



Institut für Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der
Universitätskliniken Basel, Bern, Zürich

„Vom Outcome zum Prozess – ein Paradigmenwechsel in der Psychotherapieforschung

Bern, 31.08.2017



Klaus Schmeck

Kinder- und Jugendpsychiatrische Forschungsabteilung
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Eines der zentralen Ziele von IPKJ: Vermittlung von Evidenzbasierter Psychotherapie

- › Psychotherapeutische Verfahren müssen auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.
- › Dazu wurden Methoden aus der Pharmaforschung kopiert, vor allem RCTs (Randomisierte kontrollierte Studien)
- › Warum sind die Ergebnisse, die daraus entstanden sind, nicht so einfach und klar, wie uns immer vermittelt wird?

Probleme der «klassischen» Psychotherapieforschung

- › Sind RCTs dem Thema wirklich angemessen?
- › Was ist der Allegiance Effect?
- › Was ist ein Publication Bias?
- › Welche Auswirkungen haben diese Probleme auf den Vergleich der Wirksamkeit von PT-Studien?

Randomisierte kontrollierte Studien als Goldstandard?

Vorteile der RCT-Forschung

1. Reliable Messung
2. Eliminierte Störvariablen
3. Störungsspezifität
4. Standardisierung der Durchführung (Manual)
5. Gute Aussage über «Efficacy»
6. Anspruch auf kausale Aussagen
7. Statistische Signifikanz

Nachteile der RCT-Forschung

1. Begrenzte Validität der Messung
2. Vernachlässigte Komorbidität
3. Nicht repräsentative Stichproben
4. «Sterilisierung» der Durchführung
5. Keine Aussage über Effectiveness (Umsetzbarkeit in der Praxis?)
6. Nicht ausreichende Berücksichtigung des Beta-Fehlers
7. klinische Signifikanz nicht im Fokus

Der «Allegiance» Effekt

- Wampold (2002): neben der Güte der Arbeitsbeziehung (alliance) ist

einer
komponenten

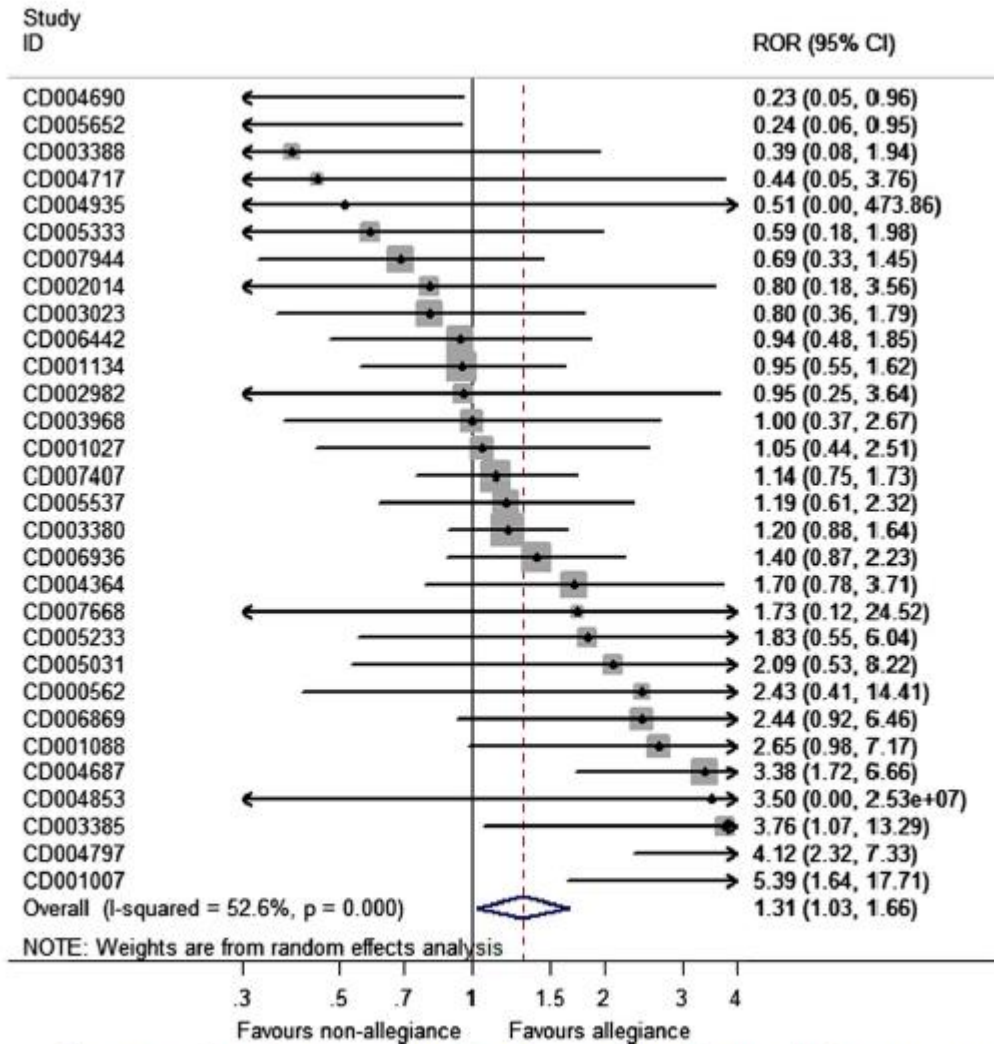


Fig. 1 ROR and 95 % confidence intervals (CIs) for each comparison of an "allegiant" vs. "non-allegiant study". The summary ROR has been calculated with random effects model. A ROR >1 favors allegiance; a ROR <1 favors non-allegiance

Dragioti *et al.*
Ann Gen Psychiatry
(2015) 14:25

Publication Bias

Does Publication Bias Inflate the Apparent Efficacy of Psychological Treatment for Major Depressive Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis of US National Institutes of Health-Funded Trials

Ellen Driessen^{1,2*}, Steven D. Hollon³, Claudi L. H. Bockting^{4,5}, Pim Cuijpers^{1,2}, Erick H. Turner^{6,7}

Table 2. Meta-analyses of studies examining the effect of psychological treatment for depression.

	k	g	95% CI	Z	Q Q	(df)	I ² I ²	95% CI	Δg ^a Δg %	Q _{betw} ^b	p	N _{PT}	N _{Comp}
1. PT vs. Controls (all)										3.34	.07		
Unpublished	6	0.20	-0.11~0.51	1.28	5.22	5	4	0~63				190	146
Published	20	0.52	0.37~0.68	6.64**	39.04**	19	51	7~70				959	808
Published + unpublished	26	0.39	0.08~0.70	2.47*	49.82**	25	50	12~67	-0.13 -25%			1149	954
1a. PT vs. no-treatment controls										0.28	.60		
Unpublished	2	0.77	-0.07~1.61	1.79	1.02	1	2	-				45	14
Published	5	1.01	0.63~1.40	5.20**	8.39	4	52	0~81				188	122
Published + unpublished	7	0.97	0.62~1.32	5.47**	9.88	6	39	0~73	-0.04 -4%			233	136
1b. PT vs. treatment controls										3.65	.06		
Unpublished	4	0.11	-0.12~0.35	0.96	1.59	3	0	0~68				145	132
Published	15	0.37	0.25~0.48	6.35**	11.83	14	0	0~46				771	686
Published + unpublished	19	0.26	0.02~0.51	2.10*	17.08	18	0	0~43	-0.11 -29%			916	818
2. PT vs. other PT										0.82	.37		
Unpublished	2	-0.05	-0.49~0.38	-0.24	2.61	1	62	-				78	86
Published	12	0.17	-0.04~0.38	1.60	13.74	11	20	0~59				286	331
Published + unpublished	14	0.13	-0.06~0.31	1.34	18.17	13	28	0~61	-0.04 -24%			364	417
3. PT vs. antidepressant medication										1.60	.21		
Unpublished	3	-0.21	-0.53~0.11	-1.30	2.24	2	11	0~76				116	115
Published	15	0.01	-0.13~0.16	0.20	22.67	14	38	0~65				840	835
Published + unpublished	18	-0.05	-0.25~0.15	-0.50	26.39	17	36	0~62	-0.07 -456%			956	950
4. PT + antidepressant medication vs. medication only										0.28	.59		
Unpublished	2	0.37	-0.14~0.89	1.42	2.20	1	54	-				41	44
Published	9	0.22	-0.00~0.44	1.96	10.63	8	25	0~65				389	423
Published + unpublished	11	0.24	0.04~0.45	2.36*	14.59	10	31	0~65	+0.02 +11%			430	467

Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses

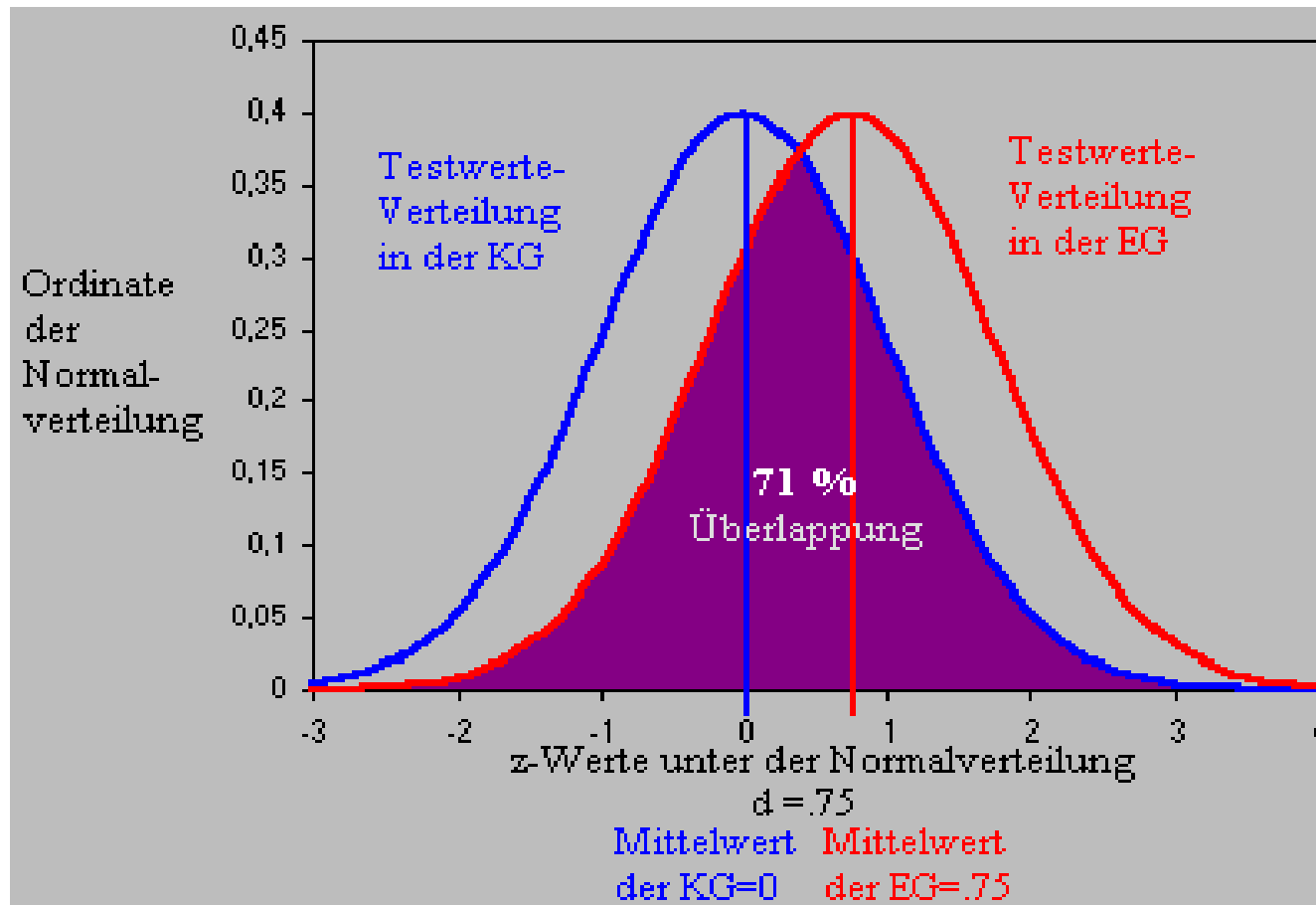
PIM CUIJPERS, GERHARD ANDERSSON, TARA DONKER,
ANNEMIEKE VAN STRATEN

Table 3. Effect sizes of different types of psychotherapies.

	<i>N</i>	<i>D</i>	95% CI	<i>I</i> ²	NNT	Ref
Different types of psychotherapy vs. control groups						
Cognitive behavior therapy	91	0.67	0.57–0.78	59.88***	2.75	48
Behavioral activation therapy	10	0.87	0.60–1.15	20.87	2.16	12
Self-control therapy	6	0.45	0.11–0.79	47.95	4.00	48
Problem-solving therapy	13	0.83	0.45–1.21	82.80***	2.26	13
Interpersonal psychotherapy	16	0.63	0.36–0.90	82.96***	2.91	14
Non-directive supportive therapy	14	0.57	0.37–0.77	36.81	3.18	48
Short-term psychodynamic psychotherapy	5	0.69	0.30–1.08	33.42	2.67	17
Direct comparisons of different types of psychotherapy						
Cognitive behavior therapy vs. all other therapies	56	0.03	–0.04 to 0.11	0	166.67	7
Non-directive supportive therapy vs. all other therapies	30	–0.17	–0.32 to –0.03	40.80*	10.42†	7
Behavioral activation therapy vs. all other therapies	21	0.14	–0.02 to 0.30	0	12.82	7
Psychodynamic therapy vs. all other therapies	16	–0.07	–0.21 to 0.08	0	25.00†	7
Problem-solving therapy vs. all other therapies	7	0.40	–0.07 to 0.88	72.78**	4.50	7
Interpersonal psychotherapy vs. all other therapies	8	0.21	0.01–0.42	21.98	8.47	7
Social skills training vs. all other therapies	7	0.05	–0.26 to 0.36	0	35.71	7
Direct comparisons between different treatment formats						
Individual vs. group psychotherapies	19	0.20	0.05–0.35	0	8.93	18
Guided self-help vs. face-to-face therapies	9	–0.15	–0.41 to 0.11	2.04 ns	11.90	19
Psychotherapy vs. pharmacotherapy and combined treatments†						
Psychotherapy vs. pharmacotherapy	37	–0.07	–0.15 to 0.01	21.31	25.00	20, 21
Psychotherapy vs. combined treatment	19	0.35	0.24–0.45	0	5.10	22
Pharmacotherapy vs. combined treatment	22	0.30	0.17–0.43	32.63°	5.95	23
Combined vs. psychotherapy plus placebo	16	0.25	0.03–0.46	57.22**	7.14	24
Psychotherapy for specific target groups vs. control groups						
Older adults	23	0.72	0.59–0.85	80.20***	2.56	25, 26
Women with postpartum depression	19	0.61	0.37–0.85	64.84**	2.99	27
Patients with general medical disorders	18	1.00	0.57–1.44	92.5***	1.91	28
Patients in primary care	20	0.31	0.17–0.45	45.58*	5.75	29
Inpatients	15	0.29	0.13–0.44	0	6.17	30
Patients with subthreshold depression	6	0.42	0.23–0.60	0	4.27	31
Patients with chronic depression	8	0.23	0.06–0.41	0	7.69	32

Bedeutung von Gruppenunterschieden

mittlere Effektstärken (.50): 80% Überlappung der Verteilungen



Das «Dodo Bird's Verdict»

- › Ergebnis der Meta-Analyse zur Wirksamkeit von Psychotherapie (Luborsky et al., 1975): Comparative studies of psychotherapies; **‘Is it true that everybody has won and all must have prizes’?** Archives of General Psychiatry, 32, 995–1008.
- › Die **Äquivalenz verschiedener Psychotherapieansätze**, eines der zentralen Ergebnisse von Meta-Analysen, wird seitdem “Dodo Bird’s verdict” genannt.



Was folgt aus dem «Dodo Bird's Verdict»?

Wampold et al. (2017): In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy.

- › «Claims of superiority of treatments of one type or another have not provided the evidence that is needed ...»
- › Kazdin (2009, p. 418): «Central ... is the thesis that, with isolated exceptions, we do not know why or how therapies achieve therapeutic change, the requisite research to answer the question is rarely done, and fresh approaches are needed in conceptualisation and research design.»
- › Konsequenz für die Psychotherapieforschung:
der Forschungsfokus muss vor allem auf **generische Wirkprinzipien** gerichtet werden, die verschiedenen therapeutischen Ansätzen gemeinsam sind und für die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungen zuständig sind.

Psychotherapie-Prozess-Forschung

- › ‘addresses what happens in psychotherapy sessions, examining variables such as therapist behaviours, client behaviours, and interactions between therapists and clients during treatment’ (Lambert and Hill 1994)
- › analyzes ‘the content of therapy sessions and the mechanisms through which client change is achieved, both in single sessions and across time’ (Llewelyn and Hardy 2001)

Ziele der Psychotherapie-Prozess-Forschung

Vor allem

1. Die Mechanismen verstehen, wie der Prozess einer psychotherapeutischen Behandlung verläuft und wie er zu Veränderungen beim Patienten führt.
2. **Unterstützung liefern für eine effektivere Psychotherapie-Weiterbildung**

Beispiel für die Untersuchung der therapeutischen Beziehung: Rupture and Resolution Episodes

Eubanks, Muran, & Safran, 2015

- › Eine **Rupture** ist eine *Verschlechterung der Beziehung*, die sich manifestiert in einem *Mangel an Zusammenarbeit* zwischen Patient und Therapeut bezogen auf
 - › Gemeinsame Ziele
 - › Einverständnis über Aufgaben in der Behandlung
 - › oder eine Anspannung in der emotionalen Bindung
- › Typen: Konfrontation, Rückzug
- › **Resolution**-Episode: Versuch des Therapeuten zu erkunden, zu klären, und die Rupture wieder zu lösen

Withdrawal Rupture (Safran and Kraus, 2014)

- › Patient tend to deal with difficulties or misunderstanding in the therapeutic relationship by falling silent, offering minimal responses to question, suddenly shifting topic
- › T: „That sounds like it was difficult. How did it make you feel?“
P: „(Shrugs)“ → Minimal response
- › T: „That sounds important. Can you tell me more about that?“
P: „(Sighs). What’s the point? It’s not going to make me feel better“ → Self-criticism and/or hopelessness
- › T: „You look upset“
P: „I’ll be fine. Don’t worry about me“ → Denial

Confrontation Rupture (Safran and Kraus, 2014)

- › The patient may directly express anger, resentment, or dissatisfaction with the therapist or some aspect of the treatment, often in a blaming or demanding fashion
- › P: „*You don't care about me anyway, this is just your job, you do this only for money!* „ → Complaints about the therapist
- › P: „*What is this? Why are we doing this homeplan? I don't see the point of it all*“ → Concern about the activities of therapy
- › P: „*I've been coming here for four week now, and I really can't think of anything that has changed. Maybe that's waste oft time!*“
→ Complaints/concern about progress in therapy

Resolutions (Safran and Kraus, 2014)

- › Segments of the therapeutic session in which the therapist initiates a resolution process of a rupture in the alliance by employing different strategies
- › T: *“I see that this can be frustrating for you. You’re asking me for a direct answer and I keep throwing the ball back at you”*
 - Therapist acknowledges his/her contribution to a rupture
- › T: *“I feel like walking on ice here...”*:
 - Therapist discloses his/her internal experience of the patient-therapist interaction

Generic Change Indicators

(Krause et al., 2006; 2007)

- › Ein **Change-Moment** ist ein bedeutsames Ereignis, bei dem sich die **subjektive Perspektive** des Patienten in Bezug auf sein Selbstbild, seine Probleme und Symptome und deren Auswirkungen auf die Umwelt verändern.
- › Therapeutische Veränderung (Change) ist eine **Transformation** in den subjektiven Interpretationsmustern und Erklärungen der Welt des Patienten. Sie führt zu einem neuen **subjektiven Verstehen**.
- › Nonverbal zeigt sich ein Change Moment in einem Moment der Ruhe, des sich nach innen Kehrens, und wird anschliessend durch eine affirmative Verbalisation ausgedrückt.

=> **AHA Moment**



I. Konsolidierung der Struktur der therapeutischen Beziehung

1. Akzeptanz der Existenz eines Problems
2. Akzeptanz der eigenen Grenzen und der Hilfsbedürftigkeit
3. Akzeptanz der Kompetenz des Therapeuten
4. Ausdruck von Hoffnung
5. Infragestellen von gewohnheitsmässigem Verhalten u. Erleben
6. Ausdruck des Bedürfnisses nach Veränderung
7. Anerkennen des eigenen Anteils an Problemen

II. Ansätze für ein neues Verständnis

8. Entdecken neuer Aspekte des eigenen Selbst
9. Manifestation von neuem Verhalten und Erleben
10. Auftauchen eines Gefühls von Kompetenz
11. Herstellen von neuen Verbindungen
12. Neukonzeptualisierung von Problemen und/oder Symptomen
13. Neue Gefühle in Bezug auf sich selbst oder andere

III. Konstruktion und Konsolidierung eines neuen Verständnisses

14. Schaffung subjektiver Selbstkonstrukte durch die Verbindung von persönlichem Aspekten mit Aspekten der Umgebung
15. Verankerung dieser Konstrukte in der eigenen Biografie
16. Autonomes Verständnis
17. Anerkennen der empfangenen Hilfe
18. Verminderte Asymmetrie zwischen Patient und Therapeut
19. Konstruktion einer in der eigenen Biografie gegründeten subjektiven Theorie des Selbst und seiner Beziehung zur Aussenwelt

Evaluation of AIT Study (EAST)

Process-Outcome Study on Psychotherapeutic Interventions in
Adolescents With Personality Disorders

› ClinicalTrials.gov ID: NCT02518906

Santiago

- › M. Krause
- › N. Valdez
- › P. Foelsch
- › A. Borzutzky
- › Y. Quevedo
- › AIT-Therapeuten

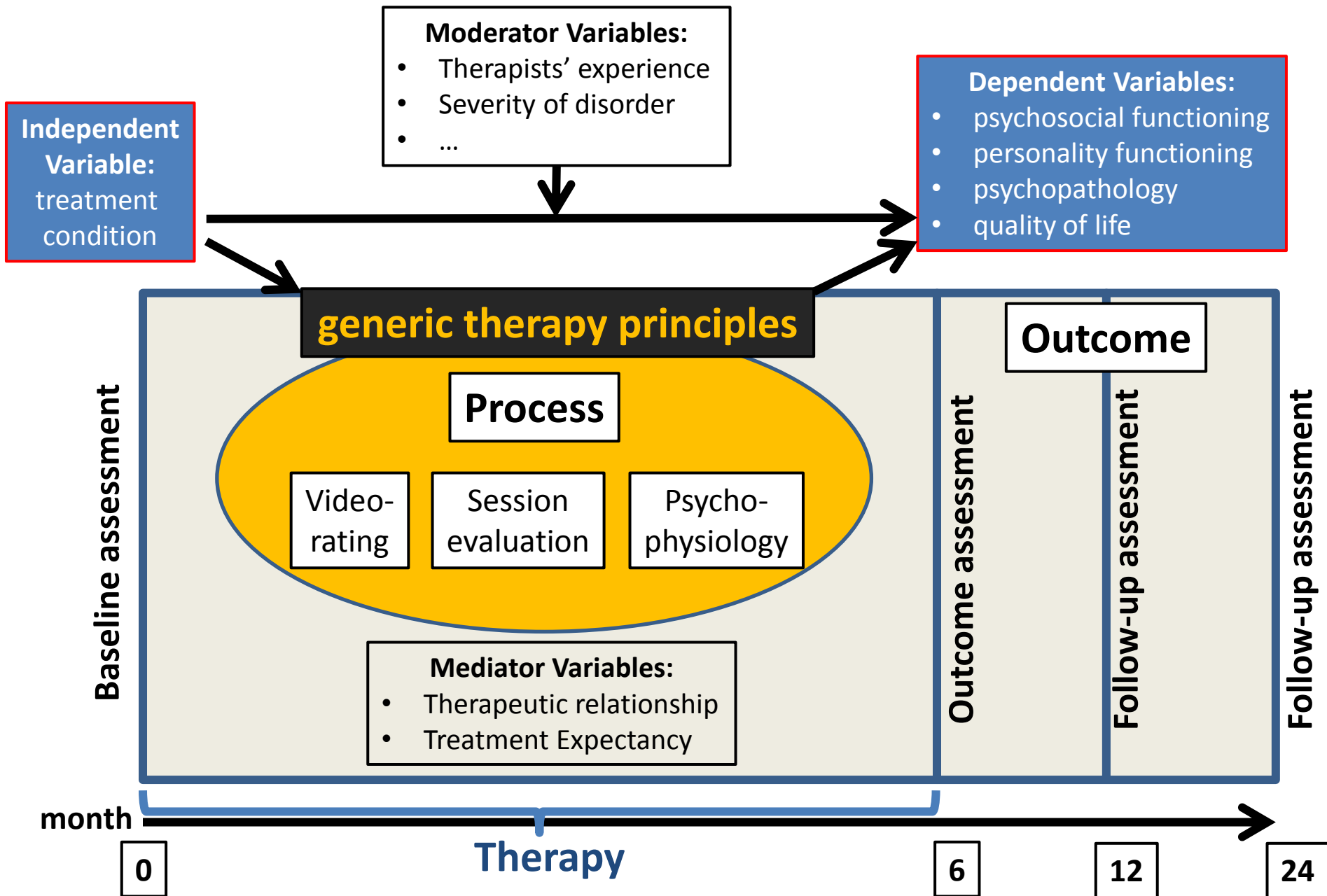
Basel

- › K. Schmeck
- › S. Schlüter-Müller
- › R. Zimmermann
- › N. Schenk
- › L. Fürer
- › O. Pick
- › AIT-Therapeuten:
E. Jung, V. Guri, A.C.
v. Orelli, M. Birkhölzer
S. Brunner-Kunz,
S. Gutgsell

Heidelberg

- › M. Kaess
- › J. König
- › S. Weise
- › DBT-A-Therapeuten

EAST Process-Outcome Research



Schlussfolgerungen

In der Psychotherapie sollte der Wettbewerb um die “beste” Behandlungsmethode (“horse-race”) beendet werden.

Stattdessen sollte der Schwerpunkt gelegt werden auf die Frage,

- › Was sind die Kernelemente einer wirksamen Behandlung?
- › Wie kann man möglichst vielen Betroffenen einen Zugang zu einer Palette von evidenzbasierten Behandlungsansätzen ermöglichen?
- › Wie bildet man gute Therapeuten aus?

ESCAP-Interview mit Patrick Luyten

- › – *So half of being a good psychotherapist is simply being a nice person?*

"There is lots of research evidence that seems to support these assumptions. For instance, if you look at the effect sizes of cognitive behavioural therapy in treatment of adolescent depression, you will see that these are decreasing across time. There are probably various factors explaining this. However, one factor that might have had an important influence on this decrease, may actually be that therapists are beginning to believe that the effective components of this CBT treatment are the *techniques only*. They start to focus on the specific techniques, sometimes even before they have paid attention to relate to the individual, to build a relationship, a working alliance. Aaron Beck, the founding father of CBT, has always warned for this.