois de différence) ;

- la différence d'intensité du programme : 40 heures au moins dans l'étude de Lovaas, 20 heures dans la présente étude ;
- le recours à des mesures aversives dans l'étude de Lovaas : un « non » ferme, et une tape sur la cuisse pour contrôler l'agression, la désobéissance et les comportements d'auto simulation, absentes dans la présente étude.

Ainsi, la qualification active des parents comme éducateurs et thérapeutes principaux (principe de méta-thérapie familiale, déjà présente dans les thérapies systémiques) apparaît comme une démarche hautement pertinente. Le problème de l'accompagnement soutenant et respectueux des ressources de l'enfant et de sa famille sur le long terme reste posé. Faut-il concevoir des programmes relativement limités dans le temps, ou s'engager dans des formes de thérapie plus ou moins longues qui répondent aux demandes des parents ?

Birnbrauer et Leach (1993) ont cherché à reproduire le programme d'intervention précoce et intensif de Lovaas pour le traitement d'enfants autistes. Ce programme repose sur les principes généraux de Clunies-Ross (1988) suivis par Lovaas concernant la prise en charge d'enfants autistes :

- l'intervention doit être faite précocement ;
- les objectifs doivent être clairement spécifiés ;
- les méthodes d'apprentissage doivent être appliquées précisément ;
- les opportunités de formation et d'enseignement doivent être maximisées ;
- l'approche doit être interdisciplinaire ;
- les parents doivent être activement impliqués ;
- un dispositif doit être mis en place pour le suivi.

La taille de l'échantillon est de 9 cas *versus* 5. L'âge moyen est de 24 à 48 mois. Le diagnostic est établi à partir du DSM-III-R. La durée du traitement est de 2 ans. Les observations comportementales sont enregistrées par vidéo.

Le programme comporte des jeux : exemple de jeux avec deux ensembles de 12 jouets et 2 jouets favoris de l'enfant ; l'enfant et la mère jouent ensemble ; ou bien, moins fréquemment, l'enfant joue seul en présence de sa mère et avec l'observation d'un membre de l'équipe. Il comporte aussi des items d'imitation non verbale, que l'on apprend à la mère à présenter à son enfant : montrer comment applaudir des deux mains, donner un ballon, une voiture, un ours en peluche, un cube ; présentation d'items verbaux (« Dis Boo ! », « Comment t'appelles-tu ? »...). Chaque leçon comporte de 10 à 20 essais, en fonction des performances de l'enfant. La moyenne d'heures par semaine a été de 18,72.

Les résultats soulignent que 4 enfants sur 9 du programme expérimental ont montré des signes d'amélioration les rapprochant d'un niveau de fonctionnement normal *versus* 1 sur 5 dans le groupe contrôle.

Le sous-groupe ayant particulièrement réussi montra un QI dépassant 80, des gains substantiels en matière de langage et de comportement adaptatif, qui restèrent malgré tout en deçà des performances d'enfants normaux du même

âge. Ces enfants commencèrent à communiquer, à s'engager dans des jeux appropriés avec des objets et des compagnons, montrèrent peu de colères violentes, apprirent à faire leur toilette, et à développer des capacités d'autonomisation. À l'inverse, les comportements d'autostimulation ont été peu modifiés. Ceci semble dû au fait que ces comportements étaient le plus souvent tolérés lors des séances, alors qu'ils avaient tendance à cesser lorsque les enfants étaient incités à les arrêter. Les comportements de retrait diminuèrent de façon significative. On a pu noter par ailleurs une diminution significative du stress parental (en particulier maternel).

Comme le soulignent les auteurs, l'intervention à domicile pose la question de l'intrusion dans l'intimité familiale. Ceux-ci, ont proposé un programme moins extrême que celui de Lovaas, et ont obtenu des « résultats » moins spectaculaires. On notera par ailleurs le nombre limité de la cohorte des enfants traités et du groupe contrôle.

L'étude contrôlée randomisée de Jocelyn et coll. (1998), évalue l'aide ambulatoire apportée par une équipe multidisciplinaire, sur une brève échelle de temps, aux parents ayant un enfant autiste ou un enfant ayant un trouble envahissant du développement. Cette équipe réalise un programme d'intervention de soignants pour des enfants autistes dans des centres communautaires de jour. Trente cinq enfants préscolaires avec un diagnostic d'autisme ou de trouble du développement invasif d'après le DSM III-R ont été répartis dans un groupe expérimental et dans un groupe contrôle de manière randomisée. Les enfants du groupe expérimental ont été placés en centre de soin de jour et les parents ainsi que les soignants ont reçu une formation de 12 semaines comportant des conférences et des consultations sur place. De surcroît, les familles ont reçu une prise en charge de soutien. Les sujets contrôles ont seulement reçu des soins dans le centre de jour.

L'équipe multidisciplinaire est composée de pédopsychiatres, d'un psychiatre, d'une infirmière psychiatrique, de travailleurs sociaux et de spécialistes du comportement avec une coopération entre l'hôpital, le gouvernement et la province (étude réalisée au Canada), et les ressources communautaires. L'intervention est focalisée essentiellement sur les parents et l'équipe de soins plutôt que sur l'enfant et cherche à leur apporter une aide pour développer la compréhension et l'empathie de la vision du monde de l'enfant, comme un moyen pour prévoir son comportement, comprendre ses aspects communicationnels, et améliorer un plaisir au partage des interactions.

Parmi les 35 enfants de l'échantillon, 14 présentaient des symptômes sévères et 21 présentaient des symptômes modérés. L'âge s'étalait de 24 mois à 72 mois. Le groupe témoin est composé de 19 cas : 8 présentant des symptômes sévères et 11 avec des symptômes modérés. Les cas sont répartis de manière randomisée, avec un pourcentage plus élevé de familles monoparentales dans le groupe contrôle. Le nombre d'heures par semaine de soins journaliers n'était pas significativement différent entre les deux groupes :  $21,4 \pm 11,9$  heures, *versus*  $19,9 \pm 13,5$  heures.

Dans le groupe expérimental, on constate des améliorations significatives dans le développement des aptitudes langagières, un accroissement des connaissances sur l'autisme chez les soignants, une plus grande perception du contrôle de la part des mères, et une meilleure satisfaction de la part des parents. Les pères ont moins participé à l'ensemble du programme de traitement, celui-ci ayant lieu au moment des heures de travail. L'effet apparaît minime à la Mesure d'évaluation familiale, ce qui peut être expliqué par le cadre temporel limité de l'intervention.

On conçoit que la brièveté du programme ne puisse que se focaliser sur les performances de l'enfant, bien qu'orienté vers une participation active de la famille. L'étude repose sur un recrutement randomisé, ce qui laisse ouverte la question des motivations personnelles et familiales, ainsi que d'un accompagnement et d'un soutien familial thérapeutique au long cours.

L'étude contrôlée de Sheinkopf et Siegel (1998) évalue un traitement comportemental centré sur les interventions à domicile pour les jeunes enfants présentant un autisme, d'après le programme de Lovaas allégé. L'évaluation porte sur l'impact d'un traitement comportemental intensif sur le développement de jeunes enfants autistes. Ce traitement a été réalisé à domicile par les parents des enfants autistes avec l'assistance de cliniciens pratiquant un travail communautaire. Il reposait sur les méthodes développées par Lovaas et coll. (1981). L'originalité du traitement de l'étude était liée au fait qu'il était effectué en dehors de dispositifs scolaires (*academic*) et pour une période plus courte. De même, la fréquence des séances de thérapie pour les enfants était moins élevée que dans les études précédentes. Le protocole thérapeutique était très structuré, avec des activités clairement décrites et organisées dans un format développemental hiérarchiquement structuré. Les buts de la thérapie sont orientés vers les comportements, faciles à mesurer, et explicitement intégrés dans la thérapie elle-même.

La taille de l'échantillon est de 11 enfants de même que dans le groupe contrôle. Les critères diagnostiques se réfèrent au DSM-III-R. La durée du traitement est de 20,36 mois *versus* 18,09 mois pour le groupe contrôle. Les enfants du groupe traité ont présenté des QI significativement supérieurs à ceux du groupe témoin. De même, les effets sur les symptômes autistiques étaient significatifs dans le groupe traité, quoique dans une moindre mesure, et rentrant toujours dans les critères d'un diagnostic d'autisme.

Ces effets modestes sur les symptômes contrastent avec les résultats de Lovaas (1987) et McEachin et coll. (1993). Dans la présente étude, les données portant sur les améliorations des fonctions comportementales, par exemple celles du domaine des habiletés sociales n'étaient pas disponibles. De même, les intervalles dans le suivi étaient plus courts que dans les précédentes études. Les effets sur le QI semblent robustes. Ces gains cognitifs solides semblent montrer qu'il n'existe pas une corrélation directe entre l'intensité du traitement et la réponse thérapeutique. Deux explications sont possibles :



- Lovaas a peut-être surestimé le nombre d'heures de traitement nécessaires pour un effet thérapeutique ;
- l'implication intensive des parents, et la réalisation du traitement à domicile ont aidé les parents à généraliser leurs habiletés à des interactions formatrices en dehors des séances de traitement formalisées.

On notera que le fait d'aider les parents à faire face aux tâches éducatives de leur enfant autiste, en dehors de protocoles institutionnels formalisés, apparaît comme une démarche heuristique pertinente.

L'étude contrôlée randomisée de Smith et coll. (2000) cherche à vérifier la pertinence du programme de Lovaas, et comparer l'intervention auprès des enfants et l'intervention médiatisée par la formation parentale. La répartition s'effectue de manière randomisée pour des enfants présentant un trouble envahissant du développement dans un groupe de traitement intensif ou dans un groupe de formation parentale.

Le traitement individuel intensif fut composé de 24,52 heures par semaine sur une année, se réduisant progressivement lors de l'année suivante ou des deux années suivantes, pour 7 enfants autistes et 8 enfants présentant un trouble envahissant du développement non spécifié. La formation parentale dura de 3 à 9 mois pour 7 enfants autistes et 6 enfants ayant un trouble envahissant du développement. Dans les deux cas, il s'agit de traitement « allégé » par rapport au programme de Lovaas. L'âge varie entre 18 et 42 mois. Les critères diagnostiques reposent sur de nombreux instruments standardisés. La durée du traitement varie de 2 à 3 ans ; les auteurs ont effectué un arrêt du traitement au bout de 18 mois pour les enfants avançant lentement. Ce traitement s'est réalisé à raison de 30 heures par semaine (en fait, 25 heures, du fait du manque de temps des équipes, l'existence de conflits, et des maladies, contre 40 heures pour Lovaas).

Les deux groupes sont apparus semblables lors de l'admission pour toutes les mesures d'évaluation. Le groupe de traitement individuel intensif montra des performances supérieures au groupe de formation parentale aux mesures de l'intelligence, les habiletés visuo-spatiales, le développement du langage, et les acquisitions scolaires (*academics*), mais pas sur le plan du fonctionnement adaptatif ou pour les problèmes de comportement. Les enfants présentant un trouble envahissant du développement peuvent avoir davantage bénéficié du traitement que les enfants présentant un autisme. Le caractère moins « performant » des résultats, en comparaison avec l'étude de Lovaas peut être liée à la nature moins intensive du programme.

Soulignons que le caractère bref de l'aide aux parents (9 mois) crée un biais dans la comparaison entre les deux groupes, le groupe « gagnant » des enfants éduqués ayant été suivis pendant 3 ans. On pourra s'interroger sur les risques de compétition entre les professionnels et les parents concernant la question de savoir qui sont les meilleurs éducateurs, et les meilleurs thérapeutes.

### Études concernant l'hyperactivité

Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (THADA) est certainement le trouble de l'enfant qui a reçu la plus grande attention en recherche thérapeutique, et la littérature recèle des centaines d'études sur son traitement tant pharmacologique que psychothérapeutique. Les traitements comportementaux les plus utilisés, ou du moins les plus étudiés, se basent sur des techniques de modification du comportement en classe, et 23 études sont en faveur de leur efficacité (pour revue, Gittelman et coll., 1980 ; Pelham et coll., 1998).

L'efficacité de la formation comportementale des parents, qui consiste à entraîner les parents à adopter, avec leur enfant hyperactif, un système de gestion des contingences de renforcement, a été démontrée, en comparaison à une condition de liste d'attente (Anastopoulos et coll., 1993 ; Gittelman et coll., 1980 ; Horn et coll., 1990, voir annexe 2), mais non en comparaison à d'autres traitements.

Dans les années 1970, une approche cognitivo-comportementale tenue pour prometteuse était la formation à l'autocontrôle par les auto-instructions. Néanmoins, dans une méta-analyse incluant 48 essais contrôlés randomisés utilisant cette technique (Dush et coll., 1989), la taille d'effet thérapeutique globale n'était que de 0,41 en comparaison avec le non-traitement, et ce traitement n'est plus, aujourd'hui, considéré comme efficace.

Les traitements proprement cognitifs n'ont pas fait la preuve expérimentale de leur efficacité dans le THADA, bien que des interventions telles que l'entraînement aux habiletés sociales et à la résolution de problèmes puissent s'avérer efficaces lorsqu'elles sont partie intégrante de programmes de traitement multimodaux intensifs (Hinshaw et Erhard, 1991). Quant aux autres interventions proposées et utilisées dans le traitement du THADA, qui sont nombreuses et vont de la psychothérapie traditionnelle au *biofeedback*, aux régimes alimentaires, à l'acupuncture, à la thérapie par le jeu, et autres variétés thérapeutiques, aucune n'a fait la preuve de son efficacité (Pelham et coll., 1998).

Une revue de consensus réalisée par des experts pour l'*American academy of child and adolescent psychiatry* en 1997 (AACAP, 1997) résume l'évidence empirique en faveur de l'efficacité des interventions pharmacologiques et psychothérapeutiques dans le THADA (voir annexe 2). Elle souligne que, dans l'ensemble, les thérapies comportementales sont moins efficaces que les médicaments (méthylphénidate et autres stimulants) pour la réduction des symptômes cardinaux du trouble, mais qu'elles les améliorent, de même que les habiletés sociales et les performances scolaires. Leurs limites tiennent à ce que les progrès réalisés tendent à s'estomper avec le temps, et ne se généralisent pas à des situations autres que celles dans lesquelles l'apprentissage a eu lieu.

Plus récemment, une grande étude multicentrique longitudinale prospective sur cinq ans, coordonnée par le *National institute of mental health* aux États-Unis (Richters et coll., 1995 ; *MTA Cooperative group*, 1999a, 1999b) a comparé, dans un échantillon total de 539 enfants avec un THADA, 4 groupes de traitement d'une durée de 14 mois chacun : médicaments ; prise en charge comportementale intensive incluant les parents, l'enfant et l'école ; les deux combinés ; traitement standard dans la communauté (allocation randomisée à l'un des quatre traitements). Le traitement médicamenteux avait l'avantage pour les cotations des parents et des professeurs concernant l'inattention, et les cotations des professeurs concernant l'hyperactivité-impulsivité. C'étaient les seules différences entre pharmacothérapie et thérapie comportementale. Le traitement combiné avait les mêmes avantages que la pharmacothérapie seule et s'avérait, de plus, significativement supérieur à la thérapie comportementale dans trois domaines : comportements opposants et agressifs cotés par les parents, symptômes internalisés, et performances en lecture. Le traitement combiné était également plus favorable que le traitement dans la communauté pour les symptômes internalisés, les comportements d'opposition, les relations avec les pairs et les interactions parents-enfant. Les investigateurs recherchaient également les facteurs susceptibles de moduler la réponse thérapeutique : la présence d'un trouble anxieux comorbide (34 % des sujets) réduisait l'avantage du traitement pharmacologique sur les autres modalités thérapeutiques (tendant à donner l'avantage au traitement combiné), sans pour autant réduire le taux de réponse au traitement pharmacologique. Les auteurs de l'étude MTA insistent sur le fait que les résultats ne signifient pas que la thérapie comportementale est inefficace (Jensen, 1999), car celle-ci, au contraire, est associée à une taille d'effet importante (entre 0,9 et 1,3) pour l'amélioration avant-après traitement de l'ensemble des mesures examinées (Pelham, 1999). De plus, et cela est confirmé par d'autres études, le traitement combiné nécessitait une dose de médicament inférieure de 20 % à la dose requise en cas de traitement médicamenteux seul (Pelham, 1999).

Il faut savoir, également, qu'environ 20 % à 30 % des enfants avec un THADA ne répondent pas aux médicaments, ou ont une réponse défavorable, d'autres ont une bonne réponse mais sont gênés par les effets secondaires (réduction de l'appétit, insomnie...). Les effets des traitements psychosociaux s'avèrent alors tout à fait bénéfiques (Weisz et Jensen, 2001).

Enfin, dans un trouble aussi persistant que le THADA, qui se prolonge, dans environ la moitié des cas, à l'âge adulte (Weiss et Hechtman, 1993), les études à long terme sont capitales. Satterfield et coll. (1981 et 1987) ont conduit toute une série d'études, utilisant un traitement multimodal prolongé (traitements individuel, familial, de groupe, éducationnel, formation parentale...) administré dans un large échantillon de garçons hyperactifs âgés de 6 à 12 ans, selon les besoins de l'enfant et de sa famille. Les traitements les plus longs (2 ans et plus) étaient associés aux plus grands degrés

d'amélioration sur plusieurs mesures. Dans un suivi à 9 ans (les sujets étant alors âgés de 14 à 21 ans), comparant le traitement multimodal au traitement médicamenteux seul, le devenir était meilleur dans le groupe ayant reçu le traitement multimodal (Satterfield et coll., 1987).

### **Études concernant les troubles des conduites**

Les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent posent des problèmes sérieux au niveau de la famille, de l'école et de la société dans son ensemble. Ils incluent une large gamme de comportements qui vont de simples conduites d'opposition ou de provocation, à des agressions aussi graves que l'homicide. Si ces conduites semblent hétérogènes, les données épidémiologiques et même biologiques semblent indiquer qu'elles constituent un syndrome complexe, et que des troubles mineurs chez le jeune enfant représentent souvent les prémisses développementaux d'agressions graves à l'adolescence (Lahey et coll., 1995) ou à l'âge adulte (Farrington, 1995), ce qui rend leur traitement à la fois désirable et justifié (Offord et coll., 1992). Néanmoins, bien qu'ils soient le motif de consultation le plus fréquent en psychiatrie infanto-juvénile (Kazdin, 2000), à ce jour, aucun traitement, ni psychologique, ni médicamenteux, n'a vraiment établi son efficacité dans cette indication. Brestan et Eyberg (1998) ont résumé 29 années de littérature sur l'efficacité des traitements psychosociaux dans les troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent, passant en revue 82 études sur un total de 5 272 sujets (voir annexe 2). Fonagy et Kurtz (2002) présentent également une description très détaillée des méthodes thérapeutiques utilisées, et des résultats des études d'efficacité publiées. Les traitements proposés peuvent être orientés vers les parents, le sujet lui-même, ou son environnement (par exemple scolaire), les approches sont souvent différentes selon qu'il s'agit d'enfants pré-pubères ou d'adolescents, plusieurs peuvent être associées.

L'apprentissage parental est un programme d'apprentissage comportemental destiné aux parents, à court terme, reposant sur le livre « Living with children » de Patterson et Gullion (1968). On y apprend aux parents à observer et identifier de manière systématique les problèmes de conduite de l'enfant, et on leur explique les principes de l'apprentissage social et de la modification du comportement, qui impliquent notamment de récompenser les conduites souhaitées, et de retirer l'attention ou les privilèges en cas de conduites indésirables. Quatre études ont utilisé cette méthode pour traiter des garçons et des filles âgés de 3 à 18 ans, adressés pour traitement soit par leurs parents, soit par des instances judiciaires, avec un diagnostic de trouble des conduites ou de trouble oppositionnel avec provocation (Alexander et Parsons, 1973 ; Bernal et coll., 1980 ; Firestone et coll., 1980 ; Wiltz et Patterson, 1974). Dans toutes ces études, le traitement par apprentissage parental était d'efficacité supérieure à celle du non traitement (liste d'attente), ou même de traitements alternatifs. Les effets du traitement étaient encore apparents

plusieurs mois après sa terminaison dans l'étude de Miller et Prinz (1990), et même 10 à 14 ans plus tard dans celle de Long et coll. (Forehand et Long, 1988 ; Long et coll., 1994). De plus, ce type de traitement, destiné à réduire les comportements antisociaux chez le sujet initialement adressé pour soins, peut également diminuer le risque de survenue de comportements analogues dans la fratrie (Kazdin, 1985).

La formation des parents par l'observation de modèles sur vidéo est fondée sur une série de bandes réalisée par Webster-Stratton (1984) et présentée à des groupes de parents d'enfants de maternelle, avec discussion de chaque présentation animée par un thérapeute. Cette technique a fait preuve de son efficacité dans plusieurs études (mais toutes, sauf une, sont conduites par l'initiateur de la méthode), en comparaison avec une liste d'attente ou d'autres formes d'apprentissage parental (Spaccarelli et coll., 1992 ; Webster-Stratton, 1984, 1990 et 1994 ; Webster-Stratton et coll., 1988).

Une autre modalité proposée pour le traitement des conduites perturbatrices de l'enfant et de l'adolescent, est l'entraînement aux habiletés de résolution de problèmes. Il est fondé sur l'idée que les conduites antisociales sont, au moins en partie, liées à des processus cognitifs, tels la tendance à attribuer l'hostilité aux autres de manière inappropriée, et une faible capacité à comprendre les situations sociales et résoudre les problèmes interpersonnels (Rubin et coll., 1991). Le traitement se concentre sur la manière dont l'enfant perçoit et aborde les situations sociales. Plusieurs études ont montré son efficacité chez des sujets recrutés en population générale ou dans des échantillons cliniques (Kazdin et coll., 1987a, 1987b, 1989 ; Kendall et coll., 1991). Malheureusement, celles de ces études qui ont mesuré les changements cognitifs supposés actifs dans le traitement, n'ont pas montré de relation significative entre ces derniers et les modifications du comportement cible (Kazdin, 1993), et les changements observés sont souvent insuffisants pour un retour à une adaptation normale.

Kazdin et coll. (1992) ont comparé les effets de l'apprentissage parental, de l'entraînement à la résolution de problèmes, et des deux traitements combinés (s'adressant l'un aux parents, l'autre à l'enfant), dans un groupe de 97 enfants de 7 à 13 ans, assignés de manière randomisée à l'un des trois groupes de traitement. Après traitement, les pourcentages d'enfants dont le comportement s'était normalisé étaient, respectivement, de 39 %, 33 % et 64 %, en faveur donc du double traitement. Néanmoins, les cotations réalisées par les enseignants différaient peu d'un groupe à l'autre. Les changements obtenus étaient stables à un an.

**En conclusion**, les études se rapportant à la thérapie familiale se sont particulièrement intéressées à la schizophrénie, aux troubles du comportement alimentaire et aux troubles de l'humeur chez l'adulte. Quant à l'enfant, les programmes de psychoéducation ont donné lieu à de nombreuses études chez les enfants autistes.

Il ressort de ces divers travaux que les méta-analyses favorisent, dans l'évaluation des résultats, les thérapies familiales cognitivo-comportementales et la psycho-éducation familiale. Celles-ci, par principe, sont explicitement centrées sur l'examen des symptômes, des comportements et des cognitions telles qu'elles se manifestent au travers d'investigations donnant lieu à des recueils d'information apparemment objectivables par une mise à distance des observateurs. Les revues systématiques, les études contrôlées, voire les études longitudinales aboutissent à des résultats plus diversifiés et plus hétérogènes, mais plus respectueux de la grande diversité des formes de thérapie familiale.

Concernant les schizophrénies, l'ensemble des travaux (5 méta-analyses, 4 revues systématiques et 8 études contrôlées) montre un effet positif significatif des thérapies familiales sur le pourcentage de rechute et l'amélioration des habiletés sociales.

Pour les patients présentant des troubles du comportement alimentaires, les études (2 revues systématiques, 7 études contrôlées) montrent l'efficacité des thérapies familiales pour la prise en charge de l'anorexie. Pour la boulimie, l'orientation théorique ne semble pas jouer un rôle prépondérant, la durée du traitement et le renforcement du lien d'appartenance communautaire apparaissent comme des éléments importants.

Concernant les troubles de l'humeur, les travaux (2 méta-analyses et 6 études contrôlées) montrent des résultats significatifs sur l'amélioration des symptômes (2 études) et sur le pourcentage de rechute (1 étude). Les résultats des méta-analyses sur l'efficacité de la thérapie interpersonnelle pour la prise en charge de la dépression montrent un effet équivalent à la prise de médicaments ou aux autres thérapies (TCC et thérapie familiale).

Aucun travail d'évaluation chez l'adulte n'a été mené sur les troubles anxieux, une seule étude chez l'enfant montre un effet significatif de la thérapie familiale associé à la TCC sur la disparition des symptômes.

De nombreuses études (8 études, dont deux non contrôlées) chez l'enfant ont été menées sur la base des premiers travaux de Lovaas et du programme TEACCH montrant une certaine efficacité sur le comportement et les capacités d'apprentissage des enfants autistes.

Concernant le déficit de l'attention avec hyperactivité, les thérapies familiales trouvent leur place dans le cadre de traitements multimodaux qui, s'ils sont prolongés, sont associés à une amélioration de plusieurs mesures. Pour les troubles des conduites, des programmes fondés sur l'apprentissage parental sont supérieurs à l'absence de traitement.

## BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER JF, PARSONS BV. Short-term Behavioral intervention with delinquent families : impact on family process and recidivism. *J Abnormal Psychol* 1973, **81** : 219-225
- ALEXANDER JF, PARSONS BV. Functional family therapy. Monterey, CA Brooks-Cole, 1982
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Official action. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 85S-121S
- ANASTOPOULOS AD, SHELTON TL, DUPAUL GL, GUEVREMONT DC. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder. Its impact on parent functioning. *J Abnormal Child Psychol* 1993, **21** : 581-596
- ANDERSON CM, GRIFFIN S, ROSSI A, PAGONIS I, HOLDER DP, TREIBER R. A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. *Fam Process* 1986, **25** : 185-205
- ANDERSON SR, AVERY DL, DIPIETRO EK, EDWARDS GL, CHRISTIAN WP. Intensive home-based early intervention with autistic children. *Educ Treatment Children* 1987, **10** : 352-366
- ANDREASEN NC. Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry* 1979, **36** : 1325-1330
- ARNOW BA, TAYLOR CB, AGRAS WS, TELCH MJ. Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. *Behav Ther* 1985, **16** : 452-467
- AZRIN NH. Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Therap* 1976, **14** : 339-348
- AZRIN NH., SISSON RW, MEYERS R, GODLEY M. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982, **13** : 105-112
- BARBATO A, D'AVANZO B. Family interventions in schizophrenia and related disorders : a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 2000, **102** : 81-97
- BARBER JG, CRISP BR. The "pressures to change" approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction* 1995, **90** : 269-276
- BARBER JG, GILBERTSON R. An experimental study of brief unilateral intervention for the partners of heavy drinkers. *Res Soc Work Pract* 1996, **6** : 325-336
- BARBER JG, GILBERTSON R. Evaluation of self-help manual for the female partners of heavy drinkers. *Res Soc Work Pract* 1998, **8** : 141-151
- BARLOW DH, WADDELL MT. Agoraphobia. In : Clinical handbook of psychological disorders. BARLOW DH ed, Guilford Press, New York 1985 : 1-68
- BARRETT PM, DADDS MR, RAPEE RM. Family treatment of childhood anxiety : a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 333-342
- BARROWCLOUGH C, TARRIER N. Families of schizophrenic patients : cognitive behavioral intervention. Chapman & Hall, London 1992

- BARROWCLOUGH C, TARRIER N, LEWIS S, SELLWOOD W, MAINWARING J, QUINN J, HAMLIN C. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999, **174** : 505-511
- BARROWCLOUGH C, HADDOCK G, TARRIER N, LEWIS SW, MORING J, O'BRIEN R, SCHOFIELD N, MCGOVERN J. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 1706-1713
- BAUCOM DH, SHOHAM V, MUESER KT, DAIUTO AD, STICKLE TR. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 53-88
- BEARDSLEE WR, SALT P, PORTERFIELD K, ROTHBERG PC, VAN DE VELDE P, SWATLING S et coll. Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 254-263
- BENTON MK, SCHROEDER HE. Social skills training with schizophrenics : a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990, **58** : 741-747
- BERNAL ME, KLINNERT MD, SCHULTZ LA. Outcome evaluation of behavioral parent training and client-centered parent counseling for children with conduct problems. *J Applied Behav Analysis* 1980, **13** : 677-691
- BIRNBRAUER JS, LEACH DJ. The murdoch early intervention program after 2 years. *Behav Change* 1993, **10** : 63-74
- BOWERS WA, ANDERSEN AE. Inpatient treatment of anorexia nervosa : review and recommendations. *Harv Rev Psychiatry* 1994, **2** : 193-203
- BRENNER HD, STRAMKE WG, HODEL B, RUI C. Untersuchungen zur Effizienz und Indikation eines psychologischen Therapieprogramms bei schizophrenen Basisstörungen : Ergebnisse einer 18monatigen Feldstudie. In : Verhaltenstherapie in der Psychiatrie. REIMER F ed, Springer, Berlin 1982
- BRENNER HD, HODEL B, KUBE G, RODER V. Kognitive Therapie bei Schizophrenen : Problemanalyse und empirische Ergebnisse [Cognitive therapy of schizophrenic patients : problem analysis and empirical results]. *Nervenarzt* 1987, **58** : 72-83
- BRENNER HD, HODEL B, RODER V, COSSIJAN P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1992, **18** : 21-26
- BRESTON EV, EYBERG SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents : 29 years, 82 studies, and 5 272 kids. *J Clin Child Psychol* 1998, **27** : 180-189
- BROWN GW, BIRLEY JLT, WING JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders : a replication. *Br J Psychiatry* 1972, **121** : 241-258
- BRUCHKREMER G, FIEDLER P. Kognitive versus handlungsorientierte Therapie. Vergleich zweier psychotherapeutischer Methoden zur Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Patienten. *Nervenarzt* 1987, **58** : 481-488
- BUSTILLO J, LAURIELLO J, HORAN W, KEITH S. The psychosocial treatment of schizophrenia : an update. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 163-175



- CADOGAN DA. Marital group therapy in the treatment of alcoholism. *Q J Stud Alcohol* 1973, **34** : 1187-1194
- CHAMBLESS DL, HOLLON SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 7-18
- CLARKIN JF, MARZIALI E, MUNROE-BLUM H. Group and family treatments for borderline personality disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1991, **42** : 1038-1043
- CLONINGER CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987, **236** : 410-416
- CLUNIES-ROSS GG. Early education and integration for children with intellectual disabilities : Some results of a 10 year EPIC. In : Early intervention for children with disabilities : the Australian experience. PIETERSE M, BOCHNER S, BETTISON S eds, Macquarie University Special Education Centre, Sydney 1988
- COTTRAUX J. La thérapie interpersonnelle de la dépression. *Dépression* 1999, **17** : 9-14.
- CORDER BF, CORDER RF, LAIDLAW ND. An intensive treatment program for alcoholics and their wives. *Q J Stud Alcohol* 1972, **33** : 1144-1146
- CRISP AH, NORTON K, GOWERS S, HALEK C, BOWYER C, YELDHAM D, LEVETT G, BHAT A. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991, **159** : 325-333
- DARE C, EISLER I, RUSSELL G, TREASURE J, DODGE L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa : randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001, **178** : 216-221
- DARE C, EISLER I, RUSSELL GFM, SZMUKLER GI. Family therapy for anorexia nervosa : implications from the results of a controlled trial of family and individual therapy. *J Marital Fam Ther* 1990, **16** : 39-57
- DERUBEIS RJ, CRITS-CHRISTOPH P. Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 37-52
- DIXON LB, LEHMAN AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995, **21** : 631-643
- DOANE JA, GOLDSTEIN MJ, MIKLOWITZ DJ, FALLOON IR. The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *Br J Psychiatry* 1986, **148** : 279-287
- DULZ B, HAND I. Short-term relapse in young schizophrenics : Can it be predicted and affected by family (CFI), patient, and treatment variables ? An experimental study. In : Treatment of schizophrenia. GOLDSTEIN MJ, HAND I, HAHLWEG K eds, Springer-Verlag, New York 1986
- DUNN RL, SCHWEBEL AI. Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *J Fam Psychol* 1995, **9** : 58-68
- DUSH DM, HIRT ML, SCHROEDER HE. Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders : a meta-analysis. *Psychol Bull* 1989, **106** : 97-106

ECKMAN TA, WIRSHING WC, MARDER SR, LIBERMAN RP, JOHNSTON-CRONK K et coll. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management : a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1549-1555

EDWARDS ME, STEINGLASS P. Family Therapy Outcomes for Alcoholism. *J Marit Fam Ther* 1995, **21** : 475-509

EISLER I, DARE C, HODES M, RUSSELL G, DODGE E, LE GRANGE D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa : the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, **41** : 727-736

EISLER I, DARE C, RUSSELL GF, SZMUKLER G, LE GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1025-1030

EMMELKAMP PM, DE LANGE I. Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behav Res Therapy* 1983, **21** : 341-346

EYBERG SM, JOHNSON SM. Multiple assessment of behavior modification with families : effects of contingency contracting and order of treated problems. *J Consult Clin Psychol* 1974, **42** : 594-606

FALLOON IRH, BOYD JL, MCGILL CW, RAZANI J, MOSS HB, GILBERMAN AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia : a controlled study. *N Engl J Med* 1982, **306** : 1437-1440

FALLOON IRH, BOYD JL, MCGILL CW. Family care of schizophrenia. Guilford Press, New York 1984

FALLOON IR, BOYD JL, MCGILL CW, WILLIAMSON M, RAZANI J, MOSS HB et coll. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 887-896

FARRINGTON DP. The twelfth Jack Tizard memorial lecture : the development of offending and antisocial behaviour from childhood. Key findings from the Cambridge study in delinquent development. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disc* 1995, **36** : 929-964

FETTES PA, PETERS JM. A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992, **11** : 97-110

FIRESTONE P, KELLY MJ, FIKE S. Are fathers necessary in parent training groups ? *J Clin Child Psychol* 1980, **9** : 44-47

FLORIN I, NOSTADT A, RECK C, FRANZEN U, JENKINS M. Expressed emotion in depressed patients and their partners. *Fam Process* 1992, **31** : 163-171

FOLEY SH, ROUNSAVILLE BJ, WEISSMAN MM, SHOLOMSKAS D, CHEVRON E. Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *Int J Fam Psychiatry* 1989, **10** : 29-42

FONAGY P, KURTZ A. Disturbance of conduct. In : What works for whom ? A critical review of treatments for children and adolescents. FONAGY P, TARGET M, COTTRELL D, PHILLIPS J, KURTZ Z eds, The Guilford Press, New York London, 2002 : 106-192

FOREHAND R, LONG N. Outpatient treatment of the Acting out child : Procedures, long-term follow-up data, and clinical problems. *Adv Behav Res Therap* 1988, **10** : 129-177

GEIST R, HEINMAA M, STEPHENS D, DAVIS R, KATZMAN DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry* 2000, **45** : 173-178

GITTELMAN R, ABIKOFF H, POLLACK E, KLEIN DF, KATZ S, MATTES J. A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. In : *Hyperactive children : the social ecology of identification and treatment*. WHALEN CK, HENKER B eds, New York Academic, 1980 : 221-243

GLICK ID, CLARKIN JF, SPENCER JH JR, HAAS GL, LEWIS AB, PEYSER J et coll. A controlled evaluation of inpatient family intervention. I. Preliminary results of the six-month follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 882-886

GOLDSTEIN MJ. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder. *Psychopharmacol Bull* 1992, **28** : 237-240

GOLDSTEIN MJ, RODNICK EH, EVANS JR, MAY PR, STEINBERG MR. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1978, **35** : 1169-1177

GORDON K, AHMED W. A comparison of two group therapies for bulimia. *Br Rev Bulimia Anorexia Nerv* 1988, **3** : 17-31

GREENBERG LS, JOHNSON SM. *Emotionally focused therapy for couples*, Guilford Press, New York, 1988

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

HAAS GL, GLICK ID, CLARKIN JF, SPENCER JH, LEWIS AB et coll. Inpatient family intervention : a randomized clinical trial. II. Results at hospital discharge. *Arch Gen Psychiatry* 1988, **45** : 217-224

HADDOCK G, MORRISON AP, HOPKINS R, LEWIS S, TARRIER N. Individual cognitive-behavioural interventions in early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998, **172** : 101-106

HARTMANN A, HERZOG T, DRINKMANN D. Psychotherapy of bulimia nervosa : what is effective ? A meta-analysis. *J Psychosom Res* 1992, **36** : 159-167

HEDBERG AG, CAMPBELL L. A comparison of four behavioral treatments of alcoholism. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1974, **5** : 251-256

HELZER JE, PRYZBECK FR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 1988, **49** : 219-224

HERMANUTZ M, GESTRICH J. Kognitives Training mit Schizophrenen. Beschreibung des Trainings und Ergebnisse einer kontrollierten Therapiestudie. [Cognitive training of schizophrenic patients. Description of the training and results of a controlled therapeutic study] *Nervenarzt* 1987, **58** : 91-96

HERZOG T, HARTMANN A, SANDHOLZ Z, STAMMER H. Prognostic factors in out-patient psychotherapy of bulimia. *Psychother Psychosom* 1991, **54** : 48-55

- HINSHAW SP, ERHARD D. Attention-deficit hyperactivity disorder. In : Child and adolescent therapy : cognitive-behavioral procedures. KENDALL P ed, Guilford Press, New York 1991 : 98-128
- HOGARTY GE, GOLDBERG SC. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. One-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1973, **28** : 54-64
- HOGARTY GE, GOLDBERG SC, SCHOOLER NR, ULRICH RF. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1974, **31** : 603-608
- HOGARTY GE, SCHOOLER NR, ULRICH R, MUSSARE F, FERRO P, HERRON E. Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients. Relapse analyses of a two-year controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride. *Arch Gen Psychiatry* 1979, **36** : 1283-1294
- HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ, KORNBLITH SJ, GREENWALD DP, JAVNA CD, MADONIA MJ. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiat* 1986, **43** : 633-642
- HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ. Family psychoeducation, social skills training, and medication in schizophrenia : the long and short of it. *Psychopharmacol Bull* 1987, **23** : 12-13
- HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ, KORNBLITH SJ, GREENWALD DP et coll. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 340-347
- HOOLEY JM, HAHLWEG K. The marriages and interaction patterns of depressed patients and their spouses : Comparison of high and low EE dyads. In : Treatment of schizophrenia : Family assessment and intervention. GOLDSTEIN MJ, HAND I, HAHLWEG K eds, Springer-Verlag, Berlin 1986 : 85-95
- HORN WF, IALONGO N, GREENBERG G, PACKARD T, SMITH-WINBERRY C. Additive effects of behavioral parent training and self control therapy with ADHD children. *J Clin Child Psychol* 1990, **19** : 98-110
- HUNT GM, AZRIN NH. A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Ther* 1973, **11** : 91-104
- HUXLEY NA, RENDALL M, SEDERER L. Psychosocial treatments in schizophrenia : a review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis* 2000, **188** : 187-201
- JACOB T, DUNN NJ, LEONARD K. Patterns of alcohol abuse and family stability. *Alcohol Clin Exp Res* 1983, **7** : 382-385
- JACOB T, LEONARD KE. Alcoholic-spouse interaction as a function of alcoholism subtype and alcohol consumption interaction. *J Abnorm Psychol* 1988, **97** : 231-237
- JACOBSON NS, DOBSON K, FRUZZETTI AE, SCHMALING KB, SALUSKY S. Marital therapy as a treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 547-557
- JAMES PS. Effects of a communication training component added to an emotionally focused couples therapy. *J Marital Family Therap* 1991, **17** : 263-275

JENSEN PS. Fact versus fancy concerning the Multimodal Treatment Study for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Can J Psychiatry* 1999, **44** : 975-980

JOCELYN LJ, CASIRO OG, BEATTIE D, BOW J, KNEISZ J. Treatment of children with autism : a randomized controlled trial to evaluate a caregiver-based intervention program in community day-care centers. *J Dev Behav Pediatr* 1998, **19** : 326-334

JOHNSON VE. Intervention : how to help someone who doesn't want help ? Johnson Institute books, Minneapolis MN 1986

KAZDIN A. Treatment of antisocial behavior in children and adolescents. Dorsey Press, Homewood IL 1985

KAZDIN AE. Treatment of conduct disorder : Progress and directions in psychotherapy research. *Dev Psychopathol* 1993, **5** : 277-310

KAZDIN AE. Treatments for aggressive and antisocial children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000, **9** : 841-858

KAZDIN AE, ESVELDT-DAWSON K, FRENCH NH, UNIS AS. Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *J Consult Clin Psychol* 1987a, **55** : 76-85

KAZDIN AE, ESVELDT-DAWSON K, FRENCH NH, UNIS AS. Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987b, **26** : 416-424

KAZDIN AE, BASS D, SIEGEL T, THOMAS C. Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 522-535

KAZDIN AE, SIEGEL TC, BASS D. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *J Consult Clin Psychol* 1992, **60** : 733-747

KENDALL PC, RONAN KR, EPPS J. Aggression in children/adolescents : Cognitive-behavioral treatment perspective. In : The Development and treatment of childhood aggression. PEPLER DJ, RUBIN KH eds, Erlbaum, Hillsdale NJ 1991 : 341-360

KISSIN B, PLATZ A, SU WH. Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. *J Psychiatr Res* 1970, **8** : 13-27

KÖTTGEN C, SÖNNICHSEN I, MOLLENHAUER K, JURTH R. Group therapy with the families of schizophrenic patients : Results of the Hamburg Camberwell-Family Interview Study III. *Int J Fam Psychiatry* 1984, **5** : 84-94

KRAEMER S, SULZ KH, SCHMID R, LÄSSLE R. Kognitive Therapie bei standardversorgten schizophrenen Patienten. [Cognitive therapy of schizophrenic patients managed by standard means] *Nervenarzt* 1987, **58** : 84-90

LAHEY BB, LOEBER R, HART EL, FRICK PJ, APPLGATE B, ZHANG Q, GREEN SM, RUSSO MF. Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys : Patterns and predictors of persistence. *J Abnormal Psychol* 1995, **104** : 83-93

LE GRANGE D, EISLER I., DARE C., RUSSELL GMF. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa. A pilot study. *Int J Eat Disor* 1992, **12** : 347-357

LEFF J, KUIPERS L, BERKOWITZ R, EBERLEIN-VRIES R, STURGEON D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982, **141** : 121-134

LEFF J, KUIPERS L, BERKOWITZ R, STURGEON D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients : two year follow-up. *Br J Psychiatry* 1985, **146** : 594-600

LEFF J, BERKOWITZ R, SHAVIT N, STRACHAN A, GLASS I, VAUGHN C. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1990, **157** : 571-577

LEFF J, VEARNALS S, BREWIN CR, WOLFF G, ALEXANDER B. The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner : clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000, **177** : 95-100

LIPPS AJ. Family therapy in the treatment of alcohol related problems : a review of behavioral family therapy, family systems therapy and treatment matching research. *Alcohol Treat Quart* 1999, **17** : 13-23

LONG P, FOREHAND R, WIERSON M, MORGAN A. Moving into adulthood : Does parent training with young noncompliant children have long-term effects ? *Behav Res Therapy* 1994, **32** : 101-107

LONGABAUGH R, BEATTIE M, NOEL N, STOUT R, MALLOY P. The effect of social investment on treatment outcome. *J Stud Alcohol* 1993, **54** : 465-478

LONGABAUGH R, WIRTZ PW, BEATTIE MC, NOEL N, STOUT R. Matching treatment focus to patient social investment and support : 18-month follow-up results. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 296-307

LOVAAS OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 3-9

LOVAAS OI, ACKERMAN AB, ALEXANDER D, FIRESTONE P, PERKINS J, YOUNG D. Teaching developmentally disabled children : The me book. Pro-Ed, Austin TX 1981

MACKENZIE KR. Introduction to time-limited group psychotherapy. American Psychiatric Press, Washington DC 1990

MARI JJ, STREINER DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia : meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994, **24** : 565-578

MATHEWS AM, TEASDALE J, MUNBY M, JOHNSTON D, SHAW P. A home-based treatment program for agoraphobia. *Behav Therapy* 1977, **8** : 915-924

MATHEWS AM, GELDER MG, JOHNSTON DW. Agoraphobia : nature and treatment. Guilford Press, New York 1981

MCCRADY BS. Outcomes of family-involved alcoholism treatment. In : Recent developments in alcoholism : vol. 7. Treatment research. GALANTER M ed, Plenum, New York 1989 : 165-182

MCCRADY BS, PAOLINO TJ JR, LONGABAUGH R, ROSSI J. Effects of joint hospital admission and couples treatment for hospitalized alcoholics : a pilot study. *Addict Behav* 1979, **4** : 155-165

- MCCRADY BS, MOREAU J, PAOLINO TJ JR, LONGABAUGH R. Joint hospitalization and couples therapy for alcoholism ; a four-year follow-up. *J Stud Alcohol* 1982, **43** : 1244-1250
- MCCRADY BS, NOEL NE, ABRAMS DB, STOUT RL, NELSON HF, HAY WM. Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *J Stud Alcohol* 1986, **47** : 459-467
- MCEACHIN JJ, SMITH T, LOVAAS OI. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *Am J Ment Retard* 1993, **97** : 359-372
- MCFARLANE WR, LINK B, DUSHAY R, MARCHAL J, CRILLY J. Psychoeducational multiple family groups : four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process* 1995a, **34** : 127-144
- MCFARLANE WR, LUKENS E, LINK B, DUSHAY R, DEAKINS SA et coll. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995b, **52** : 679-687
- MCKISACK C, WALLER G. Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997, **22** : 1-13
- MEHTA M. A comparative study of family-based and patient-based behavioral management in obsessive-compulsive disorder. *Brit J Psychiat* 1990, **157** : 133-135
- MIERMONT J. Psychose et thérapie familiale. ESF Éditeur, Paris, 1997
- MIKLOWITZ DJ, GOLDSTEIN MJ. Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behav Modif* 1990, **14** : 457-489
- MIKLOWITZ DJ, SIMONEAU TL, GEORGE EL, RICHARDS JA, KALBAG A et coll. Family-focused treatment of bipolar disorder : 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000, **48** : 582-592
- MILLER GE, PRINCZ RJ. The enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorders. *Psychol Bul* 1990, **108** : 291-307
- MILLER WR, BROWN JM, SIMPSON TL, HANDMAKER NS, BIEN TH et coll. What works ? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In : Handbook of alcoholism treatment approaches : Effective alternatives. HESTER RK, MILLER WR eds, Allyn & Bacon, Boston 1995 : 12-44
- MILLER WR, MEYERS RJ, TONIGAN JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems : a comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 688-697
- MITCHELL JE, PYLE RL, POMEROY C, ZOLLMAN M, CROSBY R et coll. Cognitive-behavioral group psychotherapy of bulimia nervosa : importance of logistical variables. *Int J Eat Disord* 1993, **14** : 277-287
- MOSHER LR, MENN A, MATTHEW SM. Soteria : Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 1975, **45** : 455-467
- MTA COOPERATIVE GROUP. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999a, **56** : 1073-1086

MTA COOPERATIVE GROUP. Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999b, **56** : 1088-1096

MUESER KT, BERENBAUM H. Psychodynamic treatment of schizophrenia : is there a future ? *Psychol Med* 1990, **20** : 253-262

NGUYEN-COLOMBINI C. Schizophrénies : intérêt thérapeutique d'une articulation thérapie institutionnelle – thérapie familiale. Mémoire de maîtrise, sous la direction de ANGEL P, ANTOINE C. Université Paris VIII, 2001 : 92p

O'FARRELL TJ. Marital and family therapy in alcoholism treatment. *J Subst Abuse Treat* 1989, **6** : 23-29

O'FARRELL TJ (ed). Treating alcohol problems : marital and family interventions. Guilford Press, New York 1993

O'FARRELL TJ, CUTTER HSG. Effect of adding a behavioral or an interactional couples group to individual outpatient alcoholism counseling. In : Spouse-involved treatment for alcohol, abuse. O'FARRELL TJ (chair.). Symposium conducted at the Sixteenth Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Los Angeles, November 1982

O'FARRELL TJ, CUTTER HSG, FLOYD FJ. Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics : Effects on marital adjustment and communication from before to after therapy. *Behav Ther* 1985, **16** : 147-167

O'FARRELL TJ, CUTTER HSG, CHOQUETTE KA, FLOYD FJ, BAYOG RD. Behavioral marital therapy for male alcoholics : Marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behav Ther* 1992, **23** : 529-549

O'FARRELL TJ, CHOQUETTE KA, CUTTER HS, BROWN ED, MCCOURT WF. Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *J Stud Alcohol* 1993, **54** : 652-666

O'FARRELL TJ, FALS-STEWART W. Family-involved alcoholism treatment. An update. In : Recent developments in alcoholism, Vol.15, Services Research in the Era of Managed Care, Galanter, Kluwer. Academic/Plenum Publishers, New York, 2001, 329-356

OFFORD DR, BOYLE MH, RACINE YA, FLEMING JE, CADMAN DT, BLUM HM, et coll. Outcome, prognosis and risk in a longitudinal follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 916-923

O'LEARY KD, BEACH SR. Marital therapy : a viable treatment for depression and marital discord. *Am J Psychiatry* 1990, **147** : 183-186

OZONOFF S, CATHCART K. Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *J Autism Dev Disord* 1998, **28** : 25-32

PATTERSON GR, GULLION ME. Living with children : new methods for parents and teachers. Champaign, IL, Research Press, 1968

PELHAM WE JR, WHEELER T, CHRONIS A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol* 1998, **27** : 190-205



- PELHAM WE. The NIMH multimodal treatment study for attention deficit hyperactivity disorder : just say yes to drugs alone ? *Can J Psychiatry* 1999, **44** : 981-990
- PEVSNER R. Group parent training versus individual family therapy : an outcome study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982, **13** : 119-122
- PHAROAH FM, MARI JJ, STREINER D. Family intervention for schizophrénia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, CD0000
- PINSOF WILLIAM M, WYNNE LYMAN C, HAMBRIGHT ALEXANDRA B. The outcomes of couple and family therapy : Findings, conclusions, and recommendations. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training* 1996, **33** : 321-331
- 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
- PROJECT MATCH RESEARCH GROUP. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity : Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997, **58** : 7-29
- RANDOLPH ET, SPENCER E, GLYNN SM, PAZ GG, LEONG GB et coll. Behavioural family management in schizophrenia. Outcome of a clinic-based intervention. *Br J Psychiatry* 1994, **164** : 501-506
- RANDOLPH ET, GLYNN SM, ETH S, PAZ GG, LEONG GB, SHANER AL. Family therapy for schizophrenia : Two year outcome. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Miami, FL, May 1995
- RAUE J, SPENCE SH. Group versus individual applications of reciprocity training for parent-youth conflict. *Behav Res Ther* 1985, **23** : 177-186
- RICHTERS JE, ARNOLD LE, JENSEN PS, ABIKOFF H, CONNERS K, GREENHILL LL et coll. NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD : I background and rationale. *J Am Acad child Adol Psychiatry* 1995, **34** : 987-1000
- ROBIN AL, SIEGEL PT, KOEPKE T, MOYE AW, TICE S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr* 1994, **15** : 111-116
- ROBIN AL, SIEGEL PT, MOYE A. Family versus individual therapy for anorexia : impact on family conflict. *Int J Eat Disord* 1995, **17** : 313-322
- RUBIN KH, BREM, LA, ROSE-KRASNOR L. Social problem solving and aggression in childhood. In : *The Development and treatment of childhood aggression*. PEPLER DJ, RUBIN KH eds, Erlbaum, Hillsdale NJ 1991 : 219-248
- RUSSELL GMF, SZMUKLER GI, DARE C et coll. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987, **44** : 1047-1056
- RYCHTARIK RG, MCGILLICUDDY NB. Effects of skill training and twelve-step facilitation on posttreatment coping skills in women with alcoholic partners. Poster presented at the International Conference on the Treatment of Addictive Behaviors, Santa Fe, New Mexico 1998
- SANDBERG JG, JOHNSON LN, DERMER SB, GFELLER-STROUTS LL, SEIBOLD JM et coll. Demonstrated efficacy of models of marriage and family therapy : an update of Gurman, Kniskern and Pinosof's chart. *Am J Family Therapy* 1997, **25** : 121-137

SATTERFIELD JH, SATTERFIELD BT, CANTWELL DP. Three-year multimodality treatment study of 100 hyperactive boys. *J Pediat* 1981, **98** : 650-655

SATTERFIELD JH, SATTERFIELD BT, SCHELL AM. Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys. *J Am Acad Child and Adol Psychiatry* 1987, **26** : 56-64

SCHNEIDER JA, AGRAS WS. A cognitive behavioural group treatment of bulimia. *Br J Psychiatry* 1985, **146** : 66-69

SCHOOLER NR, KEITH SJ, SEVERE JB, MATTHEWS SM, BELLACK AS et coll. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 453-463

SCHOPLER E, REICHLER RJ. Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children. *J Autism Child Schizophr* 1971, **1** : 87-102

SHADISH WR, MONTGOMERY LM, WILSON P, WILSON MR, BRIGHT I, OKWUMABUA T. Effects of family and marital psychotherapies : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 992-1002

SHADISH WR, RAGSDALE K, GLASER RR, MONTGOMERY LM. The efficacy and effectiveness of marital and family therapy : a perspective from meta-analysis. *J Marital Family Therapy* 1995, **21** : 345-360

SHEA T, ELKIN I, IMBER S et coll. Course of depressive symptoms over follow-up : findings from the NIMH of depression collaborative research program. *Arch Gen Psychiatry* 1992, **49** : 782-787

SHEINKOPF SJ, SIEGEL B. Home-based behavioral treatment of young children with autism. *J Autism Dev Disord* 1998, **28** : 15-23

SISSON RW, AZRIN NH. Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *J Behav Therapy Exp Psychiat* 1986, **115** : 1039-1042

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

SMITH T, GROEN AD, WYNN JW. Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Am J Ment Retard* 2000, **105** : 269-285

SNYDER DK, WILLS RM, GRADY-FLETCHER A. Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy : a 4-year follow-up study. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 138-141

SOTSKY SM, GLASS D, SHEA T et coll. Patient predictor of response in psychotherapy : findings in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry* 1991, **148** : 997-1008

SPACCARELLI S, CODER S, PENMAN D. Problem-solving skills training as a supplement to behavioral parent training. *Cognitive Therap Res* 1992, **16** : 1-18

STANTON AH, GUNDERSON JG, KNAPP PH, FRANK AF, VANNICELLI ML et coll. Effects of psychotherapy in schizophrenia : I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull* 1984, **10** : 520-563

STEINGLASS P, BENNETT LA, WOLIN SJ, REISS D. The alcoholic family. Basic Books, New York 1987

STONE MH. Exploratory psychotherapy in schizophrenia-spectrum patients. A reevaluation in the light of long-term follow-up of schizophrenic and borderline patients. *Bull Menninger Clin* 1986, **50** : 287-306

STOTSKY BA, DASTON PG, VARDACK CN. An evaluation of the counseling of chronic schizophrenics. *J Couns Psych* 1955, **2** : 248-255

SZMUKLER GI, DARE C. The Maudsley study of family therapy in anorexia and bulimia nervosa. In : Family approaches in treatment of eating disorders. WOODSIDE DB, SHEKTER-WOLFSON L eds, American Psychiatric Association, Washington DC 1991

TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN C, BAMRAH JS, PORCEDDU K et coll. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988, **153** : 532-542

TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN C, BAMRAH JS, PORCEDDU K et coll. Community management of schizophrenia. A two-year follow-up of a behavioural intervention with families. *Br J Psychiatry* 1989, **154** : 625-628

TEST MA, KNOEDLER WH, ALLNESS DJ. The long-term treatment of young schizophrenics in a community support program. In : The training in community living model : A decade of experience. STEIN LI, TEST MA eds, New directions for mental health services, no. 26. Jossey-Bass Inc Publishers, San Francisco 1985 : 17-27

THASE ME, GREENHOUSE JB, FRANK E, REYNOLDS CF 3RD, PILKONIS PA et coll. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1009-1015

THOMAS EJ, SANTA C, BRONSON D, OYSERMAN D. Unilateral family therapy with the spouses of alcoholics. *J Soc Serv Res* 1987, **10** : 145-162

THOMAS EJ, YOSHIOKA M, AGER R, ADAMS KB. Reaching the uncooperative alcohol abuser through a cooperative spouse. Paper presented at the Fifth Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Toronto, June 1990

THOMAS EJ, AGER RD. Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. In : Treating alcohol problems : Marital and familial interentions. O'FARRELL TJ ed, Guilford, New York 1993 : 3-33

VAILLANT GE. The natural history of alcoholism. Harvard University Press, Cambridge MA 1983

VAUGHN CE, LEFF JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness : a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *B J Psychiat* 1976a, **129** : 125-137

VAUGHN CE, LEFF JP. The mesurement of Expressed Emotion in the families of psychiatric patients. *B J Soc Clin Psychol* 1976b, **15** : 165-167

VAUGHN K, DOYLE M, MCCONAGHY N, BLASZCYNski A, FOX A, TARRIER N. The Sydney intervention trial : a controlled trial of relatives counselling to reduce schizophrenic relapse. *Soc Psychiat Epidemiol* 1992, **26** : 16-21

WALKER RG, KELLEY FE. Shortterm psychotherapy with hospitalized schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1960, **35** : 34-55

WEBSTER-STRATTON C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 666-678

- WEBSTER-STRATTON C. Enhancing the effectiveness of self-administered video-tape parent training for families with conduct-problem children. *J Abnorm Child Psychol* 1990, **18** : 479-492
- WEBSTER-STRATTON C. Advancing videotape parent training : a comparison study. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 583-593
- WEBSTER-STRATTON C. Early intervention with videotape modeling : Programs for families of children with oppositional defiant disorder or conduct disorder. In : HIBBS ES, JENSEN PS eds, *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders : Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC, American Psychological Association, 1996a : 435-474
- WEBSTER-STRATTON C, KOLPACOFF M, HOLINSWORTH T. Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children comparison with two cost effective treatments and control group. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56** : 558-566
- WHITAKER C. A family is a four-dimensional relationship. In : *Family therapy : Theory and practice*. GUERIN PJ Jr ed, Gardner, New York 1976, : 182-192
- WILTZ NA, PATTERSON GR. An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behav Therapy* 1974, **5** : 215-221
- WEISZ JR, JENSEN AL. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts : review of the evidence and suggestions for improving the field. *Eur Child Adol Psychiatry* 2001, **10** : 1-18
- WUNDERLICH U, WIEDEMANN G, BRUCHKREMER G. Are psychosocial methods of intervention effective in schizophrenic patients ? A meta-analysis. *Verhaltenstherapie* 1996, **6** : 4-13
- XIONG W, PHILLIPS MR, HU X, WANG R, DAI Q et coll. Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1994, **165** : 239-247
- ZETTERLIND U, HANSSON H, ABERG-ORBECK K et coll. Coping skill therapy, group support and information for spouses of alcoholics : A controlled randomized study. Poster presented at the International Conference on the Treatment of Addictive Behaviors, Santa Fe, New Mexico 1998
- ZHANG M, WANG M, LI J, PHILLIPS MR. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *Br J Psychiatry* 1994, **24** (Suppl.) : 96-102
- ZWEBEN A, PEARLMAN S, LI S. A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse : The results of the marital systems study. *Br J Addict* 1988, **83** : 899-916