



Klinikum  
der  
Universität Köln



## PAP-S: Etude de la pratique ambulatoire de la psychothérapie en Suisse

Etude naturaliste mandatée par la Charte Suisse pour la psychothérapie

### Table des matières

1	Mandant.....	2
2	Description du projet et de ses objectifs.....	2
3	Aspects éthiques/protection des données .....	4
4	La valeur d'une étude naturaliste .....	4
5	Echantillon .....	6
6	Collecte des données .....	6
7	Instruments de mesure.....	7
7.1	Documentation de base (collectée par le/la thérapeute).....	7
7.2	Mesure des résultats (collectés dans un centre d'évaluation) .....	8
7.3	Mesure des processus dans la pratique thérapeutique.....	9
8	Déroulement de l'étude .....	11
9	Bibliographie.....	15

## 1 Mandant

La Charte suisse pour la psychothérapie charge le professeur V. Tschuschke (Université de Cologne) et le professeur H. Grünwald (Hochschule für Angewandte Psychologie, HAP, Zurich) de diriger ensemble un projet visant à examiner l'efficacité (mesure des résultats et processus) de différentes approches psychothérapeutiques pratiquées en ambulatoire en Suisse.

## 2 Description du projet et de ses objectifs

*L'objectif de la présente recherche* est d'étudier ensemble les orientations psychothérapeutiques appliquées en Suisse dans la pratique ambulatoire. Il s'agit de connecter au-delà des théories et des courants différents critères élaborés par les diverses orientations psychothérapeutiques de base et de les appliquer à toutes les méthodes de thérapie. Le **choix des indicateurs globaux** servant à évaluer le succès des traitements et la qualité des résultats se fera sur la base de l'état actuel de la recherche en psychothérapie établie (recommandations de la Society for Psychotherapy Research). Certains des indicateurs utilisés ne sont pas accessibles aux non-spécialistes, comme par exemple la réduction du stress causé par les symptômes ou une meilleure gestion de l'existence. Au moment de **sélectionner les critères spécifiques aux différentes orientations** nous prendrons en compte ceux qui sont appliqués par les cinq approches considérées comme « mainstream » : psychologie des profondeurs, thérapie humaniste, psychothérapie corporelle, thérapie du comportement et thérapie systémique. Afin de pouvoir examiner ces orientations sous différents angles, des mesures en rapport avec le comportement mais aussi avec la personnalité seront effectuées. Concrètement cela signifie que, par exemple, pour évaluer les thérapies psychanalytiques des mesures en rapport avec la thérapie du comportement mais également la recherche en psychanalyse seront effectuées. On peut par exemple chercher à savoir si les patients ayant fait une TTC manifestent une évolution au niveau de leurs « conflits inconscients ».

La mesure des résultats et des processus est faite sur la base de trois perspectives : celle des clients, celle des thérapeutes et celle d'experts externes ; une évaluation sera effectuée de l'exactitude comparée des cotes issues du travail des experts externes et de la concordance entre les perspectives.

Le fait que l'on renonce délibérément à répartir de manière aléatoire les clients selon les approches et les thérapeutes et l'utilisation de manuels d'instruction pour la thérapie réduit la validité interne des données. Ce désavantage méthodique doit être compensé autant que faire se peut par l'inclusion d'un large échantillon de clients et par l'établissement d'une documentation détaillée des procédures utilisées. La représentativité clinique de l'échantillon à examiner (évaluation des approches en fonction de leur forme et par les thérapeutes qui y sont confrontés dans leur pratique quotidienne) fournit à notre approche un très haut degré de validité externe. La non-utilisation de critères d'inclusion restrictifs doit de plus permettre d'éviter les distorsions concernant le succès des thérapies, telles qu'elles sont habituellement trouvées dans la recherche existante.

L'étude doit donc permettre de

1. mesurer l'utilité globale et l'efficacité des différentes méthodes de thérapie, mais aussi (le cas échéant) en fournir la preuve par le biais d'une comparaison entre différents concepts de traitement;

2. examiner les rapports entre les dimensions temps – « dosage » – effets pour des patients et clients comparables traités selon les différentes orientations participantes;
3. de plus, de collecter des informations sur la question de savoir quelles thérapies conviennent particulièrement bien à quels clients.

### 3 Aspects éthiques/protection des données

Les clients et les clientes participent à l'étude à titre entièrement volontaire. Un traitement équivalent leur est garanti même s'ils ne participent pas à l'étude. De plus, les thérapeutes indiquent aux participants qu'ils sont libres de renoncer à tout moment à collaborer, sans avoir à fournir des motifs et sans que cela ait des effets négatifs sur la suite du traitement.

Ils reçoivent la garantie que leurs données seront traitées de manière anonyme.

Des contrats seront signés liant le mandant et les institutions participantes d'une part, les responsables du projet d'autre part, réglant toutes les questions d'ordre éthique et les modalités de leur coopération. La conception de l'étude (design) sera soumise pour approbation à la commission d'éthique du canton de Zurich.

Les patients recevront une petite brochure contenant des informations sur l'étendue et le contenu de leurs tâches et des explications sur le fait que le projet doit contribuer à améliorer l'offre en psychothérapie.

### 4 La valeur d'une étude naturaliste

La Charte projette de mener une étude naturaliste de la pratique n'incluant pas de groupes de contrôles randomisés ; ceci en dépit du fait que les randomized control tests (RCT) continuent à être considérés comme l'étalon or de la recherche en psychothérapie (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures 1995).

Le fait est que les RCTs subissent de fréquentes critiques (Tschuschke, 2005) concernant la manière dont elles sont menées ; les arguments suivants sont entre autres utilisés :

Ce type de recherche n'est pas appliqué à des patients fréquentant habituellement les cabinets des psychothérapeutes :

Des critères d'inclusion ou d'exclusion très restrictifs sont appliqués, empêchant une bonne partie des patients (souvent jusqu'à 2/3 des patients soumis à un test préliminaire, cf. Westen & Morrison, 2001) de participer aux RCTs, pour les raisons suivantes:

- Co-morbidité (Morrison et al., 2003; Humprey & Weisner, 2000)
- Intensité subclinique des symptômes (Stirman et al., 2003; Mulder et al., 2000)
- Troubles non étudiés (il n'existe par exemple pas de RCTs sur la dysthymie ou sur les troubles de l'adaptation, Stirman et al., 2003)

Or, concernant ces groupes de patients les résultats acquis par des travaux de recherche seraient extrêmement utiles aux thérapeutes praticiens.

Les études de type RCTs ne sont pas consacrées aux approches thérapeutiques qui sont effectivement utilisées dans la pratique :

- Manuel de thérapie : les RCTs exigent que l'on utilise un manuel de thérapie alors que dans la pratique les méthodes sont appliquées de manière flexible en fonction des besoins actuels des patients (Seligman, 1995)
- Durée : pour les RCTs la durée des thérapies est bien inférieure à celle trouvée dans la pratique concrète (Morrison et al., 2003)
- Possibilité de choix : les patients inclus dans des RCTs n'ont pas la possibilité de choisir entre différentes approches ; ils sont répartis de manière aléatoire (Seligman, 1995)

Les résultats des RCTs ne reflètent pas de manière adéquate l'efficacité des approches thérapeutiques :

Dans les RCTs, on surestime l'intensité des effets produits par des interventions thérapeutiques alors que ce n'est pas le cas dans les études naturalistes. Le nombre de critères d'exclusion est largement en corrélation ( $p=.71$ ) avec l'intensité des effets mesurée avant et après la thérapie. De plus, le pourcentage de patients exclus est en nette corrélation avec le pourcentage de patients dont les symptômes se sont améliorés après le traitement ( $p=.41$ ) (Westen & Morrison, 2001).

**Pour obtenir des informations pertinentes du point de vue de la pratique, il faut évaluer les interventions psychothérapeutiques faites dans la pratique au quotidien et pour des patients qui sont vraiment traités dans ce cadre concret.** Appliquer des procédures extrêmement spécifiques en suivant un manuel et le faire avec des patients très particuliers, répartis en groupes selon des critères aléatoires, produit une banque de données dont la valeur – en soi incontestée – demeure restreinte. En effet, ces résultats ne doivent pas servir de seule base aux décisions prises sur le plan de la politique de la santé. Une étude de type naturaliste, effectuée avec soin, a pour conséquence de forcer les praticiens d'approches ayant fait leurs preuves « dans le laboratoire » à adapter leurs prestations à des conditions réelles. Elle va aussi permettre aux praticiens refusant de – ne pouvant pas – soumettre leur approche aux exigences de RCTs d'entreprendre des recherches et de travailler dans des conditions adéquates du point de vue éthique et clinique. Les résultats acquis peuvent contribuer à fonder sur une base plus large et mieux adaptée à la réalité l'évaluation des approches psychothérapeutiques, ainsi que les conséquences en dérivant (Tschuschke et al. 1994, 1995, 1997, 1998; Tschuschke & Kächele 1998).

Les études naturalistes ont une meilleure validité externe au niveau écologique. Elles visent à acquérir des résultats généralisables (voir par ex. Grünwald & von Massenbach 2003; Koemeda Lutz et al., 2003). Si les études RCT ont une validité interne élevée, leur validité externe est basse. Elles permettent de formuler des énoncés spécifiques sur des questions spécifiques, mais leurs résultats ne sont pas forcément généralisables.

Les chercheurs en psychothérapie sont tout à fait conscients des avantages et des inconvénients des deux types de designs. Dans le cadre du discours scientifique on tend maintenant à accorder plus de valeur aux études naturalistes de la pratique utilisant des instruments de mesure choisis avec soin ; elles permettent de ne pas seulement mesurer les résultats mais d'analyser des processus et de combiner l'auto-évaluation à des évaluations menées par des experts extérieurs (Tschuschke, 2005).

## 5 Echantillon

Seront inclus, 120 cas complets<sup>1</sup> par orientation psychothérapeutique (psychologie des profondeurs, psychologie humaniste, psychothérapie corporelle, thérapie du comportement et thérapie systémique). Sachant qu'il faut prévoir un taux d'abandon (drop-out, cas incomplets) de 30%, 900 patients au total doivent participer à l'étude. Les instituts souhaitant faire évaluer l'efficacité de leurs méthodes au sein ou indépendamment des principales orientations mentionnées plus haut devront fournir au moins 35 cas complets.

La documentation de base rassemblée par le thérapeute au début du traitement inclut également des données concernant les patients qui ont refusé de participer à l'étude.

## 6 Collecte des données

Seront collectés des paramètres en rapport avec différentes dimensions au début, pendant et à la fin de la thérapie, ainsi qu'un an après sa fin (pour plus détails sur le déroulement, voir le chapitre 8).

Au début de la thérapie, le client ou la cliente participe à une interview diagnostique menée par un ou une expert/e externe (appelés « rater » ou « évaluateur » ci-dessous) dans un centre d'évaluation (assessment center). L'interview durera au maximum trois heures. Les clients reçoivent en outre une série de questionnaires à remplir (auto-évaluation / self-rating).

En cours de traitement, les patients et les thérapeutes doivent remplir des questionnaires à des intervalles spécifiques (aspect processus).

A la fin de la thérapie et un an plus tard, les mêmes questionnaires sont utilisés que ceux qui ont été distribués au début de la thérapie par les responsables du centre d'évaluation. Les raters externes font une évaluation diagnostique en utilisant les mêmes instruments que ceux qui sont appliqués lors de la première interview.

Sont prévus comme centres d'évaluation des sites fixes situés dans les villes de Zurich, Berne et Bâle, ainsi qu'éventuellement Saint-Gall. Concernant la ville de Zurich, l'HAP se met à disposition pour jouer le rôle de centre. Dans quelques cas exceptionnels, les experts se rendront auprès des patients. Les frais de déplacement seront remboursés à tous les autres clients.

En collaboration avec l'Université de Lausanne les responsables du projet tentent de trouver les moyens de mener une version légèrement abrégée de l'étude en Suisse romande, au moins en utilisant les instruments de mesure qui existent en français et correspondent aux critères de qualité. Un centre d'évaluation serait alors installé à Lausanne.

Sont recrutés en tant qu'experts des thérapeutes expérimentés ; ils seront formés aux méthodes d'évaluation SKID et OPD.

---

<sup>1</sup> Un cas est considéré comme « complet » lorsqu'à la fois l'auto-évaluation et l'évaluation par un expert externe ont été effectuées aux moments où des données sont collectées (*début de la thérapie, fin de la thérapie et catamnèse*).

## 7 Instruments de mesure

### 7.1 *Documentation de base* (collectée par le/la thérapeute)

- **Documentation de base début / fin / catamnèse\*** : informations globales sur le client, comme âge, profession, capacité de travail, médicaments, assureur, etc. La documentation de base est remplie par le thérapeute traitant une fois au début et une fois à la fin du traitement. Au moment de la catamnèse, elle est remplie par un évaluateur externe.
- **Courant auquel appartient le thérapeute, formation dans quelles méthodes**
- **Evaluation rétrospective des techniques et interventions spécifiques à la méthode appliquée (« intégrité du traitement »)**

---

\* Instruments de mesure existant également en version française ou pouvant être appliqués dans cette langue.

## 7.2 Mesure des résultats (collectés dans un centre d'évaluation)

### a) Auto-évaluation du/de la patient/e

#### i) Symptômes

- **SCL-K-9\*** (version abrégée unidimensionnelle de la Symptom Check List; Klaghofer & Brähler, 2001): questionnaire permettant de mesurer la manière dont les troubles somatiques et psychiques sont subjectivement perçus comme handicapants par les patients.
- **B-L (Beschwerden-Liste/liste des symptômes, Zerssen & Köller, 1976)**: le questionnaire permet d'enregistrer les handicaps subjectifs issus de symptômes somatiques et globaux.

#### ii) Relations sociales

- **IIP \*** (Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, Horowitz et al., 1994): ce questionnaire permet de classer en catégories les problèmes interpersonnels, selon 8 échelles dont chaque paire est faite de pôles opposés : autocrate vs. sûr de soi, querelleur vs. soumis, distant vs. plein de sollicitude et introverti vs. expressif.
- **F-SozU forme abrégée (questionnaire sur le soutien social; Sommer & Fydrich, 1989)**: détermination du soutien social reçu en tant que degré et type d'aide que le client reçoit (ou s'attend à recevoir) au moment de gérer ses problèmes et son stress, ceci de la part de son environnement social naturel.

#### iii) Personnalité / concept de soi:

- **SESA (Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung; Sorembe & Westhoff, 1985)**: évaluation du degré d'acceptation de soi sur la base des déclarations positives et négatives faites par le client concernant sa propre personne.
- **SOC-9 (Sense of Coherence; Antonovsky, 1987)**: confiance en soi et dans l'environnement personnel.
- **K-INK (Inkongruenzfragebogen version abrégée; Grosse-Holtforth & Grawe, 2003)**: le concept de non-conformité au niveau de la motivation, issu de la théorie de la cohérence de Grawe, est considéré comme correspondant à une mise en action insuffisante des objectifs dans l'interaction avec l'environnement. On distingue des objectifs de rapprochement et des objectifs d'évitement.

#### iv) Image corporelle

- **FbeK (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers; Strauss & Richter-Appelt, 1996)**: le questionnaire sert essentiellement à saisir l'image corporelle subjective, le schéma corporel. Il s'agit pour l'essentiel d'aspects liés à l'attraction physique et à un ressenti corporel négatif.

#### v) Qualité de vie:

- **WHOQOL-Bref \*** (WHO Quality of Life, version abrégée; Angermeyer et al, 2000): dans le cadre du débat sur la politique de la santé, la qualité de vie est considérée comme une dimension importante ; ici, les questions se rapportent aux domaines physique, psychique et social.

#### vi) Objectifs de la thérapie:

- **Target Complaints \*** ( MacKenzie et Dies, 1982; Tschuschke, 1993).

Il faudra 1-2 heures pour remplir les questionnaires mentionnés ci-dessus.

*b) Evaluation par d'autres (raters externes)*

**i) Symptômes:**

- **SKID \* (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Wittchen et al., 1997):** interview clinique structurée servant à enregistrer les critères diagnostiques correspondant aux différents troubles psychiques selon le DSM-IV
- **GAF \* (Global Assessment of Functioning; Sass et al., 2003):** il s'agit d'une échelle continue incluant 100 points, permettant d'évaluer les capacités psychiques, sociales et professionnelles des patients.
- **GARF \* (Global Assessment of Relational Functioning; Sass et al., 2003):** il s'agit d'une variante de l'échelle GAF, qui permet d'évaluer le niveau de fonctionnement des relations au sein de la famille ou du couple en rapport avec des aspects affectifs et pratiques (gestion du quotidien).

**ii) Conflits inconscients / relations d'objet:**

- **OPD \* (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik; Arbeitskreis OPD, 1998) axes 3 et 4:** manuel d'interview permettant d'évaluer les types de conflits inconscients et le degré de perturbation (potentiel).
- **PMAP (Psychological Mindedness Assessment Procedure; McCallum et Piper, 1996; Tschuschke, 1996):** saisit la manière dont les patients sont en mesure de percevoir les émotions d'autrui ; dans le contexte des thérapies psychodynamiques cela permet de prédire le succès du traitement.

### 7.3 Mesure des processus dans la pratique thérapeutique

*a) Auto-évaluation par les patients*

- **Klienten-Stundenbogen (Grawe & Braun, 1994) et HAQ-S \* (Helping Alliance Questionnaire; Bassler et al., 1995):** ces deux questionnaires permettent d'enregistrer des aspects comme la satisfaction au niveau relationnel, l'élargissement des perspectives, l'intensité de la gestion des problèmes, ainsi que les émotions positives et négatives ressenties pendant la séance.
- **FMP (Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation; Schneider et al., 1989):** ce questionnaire permet de mesurer la motivation des clients en tenant compte de quatre aspects : vécu (poids des souffrances), attentes par rapport au traitement, attitude envers la thérapie et capacité à prendre l'initiative.
- **KPD-38 (Klinisch-psychologisches Diagnosesystem; Percevic et al., 2004):** ce questionnaire permet de mesurer les changements au niveau du bien-être, des symptômes et du niveau de fonctionnement psychosocial selon le modèle en plusieurs phase de Howard et al. (1993).

*b) Evaluation par autrui (thérapeute traitant)*

- **Therapeuten-Stundenbogen (Grawe & Braun, 1994) et HAQ-F (Gross et Riedel, 1995):** il s'agit des versions des deux questionnaires mentionnés plus haut – et utilisés pour enregistrer l'évolution du processus thérapeutique – destinées aux thérapeutes.
- **Formulaires d'intervention:** les thérapeutes évaluent leurs interventions globales et spécifiques (selon le courant) sur des échelles de rating.

Pour garantir une bonne qualité des évaluations externes, les raters seront formés à l'utilisation des procédures SKID et OPD et il sera vérifié en début d'étude que leurs appréciations sont concordantes.

## 8 Déroulement de l'étude

Durant une période qu'il reste à définir, les thérapeutes participant à l'étude s'engagent à inviter tous les patients qui vont commencer un traitement à participer à la recherche. Avant le début de l'étude, les thérapeutes remplissent une documentation de base (documentation de base psychothérapeutes) sur leurs qualifications et formation, ainsi que sur leurs activités actuelles.

Pendant toute la durée de l'étude, les responsables de la coordination du projet envoient continuellement aux thérapeutes des courriels contenant une liste mise à jour des dates libres pour des rendez-vous d'évaluation sont libres.

### 1. ) Première séance de thérapie:

- Au moment de présenter le setting, le thérapeute donne au client des informations sur l'étude, ainsi qu'un *feuillet d'information*. Il lui explique que sa participation à l'étude est souhaitable mais volontaire (ceci pour le cas où le client souhaite travailler avec lui). Il est important de mettre les clients au courant aussi tôt que possible, afin qu'ils aient la possibilité de réfléchir à la question.
- Le thérapeute définit pour chaque nouveau client un *numéro ID*, constitué selon le principe suivant : *abréviation de l'institut, abréviation du thérapeute* (sera attribué avant le début de l'étude par les responsables de la coordination du projet) et un *numéro consécutif* (exemple : le numéro ID X-HG-9 est attribué à la neuvième cliente de la thérapeute HG appartenant à l'institut X. Ce numéro est inscrit sur la *liste des clients*. Il sert à relier toutes les données collectées concernant une cliente spécifique (documentation de base, interview, mesures du processus, etc.). *Tous* les nouveaux clients doivent être inscrits sur cette liste, y compris ceux qui ne souhaitent pas participer à l'étude. En effet, ce n'est qu'en comptant le nombre de drop-outs que nous pourrions fournir des indications sur la représentativité de l'échantillon. L'utilisation de numéros ID permet de garantir l'anonymat des clients.

### 2. ) Après la 2e-3e séance:

- Le client décide (ou non) de participer à l'étude. S'il décide d'y prendre part, il signe une *déclaration d'accord*.
- Le client choisit *une date* sur la liste des rendez-vous pour l'*assessment*. Le thérapeute envoie au centre de coordination un courriel contenant le numéro ID du client participant et la date de la première évaluation. Il est important que l'évaluation externe débute aussi tôt que possible, pour les deux raisons suivantes : (1) l'*assessment* doit permettre de saisir les symptômes/problèmes initiaux, avant que la thérapie ait eu des effets positifs sur le bien-être du client ; sinon, on risque de sous-estimer les effets de la thérapie lors de la comparaison pré- / post-thérapie. (2) Nous considérons l'interview et le fait de remplir le questionnaire au centre d'*assessment* comme permettant, entre autres, de prédire l'évolution du processus thérapeutique. Il faut donc que les mesures de début soient faites avant la première mesure concernant le processus – cette dernière aura lieu lors de la 5<sup>e</sup> séance de thérapie.
- Le thérapeute remplit en outre une *documentation de base début* pour ce client.

### 3. ) Avant la 5e séance:

- *Assessment-Center* : interviews (SKID, OPD, PMAP, GAF, GARF) avec l'expert externe. Le client reçoit en outre les questionnaires en rapport avec la mesure pré-

(SCL-9, B-L, IIP, F-SozU, SESA, SOC, INK-K, FbeK, WHOQOL, Target Complaints, FMP).

**4. 5<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 15<sup>e</sup> séance**

- Le client remplit après la séance (mais dans le cabinet) le **HAQ-S**, le **questionnaire sur les séances destiné aux clients** et le **KPD-38**. Il met ces documents dans une enveloppe et la scelle.
- Le thérapeute remplit le **HAQ-F**, le **questionnaire sur les séances destiné aux thérapeutes** et le **formulaire d'intervention**.

**5. 20<sup>e</sup> séance, puis toutes les 10 séances**

- Le client remplit après la séance (mais dans le cabinet) le **KPD-38** et le **HAQ-S**. Il met ces documents dans une enveloppe et la scelle.
- Le thérapeute remplit des **formulaires d'intervention**.

**6. Dernière séance de thérapie ou 6 ans après le début de l'étude si la thérapie n'est pas encore terminée**

- Le client choisit une **date de rendez-vous** sur la liste pertinente envoyée par le centre d'évaluation. Le thérapeute envoie au centre de coordination un courriel contenant le numéro ID du client participant et la date de la **seconde évaluation**.
- Le thérapeute remplit en outre la **documentation de base fin** concernant le client en question.

**7. Au plus tard deux semaines après la fin de la thérapie ou 6 ans après le début de l'étude, si la thérapie n'est pas encore terminée**

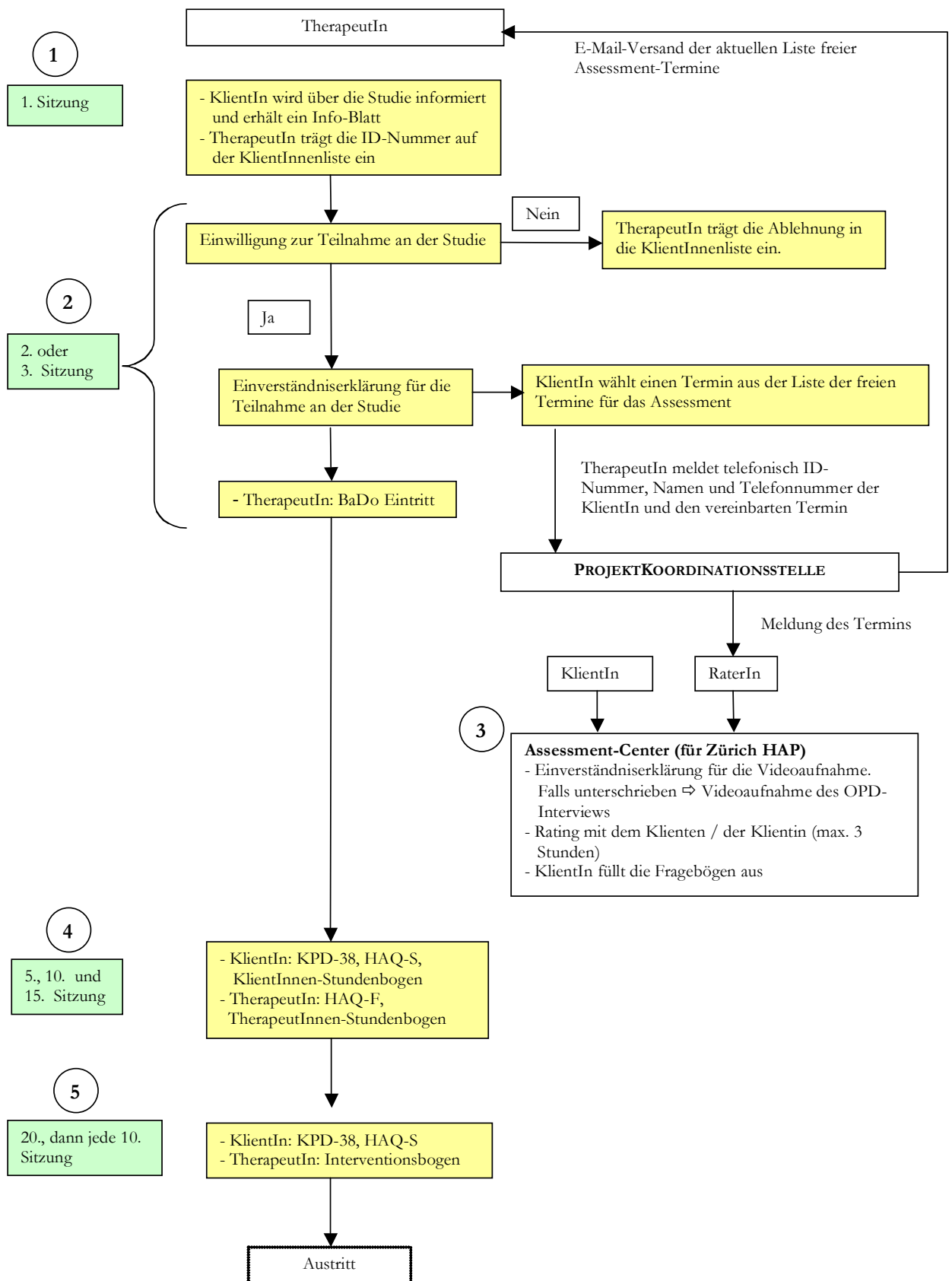
- **Assessment** identique à celui qui a été fait en début de thérapie

**8. 1 an après la fin de la thérapie (catamnèse)**

- Les responsables de la coordination du projet prennent contact avec le client et organisent un rendez-vous pour le troisième assessment mené par l'expert externe.
- **Assessment** : même interview et mêmes questionnaires que lors du premier assessment avec, en plus, une **documentation de base catamnèse**

Les questionnaires et la documentation de base remplis par le client et le thérapeute dans le cadre du cabinet seront renvoyés aux responsables de la coordination du projet par courrier postal.

III. 1: Recrutement des clients, mesures pré- et en cours de processus. Les chiffres entourés d'un cercle correspondent aux étapes du déroulement mentionnées plus haut (version française cf. plus bas)



---

Pour lecture de l'illustration 1:

*Colonne de gauche :*

- 1 1<sup>e</sup> séance
- 2 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> séance
- 4 5<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 15<sup>e</sup> séance
- 5 20<sup>e</sup> séance, puis toutes les dix séances

*Colonne du milieu :*

1 Thérapeute

- le client est informé de l'étude et reçoit un feuillet d'information
- le thérapeute inscrit son numéro ID sur la liste des clients

2 Le client est d'accord de participer à l'étude

Oui

Signe une déclaration d'accord concernant sa participation à l'étude

La thérapeute remplit une documentation de base début

4 Client : KPD-38 et HAQ-S, formulaire de séance pour clients

Thérapeute : HAQ-F, formulaire de séance pour thérapeutes

5 Client : KPD-38 et HAQ-S

Thérapeute : formulaire d'intervention

Fin de la thérapie

*Colonne de droite :*

Envoi par courriel de la liste des dates d'assessment libres

2 non – le thérapeute inscrit ce refus sur la liste des clients

Le thérapeute choisit une date sur la liste des dates d'assessment libres

Le thérapeute communique par téléphone le numéro ID, le nom et le numéro de téléphone du client, ainsi que la date de rendez-vous

Office de coordination du projet

Annonce de la date

Client

Rater

3 Assessment center (pour Zurich : HAP)

Déclaration d'accord pour l'enregistrement vidéo

Une fois signée : enregistrement vidéo de l'interview OPD

Rating avec le client (max. 3 heures)

Le client remplit les questionnaires

## 9 Bibliographie

- Angermeyer MC, Kilian R & Matschinger H (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch fuer die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität.* Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky A (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg. 1998.). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik.* Bern: Huber.
- Bassler M, Potratz B & Krauthauser H (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut, 40*, 23-32.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss J & Cohen J (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archive of General Psychiatry, 33*, 776, 771.
- Franke G (1995). *SCL-90R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version.* Weinheim: Beltz.
- Grawe K & Braun U (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, 23*, 242-267.
- Gross, A. & Riedel, W.-P. (1995). *Therapieergebnis und Komplementarität in der Therapeut-Patient-Beziehung. Eine Analyse mit Hilfe von SASB.* Regensburg: Roderer.
- Grosse-Holtforth M & Grawe K (2003). Der Inkongruenzfragebogen (INK). Ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32*, 315-323.
- Grünwald HS & von Massenbach K (2003). Ergebnisqualität ambulanter systemischer Therapie - Eine Multizenterstudie in der deutschsprachigen Schweiz. *Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Psychologie; 53*, 326 - 333
- Horowitz, LM, Strauss B & Kordy H (1994). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Deutsche Version.* Weinheim: Beltz.
- Howard KI, Lueger RJ, Maling MS & Martinovic Z (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 61*, 678-685.
- Humphrey, K. & Weisner, C. (2000). Use of exclusion criteria in selecting research subjects and its effect on the generalizability of alcohol treatment outcome studies. *Am J Psychiatry, 157*, 588-594.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 49*, 115-124.
- Koemeda-Lutz M; Kaschke M, Revenstorff D, Scherrmann T, Weiss H & Soeder U (2003) Zwischenergebnisse zur Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien. *Psychotherapie Forum 11: 70-79.*
- MacKenzie, K.R., Dies, R.R. (1982). *The CORE-Battery.* American Group Psychotherapy Association. New York.
- McCallum, M; Piper, W.E. (Psychological Mindedness Assessment Procedure (PMAP). In: Strauß, B., Eckert, J., Tschuschke, V. (Hrsg.): *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung.* Westdeutscher Verlag, Opladen, P. 87-102.
- Morrison, K.H., Bradley, R. & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: a naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*, 109-132.
- Mulder, R.T., Frampton, C., Joyce, P.R. & Porter, R. (2000). *Randomized controlled trials in psychiatry. Part II: their relationship to clinical practice.* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37, 265-269.
- Percevic R., Gallas C., Haug S., Wolf M., Hünerfauth T., Schwarz M., Kordy H. (2004). *Das Klinisch-Psychologische Diagnosesystem 38: Entwicklung, Normierung und Validierung eines Selbstbeurteilungsbogens für den Einsatz in Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring.* Unveröff. Manuskript. Forschungsstelle für Psychotherapie: Stuttgart.

- Piper WE & Scott CD (1999). Object relations theory and short-term dynamic psychotherapy: finding from the quality of object relations scale. *Clinical Psychology Review*, 19, 669-685.
- Rudolf G & Grande T & Oberbracht C (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Psychotherapeut*, 45, 237-246.
- Sass H, Wittchen HU, Zaudig M & Houben I (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider W, Basler HD & Beisenherz B (1989). *FMP. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation*. Weinheim: Beltz.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy The consumer reports study. *Am Psychol* 50, 965-974.
- Sommer, G & Fydrich, T (1989). *Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte, F-SOZU*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Sorembe V & Westhoff K (1985). *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Stirman, S.W., DeRubeis, R.J., Crits-Christoph, P. & Brody, P.E. (2003). Are samples in randomised controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 6,963-972.
- Strauss B & Richter-Appelt H (1996). *Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FbeK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and Dissemination of empirically-validated psychological treatments. Reports and recommendations. *Clin Psychol* 48, 3-23.
- Tschuschke, V. (1993). Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Prozess-Ergebnis-Relationen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Tschuschke, V. (1996). Das „Psychological Mindedness-Einschätzungsverfahren (PMAP)“. (Unveröffentl. Manusk.).
- Tschuschke, V., Kächele, H. u. Hölzer, M. (1994) Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 39 (5):281-297
- Tschuschke, V., Hölzer, M. u. Kächele, H. (1995) Ach du liebe "Güte" - Eine Einladung statt einer Erwiderung. *Psychotherapeut* 40:304-308
- Tschuschke, V., Heckrath, C., Tress, W. (1997) Zwischen Konfusion und Makulatur - Zum Wert der Berner Metaanalyse von Grawe, Donati und Bernauer Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Tschuschke, V., Kächele, H. (1998) Was leistet Psychotherapie? Zur Diskussion um differentielle Effekte unterschiedlicher Behandlungskonzepte. In: M. Fäh u. G. Fischer (Hrsg.): Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Psychosozial Verlag, Gießen
- Tschuschke, V., Bänninger-Huber, E., Faller, H., Fikentscher, E., Fischer, G., Frohburg, I., Hager, W., Schiffler, A., Lamprecht, F., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Rudolf, G., Kächele, H. (1998). Psychotherapieforschung - Wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al. 1994. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 48:430-444.
- Tschuschke, V. (2005) Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal* (im Druck).
- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 6, 875-899.
- Wittchen HU, Zaudig M. & Fydrich T (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.
- Zerssen D & Köller DM (1976). *Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen aus dem Münchener Psychiatrischen Informations-System. Die Beschwerden-Liste*. Weinheim: Beltz.