
11

Bilan des études comparatives

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

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

Comme dans les précédents chapitres, les études d'évaluation des psychothérapies visant directement les critères de diagnostic, les symptômes ou le fonctionnement des patients, sont analysées dans cette partie. Parmi les études comparatives soumises à l'analyse, seules, trois références ont été exclues : l'étude contrôlée de Paul (1967), jugée trop ancienne, et deux méta-analyses (Anderson et Lambert 1995 ; Leichsenring, 2001), en raison de leur incapacité à examiner les effets de la thérapie psychodynamique indépendamment de ceux de la thérapie interpersonnelle non psychodynamique (IPT) (tableau 11.I).

Tableau 11.I : Bilan des études retenues et exclues

Pathologies	Études et retenues	Études exclues	Raisons de l'exclusion
Tous troubles confondus			
Chez l'adulte	<i>Méta-analyses</i> : Andrew et Harvey, 1981 ; Crits-Christoph et coll., 1991 ; Shadish et coll., 1993 ; Shapiro et Shapiro, 1982 ; Smith et Glass, 1977 ; Svartberg et Stiles, 1991		
Chez l'enfant	<i>Méta-analyses</i> : Casey et Berman, 1985 ; Weisz et coll., 1987 ; Hazelrigg et coll., 1987 ; Weisz et coll., 1995		
Troubles anxieux			
Troubles anxieux tous confondus	<i>Méta-analyse</i> : Andrews et Harvey, 1981 ; <i>Étude contrôlée</i> : Svartberg et coll., 1998		
Trouble anxieux généralisé	<i>Méta-analyse</i> : Fisher et Durham, 1999 ; <i>Études contrôlées</i> : Blowers et coll., 1987 ; Borkovec et coll., 1987 et 1993 ; Stanley et coll., 1996 ; White et coll., 1992 ; Durham et coll., 1994 et 1999		
Phobies sociales	<i>Études contrôlées</i> : Bruch et coll., 1991 ; Heimberg et coll., 1998 ; Cottraux et coll., 2000	<i>Étude contrôlée</i> : Paul, 1967	Trop ancienne
Trouble panique	<i>Études contrôlées</i> : Beck et coll., 1992 ; Craske et coll., 1995 ; Shear et coll., 2001		
Stress post-traumatique	<i>Études contrôlées</i> : Foa et coll., 1991 ; Blanchard et coll., 2003 ; Brom et coll., 1989		
Troubles de l'humeur			
Dépression majeure chez l'adulte	<i>Méta-analyses</i> : Dobson, 1989 ; Gloaguen et coll., 1998 ; Thase et coll., 2000 ; Engels et Vermey, 1997 ; Cuijpers, 1998 ; McCusker et coll., 1998 ; Pinquart et coll., 2001 ; <i>Revue</i> : Jarrett et Rush, 1994 ; Gatz et coll., 1998 ; <i>Études contrôlées</i> : Bright et coll., 1999 ; Hogg et Deffenbacher, 1988 ; McLean et Hakstian, 1979 ; Liberman et Eckman, 1981 ; Gallagher et Thompson, 1982 et 1983 ; Gallagher-Thompson et Steffen, 1994 ; Steuer et coll., 1984 ; Graff et coll., 1986 ; Covi et coll., 1990 ; Shapiro et coll., 1994 ; Elkin et coll., 1989 ; Agosti et Ocepek-Welikson, 1997 ; Barkham et coll., 1996 ; Hardy et coll., 1998 ; Barkham et coll., 1999 ; Tang et coll., 2002 ; Thompson et coll., 1987 ; Cooper et coll., 1997 ; Ward et coll., 2000 ; Mohr et coll., 2001	<i>Méta-analyses</i> : Anderson et Lambert 1995 ; Leichsenring, 2001	Incapacité à examiner les effets de la thérapie psychodynamique indépendamment de ceux de la thérapie interpersonnelle (IPT)
Dépression majeure chez l'enfant	<i>Études contrôlées</i> : Brent et coll., 1997 ; 1998 ; Birmaher et coll., 2000 ; Deblinger et coll., 2001 ; Kolko et coll., 2000 ; Rossello et coll., 1999		

Tableau 11.I (suite) : Bilan des études retenues et exclues

Pathologies	Études et retenues	Études exclues	Raisons de l'exclusion
Schizophrénie	<i>Méta-analyses</i> : Wunderlich et coll., 1996 ; Mojtabai et coll., 1998 ; <i>Études contrôlées</i> : Gunderson et coll., 1984 ; Eckman et coll., 1992 ; Drury et coll., 1996a,b ; Hogarty et coll., 1997a,b ; Tarrier 1998 ; Haddock et coll., 1999		
Troubles des comportements alimentaires			
Boulimie	<i>Méta-analyse</i> : Hartmann et coll., 1992 ; <i>Études contrôlées</i> : Garner et coll., 1993 ; Fairburn et coll., 1995 ; Eisler et coll., 1997 ; Bachar et coll., 1999 ; Treasure et coll., 1999 ; Agras et coll., 2000 ; Wilfley et coll., 2002		
Anorexie	<i>Études contrôlées</i> : Treasure et coll. 1995 ; Dare et coll., 2001 ; Eisler et coll., 1997 ; Russell et coll., 1987 ; Bachar et coll., 1999		

On abordera les résultats statistiquement significatifs des études exploitables pour l'analyse, qu'ils représentent une partie ou la totalité des comparaisons effectuées par les auteurs. Cependant, il faut noter que cette partie de l'expertise résume les résultats des méta-analyses et des études contrôlées randomisées de plusieurs façons ; une première manière consiste à prendre en considération les études ayant effectué des comparaisons directes entre deux types de thérapie. Il se peut que de telles études mettent en évidence qu'une thérapie « a » est plus efficace qu'une thérapie « B », mais elles n'apportent pas nécessairement les informations requises pour déterminer si la thérapie donnant de moins bons résultats est, en soi, « bénéfique » ou non. Pour cette raison, une manière alternative de procéder consiste à prendre également en considération les études qui ont comparé l'efficacité de différentes psychothérapies par rapport à un groupe contrôle. Ce dernier comprend des patients n'ayant suivi aucun traitement (groupe en liste d'attente) ou qui ont eu un contact régulier avec des professionnels en santé mentale, mais n'ont reçu aucune forme de psychothérapie active. Outre les études ayant recours à un groupe de patients non traités, nous avons également pris en considération dans cette partie les études dans lesquelles le groupe contrôle comprend des patients ayant reçu une forme de psychothérapie « standard » de soutien.

Il est important de clarifier le rôle de ce dernier groupe contrôle (psychothérapie de soutien) comme moyen d'examiner l'efficacité de différentes formes de psychothérapie. En effet, toutes les psychothérapies sont l'occasion d'interactions sociales à travers lesquelles les patients ont la possibilité de partager leurs problèmes avec une autre personne (le clinicien). Ces interactions augmentent naturellement le sentiment d'être compris ou de progresser, de

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

Analyses globales chez l'adulte

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

La majorité des méta-analyses, présentées dans le tableau 11.II, montre que la psychothérapie (toutes formes analysées ensemble) est plus efficace que l'absence de traitement. Le résultat moyen pour les patients traités était meilleur de 70 à 80 % par rapport aux patients non traités. Si la conclusion globale semble justifier que la psychothérapie est généralement bénéfique, on ne peut pas conclure, en se basant sur ces analyses, que toute forme de psychothérapie a un impact égal. Il est vrai que relativement peu de différences sont observées entre les formes de psychothérapie. Une exception

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

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Smith et Glass, 1977 note : 2/7	375 études de patients névrotiques ou psychotiques, âgés de 22 ans en moyenne et ayant suivi 17 heures de thérapie psychanalytique, comportementale ou de soutien Taille d'effet calculée selon d de Glass	Les effets les plus grands étaient pour TCC et thérapie rationnelle-émotive ; les effets les plus petits pour Gestalt-thérapie, analyse transactionnelle et thérapies éclectiques. TCC supérieure aux autres approches, différence en taille d'effet = 0,20 ; différence en taille d'effet = 0,07 si sélection des études appliquant les mêmes méthodes pour les thérapies comparées
Andrews et Harvey, 1981 note : 3/7	81 études contrôlées publiées entre 1941 et 1976 ; ré-analyse de Smith et Glass effectuées sur des patients névrotiques en quête de traitement (dépression et troubles anxieux) Taille d'effet calculée selon d de Glass	Re-classification des thérapies par type : TCC (ou « comportementale »), verbale (psychodynamique, et cognitive/gestalt), rogerienne ou thérapie de soutien, placebo, et « autres ». Thérapies rogerienne ou de soutien = les moins efficaces (taille d'effet = 0,35) ; TCC = la plus efficace (taille d'effet = 0,97) ; thérapies verbales entre les deux (taille d'effet = 0,74)
Shapiro et Shapiro, 1982 note : 3/7	143 études (15 % examinées par Smith et Glass). Âge moyen : 25 ans ; 7 heures de traitement. Troubles anxieux, dépression, problèmes d'addiction, problèmes sexuels Taille d'effet calculée selon d de Glass	Différences très significatives entre les approches dans l'analyse générale Effets les plus grands pour les TCCs (taille d'effet = 1,42), effets plus faibles pour les thérapies psychodynamique ou rogerienne (taille d'effet = 0,40). La TCC n'était pas statistiquement supérieure à l'approche psychodynamique ou aux autres thérapies lors des comparaisons individuelles.
Crits-Christoph et coll., 1991 note : 2,5/7	15 études (0 % examiné par Smith et Glass). Troubles anxieux, dépression, dépendance aux substances (héroïne) ; TCC ou thérapie psychodynamique Taille d'effet calculée sur pourcentage d'amélioration attribué au thérapeute pour une des thérapies	TCC : effets plus stables et homogènes que approche psychodynamique (corrélations partielles de -0,33 et -0,41), mais effets pas plus significatifs après avoir contrôlé l'utilisation d'un manuel de traitement (utilisation hautement corrélée avec l'approche TCC, $p < 0,01$)
Svartzberg et Stiles, 1991 note : 6,5/7	19 études (1978 à 1988). Âge moyen : 40 ans ; 15 séances de thérapie ; Anxiété, dépression, somatiques. TCC, psychodynamique ou « alternatives »	Thérapie psychodynamique brève était inférieure à TCC ($d = 0,20$), fin du traitement ($d = 0,47$). Supériorité de la TCC maintenue 6 mois post-traitement
Shadish et coll. 1993 note : 5/7	163 études comparant les thérapies familiales et conjugales à des contrôles non traités ou traitements actifs. Problèmes comportementaux, sexuels, dépression, anxiété, substances Taille d'effet calculée selon d de Cohen	Pour les thérapies familiales ou maritales, les effets les plus grands sont observés pour les stratégies comportementales multiples ($d = 0,83$). Analyses des études appliquant mêmes méthodes pour les thérapies démontrent TCC supérieure aux thérapies éclectiques et « non classifiées » ; thérapies « non classifiées » supérieures aux approches éclectiques. Aucune autre différence significative (entre les approches systémique, rogerienne ou psychodynamique)

importante, cependant, concerne l'efficacité généralement supérieure de la TCC en comparaison avec les autres approches. Ces résultats peuvent être répartis en deux catégories. La première concerne les méta-analyses, pour lesquelles la TCC arrive en première position par rapport à un classement des tailles d'effets (Smith et Glass, 1977 ; Shapiro et Shapiro, 1982), mais sans différences significatives entre les diverses formes de psychothérapie ou sans examen statistique de cette différence. Le deuxième type de données concerne les méta-analyses qui ont effectué des comparaisons directes entre les différentes formes de psychothérapie et qui ont constaté la fréquente supériorité de la TCC et la stabilité de ses effets (Andrew et Harvey, 1981 ; Crits-Christoph et coll., 1991 ; Svartzberg et Stiles, 1991 ; Shadish et coll., 1993). Si les effets globaux positifs de la TCC apparaissent faibles (Shapiro et Shapiro, 1982), ou forts (Svartzberg et Stiles, 1991), on peut observer que ces résultats positifs semblent augmenter en fonction de la qualité de la méta-analyse. Toutefois, notons que les résultats positifs de la TCC sont atténués après des analyses secondaires sélectionnant seulement une partie des investigations (Smith et Glass, 1977) ou qui ont introduit certaines caractéristiques méthodologiques dans les modèles statistiques pour examiner la stabilité ou l'homogénéité des effets thérapeutiques (Crits-Christoph et coll., 1991). Le fait d'inclure l'utilisation d'un manuel de psychothérapie comme variable contrôle dans les analyses de cette dernière étude peut être considéré comme inapproprié (dans cette méta-analyse, l'utilisation d'un manuel était fortement corrélée avec l'approche TCC ce qui rend ces analyses secondaires impossibles à interpréter).

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

Enfin, une critique soulevée souvent par rapport aux études empiriques présentées dans le tableau 11. Il concerne les généralisations des résultats au niveau clinique et conduit à se demander si les échantillons utilisés dans ces études correspondent aux patients réellement rencontrés dans les centres cliniques. Cette critique semble recevable pour certaines études spécifiques qui ont recours aux échantillons « analogues » (tels que les étudiants des universités légèrement déprimés ou anxieux) ou à des échantillons ayant été soigneusement sélectionnés pour exclure certains troubles comorbides

fréquemment observés dans les centres cliniques ou les hôpitaux. Cependant, une récente investigation sur cette question a démontré que les études incluses dans les méta-analyses sont caractérisées par de fortes similitudes avec les patients normalement reçus dans les cliniques et hôpitaux (Shadish et coll., 2000). Par conséquent, ces informations attestent de la représentativité des patients inclus dans la plupart des méta-analyses et donc d'une possible généralisation des résultats présentés.

Analyse par trouble spécifique chez l'adulte

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

Comparaison des psychothérapies pour les troubles anxieux

Les troubles anxieux comprennent divers syndromes tels que le trouble de l'anxiété généralisée, le trouble panique, l'agoraphobie, le trouble obsessionnel compulsif, l'état de stress post-traumatique, la phobie sociale et les phobies spécifiques. Le tableau 11.III présente une synthèse des études comparatives des psychothérapies pour ces troubles, dont deux ayant mis en concurrence les psychothérapies pour divers troubles anxieux confondus. La première, une méta-analyse (Andrews et Harvey, 1981), représente une ré-analyse de l'étude de Smith et Glass (1977) incluant 81 études contrôlées, constituant la méta-analyse la plus importante sur le sujet. Ces études portaient sur des groupes représentatifs des deux sexes et la plupart (94 %) étaient fondées sur l'affectation randomisée des patients dans les différents groupes de traitement. Les sujets souffrant de troubles psychotiques, d'abus de substances et d'autres troubles présents dans la méta-analyse de Smith et Glass (1977), ont été exclus. Ces analyses portent donc, dans une large majorité, sur de jeunes adultes (30 ans en moyenne) atteints de troubles anxieux (88 %), mais aussi de troubles (somatiques) liés à l'anxiété ou de syndromes mixtes, anxio-dépressifs. En sélectionnant les patients de cette manière, cette méta-analyse a montré que l'approche TCC et les thérapies « verbales » (confondant les approches psychodynamiques et cognitives/gestalt) sont toutes les deux plus efficaces que la thérapie de soutien ou qu'un

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

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Andrews et Harvey, 1981 <i>Méta-analyse</i> note : 3/7	Ré-analyse de Smith et Glass patients « névrotiques » consultants (dépression et troubles anxieux) essais contrôlés publiés entre 1941 et 1976, 88 % troubles anxieux « purs », 12 % syndromes anxio-dépressifs (aucune dépression « pure ») Taille d'effet calculée selon d de Glass	Re-classification des thérapies par type : TCC (ou « comportementale »), verbale (psychodynamique, et cognitive/gestalt), rogerienne ou thérapie de soutien, placebo, et « autres » Thérapies rogeriennes ou de soutien = les moins efficaces (taille d'effet = 0,35), TCC = la plus efficace (taille d'effet = 0,97), thérapies verbales entre les deux (taille d'effet = 0,74). Différence entre ces approches statistiquement significative
Svartberg et coll., 1998 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 5,5/10	Thérapie brève psychanalytique, thérapie de soutien ; 20 patients adultes, principalement troubles anxieux (DSM-III) Le SCL-90 était utilisé comme variable dépendante fin traitement, puis à 6, 12, et 24 mois de suivi	L'index de sévérité globale du SCL-90 s'est amélioré avec le traitement, mais aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux types de thérapies.

traitement inactif pour ces formes de troubles mentaux. En outre, l'approche TCC était aussi significativement supérieure aux thérapies verbales. On doit noter que la catégorie TCC dans cette méta-analyse ne comprend que des investigations comportementales ou cognitivo-comportementales alors que les thérapies dites « verbales » combinent des formes très différentes en une seule catégorie. Il est, par conséquent, utile d'examiner les tailles d'effets pour les thérapies spécifiques dans les catégories « verbales ». Ces tailles d'effet sont de 1,20 pour les approches cognitives et gestalt et de 0,72 pour la thérapie psychodynamique.

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

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

Si les similarités existant entre les différentes formes de troubles anxieux peuvent justifier un examen global comme si elles ne constituaient qu'une seule catégorie de troubles mentaux, on peut néanmoins supposer que certains syndromes anxieux peuvent réagir différemment aux approches thérapeutiques spécifiques. Pour cette raison, l'efficacité doit être examinée pour chaque forme de psychothérapie et par syndrome spécifique. En ce qui concerne le trouble de l'anxiété généralisée (TAG), huit études sont présentées dans le tableau 11.IV. La première, une méta-analyse par Fisher et Durham (1999) a inclus 6 études contrôlées publiées entre 1987 et 1998 ; chacune de ces études a comparé au moins deux formes de psychothérapie

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

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Fisher et Durham, 1999 <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	TCC, psychodynamique et non-directive ; 6 études de patients adultes TAG (DSM-III-R ou DSM-IV) Taille d'effet calculée sur pourcentage de changement cliniquement significatif (méthode Jacobson)	TCC : traitement le plus efficace, post-traitement (48 % à 63 % rémission) et suivi (51 % à 60 % de rémission) Thérapie comportementale seule : 18 % rémission post-traitement, 11 % au suivi Psychothérapie psychodynamique : 9 % rémission post-traitement, 4 % au suivi
Blowers et coll., 1987 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	Thérapie cognitive + relaxation, soutien et contrôles non traités ; 66 patients avec TAG (DSM-III) avec ou sans dépression et trouble panique ; 8 séances sur 10 semaines Analyses à post-traitement et à 6 mois sur la <i>Clinical anxiety scale</i> , adaptation sociale (SAS) et STAI	Peu de différences entre les deux thérapies à la fin du traitement ou au suivi Les différences observées étaient en faveur de la TCC.
White et coll., 1992 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 7/10	Thérapie cognitive, comportementale, TCC, psychodynamique et contrôles non traités ; 119 patients avec TAG (DSM-III-R) ; 6 séances en groupe de 2 heures Analyses à post-traitement et à 6 mois sur STAI, Beck attitudes dysfonctionnelles et perception somatique	TCC (comportementale, cognitive ou combinaison) : plus de changements statistiquement significatifs que psychodynamique

Tableau 11.IV (suite) : Études comparant différentes formes de psychothérapie pour le trouble de l'anxiété généralisée

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Borkovec et coll., 1993 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	TCC, comportementale et thérapie de soutien 55 patients avec TAG (DSM-III-R) Patients randomisés aux thérapies pour 12 séances sur 6 semaines Analyses effectuées à post-traitement, 6 mois, et 1 an sur STAI, <i>Penn State</i> , Zung anxiété et BDI	TCC et thérapie comportementale supérieures aux thérapies de soutien/non-directives avec des taux de réponse de 58 %, 72 % et 22 % respectivement. À 6 mois et 1 an = 84 % et 84 % pour la TCC 68 % et 66 % pour la thérapie comportementale 46 % et 38 % pour la thérapie de soutien/non-directive
Durham et coll., 1994 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 7,5/10	Thérapie cognitive, gestion de l'anxiété et thérapie psychodynamique 80 patients adultes avec TAG (DSM-III-R) Analyses effectuées à post-traitement et à 6 mois de suivi sur évaluations des cliniciens (Hamilton anxiété, SAS) et des patients (BAI, BDI, STAI)	Amélioration statistiquement significative pour thérapie cognitive post-traitement et suivi pour toutes les mesures ; améliorations sur 5 des 9 mesures post-traitement pour psychodynamique mais aucune amélioration au suivi ; thérapie cognitive significativement plus efficace que thérapie psychodynamique sur diverses mesures à la fois post-traitement et à 6 mois de suivi ; gestion de l'anxiété située entre les deux autres thérapies, et supérieure à la thérapie psychodynamique sur 2 mesures au suivi
Stanley et coll., 1996 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8/10	TCC groupe, thérapie de soutien groupe pour 14 semaines patients avec TAG (DSM-III-R) Analyses effectuées à post-traitement et à 6 mois sur <i>Penn State</i> , STAI, Hamilton anxiété et dépression	Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes à la fin du traitement et les gains thérapeutiques se sont maintenus à 6 mois de suivi
Borkovec et coll., 1987 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	Thérapie cognitive + relaxation, thérapie de soutien pour 12 séances sur 6 semaines ; 30 patients avec TAG (DSM-III) Analyses à post-traitement sur Hamilton anxiété, Zung anxiété, STAI, <i>Fear questionnaire</i>	Les résultats obtenus par la thérapie cognitive et la relaxation étaient significativement meilleurs que ceux obtenus par la thérapie de soutien sur diverses mesures.
Durham et coll., 1999 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 7,5/10	Même étude que Durham, 1994, mais avec 1 an suivi Analyses à 1 an sur instruments remplis par clinicien (Hamilton anxiété, SAS) ou patient (BAI, BDI, STAI)	TCC significativement meilleure que thérapie psychodynamique à suivi d'1 an sur 4 des 5 mesures de l'anxiété ; gestion de l'anxiété ne différait pas de manière significative de la thérapie psychodynamique dans des conditions de faible contact mais TCC était significativement supérieure aux deux. Les meilleurs résultats à 1 an de suivi trouvés pour TCC et avec contact important

BAI : *Beck anxiety inventory* ; BDI : *Beck depression inventory* ; SAS : échelle d'adaptation sociale ; STAI : *State-trait anxiety inventory*

parmi lesquelles l'approche psychodynamique, la TCC ou la thérapie de soutien. L'avantage de cette méta-analyse est qu'elle comprend des études ayant utilisé la même mesure d'anxiété comme variable dépendante (le *State-trait anxiety inventory* ou STAI) et que les données originales ont été obtenues de chaque investigateur. Cette méta-analyse a montré que la TCC est l'approche la plus efficace et que la thérapie psychodynamique est celle apportant les moins bons résultats relativement aux taux d'amélioration cliniquement significatifs, que ce soit à la fin du traitement ou au bout de 6 mois (aucune étude sur les thérapies familiales n'a été examinée dans cette méta-analyse).

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

Par ailleurs, trois études (White et coll., 1992 ; Durham et coll., 1994 et 1999) ont comparé la thérapie psychodynamique à la TCC directement dans le traitement des patients atteints du TAG. L'étude de White et coll (1992) avait l'échantillon le plus important (119 patients) et était caractérisée par le plus grand nombre de comparaisons entre les traitements (thérapie cognitive, comportementale, leur combinaison, thérapie psychodynamique, patients non traités). Dans cette étude, les thérapies TCC, quel qu'en soit le type, étaient associées à une meilleure amélioration que le groupe psychodynamique. Les deux études de Durham et coll. (1994 et 1999), représentent, en effet, le même programme de recherche prospectif et, par conséquent, possèdent la même méthodologie et un échantillon de 80 patients. Les évaluations des personnes dans ces études étaient effectuées à la fin du traitement ainsi qu'à 6 mois et 1 an de suivi. Parallèlement aux observations de White et coll.

(1992), Durham et coll. mettent en évidence une efficacité supérieure de la TCC en comparaison avec la thérapie psychodynamique. Ces résultats ont été observés à la fin du traitement ainsi que pour chaque période de suivi.

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

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

La majorité des comparaisons entre la TCC et les psychothérapies de soutien pour d'autres troubles anxieux spécifiques démontre, le plus souvent, l'efficacité supérieure de la TCC. Concernant la phobie sociale, la TCC a été comparée à une thérapie de soutien dans trois études (tableau 11.V). Deux de ces études (Bruch et coll., 1991 ; Heimberg et coll., 1998) ont administré les traitements en groupe et pour 12 semaines, mais chacune a examiné des

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

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

FQ : *Fear questionnaire* ; LSAS : *Liebowitz social anxiety scale* ; SOM : *State of mind model*

aspects différents de ce trouble. L'étude de Bruch et coll. s'est centrée sur l'amélioration du monologue interne négatif du patient dans les situations sociales, à la fin du traitement et à 6 mois de suivi, tandis que Heimberg et coll. ont examiné des mesures plus diversifiées de la peur et de l'anxiété sociale à la fin du traitement. Cette dernière étude a également évalué l'amélioration de l'anxiété sociale, jugée par un clinicien de façon aveugle par rapport au traitement reçu par les patients. Bruch et coll. ont observé une supériorité de la TCC à 6 mois de suivi et Heimberg et coll. ont trouvé que presque deux fois plus de patients traités par la TCC avaient fortement progressé à la fin du traitement, en comparaison avec une thérapie de soutien. La troisième et plus récente étude (Cottraux et coll., 2000) a comparé la thérapie de soutien à un traitement combinant la thérapie cognitive et des séances de compétences sociales. Parallèlement aux deux autres études, la TCC était supérieure à la thérapie de soutien sur diverses mesures de l'anxiété sociale.

Le trouble panique est un syndrome anxieux souvent pris à tort pour une maladie organique fréquemment soignée dans les centres d'urgence ou d'autres cliniques spécialisées (cardiologie...). Trois études comparatives, présentées dans le tableau 11.VI, montrent que certaines formes de psychothérapie sont très efficaces dans le traitement de ce syndrome. Une étude de

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

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Beck et coll., 1992 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8/10	33 patients atteints de trouble panique (DSM-III) randomisés à 12 semaines de thérapie cognitive ou 8 semaines de thérapie de soutien BAI, <i>Specific fear inventory</i> , évaluation de la sévérité du syndrome panique par clinicien	En fin traitement, les patients recevant une thérapie cognitive avaient une forte réduction de la fréquence de leurs attaques de panique ainsi que de leur niveau d'anxiété général (évalué par patient ou par clinicien) par rapport à une thérapie de soutien.
Craske et coll., 1995 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8/10	30 patients adultes, souffrant de trouble panique (DSM-III-R) après randomisation, patients ont reçu 4 séances de TCC ou thérapie de soutien Évaluation des symptômes du trouble panique (clinicien et patient) ainsi qu'anxiété générale	Plus de patients dans le groupe TCC ont atteint un changement cliniquement significatif du nombre et de la crainte d'attaques de panique par rapport au groupe recevant une thérapie de soutien.
Shear et coll., 2001 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 10/10	66 patients adultes, souffrant de trouble panique (DSM-IV) ; 12 séances de TCC ou thérapie soutien PDSS administré fin traitement et pendant 6 mois de suivi	TCC amélioration plus importante que thérapie de soutien à fin traitement et au suivi

PDSS : *Panic disorder severity scale* ; BAI : *Beck anxiety inventory*

Beck et coll. (1992) ayant administré une thérapie cognitive a observé une réduction de l'anxiété générale et de la peur évaluées par les patients ainsi qu'une diminution de la sévérité du trouble panique, évaluée par le clinicien. Ces améliorations étaient supérieures à celles observées pour les patients recevant une psychothérapie de soutien (néanmoins, il faut noter que les patients ont reçu plus de séances de TCC que de thérapie de soutien). Craske et coll. (1995) ont appliqué un programme bref de thérapie de soutien (4 séances) ou un nombre égal de séances de TCC fondées sur un modèle qui considère le trouble panique comme une phobie acquise des sensations corporelles. Les résultats observés sur la sévérité du trouble panique évaluée par les patients ainsi que par les cliniciens démontrent une efficacité supérieure pour la TCC en comparaison avec la thérapie de soutien. Enfin, dans une étude récente et remarquablement bien construite sur le plan méthodologique, Shear et coll. (2001) ont examiné un grand échantillon de patients atteints de troubles panique et observé la supériorité de la TCC en comparaison avec une thérapie de soutien, à la fois à la fin du traitement et à 6 mois de suivi.

Le dernier trouble anxieux, présenté dans le tableau 11.VII, concerne l'état de stress post-traumatique (PTSD). Deux études ont comparé la TCC à une thérapie de soutien dans le traitement des populations les plus susceptibles

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

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

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

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Foa et coll., 1991 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8,5/10	45 femmes (PTSD, DSM-III-R) suite à un viol ; 9 séances de TCC (exposition prolongée ou « inoculation de stress ») ou d'une thérapie de soutien PTSD sévérité évaluée par clinicien, STAI, RAST, à fin traitement ou 3 mois de suivi	Inoculation de stress (TCC) plus efficace qu'une thérapie de soutien à fin traitement et exposition prolongée (TCC) plus efficace qu'une thérapie de soutien au suivi sur diverses mesures de PTSD
Brom et coll., 1989 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 6/10	60 victimes d'accident routier, agression ou décès d'un proche (PTSD, DSM-III), 15 séances en moyenne de TCC ou 19 séances en moyenne de thérapie de soutien PTSD sévérité et psychopathologie générale évaluée par STAI, SCL-90, DPQ à fin traitement et 3 mois de suivi	TCC et thérapie psychodynamique significativement meilleures que non-traitement, mais peu de différences entre ces formes de psychothérapie
Blanchard et coll., 2003 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	78 victimes d'un accident routier (PTSD, DSM-IV) ; 10 séances en moyenne de TCC ou thérapie de soutien PTSD sévérité (évaluée par clinicien, STAI et <i>PTSD Checklist</i>), à fin traitement ou 3 mois de suivi	TCC avait de meilleurs résultats que thérapie de soutien sur symptômes de PTSD et troubles comorbides à fin traitement et après 3 mois de suivi

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

Comparaison des psychothérapies pour les troubles dépressifs

La dépression est un syndrome hétérogène impliquant des facteurs étiologiques divers et pris en charge par des options thérapeutiques variables. Le tableau 11.VIII présente des méta-analyses et revues systématiques qui comparent les différentes formes de psychothérapie pour ces troubles. Les

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

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Dobson, 1989 <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	Analyses de 7 études comparant TCC, IPT (la plupart psychodynamique) et thérapie psychodynamique traditionnelle Patients adultes souffrant de dépression Taille d'effet calculée selon d de Glass à post-traitement BDI utilisé comme mesure principale de la dépression	TCC : amélioration meilleure que pour 70 % des patients recevant d'autres thérapies (taille d'effet : - 0,54) (IPT, psychodynamique, et thérapie de soutien analysées ensemble)
Engels et Vermeij, 1997 <i>Méta-analyse</i> note : 5,5/7	Analyse de 17 études de TCC et diverses formes de psychothérapie (thérapie de réminiscence, colère exprimée...) Patients âgés atteints de dépression (diagnostic ou symptômes) Taille d'effet calculée selon d scores à post-traitement ou suivi sur HRSD, BDI ou GDS	Thérapies cognitives ou comportementales supérieures aux « autres » thérapies à la fin du traitement ou au suivi (d = 0,85 thérapie cognitive, d = 0,96 thérapie comportementales) Une seule étude contrôlée retenue sur la thérapie psychodynamique : aucune conclusion n'a pu être tirée.
Gloaguen et coll., 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Analyses de 48 études de TCC, antidépresseurs et autres formes de psychothérapie (psychodynamique, soutien, IPT) Taille d'effet calculée selon d + scores à post-traitement sur le BDI	TCC : amélioration meilleure que pour des patients recevant d'autres thérapies (taille d'effet = - 0,24)
McCusker et coll., 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Analyses de 40 études de TCC ou thérapie psychodynamique Patients âgés souffrant de dépression (55 ans ou plus), diagnostic basé sur DSM ou seuil échelle syndrome Analyses (<i>random effects</i>) centrées sur les scores moyens de l'HRSD et diverses autres mesures de la dépression à post-traitement	TCC significativement supérieure aux contrôles non traités ou au placebo dans la plupart des analyses Thérapie psychodynamique supérieure aux contrôles non traités ou au placebo dans aucune analyse TCC pas significativement supérieure aux interventions psychodynamiques
Cuijpers, 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	14 études avec données « pré » et « post » ; TCC, psychodynamique, thérapie de réminiscence, thérapie de soutien, liste d'attente Adultes 55 ans ou plus ; dépression (DSM ou RDC) Analyses effectuées pour tailles d'effet avec diverses mesures, d de Cohen, <i>failsafe</i> n = 40	Tendance pour TCC supérieure aux autres approches (toutes formes combinées, d = 0,20) ; cette différence devient statistiquement significative quand thérapies comportementale et cognitivo-comportementale sont combinées

Tableau 11.VIII (suite) : Bilan des méta-analyses et revues systématiques ayant comparé différentes formes de psychothérapie pour les troubles dépressifs

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Thase et coll., 2000 <i>Méga-analyse</i> note : 5,5/7	2 études avec analyses des données originales « pré » « post » ; TCC seule ou thérapie de soutien avec placebo pour 16 semaines 190 patients adultes avec dépression majeure (DSM-III) Dépression évaluée par HRSD, méga-analyses par ANCOVA à 4 et 16 semaines	TCC significativement supérieure à thérapie de soutien à 4 semaines et dans la plupart des analyses à 16 semaines. TCC particulièrement efficace pour les patients en couple par rapport aux patients vivant seuls
Pinquart et Soerensen, 2001 <i>Méga-analyse</i> note : 5/7	122 études comparant 9 thérapies différentes (sauf thérapie familiale), 2 groupes contrôles (non traité ou groupe parole) Adultes âgés de 55 à 87 ans, souffrant de dépression Dépression évaluée par autoquestionnaire et par diagnostic, tailles d'effet calculées selon d scores	TCC et thérapie psychodynamique plus efficaces que thérapie de soutien Sur critères auto-évalués (tels que le bien-être subjectif), la TCC et la « thérapie d'augmentation de contrôle » avaient de meilleurs résultats que thérapie psychodynamique mais non significatifs
Jarrett et Rush, 1994 <i>Revue systématique</i>	TCC, IPT, thérapie psychodynamique brève, et contrôles (liste d'attente, placebo thérapie de soutien) Patients adultes souffrant de dépression non psychotique, (critères RDC, CIM ou DSM) Méthode de <i>box scores</i> (fréquences de supériorité, égalité ou infériorité), sur divers questionnaires de dépression (BDI, HDRS...) fin traitement	Dix études ont comparé la psychothérapie psychodynamique à d'autres formes de psychothérapie (1 avec thérapie de soutien, 9 avec TCC). Aucune de ces études n'a montré la supériorité de la thérapie psychodynamique, 6 ont obtenu des résultats équivalents, et 4 études ont montré que la TCC était supérieure à la thérapie psychodynamique. Dans 1 étude la TCC était équivalente à l'IPT et dans 4 études équivalente à une thérapie de soutien.
Gatz et coll., 1998 <i>Revue systématique</i>	TCC, psychodynamique 3 études analysées sur des personnes âgées souffrant de dépression (55 ans ou plus) Patients randomisés aux thérapies Analyses effectuées post-traitement et au suivi (jusqu'à 36 semaines) sur BDI et HRSD 3 études expertisées aussi individuellement	3 études comparatives TCC et thérapie psychodynamique Comparaisons post-test égales études : TCC meilleur maintien des gains et de l'amélioration au suivi

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

mesures de la dépression ont varié considérablement suivant les études, mais les instruments les plus fréquents étaient les échelles d'Hamilton (HRSD) et de Beck (BDI). Si toutes les études ont examiné les symptômes ou diagnostics de la dépression, on peut remarquer que quatre de ces études (Dobson, 1989 ; Jarrett et Rush, 1994 ; Gloaguen et coll., 1998 ; Thase et coll., 2000) ont

examiné une population générale d'adultes de 18 ans ou plus, tandis que cinq ont étudié des échantillons de plus de 55 ans (Engels et Vermey, 1997 ; Cuijpers, 1998 ; Gatz et coll., 1998 ; McCusker et coll., 1998 ; Pinquart et Soerensen, 2001).

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

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

En dehors de ces méta-analyses, deux revues systématiques ont comparé différentes formes de psychothérapie pour les troubles dépressifs. La première, celle de Jarrett et Rush (1994), a comparé des études de patients adultes non psychotiques, atteints de dépression majeure. La thérapie psychodynamique brève, la TCC, l'IPT étaient comparées à la fin du traitement entre elles ou à une thérapie de soutien, liste d'attente ou traitement inactif. Cette étude a utilisé la méthode de « *box score* » utilisée par Luborsky et coll. (1975), qui indique le nombre d'études concluantes pour une supériorité, équivalence ou infériorité d'une approche donnée. Des neuf études comparant l'approche psychodynamique et la TCC, aucune n'a montré la supériorité de la thérapie psychodynamique, cinq ont obtenu des résultats équivalents et quatre ont trouvé que la TCC était supérieure à la thérapie psychodynamique. Dans les autres comparaisons, la TCC était équivalente à l'IPT dans une étude et équivalente à une thérapie de soutien dans quatre autres. Une seule étude a comparé une thérapie psychodynamique à une thérapie de soutien ; elle n'a

trouvé aucune différence entre ces traitements. Enfin, une revue systématique concernant des personnes âgées atteintes de dépression (Gatz et coll., 1998) a examiné trois études comparant une thérapie psychodynamique à la TCC à, à la fin du traitement et à un suivi de 36 semaines. Aucune différence entre ces thérapies n'a été observée à la fin du traitement, mais deux des trois études ont trouvé chez les patients traités par la TCC une plus grande amélioration et une meilleure maintenance des gains par rapport à la thérapie psychodynamique sur le suivi.

En ce qui concerne les études contrôlées randomisées, quinze ont directement comparé l'approche psychodynamique et la TCC. Ces études sont présentées dans le tableau 11.IX. De façon comparable aux études présentées auparavant sur les troubles anxieux, la majorité de ces investigations ont utilisé de multiples instruments de la dépression administrés par le clinicien ou des auto-évaluations par le patient (dont les plus fréquents étaient le BDI,

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

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
McLean et Hakstian, 1979 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 7/10	Thérapie psychodynamique, thérapie comportementale, méditation 196 patients souffrant de dépression (RDC) Analyses effectuées à post-traitement et à 3 mois suivi sur BDI et échelles d'Eysenck (neuroticisme et extraversion)	Thérapie comportementale : scores significativement plus bas que psychodynamique sur une mesure de dépression à la fin du traitement, et meilleurs scores que groupe psychodynamique à trois mois mais non significatifs
Liberman et Eckman, 1981 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 6,5/10	Thérapie comportementale, psychodynamique (8 jours, 4 heures par jour) 24 patients souffrant de dépression et tentatives de suicide Patients comparés à 2, 6, 12, 24, et 36 semaines sur BDI, Zung, MMPI, <i>Fear survey schedule</i> , tentatives de suicide	Les deux types d'interventions : amélioration sur diverses mesures Thérapie comportementale plus efficace que la thérapie psychodynamique sur chacune des mesures à chaque période de suivi
Gallagher et Thompson, 1982 et 1983 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 7/10	TCC, psychothérapie psychodynamique (16 séances sur 12 semaines) 30 patients âgés avec dépression majeure mélancolique ou non mélancolique (RDC) Analyses effectuées à fin traitement et à 1,5, 3, 6, et 12 mois de suivi sur HSRD, BDI, Zung	Aucune différence entre les patients à fin traitement selon le type de thérapie TCC : scores de dépression significativement plus bas et moins de rechutes dans la période de suivi que groupe psychodynamique
Steuer et coll., 1984 <i>Étude contrôlée semi-randomisée</i> note : 8,5/10	TCC ou thérapie de groupe psychodynamique pour 36 semaines patients âgés avec dépression majeure (DSM) Analyses effectuées à 4, 8, 12, 26 et 36 semaines sur BDI, Zung et HAMD	Analyses inter- et intragroupe : groupe TCC supérieur au groupe psychodynamique seulement pour le BDI, pas pour les autres mesures

Tableau 11.IX (suite) : Bilan des études contrôlées comparant la TCC à une thérapie psychodynamique pour la dépression

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Graff et coll., 1986 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 4/10	TCC groupe (12 heures), thérapie de groupe psychodynamique-soutien (20 heures), liste d'attente, contact minimal 46 femmes divorcées avec niveau modéré ou élevé de symptômes dépressifs Analyses effectuées fin traitement et 4 mois de suivi sur BDI, Lubin Rosenberg, Eysenck neuroticisme	TCC significativement supérieure à thérapie de soutien psychodynamique sur des mesures de neuroticisme à la fin du traitement et supérieur sur des mesures de neuroticisme et de dépression au suivi (Lubin)
Thompson et coll., 1987 et 1990 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 7,5/10	Thérapie cognitive, comportementale, thérapie psychodynamique brève (16 séances) et contrôles non traités 91 patients âgés (> 60 ans) souffrant de dépression majeure (RDC) Analyses effectuées fin traitement sur critères diagnostiques et mesures dimensionnelles (BDI, <i>geriatric depression scale</i> , HRSD)	Tous les groupes : amélioration significative Aucune différence entre modalités de traitement à fin traitement ou sur la période de suivi de 2 ans
Cooper et coll., 1997 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 5/10	Thérapie de soutien, TCC, et thérapie psychodynamique (10 semaines) 194 femmes souffrant de dépression (DSM-III-R, post-partum) Analyses effectuées fin traitement et à 9 et 18 mois sur dépression post-partum utilisant des mesures dimensionnelles (Edinburgh), et diagnostic (SCID)	Toutes les approches psychothérapeutiques : amélioration de la dépression mais maintien des gains de thérapie plus élevé pour la TCC Aucune différence significative entre les thérapies
Covi et coll., 1990 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	TCC groupe, psychodynamique groupe (14 semaines, 2 heures par séance) 70 adultes souffrant de dépression (RDC) Analyses effectuées fin traitement sur mesures remplies par le clinicien (HRSD et SADS) et par le patient (BDI, HSCL-90, SAS, DAS)	TCC plus efficace que thérapie psychodynamique pour la dépression, qu'elle soit évaluée de façon aveugle par le clinicien ou par autoquestionnaire
Gallagher-Thompson et coll., 1994 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8/10	Thérapie psychodynamique brève, TCC (16 à 20 séances) 66 personnes souffrant de dépression (RDC) responsables des soins quotidiens d'un parent malade Analyses effectuées à 10 semaines, fin de thérapie, et 3 et 12 mois de suivi sur pourcentage des patients en rémission ou améliorés	Pas de différences globales entre les types de traitement Les individus souffrant de dépression avec « fardeaux récents » ont été mieux aidés par la thérapie psychodynamique et ceux donnant des soins de longue date par la TCC.
Tang et coll., 2002 <i>Essai comparatif</i> note : 6/10	TCC, thérapie psychodynamique « de soutien-expressive » (16 à 20 séances) 83 patients adultes souffrant de dépression chronique ou majeure Analyses effectuées pendant la thérapie à post-traitement et à 6 mois de suivi sur BDI	TCC et thérapie psychodynamique « expression-soutien » : amélioration rapide et amplitude de la réduction de la symptomatologie dépressive similaire TCC gains plus stables dans le temps

Tableau 11.IX (suite) : Bilan des études contrôlées comparant la TCC à une thérapie psychodynamique pour la dépression

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Hogg et Deffenbacher, 1988 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8/10	Thérapie cognitive en groupe, IP (Yalom) en groupe (8 semaines) 37 étudiants souffrant de dépression Analyses effectuées à post-traitement sur le BDI	Aucune différence entre les types de thérapie en termes d'amélioration de la dépression à la fin du traitement
Shapiro et coll., 1994 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	TCC, IP psychodynamique (16 séances) 117 patients adultes souffrant de dépression Analyses effectuées sur la moyenne des scores de symptomatologie dépressive à post-traitement et 3 mois suivi	Thérapie cognitive significativement meilleure que la thérapie IP psychodynamique concernant la BDI et, pour les personnes atteintes d'une dépression modérée concernant le PSE (<i>Present state examination</i>). Aucune autre différence significative
Hardy et coll., 1998 (associé avec Shapiro et coll., 1994) <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	TCC, IP psychodynamique 117 patients souffrant de dépression majeure (voir étude de Shapiro et coll., 1994) Analyses effectuées post-traitement et à 3 mois et 1 an de suivi sur BDI et SCL-90	TCC plus efficace que la thérapie IP psychodynamique (Shapiro et coll., 1994) TCC meilleurs résultats avec patients atteints du trouble de personnalité comorbide (Cluster C)
Barkham et coll., 1996 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8,5/10	TCC, IP psychodynamique (réplique de Shapiro et coll., 1994 sur échantillon indépendant) ; 8 à 16 séances de thérapie 36 patients adultes souffrant de dépression majeure (DSM) Analyses effectuées post-traitement sur BDI, SCL-90-R, <i>Inventory of interpersonal functioning</i> et estime de soi	TCC et IP psychodynamique pas différentes dans les analyses globales et dans analyses plus spécifiques Tendance statistique TCC supérieure dans des analyses globales et TCC était significativement supérieure à IP psychodynamique pour évaluation des problèmes interpersonnels à fin traitement
Barkham et coll., 1999 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8/10	TCC brève, IP psychodynamique brève (3 séances) 116 patients souffrant d'une dépression légère ou modérée Analyses effectuées pendant traitement, post-traitement et 1 an suivi sur BDI, SCL-90-R, <i>Inventory of interpersonal problems</i>	Différences entre TCC et IP psychodynamique après troisième séance en faveur de la TCC mais tendance non significative À 1 an de suivi différence pour les scores du BDI obtenue en faveur de la TCC

BDI : *Beck depression inventory* ; SAS : *Social adjustment scale* ; DAS : *Dysfunctional attitude scale* ; HRSD et HAMD : échelle de dépression d'Hamilton ; HSCL-90 : liste de symptômes ; SCID : *Structured clinical interview for DSM-III-R* ; sads : *Schedule for affective disorder and schizophrenia* ; MMPI : *Minnesota multiphasic personality inventory*

l'HRSD et le *checklist* des symptômes de Derogatis, SCL-90). La qualité méthodologique de ces études semble légèrement moins homogène que celles des études contrôlées pour les troubles anxieux, avec un score de rigueur méthodologique entre 4 et 9 (sur un maximum de 10). La majorité des études ont néanmoins effectué un suivi des patients qui varie entre 3 mois et 2 ans après la fin du traitement. Presque toutes ces investigations ont administré

des formes brèves de psychothérapie de 8 à 20 séances : les deux exceptions étaient l'étude de Steuer et coll. (1984) rapportant 36 semaines de psychothérapie aux personnes âgées et une étude de Barkham et coll. (1999) qui se distingue par une période particulièrement brève des interventions. Cette dernière étude n'a administré que 3 séances de psychothérapie (deux sur deux semaines, une trois mois plus tard), mais aux personnes atteintes d'une dépression relativement légère.

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

Concernant les quatre études qui n'ont pas trouvé de différences significatives entre la TCC et la thérapie psychodynamique, deux avaient des qualités méthodologiques modestes, mais des périodes de suivi particulièrement

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

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

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

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Cooper et coll., 1997 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 5/10	Thérapie de soutien, TCC, et thérapie psychodynamique (10 semaines) 194 femmes souffrant de dépression (DSM-III-R, post-partum) Analyses effectuées fin traitement et à 9 et 18 mois sur l'Edinburgh et statut diagnostique (SCID)	Amélioration de la dépression pour toutes les approches psychothérapeutiques mais maintien des gains de thérapie le plus élevé pour la TCC Aucune différence significative entre les thérapies
Bright et coll., 1999 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8/10	TCC, thérapie de soutien (7 séances) 98 patients souffrant de dépression (DSM-III-R) Analyses effectuées post-traitement sur BDI, HRSD et diverses autres variables psychologiques	Les deux types de thérapies efficaces dans la réduction des symptômes dépressifs et aucune différence entre ces deux thérapies
Ward et coll., 2000 <i>Étude semi-contrôlée randomisée</i> note : 5,5/10	Thérapie de soutien, TCC ou soins en médecine générale (6 séances en moyenne) 464 patients souffrant de dépression Analyses effectuées à 4 mois de suivi et à 12 mois sur BDI, ajustement social et satisfaction	Les deux types de thérapies efficaces de façon équivalente dans la réduction des symptômes dépressifs plus rapidement à 4 mois que le groupe consultant un médecin généraliste TCC et soins pourvus par les médecins généralistes significativement meilleurs que thérapie de soutien à 12 mois pour ajustement social
Mohr et coll., 2001 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	TCC individuelle, « de soutien-expressive » psychothérapie de groupe (16 semaines) 63 patients atteints de sclérose en plaques et dépression (DSM-IV) Analyses effectuées à 4, 8, 12 semaines et à post-traitement sur BDI et HRSD	TCC significativement plus efficace que thérapie expressive de soutien sur une mesure dimensionnelle de la dépression et sur pourcentage de patients en rémission de la dépression majeure

de traitement. En revanche, la dernière étude (Mohr et coll., 2001) présentée dans le tableau et caractérisée par la plus grande rigueur méthodologique, a comparé la TCC avec une thérapie de soutien administrée en groupe pour la dépression majeure dans un échantillon médical (patients atteints de sclérose en plaques). Cette étude a observé que la TCC était supérieure à la thérapie de soutien à la fin du traitement, en termes de symptômes et de pourcentage de patients en rémission de dépression.

Enfin, deux études (Elkin et coll., 1989 ; Agosti et Ocepek-Welikson, 1997) ont comparé la TCC à l'IPT (psychothérapie interpersonnelle) dans la même étude multi-site connue sous le nom de « Programme collaboratif pour le traitement de la dépression ». Cette étude, conduite par des investigateurs de l'Institut national de la santé mentale aux États-Unis, est caractérisée par un grand échantillon et une forte rigueur méthodologique. La dépression ainsi

que d'autres formes de psychopathologie ont été examinées par divers instruments administrés par le clinicien ou auto-évalués par les patients eux-mêmes (tableau 11.XI). On doit noter ici que la forme d'IPT présentée par ces études est une forme de psychothérapie « non intrapsychique » qui met l'accent sur le présent plutôt que sur les expériences du plus jeune âge. Ses objectifs principaux sont d'encourager la maîtrise des rôles sociaux et l'adaptation aux situations interpersonnelles. Dans ce sens, l'IPT n'est pas considérée comme une thérapie psychodynamique car elle « ne tente pas d'interpréter et de reconstruire les personnalités mais repose sur des techniques familières telles que le fait de rassurer, de clarifier les états émotionnels profonds, d'améliorer les communications interpersonnelles et celui de tester la réalité des perceptions et des performances » (Elkin, 1985, p. 311).

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

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Elkin et coll., 1989 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	IPT, TCC (pour 16 semaines) avec comparaison imipramine, placebo ou groupe contrôle 204 patients adultes atteints de dépression (RDC) Analyses post-traitement sur symptômes dépressifs, psychopathologie générale, et fonctionnement global sur HRSD, GAS, BDI et HSCL-90	IPT et TCC ont effets significatifs dans l'amélioration du patient Aucune différence significative entre ces deux formes de psychothérapie
Agosti et Ocepek-Welikson, 1997 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8,5/10	TCC, IPT pour 16 semaines (ré-analyse de l'étude <i>NIMH collaborative</i>) 65 patients souffrant de dépression chronique avec âge début précoce Analyses effectuées post-traitement sur : BDI et HRSD	Aucun des groupes de traitement (TCC, IPT ou imipramine) n'était significativement plus efficace que le placebo pour niveau de dépression à fin traitement

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

Une étude récente remet en question la véritable distinction entre la TCC et l'IPT. D'après les transcriptions des séances d'IPT ou de TCC administrées

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

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

Comparaison des psychothérapies pour la schizophrénie

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

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

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

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

« verbales » ; mélange de l'approche psychodynamique avec la psycho-éducation). C'est pourquoi il faut être prudent avant de conclure à des différences séparant les diverses thérapies examinées par ces méta-analyses.

Le tableau 11.XIII présente les résultats de six études randomisées contrôlées de différentes psychothérapies pour la schizophrénie. Quatre d'entre elles (Eckman et coll., 1992 ; Drury et coll., 1996a et b ; Tarrier, 1998 ; Haddock et coll., 1999) ont comparé l'efficacité de diverses formes de TCC avec d'autres approches psychothérapeutiques. L'étude d'Eckman et coll. (1992) a comparé la TCC à une forme de psychothérapie intégrant les techniques psychodynamiques et de soutien et toutes les deux ont été administrées dans un format de groupe pendant une heure et demi pour une période d'un an (2 fois par semaine pendant 6 mois, puis 1 fois par semaine pendant 6 mois). Les comparaisons entre les thérapies ont été effectuées après une année entière de traitement ainsi qu'à 6 et 12 mois de suivi. La TCC était associée à une amélioration de la gestion des médicaments et des symptômes du patient, tandis qu'aucune amélioration n'a été trouvée pour la thérapie psychodynamique de soutien. La TCC administrée dans une combinaison de séances individuelles et familiales a été comparée par Drury et coll. (1996a et b) à une thérapie de récréation. Ils ont remarqué que la TCC était plus efficace

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

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

Tableau 11.XIII (suite) : Études contrôlées ayant comparé différentes formes de psychothérapie pour la schizophrénie

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

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

dans la réduction des symptômes positifs chez ces patients ainsi que par rapport au nombre de jours passés à l'hôpital et aux rechutes sur une période de 9 mois après la fin du traitement. Enfin, Tarrier (1998) et Haddock et coll. (1999) ont comparé la TCC à une thérapie de soutien et trouvé des bénéfices pour ces deux approches. Cependant, Tarrier a observé une plus grande réduction des symptômes positifs pour le groupe TCC à la fin du traitement et sur l'année de suivi (dans un échantillon de patients atteints d'hallucinations persistantes, résistantes aux médicaments).

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

En ce qui concerne les deux autres études comparatives, celle de Gunderson et coll. (1984) a examiné une forme de thérapie psychodynamique en comparaison avec une thérapie « réalité-adaptative/soutien » administrée pour une période d'un an avec un suivi de deux ans. Les auteurs remarquent que la fréquence et l'amplitude des différences étaient généralement faibles et qu'aucun avantage clair n'était observable pour aucune de ces thérapies.

Toutefois, ils ont trouvé que la thérapie « réalité-adaptive/soutien » était plus efficace que l'approche psychodynamique pour réduire les taux de rechute, mais moins efficace que l'approche psychodynamique pour le fonctionnement cognitif et celui de la personnalité. Enfin, une comparaison entre la thérapie « personnelle » (une approche de *coping*, centrée sur la réactivité au stress), la thérapie familiale et la thérapie de soutien a été menée par Hogarty et coll (1997a et b). Cette étude est caractérisée par une période de suivi la plus longue de toutes les études analysées (2 à 3 séances par mois pour une période de 3 ans). Aucune forme de thérapie spécifique, dans cette étude, n'a montré une supériorité globale par rapport aux autres au fil du temps mais avec des effets positifs différents en fonction des conditions de vie du patient (selon qu'il vivait seul ou en famille).

Comparaison des psychothérapies pour les troubles des comportements alimentaires

Les données relatives aux troubles de l'alimentation, en particulier la boulimie et l'anorexie, sont suffisamment conséquentes pour que l'on puisse envisager de dégager la meilleure efficacité de certaines formes de psychothérapie (tableau 11.XIV). Une seule méta-analyse (Hartmann et coll., 1992) a été effectuée et spécifiquement pour la boulimie. L'examen des résultats des neuf études regroupées dans cette méta-analyse ne dégage aucune différence entre les diverses thérapies (psychodynamique, TCC, familiale, soutien standard). En ce qui concerne les études randomisées contrôlées, sept études sur la boulimie ont été conduites après 1992, date de la méta-analyse citée

Tableau 11.XIV : Études comparant différentes formes de psychothérapie concernant les troubles des comportements alimentaires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Hartmann et coll., 1992 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Diverses approches psychothérapeutiques pour la boulimie (y compris TCC, soutien, familiale, psychodynamique) ; 9 études pré-post, (critères DSM ou Russell) Tailles d'effet ajustées pour tous protocoles « pré-post » (méthode Laessle) sur divers aspects de boulimie	Aucune approche psychothérapeutique n'est supérieure aux autres
Garner et coll., 1993 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8,5/10	TCC, psychodynamique-thérapie de soutien (19 séances) ; 60 femmes souffrant de boulimie (DSM et Russell) Analyses effectuées à mi-traitement, fin traitement et 3, 6 et 12 mois de suivi sur symptômes boulimie, anxiété, dépression, estime de soi	Les deux groupes se sont améliorés progressivement Lorsque résultats différents, TCC plus efficace que thérapie psychodynamique TCC améliorations du vomissement, des attitudes négatives vis-à-vis de la nourriture, la dépression, la détresse psychologique, l'estime de soi

Tableau 11.XIV (suite) : Études comparant différentes formes de psychothérapie concernant les troubles des comportements alimentaires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Treasure et coll., 1995 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 6,5/10	Psychodynamique, comportementale/éducative (20 séances) ; 30 patients adultes souffrant d'anorexie (CIM-10) Analyses effectuées à post-traitement, puis à 3, 6, 9 et 12 mois de suivi sur variables de l'entretien clinique de Morgan et Russell	Au bout d'un an aucune différence objective entre les deux groupes Groupe psychodynamique : sentiment subjectif d'avoir progressé davantage
Fairburn et coll., 1995 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8,5/10	TCC, comportementale ou psychothérapie focale (19 séances) 89 patients souffrant de boulimie (DSM-IV) Analyses effectuées sur psychopathologie générale et boulimie, ajustement	Thérapie comportementale : les moins bons résultats. TCC : trois fois plus de rémissions que thérapie comportementale. Psychothérapie focale : deux fois plus de rémissions que thérapie comportementale (aucune différence significative entre TCC et IPT)
Eisler et coll., 1997 ; Russell et coll., 1987 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 7,5/10	Thérapie familiale, thérapie de soutien individuelle 57 patients souffrant d'anorexie et 23 patients souffrant de boulimie (14 à 55 ans) Analyses effectuées au suivi de 5 ans sur poids et problèmes de comportement alimentaire depuis fin traitement	Pas de différence significative entre les thérapies pour la boulimie, l'anorexie tardive, ou l'anorexie précoce persistante Anorexie précoce récente : meilleurs résultats en fin traitement et à 5 ans de suivi avec la thérapie familiale
Treasure et coll., 1999 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 6/10	Thérapie « <i>Motivational enhancement</i> » (MET), TCC (groupe et individuelle), ou combinaison (12 séances) 125 patients adultes souffrant de boulimie DSM-IV (âge moyen 28 ans) Analyses effectuées à post-traitement sur auto-évaluations et évaluations par clinicien sur divers critères de boulimie	Pas de différence entre MET et TCC dans la réduction des symptômes boulimiques
Bachar et coll., 1999 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 6/10	Traitement psychologique de soi (<i>Self psychological treatment</i> : SPT), traitement d'orientation cognitive (COT) ou thérapie contrôle, nutrition (C/NC) 25 patients souffrant de boulimie et 8 d'anorexie (DSM-IV) Analyses effectuées à post-traitement sur critères diagnostiques de boulimie ou anorexie (DSM), ou auto-évaluations de symptomatologie (BSI, EAT 26)	Comparaisons intragroupes : seule la SPT significativement associée à une amélioration COT : améliorations mineures non significatives C/NC : pas d'amélioration

Tableau 11.XIV (suite) : Études comparant différentes formes de psychothérapie concernant les troubles des comportements alimentaires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Agras et coll., 2000 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 10/10	TCC ou IPT (19 séances) 220 patients souffrant de boulimie (âge moyen 28 ans) Analyses effectuées à post-traitement et à 4, 8 et 12 mois de suivi sur entretien de psychopathologie générale et spécifique à la boulimie, auto-évaluation de l'estime de soi et fonctionnement interpersonnel	TCC : meilleurs résultats qu'IPT à fin traitement pour pourcentage de patients rétablis, pourcentage de rémission et pourcentage proche de la normale pour attitudes et comportements alimentaires Aucune différence entre les groupes pour le pourcentage des patients rétablis au suivi
Dare et coll., 2001 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 6/10	Thérapie psychanalytique ou psychodynamique (2 formes), thérapie familiale ou traitement habituel (contact clinique standard) 84 patients souffrant d'anorexie (DSM-IV), âge moyen : 26 ans Analyses effectuées à post-traitement et à 1 an de suivi sur poids, symptômes persistants et fonctionnement social ou professionnel	Thérapie psychanalytique FPT et thérapie familiale : meilleurs résultats que les groupes contrôles non traités à 1 an Thérapie psychodynamique CAT : pas supérieure aux contrôles non traités
Wilfley et coll., 2002 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 10/10	TCC groupe ou IPT groupe 162 patients avec boulimie Patients randomisés aux thérapies pour 20 séances de 90 minutes en thérapie de groupe et 3 séances individuelles Analyses post-traitement et à 1 an de suivi sur psychopathologie générale et spécifique, poids, estime de soi et fonctionnement social	IPT et TCC : taux de réduction significatifs pour crises de boulimie post-traitement, et au bout d'1 an Pas de différence entre ces thérapies

ci-dessus (Garner et coll., 1993 ; Fairburn et coll., 1995 ; Eisler et coll., 1997 ; Bachar et coll., 1999 ; Treasure et coll., 1999 ; Agras et coll., 2000 ; Wilfley et coll., 2002). Chacune de ces études a comparé au moins une forme de TCC avec d'autres formes de psychothérapie. Garner et coll. (1993) ont comparé la TCC à une thérapie psychodynamique de soutien et les ont trouvées toutes les deux efficaces, mais les différences significatives observées étaient en faveur de la TCC. Cependant, certaines études (ex. : Fairburn et coll., 1995) indiquent que les améliorations cliniques de la boulimie pourraient varier, plus en fonction des techniques spécifiques que des grandes approches thérapeutiques. Ces auteurs ont trouvé que l'approche cognitive ou comportementale ainsi que l'IPT focale étaient, toutes les deux, beaucoup plus efficaces que l'approche comportementale « pure », tandis qu'aucune différence significative n'était observée entre la TCC et l'IPT focale. Dans un protocole où tous les thérapeutes ont administré les deux traitements (Treasure et coll., 1999), la TCC était considérée comme équivalente à une forme de thérapie destinée à l'augmentation de la motivation du patient. Néanmoins, dans une étude de

Bachar et coll. (1999), qui n'a pas effectué de comparaisons directes entre ces deux approches, la TCC semblait moins efficace que d'autres formes de thérapies telles que la SPT (*Self psychological treatment*).

Les deux études caractérisées par les scores les plus importants pour leur rigueur méthodologique (Agras et coll., 2000 ; Wilfley et coll., 2002) ont comparé la TCC à l'IPT. Chacune de ces études portait sur des effectifs importants et une période de suivi allant jusqu'à un an. Seule l'étude d'Agras et coll. (2000) a trouvé des avantages en fin de traitement pour la TCC et aucune des deux études n'a observé une différence au suivi. Enfin, la dernière étude concernant l'examen de patients atteints de boulimie a comparé la thérapie familiale à une thérapie de soutien, administrée à un an après la sortie de l'hôpital. Aucune différence significative n'a été observée entre ces traitements (Eisler et coll., 1997). En revanche, cette étude a également comparé ces traitements pour des patients atteints d'anorexie et trouvé plusieurs différences significatives entre ces thérapies. En particulier, relativement à l'anorexie récente chez les sujets jeunes, la thérapie familiale apparaissant plus favorable que d'autres thérapies, cinq ans après traitement.

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

Troubles de la personnalité et autres syndromes cliniques

La littérature internationale et scientifique sur les troubles de la personnalité chez les adultes ne permet pas de présenter une analyse comparative des différentes psychothérapies. En effet, si une base de données considérable existe pour soutenir l'utilisation de certaines formes de thérapie pour ces troubles, il y a un manque de méta-analyses et peu d'études randomisées contrôlées comparant directement les différentes approches. Le lecteur pourra, toutefois, effectuer des comparaisons entre les psychothérapies en utilisant les résultats des études comparant chaque approche à des groupes non traités (résultats présentés dans d'autres chapitres de cette expertise). Certaines de ces méta-analyses et études randomisées contrôlées indiquent des effets positifs, à la fois de la TCC et de l'approche psychodynamique, pour

certains troubles de la personnalité (Bateman et Fonagy, 1999 ; Linehan et coll., 1991, 1993 et 1994 ; Leichsenring et Leibing, 2003). Enfin, en ce qui concerne la dépendance à l'alcool, la littérature comparant les formes de psychothérapie paraît très restreinte. Pour cette raison, il ne semble pas possible à l'heure actuelle de formuler des conclusions fiables sur leur efficacité comparative.

Analyses globales chez l'enfant

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

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

L'examen de 75 études portant sur des enfants et des adolescents a permis à Casey et Berman (1985) d'établir que la TCC était significativement plus efficace que les thérapies non TCC. De plus, tandis que les effets de la plupart des formes spécifiques de psychothérapie étaient significativement supérieurs à zéro (tailles d'effets des thérapies comportementales = 0,96, cognitivo-comportementales = 0,81, soutien = 0,49), ce n'était pas le cas de la thérapie psychodynamique (taille d'effet = 0,21). Des résultats semblables ont été observés dans une méta-analyse ultérieure menée par Weisz et coll. (1987), qui ont analysé 108 études (30 % examinées par Casey et Berman, 1985).

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

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

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

Dans cette étude, les approches TCC se sont, encore une fois, avérées plus efficaces que les formes de traitement non TCC. Parmi ces dernières, l'effet de la thérapie de soutien (ES = 0,56) était significativement supérieur à zéro, 415

contrairement à celui de la thérapie psychodynamique ($ES = 0,01$). Il est nécessaire d'interpréter ce dernier résultat avec prudence, puisque seulement trois études de qualité sur la thérapie psychodynamique ont pu être identifiées par les auteurs.

En ce qui concerne les modalités thérapeutiques, la méta-analyse d'onze études de Hazelrigg et coll. (1987) a souligné l'utilité de la thérapie familiale (d'orientations diverses) comparée aux psychothérapies individuelles et de groupe (psychodynamique, TCC, soutien, autres). En particulier, la thérapie familiale était significativement plus efficace que les thérapies effectuées en groupe ou individuellement avec le patient pour les mesures d'interaction familiale et pour les mesures du comportement de l'enfant.

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

Analyse par trouble spécifique chez l'enfant

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

Un programme de recherche de Brent et coll. (Brent et coll., 1997 et 1998 ; Birmaher et coll., 2000 ; Kolko et coll., 2000) a comparé TCC, thérapie familiale systémique comportementale et thérapie de soutien pour des adolescents atteints de la dépression majeure. Ces études ont inclus non seulement les diverses mesures de la dépression (effectuées par les cliniciens ou par les patients eux-mêmes) mais également une période de suivi de deux ans. Ces investigateurs ont trouvé que la TCC était supérieure aux deux autres formes de thérapie à la fin du traitement pour la symptomatologie dépressive, mais que ces différences n'étaient plus significatives à deux ans de suivi. En ce qui concerne les symptômes autres que la dépression, la TCC s'est avérée supérieure pour les distorsions cognitives en fin traitement et supérieure à la thérapie de soutien durant tout le suivi. En revanche, la thérapie familiale

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

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Brent et coll., 1997 ; 1998 ; Birmaher et coll., 2000 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9,5/10	TCC, thérapie familiale systémique comportementale, thérapie de soutien (12 à 16 semaines) 107 adolescents (13 à 18 ans) souffrant de dépression majeure (DSM-III-R) Analyses effectuées à post-traitement et à 2 ans de suivi sur : dépression (diagnostic et BDI) et mesures de fonctionnement	Effets des psychothérapies sur la dépression à la fin du traitement TCC significativement plus bénéfiques que les thérapies familiales et de soutien. Au bout de 2 ans, aucune différence entre les trois thérapies en termes de symptomatologie dépressive, de statut fonctionnel, de variables cognitives ou familiales
Rossello et coll., 1999 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 8,5/10	TCC, IPT (12 séances) et liste d'attente 71 adolescents (13 à 17 ans) souffrant de dépression majeure ou dysthymie (DSM-III-R) Analyses effectuées à post-traitement et suivi diverses mesures de dépression, ajustement, autres variables psychologiques	À la fin du traitement IPT et TCC significativement supérieures à liste d'attente pour la dépression, mais non distinguées l'une de l'autre, et aucune différence pendant le suivi
Deblinger et coll., 2001 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 7/10	TCC groupe, thérapie de soutien groupe (11 séances, 15 minutes de plus pour TCC groupe) 54 mères et leurs enfants abusés (de 2 à 8 ans) Analyses effectuées à post-traitement et à 3 mois de suivi sur diverses mesures psychologiques et psychiatriques pour les mères et les enfants	Amélioration dans les deux groupes en ce qui concerne les mesures cliniques. Pour les mères, après traitement, TCC associée à une plus grande réduction des pensées intrusives et des émotions négatives. Pour les enfants, TCC associée à une plus grande amélioration de la connaissance des savoir-faire pour préserver son corps. Gains maintenus pour les deux groupes au suivi
Kolko et coll., 2000 (associé avec Brent, 1997) <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 9/10	TCC, thérapie familiale systémique comportementale, ou thérapie de soutien (12 à 16 semaines) 78 adolescents (13 à 18 ans) souffrant de dépression (DSM-III-R) Analyses effectuées à mi-traitement, post-traitement et 2 ans de suivi en ce qui concerne diagnostic de dépression (DSM-III-R), comorbidité et diverses mesures de fonctionnement	TCC supérieure aux autres thérapies pour réduire les erreurs cognitives après traitement, et demeurerait supérieure à la thérapie de soutien durant tout le suivi. Au bout de 2 ans, thérapie familiale plus bénéfique que TCC pour les problèmes familiaux et relations parents-enfants. Thérapie de soutien et TCC réduisaient l'anxiété davantage que thérapie familiale sur le suivi.

s'est révélée plus bénéfique que la TCC pour les problèmes familiaux et les relations parents-enfants à 2 ans de suivi, même si l'on a constaté que la thérapie de soutien et la TCC réduisaient l'anxiété davantage que la thérapie familiale sur cette même période. Cependant, puisque aucun groupe non traité n'a été utilisé dans le cadre de ces investigations, il est impossible de déterminer à quel degré on peut imputer les résultats consécutifs à 2 années de traitement à l'amélioration naturelle de la dépression au fil du temps dans

cette population. Parmi d'autres études contrôlées, Rossello et coll. (1999) n'ont décelé aucune différence entre l'IPT et la TCC, bien que l'on ait constaté que les niveaux de dépression des adolescents des deux groupes traités avaient été bien améliorés comparativement à ceux des adolescents de la liste d'attente. Enfin, Deblinger et coll. (2001) ont examiné les effets des thérapies TCC et de soutien par rapport aux symptômes dépressifs et à ceux liés à un traumatisme chez des enfants maltraités et leurs mères (qui n'étaient pas les auteurs des mauvais traitements). Les thérapies ont, toutes deux, été administrées en groupes, mais les séances TCC étaient légèrement plus longues que les séances de soutien. Les deux groupes ont montré de nets signes d'amélioration, mais la TCC s'est avérée supérieure pour les pensées intrusives des mères ou les comportements d'auto-protection des enfants.

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

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

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

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

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

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

L'analyse des études évaluatives comparatives permet de présenter une hiérarchie entre les diverses formes de thérapie, y compris lorsque plusieurs se sont révélées efficaces. Cette analyse complète donc celle réalisée dans les autres

chapitres dans lesquels l'efficacité absolue des trois types de psychothérapies (psychodynamique, TCC, thérapie familiale) a été établie dans le traitement des troubles mentaux par rapport à un traitement inactif, une liste d'attente, ou une pharmacothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

- ABLON JS, JONES EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy : Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 2002, **159** : 775-783
- AGOSTI V, OCEPEK-WELIKSON K. The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression : a reanalysis of the National Institute of Mental health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Affect Disord* 1997, **43** : 181-186
- AGRAS WS, WALSH T, FAIRBURN CG, WILSON GT, KRAEMER HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000, **57** : 459-466
- ANDERSON EM, LAMBERT MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy : a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 1995, **15** : 503-214
- ANDREWS G, HARVEY R. Does psychotherapy benefit neurotic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 1203-1208
- BACHAR E, LATZER Y, KREITLER S, BERRY EM. Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1999, **8** : 115-128
- BANDELOW B, ROTHMEYER M, SIEVERT K, HAJAK G, RUTHER E. Panic disorder-acceptance of the diagnostic entity and treatment modalities preferred by German health professionals. *European Psychiatry* 1996, **11** : 298-305
- BARKHAM M, SHAPIRO DA, HARDY GE, REES A. Psychotherapy in two-plus-one sessions : outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 201-211
- BARKHAM M, REES A, SHAPIRO DA, STILES WB, AGNEW RM et coll. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings : replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 1079-1085
- BATEMAN A, FONAGY P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1563-1569
- BECK AT, EMERY G. Anxiety disorders and phobias : A cognitive perspective. BasicBooks/HarperCollins Publishers, New-York 1985
- 420 BECK AT, SOKOL L, CLARK DA, BERCHICK R, WRIGHT F. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 778-783

- BIRMAHER B, BRENT DA, KOLKO D, BAUGHER M, BRIDGE J et coll. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000, **57** : 29-36
- BLANCHARD EB, HICKLING EJ, DEVINENI T, VEAZEY CH, GALOVSKI TE, MUNDY E, MALTA LS, BUCKLEY TC. A controlled evaluation of cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behav Res Ther* 2003, **41** : 79-96
- BLOWERS C, COBB J, MATHEWS A. Generalised anxiety : a controlled treatment study. *Behav Res Ther* 1987, **25** : 493-502
- BORKOVEC TD, COSTELLO E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 611-619
- BORKOVEC TD, MATHEWS AM, CHAMBERS A, EBRAHIMI S, LYTLE R, NELSON R. The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 883-888
- BRENT DA, HOLDER D, KOLKO D, BIRMAKER B, BAAUGHER M et coll. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 877-885
- BRENT DA, KOLKO DJ, BIRMAHER B, BAUGHER M, BRIDGE J, ROTH C, HOLDER D. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 906-914
- BRIGHT J IVEY, BAKER KURT D, NEIMEYER ROBERT A. Professional and paraprofessional group treatments for depression : A comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 491-501
- BROM D, KLEBER R, DEFARES P. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 607-612
- BRUCH MA, HEIMBERG RG, HOPE DA. States of mind model and cognitive change in treated social phobics. *Cog Therapy Res* 1991, **15** : 429-441
- CRASKE MG, MAIDENBERG E, BYSTRITSKY A. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1995, **26** : 113-120
- CASEY RJ, BERMAN JS. The outcome of psychotherapy with children. *Psychol Bull* 1985, **98** : 388-400
- COOPER PJ, MURRAY L. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In : Post partum depression and infant development. MURRAY L, COOPER PJ eds. 1997 : 201-220
- COTTRAUX J, NOTE I, ALBUISSON E, YAO SN, NOTE B et coll. Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia : a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2000, **69** : 137-146
- COVI L, LIPMAN RS, SMITH JE. Group psychotherapy and pharmacotherapy of depression. In : Combined therapy for depression. MANNING DW, FRANCES AJ eds, American Psychiatric Association, 1990 : 65-111

- CRITS-CHRISTOPH P, BARANACKIE K, KURCIAS JS, BECK AT, CARROL K, PERRY K et coll. Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychother Res* 1991, **1** : 81-91
- CUIJPERS P. Psychological outreach programmes for the depressed elderly : a meta-analysis of effects and dropout. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998, **13** : 41-48
- DARE C, EISLER I, RUSSELL G, TREASURE J, DODGE L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa : randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001, **178** : 216-221
- DEBLINGER E, STAUFFER L, STEER R. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. Abuse of Children. *Child Maltreatment : J Am Professional Society* 2001, **6** : 332-343
- DEPARTMENT OF HEALTH, UNITED KINGDOM. Treatment choice in psychological therapies and counselling : Evidence based clinical practice guidelines. 2000
w www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline
- DOBSON KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 414-419
- DRURY V, BIRCHWOOD M, COCHRANE R, MACMILLAN F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis : a controlled trial. II. Impact on recovery time. *Br J Psychiatry* 1996a, **169** : 602-607
- DRURY V, BIRCHWOOD M, COCHRANE R, MACMILLAN F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis : a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996b, **169** : 593-601
- DURHAM RC, MURPHY T, ALLAN T, RICHARD K, TRELIVING LR, FENTON GW. Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 1994, **165** : 315-323
- DURHAM RC, FISHER PL, TRELIVING LR. One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder : symptom change medication usage and attitudes to treatment. *Behav Cognitive Psychother* 1999, **27** : 19-35
- ECKMAN TA, WIRSHING WC, MARDER SR, LIBERMAN RP, JOHNSTON-CRONK K et coll. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management : a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1549-1555
- EISLER I, DARE C, RUSSELL GF, SZMUKLER G, LE GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1025-1030
- ELKIN I, PARLOFF MB, HADLEY SW, AUTRY JH. NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program : Background and research plan. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 305-316
- ELKIN I, SHEA MT, WATKINS JT, IMBER SD, SOTSKY SM et coll. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989, **46** : 971-982
- ENGELS GI, VERMEY M. Efficacy of nonmedical treatments of depression in elders : a quantitative analysis. *J Clin Geropsychology* 1997, **3** : 17-35

FAIRBURN CG, NORMAN PA, WELCH SL, O'CONNOR ME, DOLL HA, PEVELER RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995, **52** : 304-312

FISHER PL, DURHAM RC. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy : an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychol Med* 1999, **29** : 1425-1434

FOA EB, ROTHBAUM BO, RIGGS DS, MURDOCK TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims : a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 715-723

GALLAGHER DE, THOMPSON LW. Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and nonendogenous depression in older adult outpatients. *J Gerontol* 1983, **38** : 707-712

GALLAGHER DE, THOMPSON LW. Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychother Theory Res Pract* 1982, **19** : 482-490

GALLAGHER-THOMPSON D, STEFFEN AM. Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 543-549

GARNER DM, ROCKERT W, DAVIS R, GARNER MV, OLMSTED MP, EAGLE M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993, **150** : 37-46

GATZ M, FISKE A, FOX LAUREN S, KASKIE BRIAN, KASL-GODLEY. Empirically validated psychological treatments for older adults. *J Ment Health Aging* 1998, **4** : 9-46

GLOAGUEN V, COTTRAUX J, CUCHERAT et coll. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998, **49** : 59-72

GRAFF RW, WHITEHEAD GI, LECOMPTE M. Group treatment with divorced women using cognitive-behavioral therapy and supportive-insight methods. *J Conselling Psychol* 1986, **33** : 276-281

GUNDERSON JG, FRANK AF, KATZ HM, VANNICELLI ML, FROSCH JP, KNAPP PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia : II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984, **10** : 564-598

HADDOCK G, TARRIER N, MORRISON AP, HOPKINS R, DRAKE R, LEWIS S. A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999, **34** : 254-258

HARDY GE, STILES WB, BARKHAM M, STARTUP M. Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 304-312

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

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

HEIMBERG RG, LIEBOWITZ MR, HOPE DA, SCHNEIER FR, HOLT CS et coll. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia : 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1998, **55** : 1133-1141

HOGARTY GE, GREENWALD D, ULRICH RF, KORNBLITH SJ, DIBARRY A et coll. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II : Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997a, **154** : 1514-1524

HOGARTY GE, KORNBLITH SJ, GREENWALD D, DIBARRY AL, COOLEY S et coll. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I : Description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry* 1997b, **154** : 1504-1513

HOGG JA, DEFFENBACHER JL. A comparison of cognitive and interpersonal-process group therapies in the treatment of depression among college students. *J Couns Psychol* 1988, **35** : 304-310

JARRETT RB, RUSH AJ. Short-term psychotherapy of depressive disorders : current status and future directions. *Psychiatry* 1994, **57** : 115-132

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

KOLKO D, BRENT D, BAUGHER M, BRIDGE J, BIRMAHER B. Cognitive and family therapies for adolescent depression : Treatment specificity, mediation, and moderation. *J Consult Clin Psychol* 2000, **68** : 603-614

LEICHSENRING F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression : a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001, **21** : 401-419

LEICHSENRING F, LEIBING E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of personality disorders : A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 1223-1232

LIBERMAN RP, ECKMAN T. Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 1126-1130

LINEHAN MM, ARMSTRONG HE, SUAREZ A, ALLMON D, HEARD HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 1060-1064

LINEHAN MM, HEARD HL, ARMSTRONG HE. Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1993, **50** : 971-974

LINEHAN MM, TUTEK DA, HEARD HL, ARMSTRONG HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioural treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 1994, **151** : 1771-1776

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

MATT G, NAVARRO A. What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects : A review and future directions. *Clin Psychol Rev* 1997, **17** : 1-32

- MCCUSKER J, COLE M, KELLER E, BELLAVANCE F, BERARD A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998, **158** : 705-712
- MCLEAN PD, HAKSTIAN AR. Clinical depression : comparative efficacy of outpatient treatments. *J Consult Clin Psychol* 1979, **47** : 818-836
- MOHR DC, BOUDEWYN AC, GOODKIN DE, BOSTROM A. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2001, **69** : 942-949
- MOJTABAI R, NICHOLSON RA, CARPENTER BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia : a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998, **24** : 569-587
- PARKER G, ROY K, EYERS K Cognitive behavior therapy for depression ? Choose horses for courses. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 825-34
- PAUL GL. Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. *J Consult Clin Psychol* 1967, **31** : 333-348
- PINQUART M, SOERENSEN S. How effective are psychotherapeutic and other psychosocial intervention with older adults ? A meta analyse. *J Ment Health Aging* 2001, **7** : 207-243
- ROSSELLO J, GUILLERMO B. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1999, **5** : 734-745
- SEGAL ZV, WHITNEY DK, LAM RX. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. III. Psychotherapy. *Can J Psychiatry* 2001, **46** : 29-37
- SHADISH WR, MONTGOMERY LM, WILSON P, WILSON MR, BRIGHT I, OKWUMABUA T. Effects of family and marital psychotherapies : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 992-1002
- SHADISH WR, NAVARRO, AM, MATT GE, PHILLIPS G. The effects of psychological therapies under clinically representative conditions : A meta-analysis. *Psychol Bull* 2000, **126** : 512-529
- SHAPIRO DA, SHAPIRO D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies : a replication and refinement. *Psychol Bull* 1982, **92** : 581-604
- SHAPIRO DA, BARKHAM M, REES A, HARDY GE, REYNOLDS S, STARTUP M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 522-534
- SHEAR MK, HOUCK P, GREENO C, MASTERS S. Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 1993-1998
- SHIRK SR, RUSSELL RL. A reevaluation of estimates of child therapy effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 703-709
- SMITH ML, GLASS GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977, **32** : 752-760

STANLEY MA, BECK JG, GLASSCO JD. Treatment of generalized anxiety in older adults : a preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behav Ther* 1996, **27** : 565-581

STEUER JL, MINTZ J, HAMMEN CL, HILL MA, JARVIK LF, MCCARLEY T, MOTOIKE P, ROSEN R. Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 180-189

SVARTBERG M, SELTZER MH, STILES TC. The effects of common and specific factors in short-term anxiety-provoking psychotherapy : a pilot process-outcome study. *J Nerv Ment Dis* 1998, **186** : 691-696

SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES. Code de déontologie des psychologues AEPU, ANOP, SFP. Code adopté à l'unanimité par le Congrès du SNP le 31 mars 1996

TANG TZ, LUBORSKY L, ANDRUSYNA T. Sudden gains in recovering from depression : are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy ? *J Consult Clin Psychol* 2002, **70** : 444-447

TARGET M, FONAGY P. Research on intensive psychotherapy with children and adolescents. *Child Adol Psychiatric Clin North Am* 1997, **6** : 39-51

TARRIER N, YUSUPOFF L, KINNEY C, MCCARTHY E, GLEDHILL A, HADDOCK G, MORRIS J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 1998, **317** : 303-307

THASE M, FRIEDMAN E, BERMAN S, FASICZKA A, LIS, J, HOWLAND R, SIMONS A. Is cognitive behavior therapy just a 'nonspecific' intervention for depression ? A retrospective comparison of consecutive cohorts treated with cognitive behavior therapy or supportive counselling and pill placebo. *J Affect Disord* 2000, **57** : 63-71

THOMPSON LW, GALLAGHER D, STEINMETZ BRECKENRIDGE J. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 385-390

TREASURE J, TODD G, BROLLY M, TILLER J, NEHMED A, DENMAN F. A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy versus educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1995, **33** : 363-367

TREASURE JL, KATZMAN M, SCHMIDT U, TROOP N, TODD G, DE SILVA P. Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa : first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther* 1999, **37** : 405-418

WAMPOLD B, MINAMI T, BASKIN T, TIERNEY S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J. Affective Disorders* 2002, **68** : 159-165

WARD E, KING M, LLOYD M, BOWER P, SIBBALD B et coll. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I : clinical effectiveness. *BMJ* 2000, **321** : 1383-1388

WEISZ JR, DONENBERG GR, HAN SS, KAUNECKIS D. Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics : why the disparity ? *J Abnorm Child Psychol* 1995, **23** : 83-106

WEISZ JR, JENSEN AL. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts : Review of the evidence and suggestions for improving the field. *Euro Child and Adol Psychiatry* 2001, **10** : 12-18

WEISZ JR, WEISS B, ALICKE MD, KLOTZ ML. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents : a meta-analysis for clinicians. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 542-549

WHITE J, KEENAN M, BROOKS N. Stress control : a controlled comparative investigation of large grouptherapy for generalized anxiety disorder. *Behav Psychother* 1992, **20** : 97-114

WILFLEY DE, WELCH RR, STEIN RI, SPURRELL EB, COHEN LR et coll. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002, **59** : 713-721

WUNDERLICH U, WIEDEMANN G, BRUCKKREMER G. Are psychosocial methods of intervention effective in schizophrenic patients ? A meta-analysis. *Verhaltenstherapie* 1996, **6** : 4-13