

## Les thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans le traitement des troubles anxieux ont-elles un avantage sur les traitements individuels ?

Do cognitive-behavioral group therapies in the treatment of anxiety disorders have an advantage over individual treatments?

Las terapias cognitivo-comportamentales de grupo en el tratamiento de los trastornos de ansiedad tienen ventajas sobre los tratamientos individuales

As terapias cognitivo-comportamentais de grupo no tratamento dos transtornos de ansiedade teriam uma vantagem sobre os tratamentos individuais?

Valentino Pomini

Volume 29, Number 1, Spring 2004

Les troubles anxieux

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/008825ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/008825ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Pomini, V. (2004). Les thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans le traitement des troubles anxieux ont-elles un avantage sur les traitements individuels ? *Santé mentale au Québec*, 29(1), 115–126.  
<https://doi.org/10.7202/008825ar>

Article abstract

Group cognitive-behavior therapies in the treatment of anxiety disorders for adult psychiatric patients were historically developed on the basis of validated individual treatments. They have been widely employed and studied for social phobia, panic disorders, agoraphobia and obsessive-compulsive disorders, with generally positive results similar to those obtained with the corresponding individual methods. The cognitive-behavioural group treatments for generalized anxiety and posttraumatic stress disorders have not yet received sufficient validation. The results of evaluative research show that the format of the therapy (individual or groupal) does not appear to predict the outcome. Therefore an indication for an individual or a group therapy cannot be made on the basis of the diagnosis alone. It has to be based on other criteria, in particular economical, organisational or clinical. Group therapies can certainly offer advantages in comparison with individual procedures, even if they cannot always fit perfectly the specific needs of every patient. Indication has to be made individually, in order to allow the therapists to judge their patients' capacities and interest to participate in a group program.



## **Les thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans le traitement des troubles anxieux ont-elles un avantage sur les traitements individuels ?**

---

Valentino Pomini\*

Les thérapies comportementales et cognitives de groupe pour le traitement des troubles anxieux ont été historiquement développées sur la base des traitements individuels validés. Elles ont été assez largement employées et étudiées pour la phobie sociale, le trouble panique avec/sans agoraphobie et le trouble obsessionnel-compulsif, avec des résultats généralement positifs et similaires aux méthodes individuelles correspondantes. Les traitements de groupe pour l'anxiété généralisée et le stress post-traumatique n'ont pas reçu à l'heure actuelle une validation suffisante. Les résultats de la recherche évaluative montrent que le format individuel ou de groupe n'apparaît pas comme un facteur de prédiction du résultat. On ne peut dès lors poser une indication à la thérapie individuelle ou à la thérapie de groupe sur la seule connaissance du diagnostic. L'indication à un format précis doit se baser sur d'autres critères, économiques, organisationnels ou cliniques. Les thérapies de groupe peuvent présenter des avantages certains par rapport aux procédés individuels, même si elles ne peuvent pas toujours s'ajuster parfaitement au cas particulier de chaque patient. L'indication doit donc se faire de façon individuelle pour permettre aux thérapeutes de juger des capacités et de l'intérêt de leurs patients à participer à un programme groupal.

**L**a thérapie cognitivo-comportementale représente de nos jours l'intervention psychologique de premier choix dans le traitement des troubles anxieux. De nombreuses revues de littérature et méta-analyses en ont confirmé l'utilité. Elle offre un complément intéressant aux traitements pharmacologiques voire une alternative valable pour les patients résistant à de tels traitements ou qui les refusent. Les différentes méthodes thérapeutiques cognitivo-comportementales mises au point pour chacun des troubles anxieux correspondent à autant d'adaptations d'une stratégie générale où l'exposition avec prévention de la réponse et la restructuration cognitive apparaissent comme les deux piliers centraux.

---

\* Ph. D., psychologue, Unité d'enseignement des thérapies cognitivo-comportementales, Institut de psychothérapie, Département universitaire de psychiatrie adulte, Université de Lausanne, Suisse.

Si l'importance spécifique de chaque composante de la thérapie a animé un débat qui aujourd'hui encore est loin de se clore, le format de la thérapie, et en particulier le setting de groupe opposable aux interventions individuelles, a généré également d'autres réflexions, qui portent, elles, sur l'influence des facteurs non spécifiques des interventions. Thérapies individuelles et thérapies de groupe offrent chacune un certain nombre d'avantages et d'inconvénients tant sur le plan clinique qu'organisationnel. Mais peut-on parler de supériorité d'un setting sur un autre pour le traitement de telle ou telle pathologie anxieuse, ou avec tel ou tel client ? Cette question mérite un temps d'arrêt, d'autant plus que la grande majorité des recherches évaluatives concernent la thérapie individuelle. Pour aider à répondre à cette question, cet article se propose de résumer la littérature scientifique au sujet de l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans les troubles anxieux. Il permettra ainsi de comparer l'utilité de ce format moins usité à celle de la thérapie individuelle classique déjà largement documentée.

### **Phobie sociale**

Dans le traitement cognitivo-comportemental de groupe des phobies sociales, trois types de techniques ont été principalement développées et étudiées : 1) l'entraînement des compétences sociales, 2) l'exposition aux situations sociales, 3) la thérapie cognitive. Actuellement ce sont les thérapies combinées qui ont la faveur des résultats par rapport à celles s'appuyant sur une seule technique, surtout si l'on tient compte de l'issue à long terme du traitement. On pense cependant qu'il n'y a pas une combinaison particulière meilleure qu'une autre. Et l'on reste extrêmement prudent vis-à-vis du réel intérêt à employer l'entraînement des compétences sociales, dont seuls les patients présentant un déficit important dans les habiletés sociales pourraient vraiment bénéficier.

On citera parmi les programmes standardisés validés la thérapie cognitivo-comportementale de groupe pour la phobie sociale (ou *Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Phobia*, CBGT) de Heimberg et collaborateurs et la *Social Effectiveness Therapy*. Les deux programmes se révèlent fort similaires dans leurs contenus : ils associent expositions aux situations sociales, éléments de psycho-éducation sur le trouble, thérapie cognitive, ainsi qu'un entraînement des compétences sociales pour la *Social Effectiveness Therapy* (non présent dans la CBGT). D'autres combinaisons plus ou moins homologues ont été examinées avec succès en France par Légeron, Cottraux, ou Fanget. À noter que les deux derniers cités entremêlent dans leur programme interventions individuelles et interventions de groupe.

Il n'y a pas d'évidence empirique nette qui démontrerait la supériorité de la thérapie de groupe par rapport à celle individuelle. Plusieurs considérations théoriques parlent toutefois en faveur de ce format. La dynamique de groupe peut alimenter la motivation ou les attentes positives de l'individu vis-à-vis du traitement. La socialisation indirecte obtenue dans le groupe peut avoir également des effets antidépresseurs. Comme la dépression et les attentes de résultat vis-à-vis de la thérapie prédisent en partie son issue, le rôle probablement positif du groupe à cet égard pourrait constituer un bénéfice supplémentaire, tout comme le fait qu'il est au fond déjà le lieu d'une première exposition à l'anxiété sociale, difficilement réalisable en thérapie individuelle. En contrepartie, chaque patient dispose de moins de temps spécifiquement alloué pour lui. De plus, le groupe peut représenter un cadre menaçant et mal vécu. La thérapie, souvent standardisée, risque enfin de moins bien s'ajuster à ses besoins particuliers. C'est peut-être à cause de cet équilibre entre avantages et limites du groupe par rapport aux traitements individuels qu'aucune preuve définitive n'a été trouvée en faveur de l'une ou l'autre modalité.

### **Trouble panique et agoraphobie**

Trouble panique et agoraphobie sont les troubles anxieux pour lesquels l'efficacité de la thérapie comportementale et cognitive s'avère sans doute la mieux documentée. De la fin des années quatre-vingts à aujourd'hui on ne recense pas moins de 11 méta-analyses sur le sujet. Si à nouveau la grande majorité des études concernent des thérapies individuelles, des formats de groupe ont également fait l'objet d'investigations, notamment les programmes thérapeutiques dits de deuxième génération (ou « CBT2 »), dont la particularité consiste à recentrer le travail cognitif sur les interprétations erronées des perceptions intéroceptives.

Parmi les thérapies de groupe de type « CBT2 » employées avec succès, on citera plus particulièrement deux programmes basés sur des manuels : le programme thérapeutique « *Panic Control Therapy* » du groupe d'Albany mené par Barlow et le programme « *Stop Anxiety Medication* » conçu autour d'un manuel d'auto-traitement initialement développé pour les patients souhaitant arrêter leur médication anxiolytique. Les contenus de ces deux programmes sont très similaires : psycho-éducation sur le trouble panique, restructuration cognitive, apprentissage de techniques de respiration et/ou de relaxation, expositions aux stimuli intéroceptifs avec, si nécessaire, expositions aux situations agoraphobiques. En général 8 à 12 séances d'une heure et demie à deux

heures sont prévues pour des groupes de 4-6 patients. D'autres programmes de groupe ont aussi abouti à des résultats positifs, sans forcément faire l'objet de manuels thérapeutiques édités.

La thérapie cognitivo-comportementale de groupe n'apparaît ni plus ni moins efficace que les traitements individuels. Les deux seules études évaluatives qui ont comparé directement formats individuels et de groupe n'ont pas noté une supériorité particulière de l'un sur l'autre. Le choix d'un setting particulier va donc moins dépendre d'une raison scientifique que d'arguments économiques, organisationnels ou cliniques, comme l'espace à disposition pour faire des groupes, le temps nécessaire pour le recrutement, la rentabilité du groupe par rapport aux traitements individuels, l'intérêt ou la capacité du patient à participer à un groupe, le plaisir ou la compétence du thérapeute à animer de tels groupes. Le thérapeute devra être attentif au rôle que peut jouer le groupe auprès de chacun de ses participants. Car contrairement à la phobie sociale où on considère le groupe comme un lieu naturel d'exposition aux situations sociales redoutées, il peut ici se révéler protecteur face à l'anxiété, le patient se sentant lors des expositions sécurisé par la présence des autres membres. Si c'est le cas, le groupe peut certes favoriser les premières expositions, mais il limite sans doute le plein déploiement des effets de la thérapie, surtout si le participant n'ose pas des expositions totalement autonomes.

### **Troubles obsessionnels-compulsifs**

Plusieurs expériences de psychothérapie cognitivo-comportementale de groupe pour les patients obsessionnels-compulsifs ont été menées au cours des dernières années avec des succès généralement comparables à ceux obtenus dans les thérapies individuelles. Ceci est en particulier confirmé par la seule étude contrôlée comparant directement settings individuels et de groupe. Dans cette étude, 48 heures de thérapie de groupe ont été comparées à 24 heures de thérapie individuelle. Les séances étaient délivrées deux fois par semaine pendant une période de 3 mois. Les résultats montrent : 1) que les deux thérapies aboutissent à une amélioration de la symptomatologie significativement supérieure à celle observée chez les patients ayant suivi une thérapie par relaxation ; 2) qu'il n'y a aucune différence entre les deux formats de thérapie aussi bien en fin de traitement qu'au suivi à 6 mois ; 3) que les traitements individuels semblent amener plus rapidement une réduction des troubles que le format de groupe, mais qu'après 6 semaines de traitement les deux modalités se retrouvent à égalité sur ce plan.

Le format groupal peut faire gagner un temps considérable au thérapeute. Fals-Stewart montre par exemple que dans son programme

un groupe de dix patients a nécessité 48 heures de présence thérapeutique de la part d'un thérapeute, alors que les mêmes dix patients en suivis individuels auraient consommé cinq fois plus de temps (chaque patient ayant 24 heures de thérapie individuelle à son actif, soit la moitié des heures conduites en groupe). Mais on a longtemps considéré qu'il était difficile de monter un groupe avec des patients obsessionnels-compulsifs, car on pensait qu'ils n'étaient pas de bons candidats pour une thérapie de groupe. Ceci était notamment lié au fait qu'ils se comportent souvent de façon méfiante à l'égard des autres ou que, selon leur pathologie, le contact avec d'autres personnes apparaît tout simplement inenvisageable. Les études récentes démentent en partie ces craintes : de tels programmes sont réalisables et efficaces. La vulgarisation du trouble parmi la population générale (via notamment le travail des médias et des associations de patients) a peut-être contribué à dépasser ces difficultés. Toute une population de patients désireuse de profiter de thérapies de groupe pourrait même être plus facilement identifiée à l'avenir, laissant davantage de champ pour une pratique de groupe encore peu répandue. Sur le plan purement scientifique on n'a cependant aucune donnée objective qui permette d'établir le profil type du patient pour lequel la thérapie de groupe serait davantage indiquée par rapport à la thérapie individuelle, et vice-versa.

### **Anxiété généralisée**

La thérapie cognitivo-comportementale individuelle du trouble anxieux généralisé apparaît de nos jours comme le seul traitement psychologique empiriquement validé. Elle s'appuie sur trois types d'interventions : 1) l'auto-observation d'épisodes anxieux, pour mettre à jour les stimuli déclencheurs et permettre au patient d'intervenir dès les premiers signes d'anxiété, 2) la relaxation (sous ses diverses formes), employée pour diminuer les tensions, 3) la thérapie cognitive, pour réduire les préoccupations et modifier les scénarios pessimistes. Malheureusement, les études évaluant des procédures thérapeutiques de groupe sont rares et portent sur des échantillons plutôt réduits. On pourra quand même rapporter ici deux exemples intéressants de cette modalité de traitement.

Durham et al. (2003) ont évalué dans deux essais cliniques indépendants l'issue à long terme (8 à 14 ans après le traitement) de diverses thérapies, parmi lesquelles figurent les thérapies cognitivo-comportementales individuelles et de groupe. Malgré des limitations méthodologiques qui en affaiblissent la portée, ces études permettent de constater que la thérapie cognitivo-comportementale de groupe aboutit

chaque fois à des changements favorables significatifs, alors que ce n'est pas systématiquement le cas pour les thérapies individuelles. Dans la mesure où les analyses statistiques ont été effectuées sur des agrégations regroupant toutes les thérapies cognitivo-comportementales (individuelles et groupales), il s'avère malheureusement impossible de tirer la moindre conclusion fiable au sujet du format lui-même.

Ladouceur et al. (2000) ont évalué quant à eux un module thérapeutique optant résolument pour une approche cognitive. Leurs groupes comprennent 4 à 6 patients et le programme s'étend sur 14 séances hebdomadaires de 2 heures. L'issue du traitement, en post-test et au suivi à 2 ans, s'avère encourageante: les patients ayant suivi les groupes s'améliorent sur le plan clinique de façon statistiquement supérieure par rapport à ceux qui n'y ont pas participé. Les gains sont maintenus 2 ans après la fin du traitement, avec 94 % des participants aux groupes thérapeutiques qui ne présentent plus un diagnostic de trouble anxieux généralisé. Mais le nombre limité de patients inclus dans l'étude (N = 26) ne permet là aussi aucune véritable généralisation.

Les thérapies de groupe se basant sur des procédures individuelles validées présentent l'avantage de pouvoir toucher plus de personnes simultanément: la participation collective de tous les membres du groupe enrichit le travail de restructuration cognitive. Il n'y a en somme aucune raison que ce format ne soit pas promis lui aussi à un avenir intéressant. Mais le nombre très restreint d'études limite la portée de cette conclusion d'autant plus spéculative qu'aucune comparaison directe entre méthodes individuelles et interventions de groupe n'a été jusqu'à présent menée de façon contrôlée et rigoureuse sur des échantillons suffisamment importants.

## **Conclusion**

Les thérapies comportementales et cognitives des troubles anxieux ont été en grande majorité développées et étudiées dans le cadre de traitements individuels. Malgré cela, il existe de multiples tentatives de thérapies de groupe adaptées des méthodes individuelles, notamment pour la phobie sociale, le trouble panique, l'agoraphobie et le trouble obsessionnel-compulsif. Leur utilité a pu être assez clairement démontrée au travers d'études évaluatives. Surtout, aucune de ces études n'a jamais signalé une issue moins favorable des traitements en groupe par rapport aux traitements individuels correspondants. Même si le nombre total d'études reste relativement faible, les résultats convergent et démontrent qu'on peut aujourd'hui considérer la thérapie de groupe comme autant indiquée que la thérapie individuelle. La question des

interventions de groupe pour le traitement de l'anxiété généralisée et du stress post-traumatique reste par contre beaucoup plus ouverte, vu le nombre trop faible d'études dont nous disposons. On ne sait par exemple presque rien au sujet de la thérapie de groupe du stress post-traumatique car aucune étude d'envergure n'a été publiée dans ce domaine. On peut toutefois supposer que, à l'instar de ce qu'on a observé pour les autres pathologies, les modules de groupe pourraient aboutir à des résultats similaires, dans la mesure où ils se basent sur les mêmes ingrédients thérapeutiques que les méthodes individuelles.

Thérapie groupale et thérapie individuelle mènent aux mêmes résultats. Cet aspect du format n'apparaît donc pas comme un facteur-clé prédisant l'issue du traitement. Les thérapies de groupe apparaissent certes plus favorables au niveau du rapport coût-bénéfice, mais elles présentent l'inconvénient de ne pas pouvoir toujours s'ajuster parfaitement au cas particulier de chaque individu. Les participants ont donc toujours un effort d'adaptation à faire pour intégrer les informations ou les méthodes thérapeutiques devisées dans les groupes. Le thérapeute restera bien sûr attentif à la capacité de chaque patient à s'insérer dans le groupe, à en bénéficier des soutiens, et à généraliser pour lui-même tout ce qui y est travaillé. D'autre part il s'assurera que le groupe ne constitue pas une sorte de refuge par rapport à ses phobies. En cas de nécessité on proposera des appoints individuels pour éviter un refus de la thérapie ou un abandon précoce. Quoi qu'il en soit, l'indication se fait toujours individuellement, car elle seule permet au thérapeute de se faire une première idée des capacités et de l'intérêt du patient à participer à un programme groupal.

La recherche clinique dans le domaine de la thérapie comportementale et cognitive de groupe en est encore à ses débuts, puisque au-delà de la vérification de l'efficacité de ces traitements (qui semble par ailleurs acquise dans certains domaines), toutes les questions au sujet des critères d'indication différentielle qui orienteraient le choix du format à privilégier restent globalement ouvertes. Vu les restrictions économiques auxquelles nos sociétés devront faire face au cours des prochaines décennies, nul doute qu'il s'agit là d'un champ d'investigation et de pratique en pleine expansion qui aura encore beaucoup de secrets à nous livrer.

## Références

- ANDERSON, R. O., 1998, Fighting Igor: Exposing and resisting the irrational side using cognitive-behavioral principles in group therapy of panic/phobic disorders, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 28, 1, 5-34.

- ANDRÉ, C., 2002, La psychothérapie des phobies sociales, in Lemperière, T., ed., *Les phobies sociales*, Acanthe/Masson, Paris, 171-192.
- ANDREWS, G., CREAMER, M., CRINO, R., HUNT, C., LAMPE, L., PAGE, A., 2002, *The Treatment of Anxiety Disorders. Clinician Guides and Patient Manuals*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BALLENGER, J. C., DAVIDSON, J. R., LECRUBIER, Y., NUTT, D. J., BORKOVEC, T. D., RICKELS, K., STEIN, D. J., WITTCHEN, H.-U., 2001, Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety, *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, Suppl11, 53-58.
- BARLOW, D. H., CERNY, J. A., 1988, *Psychological Treatment of Panic*, The Guilford Press, New York, NY.
- BECK, A. T., EMERY, G., 1985, *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, Basic Books, New York.
- BORKOVEC, T. D., RUSCIO, A. M., 2001, Psychotherapy for generalized anxiety disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, Suppl11, 37-42.
- BUTLER, G., 1985, Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties, *Behaviour Research and Therapy*, 23, 6, 651-657.
- CHAMBLESS, D. L., TRAN, G. Q., GLASS, C. R., 1997, Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia, *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 3, 221-240.
- CLARK, D. M., 1996, Panic disorder: from theory to therapy, in Salkovskis, P. M., ed., *Frontiers of Cognitive Therapy*, Guilford Press, New York, 318-344.
- CORDIOLI, A. V., HELDT, E., BRAGA BOCHI, D., MARGIS, R., BASSO DE SOUSA, M., FONSECA TONELLO, J., GUS MANFRO, G., KAPCZINSKI, F., 2003, Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 4, 211-216.
- COTTRAUX, J., NOTE, I., ALBUISSON, E., YAO, S. N., NOTE, B., MOLLARD, E., BONASSE, F., JALENQUES, I., GUERIN, J., COUDERT, A. J., 2000, Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 3, 137-146.
- CRASKE, M. G., DECOLA, J. P., SACHS, A. D., PONTILLO, D. C., 2003, Panic control treatment for agoraphobia, *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 3, 321-333.
- DURHAM, R., CHAMBERS, J., MACDONALD, R., POWER, K., MAJOR, K., 2003, Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of

- generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials, *Psychological Medicine*, 33, 3, 499-509.
- FALS-STEWART, W., MARKS, A. P., SCHAFER, J., 1993, A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 3, 189-193.
- FANGET, F., 1999, Traitement des phobies sociales: efficacité des thérapies comportementales et cognitives de groupe, *L'Encéphale*, 25, 2, 158-168.
- GRUBER, K., MORAN, P. J., ROTH, W. T., TAYLOR, C. B., 2001, Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia, *Behavior Therapy*, 32, 1, 155-165.
- HEIMBERG, R. G., JUSTER, H. R., 1995, Cognitive-behavioral treatments: literature review, in Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., eds., *Social Phobia, Diagnosis, Assessment and Treatment*, The Guilford Press, New York, 261-309.
- HELDT, E., MANFRO, G. G., KIPPER, L., BLAYA, C., MALTZ, S., ISOLAN, L., HIRAKATA, V. N., OTTO, M. W., 2003, Treating medication-resistant panic disorder: Predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 1, 43-48.
- HIMLE, J. A., RASSI, S., HAGHIGHATGOU, H., KRONE, K. P., NESSE, R. M., ABELSON, J., 2001, Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: Seven vs. twelve-week outcomes, *Depression and Anxiety*, 13, 4, 161-165.
- LADOUCEUR, R., DUGAS, M. J., FREESTON, M. H., LEGER, E., GAGNON, F., THIBODEAU, N., 2000, Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 6, 957-964.
- LÉGERON, P., TANNEAU, E., 1998, Thérapie comportementale et cognitive de groupe de la phobie sociale, *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 8, 3, 84-94.
- LIDREN, D. M., WATKINS, P. L., GOULD, R. A., CLUM, G. A., ASTERINO, M., TULLOCH, H. L., 1994, A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 4, 865-869.
- MARCHAND, A., WAPLER, M., 1993, L'effet des troubles de la personnalité sur la réponse au traitement behavioral-cognitif du trouble panique avec agoraphobie, *Canadian Journal of Psychiatry — Revue canadienne de psychiatrie*, 38, 3, 163-166.

- MARTINSEN, E. W., OLSEN, T., TONSET, E., NYLAND, K. E., AARRE, T. F., 1998, Cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: a naturalistic study with 1-year follow-up, *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 8, 437-442; quiz 443.
- MATTICK, R. P., PETERS, L., CLARKE, J. C., 1989, Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study, *Behavior Therapy*, 20, 1, 3-23.
- MCLEAN, P. D., WHITTAL, M. L., THORDARSON, D. S., TAYLOR, S., SOECHTING, I., KOCH, W. J., PATERSON, R., ANDERSON, K. W., 2001, Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 2, 205-214.
- NAGY, L. M., KRYSZAL, J. H., CHARNEY, D. S., MERIKANGAS, K. R., WOODS, S. W., 1993, Long-term outcome of panic disorder after short-term imipramine and behavioral group treatment: 2.9-year naturalistic follow-up study, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 1, 16-24.
- NÉRON, S., LACROIX, D., CHAPUT, Y., 1995, Group vs individual cognitive behaviour therapy in panic disorder: An open clinical trial with a six month follow-up, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27, 4, 379-392.
- OTTO, M. W., POLLACK, M. H., BARLOW, D. H., 1995, *Stopping Anxiety Medication: A Workbook for Patients Wanting to Discontinue Benzodiazepine Treatment for Panic Disorder*, Psychological Corporation, New York.
- OTTO, M. W., POLLACK, M. H., PENAVA, S. J., ZUCKER, B. G., 1999, Group cognitive-behavior therapy for patients failing to respond to pharmacology for panic disorder: A clinical case series, *Behaviour Research and Therapy*, 37, 8, 763-770.
- SCHOLING, A., EMMELKAMP, P. M., 1993, Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment, *Behaviour Research and Therapy*, 31, 7, 667-681.
- SHEAR, M. K., BEIDEL, D. C., 1998, Psychotherapy in the overall management strategy for social anxiety disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, Suppl 17, 39-46.
- TAYLOR, S., 1996, Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1, 1-9.
- TAYLOR, S., 2000, *Understanding and Treating Panic Disorder, Cognitive-behavioural Approaches*, John Wiley and Sons, Chichester.

TELCH, M. J., LUCAS, J. A., SCHMIDT, N. B., HANNA, H. H., LANAE JAIMEZ, T., LUCAS, R. A., 1993, Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 31, 3, 279-287.

TURNER, S. M., BEIDEL, D. C., COOLEY-QUILLE, M. R., 1995, Two-year follow-up of social phobias treated with Social Effectiveness Therapy, *Behaviour Research and Therapy*, 33, 5, 553-555.

VAN DYCK, R., 1996, Non-drug treatment for social phobia, *International Clinical Psychopharmacology*, 11, Suppl 3, 65-70.

## ABSTRACT

### **Do cognitive-behavioral group therapies in the treatment of anxiety disorders have an advantage over individual treatments?**

Group cognitive-behavior therapies in the treatment of anxiety disorders for adult psychiatric patients were historically developed on the basis of validated individual treatments. They have been widely employed and studied for social phobia, panic disorders, agoraphobia and obsessive-compulsive disorders, with generally positive results similar to those obtained with the corresponding individual methods. The cognitive-behavioural group treatments for generalized anxiety and posttraumatic stress disorders have not yet received sufficient validation. The results of evaluative research show that the format of the therapy (individual or groupal) does not appear to predict the outcome. Therefore an indication for an individual or a group therapy cannot be made on the basis of the diagnosis alone. It has to be based on other criteria, in particular economical, organisational or clinical. Group therapies can certainly offer advantages in comparison with individual procedures, even if they cannot always fit perfectly the specific needs of every patient. Indication has to be made individually, in order to allow the therapists to judge their patients' capacities and interest to participate in a group program.

## RESUMEN

### **Las terapias cognitivo-comportamentales de grupo en el tratamiento de los trastornos de ansiedad tienen ventajas sobre los tratamientos individuales.**

Las terapias comportamentales y cognitivas de grupo para el tratamiento de los trastornos de ansiedad históricamente han sido desarrolladas sobre la base de los tratamientos individuales validados. Éstas han sido empleadas y estudiadas ampliamente por la fobia social, el

trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y el trastorno obsivo-compulsivo, con resultados generalmente positivos y similares a los métodos individuales correspondientes. Los tratamientos de grupo para la ansiedad generalizada y el estrés postraumático hasta ahora no han recibido una validación suficiente. Los resultados de la investigación evaluativa muestran que el formato individual o de grupo no aparece como un factor de predicción del resultado. No podemos, por lo tanto, indicar una terapia individual o una terapia de grupo basados sólo en el conocimiento del diagnóstico. La indicación de un formato preciso debe basarse en otros criterios, económicos, organizacionales o clínicos. Las terapias de grupo pueden presentar ventajas seguras en relación con los procedimientos individuales, incluso si éstas no siempre pueden ajustarse perfectamente al caso particular de cada paciente. La indicación debe entonces hacerse de manera individual para permitir a los terapeutas juzgar la capacidad y el interés de sus pacientes por participar en un programa de grupo.

## RESUMO

### **As terapias cognitivo-comportamentais de grupo no tratamento dos transtornos de ansiedade teriam uma vantagem sobre os tratamentos individuais?**

As terapias comportamentais e cognitivas de grupo para o tratamento dos transtornos de ansiedade foram historicamente desenvolvidas com base nos tratamentos individuais comprovados. Elas foram amplamente empregadas e estudadas para a fobia social, o transtorno do pânico com ou sem agorafobia e o transtorno obsessivo-compulsivo, com resultados geralmente favoráveis e semelhantes aos métodos individuais correspondentes. Os tratamentos de grupo para a ansiedade generalizada e o estresse pós-traumático não receberam, até agora, uma comprovação suficiente. Os resultados da pesquisa avaliativa mostram que o formato individual ou de grupo não apresenta um fator de predição do resultado. Não se pode então, fazer uma indicação para a terapia individual ou de grupo a partir apenas do diagnóstico. A indicação para um formato preciso deve basear-se em outros critérios econômicos, organizacionais ou clínicos. As terapias de grupo podem apresentar vantagens incontestáveis, em relação aos procedimentos individuais, mesmo se elas não podem sempre ajustar-se perfeitamente ao caso particular de cada paciente. A indicação deve então fazer-se de maneira individual para permitir aos terapeutas julgar as capacidades e o interesse de seus pacientes em participar de um programa de grupo.