

Volker Tschuschke, Aureliano Cramer, Margit Koemeda, Peter Schulthess, Agnes von Wyl, Rainer Weber

## Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S)

**Zusammenfassung** Die Arbeit setzt sich mit der derzeit kontrovers geführten Debatte um angemessene und notwendige Forschungsdesigns in der Psychotherapie auseinander und bezieht eindeutige Position für einen naturalistischen, prozess-outcome-orientierten Forschungsansatz (practice-based evidence). Am Beispiel des Designs und erster Ergebnisse der PAP-S-Studie der Schweizer Charta für Psychotherapie wird aufgezeigt, wie sinnvolle empirische Forschung in der Psychotherapie erfolgen kann.

**Schlüsselwörter** Psychotherapieforschung; Wirksamkeit von Psychotherapie; naturalistische Psychotherapiestudie; ambulante Psychotherapie; Prozess-Ergebnis-Forschung.

### Psychotherapy research – Basic reflections and first preliminary results of an effectiveness-study on outpatient treatments in Switzerland (PAP-S project)

**Summary** The paper addresses the currently heated debate of appropriate empirical research in psychotherapy. The contribution is in favor of so-called naturalistic approaches to the field of psychotherapy (effectiveness studies) which includes the objective evaluation of process-outcome relationships (practice-based evidence) instead of laboratory studies (efficacy studies). Very first preliminary data of the project provide the reader with ideas regarding meaningful research approaches to the complex field of psychotherapeutic change.

**Keywords** Psychotherapy research; efficacy versus effectiveness in psychotherapy; outpatient psychotherapy; efficacy research; effectiveness research; process-outcome research.

Die Psychotherapie sieht sich derzeit weltweit bedeutsamen Herausforderungen ausgesetzt, die vor allem die Frage eines angemessenen Nachweises ihrer Wirksamkeit betrifft. Die Verwissenschaftlichung der Medizin – und die Psychotherapie gehört als Teilgebiet zur Medizin – steht seit dem Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts unter dem Zeichen der sogenannten *Evidence-Based Medicine* (EBM), die auf ausschließliche Anerkennung von *empirically supported treatments* (EST) zielt (Henningsen und Rudolf 2000, Norcross et al. 2006, Tschuschke 2005). Das Ziel ist unumstritten: objektive, verlässliche Erkenntnisse über medizinische (hier psychotherapeutische) Wirkungen sind erforderlich zum Wohle von Patienten, moderne Behandlungen am Menschen benötigen wissenschaftlich verlässlicher Erkennt-

nisse. Die Zeiten des Entwurfs großer therapeutischer Theorien und Konzepte dürfte vorbei sein, es geht heute darum, die Spreu vom Weizen zu trennen („Evidenz statt Eminenz“) und die Ingredienzen psychotherapeutischer Behandlungsentwürfe auf ihre spezifischen Wirkungen im Hinblick auf positive Effekte hin zu überprüfen. Dass Medizin wie Psychotherapie objektivistischer Fundierung benötigen, ist heute nicht mehr verhandelbar.

### Historische Hintergründe

Ein kurzer geschichtlicher Abriss weist die ersten Bemühungen um eine Verwissenschaftlichung in der Medizin aus als gekennzeichnet durch Entwicklungen im frühen 20. Jahrhundert, beginnend mit dem Flexner Report (Dun-

can und Miller 2006), der für eine curricular vereinheitlichte Mediziner-Ausbildung in den USA und Kanada stand. Die ersten randomisiert-kontrollierten Studien in der Medizin wurden dann unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg durchgeführt und die Einsetzung der *Food and Drug Administration* (FDA) in den USA sollte dazu führen, dass Sicherheit und Wirksamkeit von medizinischen Interventionsmaßnahmen regelmäßig überprüft würden (Norcross et al. 2006). Die Medizinalisierung psychischer Erkrankungen wurde durch die *Boulder Conference* in 1949 auf den Weg gebracht (Duncan und Miller 2006), was nicht uneingeschränkt die Zustimmung aller fand und heute weitgehend zu einem großen Problem für die Psychotherapie geworden ist, was im Weiteren noch ausführlich zu diskutieren sein wird.

Das mächtige *National Institute of Mental Health* (NIMH) in den USA adoptierte bald nach der historischen *Boulder Conference* das gleiche methodologische Forschungsprinzip, wie es in der Pharmaforschung zu finden ist – den randomisiert-kontrollierten Versuch (*randomized controlled trial* = RCT), was implizierte, dass Studien manualisierte psychologische oder psychiatrische Behandlung miteinschließen mussten wie auch DSM-definierte psychische Störungsbilder (Duncan und Miller 2006). Mit der Entscheidung der *American Psychiatric Association* (APA), Leitlinien für die Behandlung psychischer Störungen zu entwickeln – beginnend 1993 mit „major depression“ und „Essstörungen“ – erreichte die Manualisierungs-Bewegung einen neuen Impuls.

Die *American Psychological Association* (APA, *Division 12: Society of Clinical Psychology*) jedoch suchte sich von vermeintlich medizinisch dominierten psychiatrischen Leitlinien abzugrenzen und forderte das Recht von Patienten ein, die einen Anspruch auf empirisch validierte Behandlungen hätten. Anstelle von klinischem Konsens zog die *Task Force* der *Division 12* Regeln heran, die manualisierte Therapien und das RCT-Paradigma für unverzichtbar erklärte. Dass damit erst recht einer Medizinalisierung in der Psychotherapie entgegen gearbeitet wurde, war offenbar ganz bewusst und gewollt. Welch „faustischen Pakt“ (Duncan und Miller 2006, S. 140) die Psychotherapie jedoch mit dem medizinischen Modell einging, dürfte in ihrer tiefen Tragweite nicht verstanden worden sein – und wird es heute leider immer noch nicht (Tschuschke 2005) (s. auch im Folgenden).

Als ungemein wichtig für die Beurteilung der beschleunigt einseitigen Entwicklung einer medizinalisierten, technisierten Auffassung von Psychotherapie muss die Entwicklung eines ökonomisch orientierten Gesundheitssystems – der sogenannten *Managed Care* – in den USA angesehen werden. Dieser „Fehlweg“ in der Medizin (Reed 2006, S. 42) zielt auf allein ökonomisch motivierte Denkweisen und hat nicht das Wohlergehen von Patienten im Sinn, sondern ausschließlich Kosten-

reduktion, was in der Psychotherapie-Debatte sogar zu der perversen Sichtweise geführt hat, psychotherapeutische Langzeitbehandlung sei „unethisch“ (Shaw-Austad 1996). In diesem Denken findet sich kein Platz für chronisch psychisch gestörte Patienten, deren Behandlungserfolg es z.B. wäre, überhaupt am Leben bleiben zu können und keineswegs eine *restitutio ad integrum* (was die RCT-Forschung ausschließlich verfolgt). Dabei ist der Großteil der psychisch Kranken als chronisch anzusehen (Reed 2006).

### Kontroverse Debatte über Psychotherapieforschung

Wenn auch das Ziel ein gemeinsames ist: nämlich psychotherapeutische Behandlungen auf evidenzbasierte wissenschaftliche Grundlagen zu stellen, so ist der Weg zur Ermittlung der Wirkweise von Psychotherapien allerdings heiß umstritten. Zwei Lager stehen sich – anscheinend unversöhnlich – gegenüber. Vertreter einer labororientierten Psychotherapieforschung (*efficacy studies*) halten strikt am RCT-Paradigma fest und behandeln diesen Teilaspekt einer insgesamt differenzierter angelegten EBM als den ganz offensichtlich nicht verhandelbaren Punkt und missachten weitere EBM-Aspekte flagrant (vgl. Leichsenring 2004). Zwar wird immer wieder betont (z.B. der deutsche Beirat für Psychotherapie), man halte nicht ausschließlich am RCT-Paradigma (*Level I* des EBM-Schemas) fest, die Praxis der Anerkennung von Psychotherapieverfahren und die in namhaften Journals gehandhabte Publikationspraxis jedoch entlarvt diese Argumentation als hohl und weist die derzeitige Praxis der Handhabung der EBM in der Psychotherapie als „Pervertierung der EBM-Konzeption“ (Kriz 2009, S. 95) aus.

Dagegen stehen die Befürworter einer naturalistischen Psychotherapieforschung (*effectiveness studies*) einer Manualisierung und dem RCT-Paradigma ablehnend gegenüber; sie votieren für eine im realen therapeutischen Setting erfolgende „naturalistische“ empirische Forschung, die empirische

Prozess-Ergebnisforschung miteinschließen müsste (vgl. Tschuschke 2005).

Die Argumente pro und contra eine RCT-geleitete, manualisierte Psychotherapieforschung lassen sich wie folgt zusammenfassen.

#### RCT-Paradigma

Die RCT-Befürworter – fast sämtliche Studien wurden mit behavioralen und kognitiv-behavioralen Therapien durchgeführt – postulieren als wissenschaftlich einzig möglichen Weg das RCT-Paradigma. Nach diesem Forschungsprinzip muss sichergestellt werden, dass eine einzige Variable manipuliert werden darf (die sogenannte unabhängige Variable) und alle anderen „kontrolliert“ werden, d.h. dass deren Einfluss konstant in beiden Versuchsbedingungen (Interventions- und Kontrollgruppe) gehalten werden muss. In der sogenannten *Experimentalgruppe* (in Psychotherapiestudien die Behandlungstechnik bzw. das -konzept) würde also die Therapietechnik als vermutetes wirksames Ingrediens (analog zum Verum in der Pharmaforschung, dort der Wirkstoff des neuen Medikaments) eingesetzt werden, während in der sogenannten *Kontrollgruppe* keine Therapie (etwa Wartegruppe), eine wenig spezifische oder unspezifische Therapie eingesetzt werden würde. Alle anderen Bedingungen müssten gleich bleiben: etwa Dosis (Sitzungszahl) der Behandlung, Therapeutenqualifikation und -erfahrung, zufällige (blinde) Aufteilung der Studienpatienten auf Interventions- und Kontrollgruppen, Störungsbild. Das Störungsbild muss eindeutig diagnostizierbar sein anhand von DSM- oder ICD-Glossaren. Was wiederum bedeutet, dass es sich um eine einzige Diagnose (etwa Angst- u. Panikstörungen oder Depression) handelt. Typischerweise finden solche RCT-Studien vollständig blind für andere Therapie-Ingredienzen statt, sind als pure Prä-Post-Studien (manchmal zusätzlich Katamnese-Studien) angelegt und sagen nichts über den Behandlungsprozess aus.

Dass die Therapietechnik konform mit einem zugrunde liegenden Thera-

piekkonzept (-theorie) real appliziert wird, wird in der Regel über ein Therapeuten-Training anhand eines Manuals sichergestellt. Die sogenannte Adherence des Therapeuten (Manualtreue) wird zuweilen in Studien stichprobenartig überprüft. Manuale werden als hilfreicher Weg gesehen, strukturelle und konzeptionelle Grenzen der Behandlung zu beschreiben, sie seien keineswegs beschränkt auf Technikimplementierung, sondern lieferten dem Therapeuten eine Orientierung, seine Konzepttreue (Adherence) zu beobachten (Addis und Cardemil 2006). Entsprechend dem Paradigma aus der Pharmaforschung muss einzig die vom Therapeuten eingesetzte Technik (basierend auf dem zur Anwendung kommenden sollenden Konzept) für den psychotherapeutischen Erfolg verantwortlich sein. Man sieht hier eindeutig, dass dieser Ansatz einzig und allein das therapeutische Konzept und dessen Realisierung über die eingesetzte Technik als relevant erachtet.

Ein signifikant besseres Therapieergebnis für die Experimental- bzw. Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe – meist über die Reduktion der Symptomatik ermittelt – würde dann die applizierte spezifische Psychotherapietechnik als wissenschaftlich nachgewiesen (evidenzbasiert) wirksam kennzeichnen.

### Kritik am RCT-Standard

Die Kritiker des RCT-Paradigmas – der von seinen Apologeten als „Goldstandard“ der Psychotherapieforschung bezeichnet wird – sehen eine veritable Reihe von Kritikpunkten, weshalb der RCT-Ansatz ein Irrweg für die Psychotherapie als wissenschaftliche Disziplin sei.

### Forschungsbias

Es ist erwiesen, dass es eine hochsignifikant positive Korrelation ( $> .80$ ) zwischen bevorzugtem Therapiemodell der Forscher und dem in den Studien erfolgreichen Therapiemodell gibt (Luborsky et al. 1999). RCT-Forschungen basieren zu über 90% auf behavioralen bzw. kognitiv-behavioralen The-

rapieverfahren; sie finden fast vollständig an verhaltenstherapeutischen Zentren und Instituten statt.

### Patienten-Ausschluss aus EST-Studien

Bis zu zwei Drittel aller für Studien in Frage kommenden Patienten (die sich mit Angststörungen oder Depressionen z.B. präsentieren) werden aufgrund von rigiden diagnostischen Einschlusskriterien von den RCT-Studien ausgeschlossen, d.h. sie sind diagnostisch gesehen nicht „rein“ genug für die Studien. Je mehr Patienten ausgeschlossen werden, als desto erfolgreicher erweisen sich dann die Therapien (Messer 2004). EST-Studien (alle gekennzeichnet durch das RCT-Paradigma) basieren also auf extrem selektierten Patientengruppen. Für komorbide Patienten bleibt in diesen Studien kein Platz; damit bleibt der Normalfall der in den Behandlungspraxen vorstellig werden Patienten ausgeklammert.

### EST-Studien haben kaum nachhaltige Effekte

In EST- bzw. RCT-Studien werden fast ausschließlich Patienten mit bestimmten Angststörungen (Phobien, generalisierte Angststörung) und Patienten mit Depressionen untersucht. Der durchschnittliche Patient dieser Studien behält eine milde, gleichwohl klinisch signifikante Symptomatik nach der Behandlung in einer EST-Studie (Westen und Morrison 2001). Nur ca. 40% aller Patienten profitieren, von den depressiven Patienten sogar nur 37%, bezieht man die Abbrecher mit ein, dann reduziert sich die Erfolgsquote auf nur noch 27%. Über 50% suchen in einem Zeitraum von zwei Jahren nach einer EST-Behandlung eine neue Therapie-Hilfe (Messer 2004).

### Effekte der Vergleichsstudien

Die rigide Auswahl an diagnostischen Gruppen führt in Vergleichsstudien dazu, dass viele sogenannte *bona fide* Behandlungen (Wampold 2001) (Behandlungen, die nicht RCT-Studien vorweisen können [oder wollen], die gleichwohl einen umfangreichen, festen Kanon an theoretischen Grund-

nahmen haben, lange bereits praktiziert werden und eine lange empirische Forschungstradition aufweisen, aber das RCT-Paradigma ablehnen, z.B. psychodynamische, klientenzentrierte, Familientherapie) im Direktvergleich mit behavioralen oder kognitiv-behavioralen Therapien nicht berücksichtigt werden, eben weil sie gemischte Störungsbilder behandeln (z.B. Anpassungsstörungen, major depression und Angststörungen kombiniert). Vergleicht man sie aber doch mit den behavioralen/kognitiv-behavioralen Behandlungen, dann ergeben sich aus den 49 EST-Studien, die von der Task Force (Chambless et al. 1996) aufgelistet wurden in 41 Fällen vergleichbare Effekte (Messer 2004).

### Randomisierung

Patienten lassen sich nicht einfach per Zufall (Randomisation) Behandlungen bzw. Nicht-Behandlungen zuweisen. Das ist in jedem Falle unethisch. Man kann keinem leidenden Menschen direkte Hilfe verweigern, das würde im Übrigen heutzutage auch keine Ethik-Kommission mehr dulden. Darüber hinaus haben sehr viele Patienten Vorurteile: sie präferieren – aufgrund welcher Tatsache auch immer – häufig genug bestimmte Behandlungen. Der mittlerweile verfügbare wissenschaftlich-methodische Kanon verfügt im Weiteren über zahlreiche indikative und prognostische Tests und Verfahren, deren Ergebnisse es verbieten würden, Patienten dann noch Behandlungen zuzuführen, von denen sie höchstwahrscheinlich nicht profitieren würden (z.B. Eckert 2010).

### Kontrollierte Studien

EST-Studien mit ihrem RCT-Paradigma wollen suggerieren, dass alle anderen möglichen beeinflussenden Variablen – außer der einen unabhängigen, nämlich der eingesetzten therapeutischen Behandlung – „kontrolliert“, d.h. in beiden Bedingungen (Interventions- und Kontrollgruppe) gleich gehalten werden und dass keine andere Variable als die unabhängige für die psychotherapeutische Veränderung des Patienten verantwortlich sein kann. Weitere un-

bekannte, die Veränderung möglicherweise moderierende, Variablen werden als „kontrolliert“ ausgeschlossen. Die Absurdität dieser Annahme wird allein daraus schon ersichtlich, dass ein Mensch 168 Wochenstunden Lebenszeit hat, von denen er eine oder zwei Stunden in die Therapie geht. D.h. mindestens 166 Stunden ist dieser Patient nicht unter Kontrolle, er ist Hunderten von Situationen und Reizen ausgesetzt, er erlebt positive oder negative Lebensereignisse, mehr oder weniger dramatischer Art, die ihn alle beeinflussen. Und jeder Patient einer Studie hat sein individuelles Lebens-Universum, nicht vergleichbar mit irgendeinem anderen Menschen. Man fragt sich, was dann eigentlich „kontrolliert“ wird in solchen Studien, wenn nichts am (Er)Leben der Therapie-Patienten einer Studie kontrolliert werden kann? Man kann vielleicht Labormäuse oder Ratten in Studien kontrollieren, indem man ihnen nur bestimmte Nahrung oder Medikamente zukommen lässt und ihre Lebensbedingungen zwischen Versuchen in ihrem Käfig konstant hielte. Menschliche Therapiepatienten würden wohl nur dann an wirklich „kontrollierten“ Studien teilnehmen, wenn man sie 166 Stunden die Woche in eine reizarme Zelle sperre und nur zu den zwei Therapie-Sitzungen hinaus ließe.

### Manualisierte Therapien

Duncan und Miller (2006) kritisieren den manualisierten Behandlungsansatz als einschränkende, nicht adäquate Sicht auf die therapeutischen Prozesse, darüber hinaus zitieren sie zahlreiche Studien, die statistisch keine Überlegenheit der manualisierten Ansätze erbrachten, und das alles bei deutlich unter 10% Varianzaufklärung (beim Therapieerfolg) durch die eingesetzte therapeutische Technik. Es gäbe sogar empirische Hinweise auf die Schädlichkeit einer manualisierten therapeutischen Behandlung.

Es ist bezeichnend, dass verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Psychotherapieforscher die Worte eines der Grandseigneurs der Verhaltenstherapie, Aaron T. Beck, missachteten: „Man kann ebenso wenig kognitive Therapie

nach dem Manual ausführen, wie eine OP nach dem Manual.“ (Beck 2000). Die wichtigere therapeutische Beziehung, die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten (weit mehr Bedeutung in der Psychotherapie) werden missachtet, stattdessen wird eine technische Operation vorgenommen. Genau dies aber ist nicht Psychotherapie.

### Varianzaufklärung und EST- bzw. RCT-Studien

Es besteht unter Psychotherapieforschern kein Dissens darüber, dass die eigentliche therapeutische Behandlungstechnik lediglich wenig der Ergebnis-Varianz aufklärt. Die höchsten Zahlen gehen von 15% (Assay und Lambert 1999), die niedrigsten von 1% (Wampold 2001) aus. Dem entspricht das *Dodo Bird Verdict* der Therapiefor schung („all have won and all must have prizes“). Es gibt keine unterschiedlich wirksamen Therapieverfahren, sofern man professionell erfahrene Psychotherapeuten und ‚echte‘ Patienten in Studien berücksichtigt. Wampold et al. (1997) untersuchten 277 Forschungsstudien zwischen 1977 und 1995 und fanden keine Überlegenheit irgendeiner Therapierichtung. Die *Human Affairs International Real-World-Study* (Brown et al. 1999) umfasste mehr als 2.000 Psychotherapeuten und 20.000 Patienten bzw. Klienten und fand zwischen 13 unterschiedlichen Therapiekonzepten, einschließlich Medikationen und familientherapeutischen Ansätzen keine differenziellen Therapie-Outcomes. Das *Dodo Bird Verdict* – hierzulande als Äquivalenzparadox der Therapiefor schung bekannt, wonach kein Konzept der Psychotherapie anderen Behandlungskonzepten generell überlegen ist, ist eines der gesicherten Ergebnisse der Psychotherapieforschung (Lambert und Ogles 2004).

Wenn lediglich 1–15% Varianzaufklärung der therapeutischen Technik zukommen, aber 7% der therapeutischen Beziehung (die in den EST-Studien nicht untersucht wird), 40% sogar den Patienten-Variablen (Therapieeignung, Behandlungsmotivation, Störungsspezifität, Leidensdruck etc.) und den extratherapeutischen Variablen

insgesamt rund 87% (inklusive Pat-Variablen) (Wampold 2001), dann muss man mit Erstaunen feststellen, dass sich EST- bzw. RCT-Studien um die 1–15% Varianz drehen (therapeutische Technik), aber sämtliche anderen Aspekte völlig außer Acht lassen!

### Fazit

EST-/RCT-Studien in der Psychotherapieforschung sagen nicht nur nichts über Psychotherapie aus, sie sind im Gegenteil gefährlich, weil vollständig in die Irre führend! Gerade EST-/RCT-Studien liefern ein vollständig verzerrtes Bild professioneller, seriöser Psychotherapie, weil sie nur Verzerrtes über psychotherapeutische Wirklichkeiten wiedergeben:

- Forscherbias führt unbewusst oder bewusst zu manipulierten Studien aufgrund eigener Präferenzen in den meisten Studien

- keine repräsentativen Patienten, die psychotherapeutische Behandlung suchen, im Gegenteil sind sie gerade nicht repräsentativ (keine externe Validität)

- die komplexen Störungsbilder der „normalen“ in therapeutischen Praxen auftauchenden Patienten (Komorbiditäten) werden und wurden in der RCT-Forschung ausgeklammert (keine externe Validität)

- kontrollierte Studien (Kontrollen von Einfluss-Variablen) sind nicht möglich (von daher keine interne Validität)

Zwischenfazit: damit ist in RCT-(EST-)Studien überhaupt keine Validität gegeben

- Randomisierungen sind eigentlich nicht möglich, werden sie dennoch durchgeführt, sind sie mindestens unethisch

- Placebo-Kontrolle ist in der Psychotherapie nicht möglich (Doppelblind-Studien erst recht nicht)

- keine Überlegenheit der EST-/RCT-Studien über *bona fide*-Studien

- manualisierte psychotherapeutische Behandlung kann nicht sinnvoll und wirksam sein, da sie die freie, spontan erforderliche Intervention verunmöglicht und weil sie ein Konzept eines genormten Patienten zugrunde

legt und des Therapeuten Beziehung zum Manual höher gewichtet als die zum Patienten, weil sie Psychotherapie wie eine Operationstechnik, wie eine Pille ansieht, die dem Patienten zum vorgeschriebenen Zeitpunkt zu applizieren sei

► EST-/RCT-Studien decken therapeutische Technik ab, die für lediglich 1–15% der Outcome-Varianz psychotherapeutischer Wirkungen steht, mithin machen EST-/RCT-Studien theoretisch auch nur Aussagen zu einem verschwindend geringen Bereich psychotherapeutischer Wirkungen und blendeten 85–99% möglicher Einflüsse aus

Es muss daher festgehalten werden: EST-/RCT-Studien sind per definitionem unvalid, weil sie prinzipiell falsche Ergebnisse liefern, da sie aufgrund der dargelegten Defizite keine validen Ergebnisse liefern können. Wenn das der größte Fundus der bisherigen empirischen, evidenzbasierten Psychotherapieforschung ist, dann wissen wir nichts über ihre Wirksamkeit. Speziell wissen wir nichts über die wahren Ingredienzen der therapeutischen Behandlungen, weil wir keine Prozessforschung unternehmen, um die tatsächlich wirksamen Veränderungsmechanismen zu entdecken.

Das medizinische Modell taugt nicht für die Psychotherapie. RCT-Studien in der Psychotherapieforschung sind unterkomplex (Henningsen und Rudolf 2000). Sie bilden nicht den Prozess der Veränderung ab und sagen nichts zur Wirksamkeit von Psychotherapie aus, weil sich ja gerade das Verum (die verändernden Ingredienzen) aus vielfältigen Variablen während der Behandlung ergibt, die sämtlich kontrolliert werden müssen, was konkret bedeutet: es muss aufwendige Prozess-Ergebnisforschung betrieben werden. Die Psychotherapie sollte sich nicht den anderen medizinischen Disziplinen anbieten in einer vermeintlichen (falsch verstandenen) Wissenschaftlichkeit (die in Wahrheit keine ist). Sie hat einen komplexeren Gegenstand als z.B. die Pharmaforschung; entsprechend komplex muss ihre Forschung sein und kann sich mit dem defizitären Forschungs-Paradigma der Medizin nicht zufrieden geben.

## Naturalistische Therapieforschung (effectiveness studies)

Psychotherapie ist höchst komplex. Es dürfte keine andere medizinische Disziplin derartig komplex sein wie durch zwischenmenschliche Beziehung und Arbeit verändertes menschlichen Denken und Emfinden. Bereits von daher verbietet es sich, ein derartig reduktionistisches Paradigma wie die RCT-Forschung einzusetzen. Der Ein-Variablen-Ansatz in der Psychotherapie ist absurd.

Als einzig gangbarer Weg erscheint die aufwendige Prozess-Ergebnisforschung. Eine systematische, kontinuierliche Untersuchung der hochkomplexen Therapiesituation – über sehr viele Patienten-Therapeuten-Paare und mannigfache Störungsbilder (Komorbidität berücksichtigend) und im natürlichen Setting real stattfindender psychotherapeutischer Behandlungen, ohne irgendwie geartete Einschränkungen bzw. Auflagen bezüglich des Zustandekommens oder des sich manifestierenden Arbeitsprozesses, unter Kontrolle des vom Therapeuten realisierten Behandlungskonzepts (schultreu, eklektisch, unspezifisch) – würde in der Akkumulation der Ergebnisse verlässliche Aufschlüsse darüber liefern,

- welcher Patient (Bildung, Alter, Geschlecht, welche Vorerfahrung)
- mit welcher Störung bzw. welchem komplexen Störungsbild
- bei welchen Therapeuten (Erfahrung, relevante Merkmale),
- bei wie arbeitenden Therapeuten,
- ab welchem Zeitpunkt im Verlauf der Behandlung,
- aufgrund welcher Beziehungsentwicklung
- und aufgrund welcher Interventionen
- sich in welchen Bereichen dauerhaft
- und in welcher Art verändert (mit welchen Auswirkungen) bzw. sich nicht verändert,
- und was das Ganze mit Therapieerfolg (katamnestic gesichert) bzw. -misserfolg zu tun hat.

Um das alles einschätzen zu können, bedarf es selbstverständlich systematischer Aufzeichnungen der Therapiesitzungen (Ton- bzw. Videoaufzeichnungen) und methodisch anerkannter Prozess- und Outcome-Messverfahren sowie trainierter Rater, die sowohl objektiv und reliabel Verfahren der Outcome-Batterie einsetzen wie auch Prozessratings durchführen könnten. Rein gar nichts spricht dafür, dass Psychotherapieforschung kostengünstiger sein könnte als Forschung in irgendeinem anderen Bereich der Medizin. Im Gegenteil dürfte gerade der hohe Komplexitätsgrad mitentscheidend dafür gewesen sein, dass so wenig sicher Gewusstes in der Psychotherapieforschung (außer dass professionelle Psychotherapie mehr Nutzen bringt als keine Behandlung) vorliegt. Was im Übrigen auch dafür spricht, dass die bisherige Forschung aufgrund ihrer Unterkomplexität nicht zu einem Erkenntnisgewinn beigetragen hat.

### Die PAP-S-Studie

Elf psychotherapeutische Verbände bzw. Schulen haben sich unter dem Dach der Schweizer Charta für Psychotherapie ([www.psychotherapiecharta.ch](http://www.psychotherapiecharta.ch)) bereit gefunden, an einer empirischen, naturalistischen Studie zur Wirksamkeit ihrer Behandlungen teilzunehmen. Diesem Entschluss im Jahre 2004 gingen jahrelange Überlegungen voraus, ob und – falls so – wie eine empirische Evaluation stattfinden sollte. Drei Jahre lang wurden umfangreiche Design-Planungen vorgenommen, bis die Studie am 1. März 2007 startete, wissenschaftlich geleitet von der Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität zu Köln (Leitung: Univ.-Prof. Dr. Volker Tschuschke) und das Departement für Angewandte Psychologie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (seinerzeit Prof. Dr. Hugo Grünwald, seit 2009 Dr. Agnes von Wyl).

Die Finanzierung erfolgt teilweise über die an der Studie teilnehmenden Institute und andererseits über Gelder des Kantons Zürich.

Die PAP-S-Studie (Psychotherapiestudie Ambulante Psychotherapie – Schweiz) ist als Prozess-Ergebnis-Studie

angelegt. Neben einer umfangreichen Outcome-Batterie (Tests und objektive Experten-Diagnostik und -Ratings) werden jede fünfte Sitzung die therapeutische Beziehung (Klientenstundenbogen, *Helping Alliance Questionnaire* sowie OQ-45) (zu den Details vgl. Grünwald et al. 2007) erhoben. Außerdem werden drei Stichproben der regelmäßig (jede Sitzung) erfolgenden Tonband-Mitschnitte aller Sitzungen im Therapieverlauf gezogen, um die Inhalte auf *Konzept-Adherence* zu überprüfen. Hierfür wurde eigens ein Rating-Manual entwickelt, in das jede Therapieschule mindestens 10 schulenspezifische Interventionstechniken definieren und operationalisieren musste.

Tabelle 1 zeigt die ersten Zwischenbewertungen (Stand: Mai 2009).

Angezielt sind mindestens 500 Patienten in der Studie, um einerseits eine institutsspezifische Auswertung vornehmen zu können, und andererseits, um eine statistisch ausreichende Anzahl an Patienten pro sogenanntem *Mainstream* (humanistische, psychodynamische, körperbezogene Therapieverfahren) zu erhalten, um die vergleichende Wirksamkeit unterschiedlicher therapeutischer Ansätze bei vergleichbarem Patienten-Klientel einschätzen zu können. Folgende Institute nehmen an der Studie teil (Tabelle 2).

Trotz intensiver Bemühungen gelang es bislang nicht, Verhaltenstherapeuten und personzentrierte Therapeuten in die Studie einzubeziehen.

Tabelle 2 zeigt, dass es einige Institute bislang besser organisieren konnten, Therapeuten und Patienten in die Studie einzubringen.

Die übliche Zweidrittel-Verteilung (weiblich) zeigt sich auch in unserer Studie angenähert. Das durchschnittliche Alter der Patienten liegt bei 40,1

**Tabelle 1.** Stand der Erhebung im Mai 2009

	Anzahl
teilnehmende Verbände der Schweizer Charta	11
kooperierende Therapeuten	67
Patienten in der Studie	239
abgeschlossene Therapien/ komplette Datensätze	77/30

**Tabelle 2.** Teilnehmende Institute und Patientenzahlen (Stand: Mai 2009)

Institute/Verbände und ihre Studienpatienten		N = 239	%
Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse (franz.)	ASAT	30	12,6
Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie	FG-POP	35	14,6
Institut für Integrative Körperpsychotherapie	IBP	81	33,9
Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie	IGEAP	11	4,6
Inst. für Logotherapie u. Existenzanalyse, Chur	ILE	9	3,8
Institut für Kunst- und Ausdrucksorientierte Psychotherapie	ISIS	11	4,6
Psychoanalyse	PA	6	2,5
Schweizer Gesellschaft für Analytische Psychologie	SGAP	12	5,0
Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie	SGBAT	12	5,0
Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse	SGTA	16	6,7
Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie	SVG(G)	16	6,7

**Tabelle 3.** Geschlecht Patienten (Mai 2009)

	n	%
weiblich	147	61,5
männlich	80	33,5
fehlend	12	5,0
Gesamt	239	100,00

**Tabelle 4.** Soziale Schichtzugehörigkeit (Mai 2009)

Höchster Bildungsabschluss	N	Gültige %
ohne Abschluss	1	0,4
obligatorische Volksschule	17	7,1
Lehr- oder Berufsschule	90	37,7
Berufsmaturität, gymnasiale Maturität, Lehrermaturität	35	14,6
höhere Fachschule, Fachhochschule	43	18,0
universitäre Hochschule	42	17,6
fehlend	11	4,6
Gesamt	239	100,00

**Tabelle 5.** Diagnosen zum Therapieeintritt (Mai 2009)

ICD-10 Hauptdiagnose	N	G %
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	4	1,8
F30–F39 Affektive Störungen	85	39,2
F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	91	41,9
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	6	2,8
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	24	11,1
F70–F79 Intelligenzstörung	2	0,9
Z00–Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	4	1,8
Gesamt	216	87,6
fehlend	23	
Gesamt	239	100,0

Tabelle 6. Outcome-Prä-Post (Mai 2009)

Outcome-Tests	Prä	SD	Post	SD	p
BSI (n = 29)	0,67	0,40	0,28	0,28	.000
BDI (n = 30)	12,59	8,76	5,87	7,00	.000
OQ sym	30,70	11,14	20,74	22,40	.017
OQ ip	14,17	6,13	9,06	7,09	.000
OQ soro	10,96	4,18	8,28	6,00	.015
OQ total (n = 33)	55,85	18,35	38,09	31,70	.004
GAF (n = 34)	60,73	11,13	76,47	15,02	.000

Jahren (SD = 11,7), zwischen 19 und 72 Jahren (Tabelle 3).

Insgesamt lässt sich die bisherige Stichproben-Klientel als leicht überdurchschnittlich gebildet beschreiben (über 50% gehobene Bildung) (Tabelle 4).

Tabelle 5 weist aus, dass über 80% des bisher in die Studie aufgenommenen Patienten-Klientels depressive oder andere neurotische Störungsbilder aufweisen und relativ seltener Persönlichkeitsstörungen.

Tabelle 6 veranschaulicht die ersten Behandlungsergebnisse für die Ergebnis-Batterie auf einer Prä-Post-Basis.

Demnach sind die ersten ca. 30 Patienten, deren Behandlung abgeschlossen war, vergleichsweise nicht sehr belastet, was die Symptombelastung (BSI)

angeht. Dennoch zeigen sich hochsignifikante Abnahmen der gesamten Symptombelastung während der Behandlung. Gleiches gilt für den Depressionsbereich (BDI). Der Outcome-Questionnaire (OQ) weist für Symptombelastung, soziale Rollenfunktionen und interpersonelle Gestörtheit ebenfalls z.T. hochsignifikante Verbesserungen nach. Auch die Einschätzung der Therapeuten (GAF) zeigt über 34 Patienten eine durchschnittlich hochsignifikante Verbesserung des psychischen Funktionsniveaus. Damit lassen sich für die ersten 29 bis 34 Patienten, die ihre Behandlung vollständig durchlaufen haben, über die vier genannten Ergebnis-Tests und für die unterschiedlichen Behandlungsformen bedeutsame Verbesserungen nachweisen, deren

Nachhaltigkeit in der Katamnese überprüft werden müssen. Vergleichende Untersuchungen werden die jeweiligen Therapie-Effekte in verschiedenen psychotherapeutischen Konzepten einzuschätzen gestatten. Hierbei werden Zeit-Dosis-Wirkungsbeziehungen betrachtet werden können, die auch prozessbedingte Besonderheiten (therapeutische Beziehung, Symptomverlust etc.) erfassen, um bei vergleichbaren Patienten (Störung, Diagnose etc.) differenzielle Ansprechbarkeiten (oder Nicht-Ansprechbarkeiten) spezifischer psychotherapeutischer Konzepte untersuchen zu können.

Abbildung 1 verdeutlicht am Beispiel des Prozesses einer Behandlung Zusammenhänge zwischen der Beziehungszufriedenheit des Patienten und des Therapeuten, beides in Verbindung zur Ergebnis-Qualität (OQ-Test). Man erkennt eine deutliche Reduktion von symptomatischen Belastungsreduktionen, interpersonellen und sozialen Verbesserungen über die Dauer der Behandlung. Und das in Verbindung mit einem sehr ähnlich verlaufenden Beziehungs-Qualitäts-Erleben! Dagegen zeigt Abb. 2 ein diskrepantes Erleben der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut bei nicht verbesserter Belastungs-Reduktion.

OQ-Gesamtwert und HAQ-Pat und HAQ-Th-Beziehungszufriedenheit

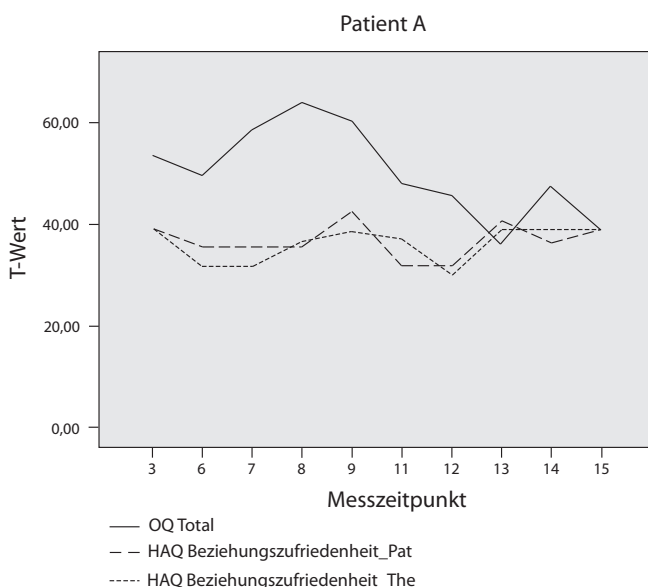


Abb. 1. Beschwerdeverlust und therapeutische Beziehung

OQ-Gesamtwert und HAQ-Pat und HAQ-Th-Beziehungszufriedenheit

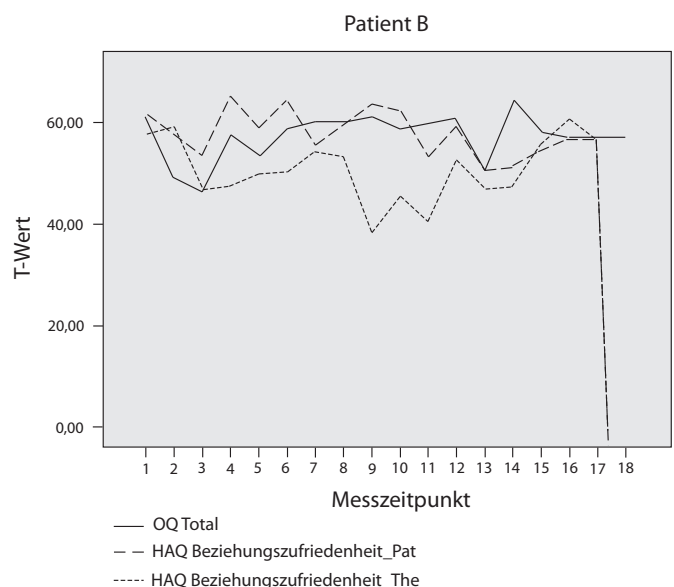


Abb. 2. Beschwerdeverlust und therapeutische Beziehung

Dies sind lediglich zwei Einzelfälle der bisher regulär abgeschlossenen Behandlungen. Eine wesentlich umfangreichere Stichprobe wird es ermöglichen, hoch detaillierte und differenzierte Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge unterschiedlicher Behandlungsansätze bei vergleichbaren Patienten zu erhalten, die verallgemeinerbare Aussagen zu differenziellen Wirkungen ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen in der Schweiz ermöglichen werden.

So wird es durch unsere Studie möglich werden, Patienten mit ähnlichen bzw. identischen Diagnosen in ihrem Ansprechen auf die Behandlungen verschiedener schulischer Therapiekonzepte zu vergleichen, dies sowohl im Hinblick auf den Therapie-Outcome wie auch im Hinblick auf das zeitliche Ansprechen (nach wie vielen Sitzungen?) und im Bezug zu Prozess-Aspekten (therapeutische Beziehung, Konzepttreue der Therapeuten).

## Autor

Korrespondenz: Univ.-Prof. Dr. V. Tschuschke, Abteilung Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum zu Köln, Kerpener Straße 62, 50924 Köln, Deutschland, E-mail: volker.tschuschke@uk-koeln.de

## Literatur

- Addis ME, Cardemil EV (2006) Psychotherapy manuals can improve outcomes. In: Norcross JC, Beutler LE, Levant RF (eds) *Evidenz-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC, pp 131–140
- Assay TP, Lamber MJ (1999) The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (eds) *The heart and the soul of change: what works in therapy?* Washinton, DC, pp 33–56
- Beck AT (2000) Scientist at work. In: Beck AT (ed) *Pragmatist embodies his no-nonsense therapy*. New York Times, 11. Januar 2000
- Brown J, Dreis S, Nace DK (1999) What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (eds) *The heart and the soul of change: what works in therapy?* Washinton, DC, pp 389–406
- Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Johnson S, Pope K, Crits-Christoph P (1996) An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist* 49: 5–18
- Duncan BL, Miller SD (2006) Treatment manuals do not improve outcomes. In: Norcross JC, Beutler LE, Levant RF (eds) *Evidenz-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC, pp 140–149
- Eckert J (2010) Indikation und Prognose. In: Tschuschke V (Hrsg) *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation zu Interventionstechniken*. Stuttgart
- Grünwald H, Tschuschke V, Schulthess P, Koemeda M, Schlegel M, Cramer A (2007) *Praxisstudie Ambulante Psychotherapie – Schweiz (PAP-S). Projektbeschreibung*. Unveröff. Manuskript
- Henningsen P, Rudolf G (2000) Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 50: 366–375
- Kriz J (2009) Wissenschaftliche Regeln, Redlichkeit und Diskursbereitschaft. Ein Blick hinter die Kulissen der politischen Bühne des „wissenschaftlichen Beirats für Psychotherapie“. Jürgen Kriz im Gespräch mit Ulrich Sollmann. *Psychotherapie Forum* 17: 90–95
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edn. New York, pp 139–193
- Luborsky L, Diguier L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED, Johnson S, Halperin G, Bishop M, Berman JS, Schweizer E (1999) The researcher's own therapy allegiances: A „wild card“ in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6: 95–106
- Messer S (2004) Evidence-based practice: beyond empirically supported treatments. *Professional Psychology: research and Practice* 35: 580–588
- Norcross JC, Beutler LE, Levant RF (eds) (2006) *Evidenz-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC
- Reed GM (2006) Dialogue: convergence and contention. In: Norcross JC, Beutler LE, Levant RF (eds) *Evidenz-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC, pp 40–42
- Shaw Austad C (1996) Is long-term psychotherapy unethical? Toward a social ethic in an era of managed care. San Francisco
- Tschuschke V (2005) Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal* 4: 106–115
- Wampold BE (2001) *The Great Psychotherapy Debate*. Hillsdale, NJ Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H (1997) A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically „all must have prizes“. *Psychological Bulletin* 122: 203–215
- Westen D, Morrison K (2001) *The cure of souls: science, values and psychotherapy*. San Francisco

## Last call for boarding

In die naturalistische Praxisstudie *Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)* können noch bis Sommer 2010 neue Therapien aufgenommen werden. Interessierte Therapeut(inn)en wenden sich bitte an die operative wissenschaftliche Leitung:

Aureliano Cramer, Tel. 058 934 84 32 oder e-mail: cman@zhaw.ch

Dieser Studie kommt innerhalb der Psychotherapieforschung der Schweiz, aber auch international, eine hohe Bedeutung zu. Zum ersten Mal werden schulübergreifend so differenzierte Outcome- und Prozessmessungsdaten erhoben und ausgewertet. Sie stellt einen Meilenstein für der Psychotherapie adäquate Forschungsdesigns dar.

Volker Tschuschke, Aureliano Cramer, Margit Koemeda, Peter Schulthess, Agnes von Wyl, Rainer Weber

## Recherche en psychothérapie – réflexion fondamentale et premiers résultats de l'étude de la pratique ambulatoire en Suisse (PAP-S)

**Résumé** Dans le présent texte, nous présentons une réflexion en rapport avec la controverse marquant actuellement le débat sur la question de savoir quel design de recherche est adéquat pour étudier la psychothérapie; nous sommes clairement partisans d'une approche naturaliste, axée sur les résultats de processus (practice-based evidence). Le design et les premiers résultats de l'étude PAP-S mandatée par la Charte suisse pour la psychothérapie sont présentés, illustrant la manière dont une recherche empirique utile peut être menée dans le domaine de la psychothérapie.

**Mots-clés** Recherche en psychothérapie; efficacité de la psychothérapie; étude naturaliste de la psychothérapie; psychothérapie en ambulatoire; recherche processus-résultats.

### Psychotherapy Research – Basic reflections and first preliminary results of an effectiveness-study on outpatient treatments in Switzerland (PAP-S project)

**Resume** The paper addresses the currently heated debate of appropriate empirical research in psychotherapy. The contribution is in favor of so-called naturalistic approaches to the field of psychotherapy (effectiveness studies) which includes the objective evaluation of process-outcome relationships (practice-based evidence) instead of laboratory studies (efficacy studies). Very first preliminary data of the project provide the reader with ideas regarding meaningful research approaches to the complex field of psychotherapeutic change.

**Keywords** Psychotherapy research; efficacy versus effectiveness in psychotherapy; outpatient psychotherapy; efficacy research; effectiveness research; process-outcome research.

La psychothérapie est actuellement confrontée dans le monde entier à d'importants défis, en ce qui concerne en particulier la question de savoir comment son efficacité peut être démontrée. Depuis le début des années 1990, la médecine – et la psychothérapie relève de cette dernière – a avancé sur le plan scientifique sous la bannière de ce qu'on appelle l'Evidence-Based Medicine (EBM), qui vise à n'accepter que les traitements de type empirically supported (EST/voir Henningsen et Rudolf 2000; Norcross et al. 2006; Tschuschke 2005). L'objectif est clair: il s'agit d'acquérir des connaissances objectives et fiables sur les effets des traitements médicaux (ici, psychothérapeutiques), ceci pour le bien des patients, dans la mesure où des traitements modernes doivent se fonder sur un savoir scientifique sûr.

L'époque de l'élaboration de grandes théories et de concepts thérapeutiques est probablement révolue; il s'agit aujourd'hui de séparer le grain de l'ivraie («évidence au lieu d'éminence») et d'examiner les ingrédients des approches psychothérapeutiques et leurs effets faisant spécifiquement que les traitements ont une issue positive. Personne ne conteste aujourd'hui le fait que la médecine comme la psychothérapie doivent être fondées sur des bases scientifiques objectives.

### Contexte historique

Il s'avère en bref que les premiers efforts entrepris pour rendre la médecine scientifique datent du début du XXe siècle, débutant avec le rapport Flexner (Duncan et Miller 2006) qui exigeait

que les médecins formés aux USA et au Canada suivent un curriculum unifié. Les premières études randomisées sous contrôle ont été menées en médecine juste après la fin de la Seconde Guerre mondiale. La mise en place de la Food and Drug Administration (FDA) aux Etats-Unis devait servir à garantir que la sécurité et l'efficacité des mesures d'intervention médicales soient régulièrement évaluées (Norcross et al. 2006). Quant aux troubles psychiques, ils ont commencé à être considérés comme relevant de la médecine au moment de la Boulder Conference, en 1949 (Duncan et Miller 2006); notons que tout le monde ne fut pas d'accord avec cette démarche et qu'aujourd'hui, elle est devenue un grave problème pour la psychothérapie – nous en reparlerons plus en détail.

Aux Etats-Unis, le puissant National Institute of Mental Health (NIMH) adopta peu après la conférence historique de Boulder le principe méthodologique de recherche qui avait été choisi dans le domaine de la recherche pharmaceutique – l'expérience randomisée sous contrôle (Randomized controlled trial = RCT), ce qui a fait que les études devaient inclure le traitement psychologique ou psychiatrique mené en suivant un manuel, ainsi que la définition des troubles psychiques en fonction du DMS (Duncan et Miller 2006). Au moment où l'American Psychiatric Association (APA) décida d'émettre des lignes directrices concernant le traitement des troubles psychiques – à partir de 1993, avec la « dépression majeure » et les « troubles de l'alimentation » – le mouvement exigeant que l'on suive un manuel reçut de nouvelles impulsions.

L'American Psychological Association (APA, division 12 : société de psychologie clinique) tenta toutefois de se démarquer des prescriptions en matière de psychiatrie dominées par la médecine et, faisant appel au droit des patients, demanda que ceux-ci puissent jouir de traitements empiriquement validés. Au lieu d'obtenir que les cliniciens parviennent à un consensus, la task force mise en place par la division 12 déclara l'emploi d'un manuel et du paradigme RCT indispensables. Il semble bien qu'on ait consciemment voulu contrer une « médicalisation » de la psychothérapie. Cette dernière a donc signé un pacte faustien avec le modèle médical (Duncan et Miller 2006, p. 140), sans que l'on comprenne à l'époque quelle en serait la portée – et la situation n'a toujours pas changé aujourd'hui (Tschuschke 2005 ; voir également ci-dessous).

L'établissement aux USA d'un système de santé basé sur des données économiques – le « managed care » – a beaucoup influé sur la manière dont une conception « médicale » et technique de la psychothérapie en rapide développement a été perçue. Cette « erreur de parcours » en médecine (Reed 2006, p. 42) vise uniquement une approche motivée par des aspects financiers et ne prend pas en compte le bien

des patients : la seule chose qui compte est la restriction des coûts et, en psychothérapie, cela a abouti à une perversion, dans le sens où les traitements psychothérapeutiques de longue durée furent alors considérés comme « non éthiques » (Shaw-Austad 1996). Ce type de perception n'accorde aucune place aux patients souffrant de troubles psychiques chroniques, alors que, dans leur cas, le traitement pourrait être considéré comme efficace du fait même qu'il leur permet de rester en vie, même s'ils ne sont pas guéris (*restitutio ad integrum*) (ce qui est le seul aspect intéressant pour la recherche RCT). Dans ce sens, une bonne partie des patients psychiatriques doivent être considérés comme souffrant de troubles chroniques (Reed 2006).

### Controverse autour de la recherche en psychothérapie

Même si les praticiens partagent le même objectif, c'est-à-dire qu'ils souhaitent établir des bases scientifiques de type EBM sur lesquelles fonder leurs traitements, ils ne sont pas du tout d'accord sur la manière dont les effets des psychothérapies doivent être évalués. Deux clans s'opposent – apparemment sans réconciliation possible. Les représentants d'une recherche axée sur des conditions de laboratoire (efficacy studies) adhèrent strictement au paradigme RCT et semblent considérer que ce dernier, même s'il n'est qu'un aspect partiel d'une EBM plus différenciée, ne peut faire l'objet d'aucune négociation ; or, de toute évidence, ils négligent de prendre en compte d'autres aspects de l'EBM (voir Leichsenring 2004).

Même si on souligne fréquemment (comme le fait l'organe compétent en matière de psychothérapie en Allemagne) que le paradigme RCT (niveau I du schéma EBM) ne doit pas jouer un rôle exclusif, au moment d'homologuer les différentes méthodes de psychothérapie et par rapport à la publication d'articles dans les revues connues, cet argument se révèle mal intégré ; dans ce sens, la manière dont l'EBM est traitée en psychothérapie doit être considérée

comme une « perversion du concept EBM » (Kriz 2009, p. 95).

Par contre, les partisans d'études naturalistes en psychothérapie (effectiveness studies) rejettent l'utilisation de manuels et le paradigme RCT ; ils préfèrent mener une recherche empirique « naturaliste », les données étant collectées dans le cadre de la pratique réelle ; les travaux doivent inclure l'étude empirique des processus (voir Tschuschke 2005).

Les arguments pour et contre une recherche RCT incluant des manuels peuvent être résumés comme suit.

### Paradigme RCT

Les chercheurs favorables à ce paradigme – y compris pratiquement tous ceux qui ont étudié les thérapies du comportement et les thérapies cognitivo-behavioristes – considèrent que seules les études l'appliquant sont scientifiques. Ils respectent un principe selon lequel il faut s'assurer qu'une seule variable (dite indépendante) soit manipulée, alors que toutes les autres doivent être « contrôlées », ce qui garantit que leur influence sur les conditions d'expérimentation demeure constante (groupe d'intervention et groupe de contrôle). Au sein du groupe d'intervention c'est la technique de thérapie qui est supputée être un facteur actif (pour la psychothérapie, il s'agira de la technique de traitement et du concept de thérapie), de manière analogue à ce qui se passe lorsque la recherche pharmaceutique se centre sur la molécule composant un nouveau médicament. D'autre part, concernant le groupe dit de contrôle ses patients ne doivent recevoir aucune thérapie ou seulement une thérapie peu spécifique. Toutes les autres conditions doivent demeurer constantes : la dose (le nombre de séance), les qualifications et l'expérience du thérapeute, la répartition aléatoire « aveugle » des patients dans les différents groupes et les troubles dont ils souffrent. Ces troubles doivent pouvoir être clairement diagnostiqués sur la base des définitions incluses dans le DSM ou l'ICD. Cela implique que tous les patients aient le même diagnostic (par exemple, trou-

bles paniques ou dépression). Il est typique que les études RCT demeurent « aveugles » par rapport à tous les autres ingrédients de la thérapie ; elles sont conçues comme des études pré-/post-thérapie (incluant parfois une catamnèse) et ne fournissent aucune indication sur le processus thérapeutique.

Pour s'assurer que la technique de thérapie soit conforme au concept (à la théorie) la fondant, on forme en général les thérapeutes à l'utilisation d'un manuel. On vérifie aussi périodiquement en utilisant un échantillon aléatoire ce que l'on appelle l'adhésion du thérapeute (sa fidélité au manuel). Les manuels sont conçus comme un moyen utile de décrire les limites structurelles et conceptuelles du traitement ; les chercheurs prétendent qu'ils ne sont pas un simple moyen d'appliquer une technique, mais qu'ils offrent au thérapeute des points de repère qui lui permettront d'évaluer son adhésion à un concept (Addis et Cardemil 2006). De manière similaire à ce qui se passe en recherche pharmaceutique, seule la technique utilisée par le thérapeute (sur la base d'un concept) va décider du succès de la psychothérapie. On voit donc clairement que l'approche RCT considère comme seul facteur pertinent le concept thérapeutique et son application par le biais d'une technique.

Le fait que la thérapie produit des résultats significativement meilleurs pour le groupe d'intervention, comparé au groupe de contrôle, est alors considéré comme démontrant le caractère scientifique (basé sur l'évidence) de la technique thérapeutique appliquée – « meilleurs » correspondant ici à une réduction des symptômes.

### Critique du standard RCT

Les chercheurs qui ont une attitude critique par rapport au paradigme RCT – que ses apologues considèrent comme le « gold standard » de la recherche en psychothérapie – énumèrent toute une série de points permettant de démontrer qu'il est inadéquat dans le contexte de la psychothérapie, discipline scientifique.

### Recherche biaisée

Il a été démontré qu'une corrélation positive hautement significative ( $>.80$ ) existe entre le modèle de thérapie choisi par le chercheur et les concepts considérés comme utiles au niveau des études (Luborsky et al. 1999). Les travaux menés en appliquant le paradigme RCT concernent dans une proportion de 90% des thérapies de type behavioriste ou cognitivo-behavioriste ; ils sont menés presque exclusivement dans le cadre de centres utilisant la thérapie du comportement ou d'instituts l'enseignant.

### Exclusion de patients dans les études EST

Jusqu'à près des deux tiers des patients qui pourraient participer aux études (qui souffrent, par exemple, de troubles paniques ou de dépression) en sont exclus en fonction des critères d'inclusion rigides utilisés lorsque le paradigme RCT est appliqué ; d'un point de vue diagnostic, ils ne sont pas suffisamment « purs » pour justifier l'inclusion. Plus le nombre de patients exclus est élevé, plus les thérapies sont considérées comme ayant du succès (Messer 2004). Les études EST (qui appliquent toutes le paradigme RCT) se fondent donc sur des groupes de patients sélectionnés sur des bases très pointues. Les patients co-morbides n'y ont pas place, ce qui signifie que les patients qui « normalement » consultent un thérapeute ne sont pas pris en compte.

### Les études EST n'ont que peu d'effets durables

Les études EST ou RCT incluent de manière presque exclusive des patients souffrant de certains troubles paniques (phobies, troubles paniques généralisés) ou de dépression. La moyenne de ces patients continue à souffrir de symptômes après le traitement, même si ceux-ci sont à la fois légers et cliniquement significatifs (Westen et Morrison 2001). Seuls environ 40% de tous les patients retirent un bénéfice du traitement – et seulement 37% pour les patients dépressifs. Si l'on prend en compte ceux qui interrompent le traitement, on arrive à un taux de succès de

seulement 27%. Plus de 50% des patients en question font appel à une nouvelle forme de thérapie durant la période de deux ans suivant le traitement EST (Messer 2004).

### Effets des études comparatives

Concernant les études comparatives, la sélection stricte des groupes diagnostiques conduit à ce que des traitements *bona fide* (Wampold 2001/il s'agit de traitements dont le caractère scientifique n'a pas été démontré – volontairement – par le biais d'études RCT, mais qui se fondent sur des théories incluant des hypothèses de base reconnues, qui sont pratiqués depuis longtemps et qui se situent dans une longue tradition de recherche empirique, mais dont les praticiens rejettent le paradigme RCT ; exemples : la thérapie psychodynamique, la thérapie centrée sur le client et la thérapie familiale) ne soient pas pris en compte lorsqu'une comparaison directe avec des thérapies cognitivo-behavioristes est faite. Ou alors, des thérapies de ce type ne sont pas prises en compte parce qu'elles sont utilisées dans le traitement de troubles mixtes (combinant, par exemple, un trouble de l'adaptation, une dépression majeure et un trouble panique).

Pourtant, la comparaison dans le cadre de 49 études EST, mentionnées par la task force (Chambless et al. 1996), montre que dans 41 cas les méthodes utilisées ont des effets semblables (Messer 2004) à ceux des traitements de types behavioriste ou cognitivo-behavioriste.

### Randomisation

Il n'est pas possible de décider de manière aléatoire (randomisation) si des patients vont recevoir un traitement ou non. En tout cas, cela ne serait pas éthique. On ne peut pas refuser de l'aide à une personne qui souffre et d'ailleurs, aujourd'hui, aucune commission d'éthique ne l'accepterait. De plus, de nombreux patients ont des opinions déjà faites qui font qu'ils préfèrent certains traitements – quelle qu'en soit la raison. Le canon méthodologique et scientifique inclut maintenant de nombreux tests et procédures qui servent à

formuler des indications et des pronostics; les résultats qu'ils permettent d'acquérir interdisent que l'on soumette des patients à des traitements dont on sait qu'ils ne leur seront pas bénéfiques (par ex., Eckert 2009).

### Études sous contrôle

Les études de type EST, avec leur paradigme RCT, font croire que toutes les variables qu'il est possible d'influencer – exception faite d'une variable indépendante qui est le traitement thérapeutique – sont « contrôlables », c'est-à-dire qu'elles peuvent demeurer identiques dans les deux cadres (groupe d'intervention et groupe de contrôle); aucune autre variable, le traitement mis à part, n'aurait donc d'influence sur l'évolution des patients. On exclut aussi « de manière contrôlée » les variables inconnues qui pourraient influencer sur celle-ci. L'absurdité de cette hypothèse est manifeste, dans la mesure où toute personne vit 168 heures par semaine, dont seulement 1 ou 2 sont consacrées à la thérapie. Cela veut dire que le patient n'est pas sous contrôle pendant au moins 166 heures: il est confronté à des situations et à des stimuli, il vit des événements positifs ou négatifs, ainsi que des moments plus ou moins dramatiques – tous ces facteurs exercent une influence. Et chaque patient participant à une étude a son propre univers existentiel, qui n'est pas comparable à celui d'une autre personne. On se demande donc ce qui est « contrôlé » dans des études de ce type, alors même qu'aucun aspect du vécu des participants ne peut être contrôlé. Il est peut-être possible de placer sous contrôle des souris ou des rats de laboratoire, en leur faisant prendre une nourriture et des médicaments spécifiques et en maintenant constantes entre les expériences les conditions dans lesquelles ils vivent enfermés dans leur cage. Les humains qui sont les patients des thérapeutes ne seraient sans doute « sous contrôle » que si on les enfermait pendant 166 heures par semaine dans un environnement pauvre en stimulation et ne les laissait quitter ce dernier que pour leurs deux heures de traitement.

### Thérapies suivant un manuel

Duncan et Miller (2006) critiquent cette approche en disant qu'elle ne permet pas d'avoir une vue adéquate des processus thérapeutiques; ils citent en outre de nombreuses études ayant montré que, statistiquement, elles ne sont pas meilleures, compte tenu du fait que la technique thérapeutique ne contribue que pour bien moins de 10% à expliquer le succès d'une thérapie. Selon eux, certains facteurs empiriques mettraient même en évidence le fait qu'un traitement de ce type est nocif.

Il est intéressant de constater que les chercheurs ayant une orientation de type thérapie du comportement ne tiennent pas du tout compte de ce qu'a écrit Aaron T. Beck, l'un des grands seigneurs de la thérapie du comportement: « Il est aussi impossible de mener une thérapie cognitive en suivant un manuel qu'il ne le serait d'effectuer une opération chirurgicale de cette manière » (Beck 2000). Ces chercheurs ne s'intéressent pas à la relation thérapeutique – qui joue un rôle plus important – ou aux besoins individuels des patients; ils mènent une sorte d'opération technique. Or, cela ne constitue en rien une psychothérapie.

### Élucidation des variantes et études EST ou RCT

Les chercheurs en psychothérapie considèrent tous que la technique thérapeutique joue un rôle relativement moindre par rapport aux résultats des traitements. Lorsqu'ils considèrent la technique importante, ils ne lui imputent maximum 15% d'influence; d'autres chercheurs parlent de 1% (Wampold 2001). Le « dodo bird verdict » est applicable: « all have won and all must have prizes ». Lorsque l'on considère le travail de psychothérapeutes expérimentés sur de « vrais » patients, on constate que toutes les procédures thérapeutiques se valent. Wampold et al. (1997) ont analysé 277 études menées entre 1977 et 1995; ils ont constaté qu'aucune orientation thérapeutique n'est meilleure que les autres. La Human Affairs International Real-World-Study (Brown et al. 1999) a

inclus plus de 2'000 psychothérapeutes et 20'000 patients ou clients; les responsables ont constaté que l'issue (outcome) des thérapies ne variait pas en fonction des 13 concepts thérapeutiques inclus, y compris la prescription de médicaments et la thérapie familiale. Le « dodo bird verdict » – que l'on appelle aussi le paradoxe des équivalences dans le cadre de la recherche – stipule qu'aucune méthode de traitement est supérieure aux autres; il constitue l'un des résultats les plus fondés acquis par la recherche en psychothérapie (Lambert et Ogles 2004).

Si seulement entre 1 et 15% de l'élucidation des variantes sont attribuables à la technique thérapeutique, alors que 7% dépendent de la relation thérapeutique (qui n'est pas étudiée dans le cadre des recherches de type EST) et 40% de variables dues aux patients (capacité à la thérapie, motivation pour le traitement, spécificité du trouble, pression due à la souffrance, etc.), on peut considérer que 87% du tout est en rapport avec des variables sans rapport avec la thérapie (y compris celles qui sont dues aux patients/Wampold 2001). On constate alors avec étonnement que les études EST ou RCT ne s'intéressent qu'à 1 à 15% des variantes (technique thérapeutique) et ne portent aucune attention à tous les autres aspects!

### Conclusion

Les études EST/RCT menées dans le cadre de la recherche en psychothérapie non seulement ne disent rien en rapport avec la thérapie, mais sont au contraire dangereuses parce qu'elles sont trompeuses! Elles fournissent une image complètement distordue des traitements menés par des professionnels sérieux, dans la mesure où elles déforment la réalité des traitements:

► Les préconceptions qu'ont les chercheurs les conduit – consciemment ou inconsciemment – à manipuler le contenu de leurs travaux pour le faire correspondre à leurs préférences

► les patients inclus ne sont pas représentatifs des traitements psychothérapeutiques, bien au contraire (pas de validité externe)

► la complexité des troubles (co-morbidité) dont souffrent les patients «normaux» qui consultent un thérapeute n'est jamais et n'a jamais été prise en compte par la recherche RCT (pas de validité externe)

► il n'est pas possible de mener des études sous contrôle (contrôle des variables d'influence), ce qui signifie que les travaux RCT ne sont pas valides sur le plan interne

► conclusion intermédiaire: les études RCT (EST) n'ont aucune validité

► il n'est pas possible de pratiquer la randomisation et lorsqu'on le fait, la démarche n'est pas éthique

► concernant la psychothérapie, il n'est pas possible de contrôler l'effet placebo (les études en double-aveugle ne sont pas non plus possibles)

► les études EST/RCT ne sont pas meilleures que les études bona fide

► la pratique de la psychothérapie en suivant un manuel n'a pas de sens et ne peut pas être efficace, car elle élimine des interventions spontanées utiles et elle fait du patient une personne correspondant à une norme. De plus, elle donne priorité aux rapports thérapeute/manuel aux dépens de la relation thérapeute/patient; elle considère la psychothérapie comme une technique opératoire ou comme une molécule que le patient doit prendre à des intervalles donnés

► les études EST/RCT ne peuvent s'intéresser qu'à la technique thérapeutique, celle-ci ne comptant que pour 1 à 15% des effets relevant de la variance de l'outcome. Théoriquement, elles ne fournissent des résultats que par rapport à un domaine de plus en plus restreint de l'efficacité des thérapies et excluent entre 85 et 99% des influences possibles.

Il faut donc souligner que les études EST/RCT sont par définition non valides, dans le sens où elles produisent en principe des résultats inexacts puisque les problèmes qui les accompagnent (voir plus haut) les empêchent de fournir des résultats valides. Dans la mesure où c'est tout ce que la recherche empirique fondée sur l'évidence a produit, nous nous retrouvons en fait à ne rien savoir sur l'efficacité de la psychothéra-

pie. Nous ne savons en particulier rien des vrais ingrédients des traitements thérapeutiques, car nous ne menons pas de travaux de recherche sur les processus, travaux qui nous permettraient d'élucider les mécanismes d'évolution qui sont véritablement efficaces.

Le modèle médical ne peut pas être utilisé en psychothérapie. Les études RCT menées dans le cadre de la recherche sont trop peu complexes (Henningesen et Rudolf 2000). Elles ne reflètent pas les processus d'évolution et ne permettent pas de formuler des énoncés concernant l'efficacité de la psychothérapie: le «verum», les ingrédients contribuant véritablement à une évolution, se compose de variables variées ayant une influence en cours de traitement; toutes ces variables doivent être contrôlées, ce qui signifie concrètement qu'il faut mener des recherches de type processus-résultats. Il ne faut pas que la psychothérapie, en voulant se faire bien voir des autres disciplines médicales, tombe dans un «scientisme» mal compris (qui n'a en fait rien de scientifique). Son objet est plus complexe que celui, par exemple, de la recherche pharmaceutique; elle doit donc utiliser des méthodes de recherche complexes et éviter de se contenter d'appliquer le paradigme déficitaire de la recherche médicale.

### La recherche de type naturaliste (effectiveness studies)

La psychothérapie est extrêmement complexe, plus complexe que toutes les autres disciplines médicales, dans le sens où elle traite du mental et des émotions évoluant par le biais des relations entre humains et de leur travail. Cela suffit à interdire qu'on lui applique un paradigme aussi réductionniste que celui de la recherche RCT. Une approche centrée sur une seule variable est parfaitement absurde dans le contexte de la recherche sur la psychothérapie.

La seule approche qui semble utile est celle de la recherche processus-résultats, même si elle est exigeante. Il faut analyser systématiquement et sur la durée la situation très complexe en-

tourant la thérapie, en incluant un nombre élevé de binômes patient-thérapeute et des troubles variés (en tenant compte du facteur co-morbidité), ainsi que la réalité concrète du setting dans lequel les thérapies ont lieu. Il ne faut pas éliminer, de quelque manière que ce soit, certains des facteurs qui contribuent à établir la relation thérapeutique, sous contrôle du concept de traitement (fidèle à une orientation, éclectique, non-spécifique) suivi par le thérapeute. Les nombreux résultats de cette démarche permettraient de tirer des conclusions fiables en rapport avec les questions suivantes:

► Quel patient (éducation, âge, sexe, expérience de la vie)

► souffrant de quel trouble (complexe)

► suivant un traitement auprès de quel thérapeute (expérience, caractéristiques pertinentes)

► travaillant comment, va

► à partir de quel moment du traitement

► sur la base de quelle évolution de la relation thérapeutique

► et de quelles interventions

► évoluer durablement dans quels domaines

► et de quelle manière (avec quels effets) ou ne va pas évoluer.

► Quel est le rapport entre ces facteurs et la réussite (constatée grâce à la catamnèse) ou l'échec de la thérapie?

Pour pouvoir évaluer tous ces facteurs, il faut, bien entendu, pouvoir disposer d'enregistrements systématiques (audio ou vidéo) des séances de thérapie. Il faut aussi avoir à disposition des procédures méthodiques reconnues permettant de mesurer les processus et outcomes, ainsi que des évaluateurs (raters) formés à l'utilisation de cette batterie de critères concernant l'outcome et à l'évaluation des processus.

Rien ne dit que la recherche en psychothérapie peut coûter moins cher que la recherche entreprise dans les autres domaines de la médecine. Au contraire, c'est sans doute le degré élevé de complexité qui a fait que la recherche en psychothérapie a produit si peu de données sûres (le fait mis à part que les pa-

tients qui consultent un professionnel de la psychothérapie voient leur état s'améliorer plus que s'ils ne suivent pas de traitement). Ceci montre bien que les travaux de recherche entrepris à ce jour n'ont pas apporté d'élargissement des connaissances parce qu'ils ont été trop peu complexes.

### L'étude PAP-S

Onze groupements de psychothérapeutes et orientations thérapeutiques se sont déclarés disposés à participer à une étude empirique de type naturaliste des résultats de leurs traitements, ceci sous la responsabilité de la Charte suisse pour la psychothérapie ([www.psychotherapiecharta.ch](http://www.psychotherapiecharta.ch)). La décision de mener cette étude fut prise en 2004, après plusieurs années consacrées à réfléchir à la question de savoir si et comment il serait possible de mener ce type d'évaluation empirique. Les travaux en rapport avec la planification détaillée du design de l'étude durèrent trois ans et l'étude débuta le 1<sup>er</sup> mars 2007. Les responsables scientifiques en étaient le département de psychologie médicale de l'Université de Cologne (direction: professeur Volker Tschuschke) et le département de psychologie appliquée de la Haute École des sciences appliquées (responsable à l'époque, le professeur Hugo Grünwald et depuis 2009, le docteur Agnes von Wyl).

L'étude est financée en partie par les instituts participants et en partie par le Canton de Zurich.

L'étude PAP-S (Psychotherapiestudie Ambulante Psychotherapie Schweiz/étude de la pratique ambulatoire de la psychothérapie en Suisse) s'intéresse aux processus et aux résultats. Elle inclut, en plus de toute une batterie de

**Tableau 1.** Etat de la collecte des données en mai 2009

	Nombre
De groupements de la Charte participants	11
De thérapeutes coopérant à l'étude	67
De patients inclus	239
De thérapie terminées/sets de données complets	77/30

**Tableau 2.** Instituts et patients impliqués (état: mai 2009)

Instituts/groupements et leurs patients participant à l'étude		N = 239	%
Association Suisse d'Analyse Transactionnelle (français)	ASAT	30	12,6
Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie	FG-POP	35	14,6
Institut für Integrative Körperpsychotherapie	IBP	81	33,9
Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie	IGEAP	11	4,6
Inst. für Logotherapie u. Existenzanalyse, Chur	ILE	9	3,8
Institut für Kunst- und Ausdrucksorientierte Psychotherapie	ISIS	11	4,6
Psychoanalyse	PA	6	2,5
Société Suisse de Psychologie Analytique	SSPA	12	5,0
Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie	SGBAT	12	5,0
Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse	SGTA	16	6,7
Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie	SVG(G)	16	6,7

**Tableau 3.** Sexe des patients (mai 2009)

	n	%
féminin	147	61,5
masculin	80	33,5
pas d'ind.	12	5,0
total	239	100,00

**Tableau 4.** Appartenance à une classe sociale (mai 2009)

Dernier niveau d'éducation acquis	N	% valide
Pas de diplôme	1	0,4
Ecole primaire obligatoire	17	7,1
Apprentissage ou école professionnelle	90	37,7
Maturité (professionnelle/lycée), diplôme d'enseignant	35	14,6
Haute Ecole professionnelle	43	18,0
Université	42	17,6
Pas d'indication	11	4,6
Total	239	100,00

**Tableau 5.** Diagnostics en début de thérapie (mai 2009)

Principal diagnostic selon l'ICD-10	N	G %
F10-F09 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	4	1,8
F30-F39 Troubles affectifs	85	39,2
F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, troubles somatoformes	91	41,9
F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des troubles et facteurs somatiques	6	2,8
F60-F69 Troubles de la personnalité et troubles du comportement	24	11,1
F70-F79 Retards mentaux	2	0,9
Total	4	1,8
Pas d'indication	23	8,6
Total des patients	239	100,0

**Tableau 6.** Outcome sur une base pré- / post thérapie (mai 2009)

Outcome-Tests	Pré	SD	Post	SD	p
BSI (n = 29)	0,67	0,40	0,28	0,28	.000
BDI (n = 30)	12,59	8,76	5,87	7,00	.000
OQ sym	30,70	11,14	20,74	22,40	.017
OQ ip	14,17	6,13	9,06	7,09	.000
OQ soro	10,96	4,18	8,28	6,00	.015
OQ total (n = 33)	55,85	18,35	38,09	31,70	.004
GAF (n = 34)	60,73	11,13	76,47	15,02	.000

critères en rapport avec l'outcome (tests, diagnostic objectif et évaluation par des experts), l'acquisition de données à chaque cinquième séance d'un traitement concernant la relation thérapeutique (formulaire rempli par le client, Helping Alliance Questionnaire et OQ 45/pour plus de détails voir Grünwald et al. 2007). De plus, trois échantillons aléatoires des enregistrements réguliers (toutes les séances) sont pris pour l'ensemble du déroulement, ceci visant à vérifier la manière dont le thérapeute s'en tient à son concept. Un manuel d'évaluation a été préparé dans ce seul but, incluant pour chaque orientation au moins dix techniques d'intervention spécifiques, les techniques ayant été définies et opérati-

onnialisées par des représentants de chaque orientation.

Le tableau 1 montre les évaluations intermédiaires (état: mai 2009).

Les responsables espèrent qu'au moins 500 patients pourront être inclus dans l'étude, ce qui permettrait d'une part de mener une évaluation pour chaque institut et, d'autre part, d'avoir un nombre statistiquement suffisant de patients pour chaque mainstream (thérapies humanistes, psychodynamiques et axées sur le corps). Il serait alors possible de déterminer sur des bases comparatives l'efficacité des différentes approches thérapeutiques, la clientèle des thérapeutes demeurant comparable. Les instituts collaborant à l'étude sont indiqués dans le tableau 2.

Malgré les importants efforts qui ont été entrepris, il n'a pas été possible à ce jour d'inclure à l'étude des thérapeutes du comportement et des thérapeutes pratiquant la thérapie centrée sur la personne.

Le tableau 2 montre que certains instituts ont mieux réussi que d'autres à faire participer leurs thérapeutes et les patients de ces derniers.

La proportion connue d'hommes et de femmes (deux tiers de femmes) se retrouve à peu près dans notre étude.

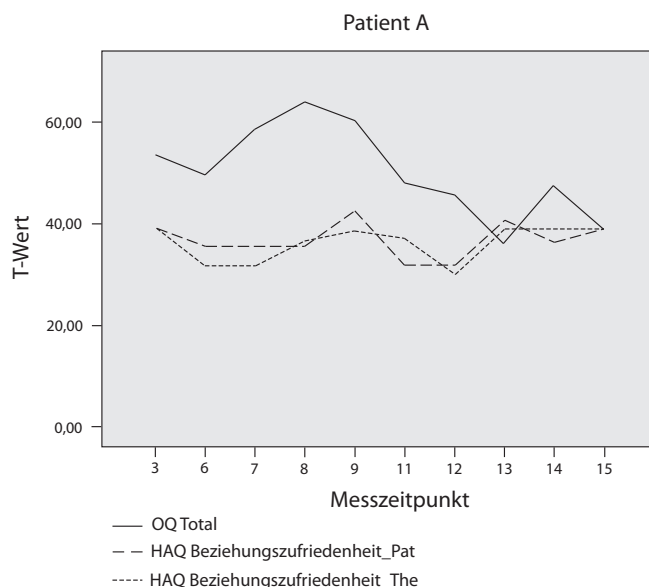
L'âge moyen des patients est de 40.1 ans (SD = 11.7) et ils ont entre 19 et 72 ans (tableau 3).

On peut dire que dans l'ensemble, les clients qui ont participé jusqu'à maintenant ont bénéficié d'un niveau d'éducation légèrement supérieur à la moyenne (plus de 50% de diplômes d'études supérieures) (tableau 4).

Ce tableau montre que plus de 80% des patients/clients inclus à ce jour dans l'étude souffrent de troubles dépressifs ou névrotiques autres et que le nombre de troubles de la personnalité est bas.

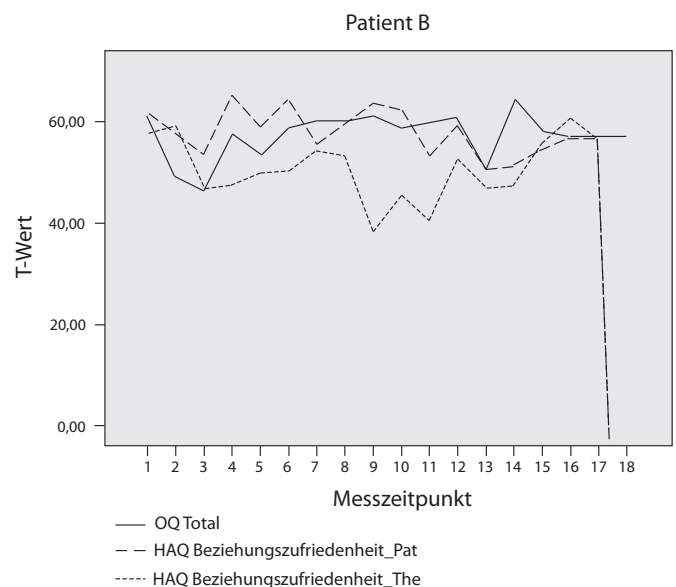
Le tableau 6 montre les premiers résultats du traitement en fonction de la batterie de résultats incluant une base pré- et post-traitement.

Valeur totale OQ et HAG/pat. et HAQ-Th-satisfaction relationnelle



**Illustration 1.** Elimination des symptômes et relation thérapeutique

Valeur totale OQ et HAG/pat. et HAQ-Th-satisfaction relationnelle



**Illustration 2.** Elimination des symptômes et relation thérapeutique

Le tableau montre que des premiers env. 30 patients dont le traitement est terminé une majorité souffraient de troubles relativement peu sévères, ce qui explique les chiffres BSI (gravité des symptômes). Il reste que les symptômes se sont améliorés de manière hautement significative en cours de traitement. Il en va de même au niveau des dépressions (BDI). Les réponses fournies aux questionnaires en rapport avec l'outcome (OQ) montrent que dans certains cas, de nettes améliorations ont été enregistrées concernant la sévérité des symptômes, le fonctionnement social et le domaine du relationnel.

L'évaluation du thérapeute (GAF) montre, concernant 34 patients, qu'il y a eu une amélioration très significative du niveau de leur fonctionnement psychique.

Ceci démontre que, concernant les premiers 29 à 34 patients qui sont arrivés à la fin de leur traitement, les quatre tests d'outcome mettent en évidence de nettes améliorations indépendamment de la forme de traitement; la durabilité de ces acquis devra être vérifiée dans le cadre d'une catamnèse.

Des analyses comparatives doivent permettre d'évaluer les effets de la thérapie en fonction des différentes orientations psychothérapeutiques. Il sera possible à ce niveau d'analyser les effets par rapport aux dimensions temps et dose, ce qui permettra l'inclusion de caractéristiques particulières liées au processus (relation thérapeutique, élimination des symptômes, etc.). On pourra ensuite examiner la manière dont, s'agissant de patients comparables (trouble, diagnostic, etc.), ils peuvent mieux ou moins bien réagir à l'utilisation de concepts psychothérapeutiques spécifiques.

L'illustration 1 montre l'exemple d'un processus ayant caractérisé un traitement, ainsi que les rapports entre la satisfaction du patient et celle du thérapeute au niveau relationnel, cet ensemble influençant la qualité des résultats (test OQ). On constate pendant la durée du traitement une nette diminution des symptômes, ainsi que des améliorations au niveau interpersonnel et social. Tous ces aspects se manifestent parallèlement à l'évolution de la

qualité de la relation, telle que les interlocuteurs l'évaluent!

Par contre, le processus enregistré dans le cas représenté par l'illustration 2 montre que la manière dont le patient et le thérapeute ont vécu la relation thérapeutique n'a pas produit d'amélioration au niveau de la qualité du traitement.

Il s'agit ici simplement de deux cas individuels faisant partie de la catégorie «traitements terminés de manière régulière». Un échantillon nettement plus large permettra de cerner de manière détaillée et très différenciée les rapports entre le processus thérapeutique et ses résultats pour différentes méthodes de traitement appliquées à des patients comparables. Il sera alors possible de formuler des énoncés généralisables concernant les traitements psychothérapeutiques menés en Suisse.

Notre étude devrait donc permettre de comparer la manière dont des patients ayant des diagnostics similaires ou identiques réagissent aux différentes approches (concept de traitement), ceci en ce qui concerne aussi bien l'outcome de la thérapie que sa durée (nombre de séances) et encore du point de vue d'aspects liés au processus (relation thérapeutique, fidélité du thérapeute à son concept).

### Auteur

Adresse pour le courrier: Univ.-Prof. Dr. V. Tschuschke, Abteilung Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum zu Köln, Kerpener Straße 62, D-50924 Köln, Courriel: volker.tschuschke@uk-koeln.de

### Bibliographie

- Addis ME, Cardemil EV (2006) Psychotherapy manuals can improve outcomes. In: Norcross JC, Beutler LE, Levant RF (eds) *Evidenz-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC, pp 131–140
- Assay TP, Lambert MJ (1999) The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (eds) *The heart and the soul of change: what works in therapy?* Washington, DC, pp 33–56
- Beck AT (2000) Scientist at work. In: Beck AT (ed) *Pragmatist embodies his no-nonsen-*

*se therapy*. New York Times, 11. Januar 2000

- Brown J, Dreis S, Nace DK (1999) What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (eds) *The heart and the soul of change: what works in therapy?* Washington, DC, pp 389–406
- Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Johnson S, Pope K, Crits-Christoph P (1996) An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist* 49: 5–18
- Duncan BL, Miller SD (2006) Treatment manuals do not improve outcomes. In: Norcross JC, Beutler LE, Levant RF (eds) *Evidenz-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC, pp 140–149
- Eckert J (2009) Indikation und Prognose. In: Tschuschke V (Hrsg) *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation zu Interventionstechniken*. Stuttgart
- Grünwald H, Tschuschke V, Schulthess P, Koemeda M, Schlegel M, Cramer A (2007) *Praxisstudie Ambulante Psychotherapie – Schweiz (PAP-S)*. Projektbeschreibung. Unveröff. Manuskript
- Henningsen P, Rudolf G (2000) Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 50: 366–375
- Kriz J (2009) Wissenschaftliche Regeln, Redlichkeit und Diskursbereitschaft. Ein Blick hinter die Kulissen der politischen Bühne des „wissenschaftlichen Beirats für Psychotherapie“. Jürgen Kriz im Gespräch mit Ulrich Sollmann. *Psychotherapie Forum* 17: 90–95
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edn. New York, pp 139–193
- Luborsky L, Diguier L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED, Johnson S, Halperin G, Bishop M, Berman JS, Schweizer E (1999) The researcher's own therapy allegiances: A „wild card“ in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6: 95–106
- Messer S (2004) Evidence-based practice: beyond empirically supported treatments. *Professional Psychology: research and Practice* 35: 580–588
- Norcross JC, Beutler LE, Levant RF (eds) (2006) *Evidenz-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC
- Reed GM (2006) Dialogue: convergence and contention. In: Norcross JC, Beutler LE,

- 
- Levant RF (eds) Evidenz-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions. Washington, DC, pp 40–42
- Shaw Austad C (1996) Is long-term psychotherapy unethical? Toward a social ethic in an era of managed care. San Francisco
- Tschuschke V (2005) Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal* 4: 106–115
- Wampold BE (2001) *The Great Psychotherapy Debate*. Hillsdale, NJ Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K,
- Ahn H (1997) A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically „all must have prizes“. *Psychological Bulletin* 122: 203–215
- Westen D, Morrison K (2001) *The cure of souls: science, values and psychotherapy*. San Francisco