

Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie et santé mentale pour les psychothérapies et les interventions complexes ?

Groupe de travail animé par Jean-Michel Thurin. Collège Recherche de la FFP, Inserm U 1178, Paris, France, Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques, ED3C: Cerveau, cognition, comportements



✓ Techniques
psychothérapeutiques



Contexte de cette présentation (1)

- La HAS a engagé un partenariat avec la FFP, son objectif
 - « Permettre un abord scientifique intégrant les particularités de la discipline, notamment la complexité des interventions thérapeutiques et des réalités du terrain »
- Le thème sélectionné avec la FFP,
 - « la preuve scientifique et de sa traduction en niveaux de preuve dans le cadre des psychothérapies et des interventions complexes »
 - un groupe de travail s'est constitué et s'est réuni régulièrement en webséminaires (5)
- Parmi ses missions, la HAS est chargée d'élaborer les recommandations de bonne pratique (RBP) et le système de niveau de preuve et de gradation qui les accompagne
 - Les recommandations de bonne pratique sont définies comme
 - « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »

Contexte de cette présentation (2)

- Le système de niveau de preuve et de gradation des RBP a été développé par la ANAES en 1999
 - Un état des lieux sur la question des niveaux de preuve et gradations a été réalisé en 2013
 - « Est-il nécessaire d'adopter un système existant ou d'élaborer un nouveau système de niveau de preuve et de gradation répondant aux attentes des différents partenaires pour les études d'intervention et les études diagnostiques ? »
 - Des propositions seront présentées dans un guide d'analyse de littérature et de gradation des recommandations
- Le classement actuel des recommandations : recommandations de grade A, B et C
 - une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de *fort niveau de preuve* : Par exemple, essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision fondée sur des études bien menées (*niveau 1*);
 - une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de *niveau intermédiaire de preuve* : Par exemple, essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohortes (*niveau 2*) ;
 - une recommandation de grade C est fondée sur des études de *moindre niveau de preuve* : Par exemple, études cas-témoin, études comparatives comportant des biais importants ; études rétrospectives ; séries de cas (*niveaux 3 et 4*).
- Une mise à jour des RBP a été réalisée en mars 2015. Pas de modification des NP.

Contexte de cette présentation (3)

- Actuellement, suivant ces textes, le système de gradation et de niveau de preuve accorde la position de référence, pour l'ensemble des recommandations en psychiatrie et santé mentale, aux Essais Contrôlés Randomisés (ECRs).
- Ce choix, s'il n'est pas modulé suivant les soins, pose problème
 - Leur axe central : l'efficacité y est conçue suivant une logique linéaire pour des soins médicaux focalisés où l'action thérapeutique correspond à des actes techniques précisément déterminés, prodigués par un médecin actif sur un sujet essentiellement passif.
 - Les ECRs s'accordent bien avec les traitements standardisés et focalisés à appliquer. Ils rencontrent leurs limites avec les soins centrés sur la personne, caractérisés la complexité de ses fonctionnements, de son contexte et de son abord.
 - Les interventions thérapeutiques entrent alors dans le cadre des interventions complexes dont l'évaluation est caractérisée par
 - la difficulté de standardiser le protocole et la délivrance des interventions,
 - la sensibilité aux caractères du contexte local,
 - la difficulté d'appliquer des méthodes expérimentales,
 - la longueur et la complexité des chaînes causales liant l'intervention et les résultats (Craig et al. 2008).
- Ce problème bien identifié et documenté. Il a mobilisé l'association américaine de psychologie et les disciplines concernées par les interventions complexes.

Plan de la présentation

- Sur la base de la littérature internationale, nous allons aborder la question des limites du système de gradation actuel suivant 3 axes
 1. Celui des limites des essais comparatifs randomisés
 - limites méthodologiques, de généralisation des résultats et problèmes associés posés
 - le statut de « norme de référence » **générale** accordé aux ECRs est-il adapté ?
 2. Celui des propositions pour l'avenir
 - une « étude de cas » : la démarche et les actions de l'APA du début de l'EBM à aujourd'hui
 - propositions méthodologiques et organisationnelles actualisées
 3. Celui de notre attente vis à vis de la Haute Autorité de Santé

Problèmes méthodologiques rencontrés avec les ECRs

- Les problèmes méthodologiques potentiels et constatés des ECRs ont été exposés très tôt et à maintes reprises par des chercheurs reconnus, issus de ≠ références
- Reprise des 6 critères d'un ECR bien conduit (Kraemer 2002)
 1. Population bien définie et justifiée, avec échantillon représentatif de taille suffisante
 2. Un ou plusieurs groupes témoins ou de comparaison, avec des protocoles de traitement bien spécifiés dans chaque groupe
 3. Une répartition aléatoire entre groupes de traitement et de contrôle ou comparaison
 4. La sélection de quelques mesures de résultats bien choisies et justifiées, a priori
 5. Une analyse réalisée en « intention de traiter »
 6. Un test de signification statistique et estimations de taille d'effet pour signification clinique.

Problèmes méthodologiques rencontrés avec les ECRs

- Ces critères sont-ils généralement observés dans les essais comparatifs randomisés portant sur les psychothérapies et interventions psychosociales ?
 1. Une population bien définie et justifiée, avec un échantillon représentatif de taille suffisante ?
 - Population sélectionnée sur mode focal (DSM), très partiellement représentative.
 - Décalage de la classification / facteurs et variables intermédiaires potentiellement explicatifs (p.e., adversité précoce, peurs, représentation de soi, conflit psychique, relations interpersonnelles), organisations dysfonctionnelles et contexte de leur expression qui orientent les interventions thérapeutiques.
 - Le DSM renforce le décalage entre une approche centrée sur la réduction/disparition des symptômes et une approche centrée sur les dysfonctionnements et la façon de les réduire (Goldfried 2004)
- *Un échantillon représentatif de taille suffisante ?*
 - Échantillonnage non véritablement réalisé. Une pseudo randomisation qui omet la représentation générale de la population incluse. Une taille limitée de l'échantillon.

Problèmes méthodologiques rencontrés avec les ECRs

2. Groupes témoins ou de comparaison *valides*, avec protocoles de traitement bien spécifiés
 - Suivant le modèle pharmacologique, l'ECR vise à démontrer l'efficacité générale d'un traitement par rapport à une absence de traitement ou un autre traitement. Cet objectif peut conduire : au choix d'un contrôle « discutable » (TAU ou n'étant pas « de bonne foi »)(Wampold et al. 2002). Le fonctionnement des « thérapeutes placebos » est faussé.
 - Concernant les comparaisons inter-traitements, les règles (indicateurs de changement, durée, similarité des approches à l'exception d'un facteur bien spécifié). Elles ne sont pas toujours respectées.
- ... *avec protocoles de traitement bien spécifiés ?*
 - Effets très relatifs de la manuelisation : même si la standardisation de la technique est réalisée, les ingrédients *actifs* peuvent ne pas correspondre à ceux de la technique testée.
 - De nombreuses études, conduites par des chercheurs de références théoriques ≠, ont démontré la divergence entre l'ingrédient « actif » testé et les ingrédients mesurés de l'efficacité.
 - Par exemple, celle de Ablon et Jones (1998)
 - Ce sont la chronologie des changements et la description des éléments du processus interne de la psychothérapie qui ont permis d'objectiver l'erreur d'interprétation des résultats des études.

Problèmes méthodologiques rencontrés avec les ECRs

3. Randomisation ?

- Les variables explicatives sont trop nombreuses et l'échantillon trop faible pour que l'hypothèse de neutralisation des particularités individuelles soit tenable.

4. Mesures de résultats bien choisies et justifiées a priori ?

- À partir de l'utilisation de plusieurs mesures, compte-rendu partiel des résultats à l'arrivée, avec sélection des mesures significatives d'amélioration, ne garantissant pas des résultats homogènes ou répliquables.

5. Analyse réalisée en « intention de traiter » ?

- L'objectif est d'éviter que les sorties de traitements et raisons attenantes ne soient pas pris en compte (évaluées à -> 70% par certaines études) - à examiner.

6. Signification statistique, estimations de taille d'effet, appréciation de la signification clinique ?

- la signification statistique n'est pas la signification clinique. Une différence statistiquement significative ($p < 0.05$) peut être considérée comme une preuve d'efficacité, sans amélioration du problème clinique pour lequel elle a été appliquée.

La généralisation des résultats a posé des problèmes importants

1. Une confusion entre conditions expérimentales et conditions ordinaires de la pratique

- Le protocole expérimental nécessite une simplification maximale
- les paramètres introduits pour la simplification et la réussite du test d'efficacité ont été assimilés (« généralisés ») à ceux de la réalité clinique.
- Un déplacement s'est produit entre les traitements opérationnalisés pour la recherche et les traitements recommandés pour la pratique.
- un fossé s'est établi entre la recherche et la pratique

2. D'autres conséquences sont à souligner

- une mutation des études comparatives en stratégies concurrentielles détournant temps et énergie
- l'utilisation des résultats par assurances et décideurs pour un choix prématuré des interventions recommandées
- Le protocole ECR a monopolisé la recherche aux dépens d'autres approches plus appropriées

L'ECR est-il adapté pour les interventions non médicamenteuses ? (1)

- La réponse n'est pas univoque. Si une évaluation « aveugle » (et potentiellement biaisée ou très exigeante) est concevable, la réponse peut-être oui, Si l'on se pose la question de l'application clinique de cette intervention, la réponse devient non.
- L'ECR n'est pas un protocole adapté à une véritable définition du « traitement psychothérapeutique » dès qu'il sort de l'intervention simple et encore moins aux recommandations de bonne pratique pour les interventions non-médicamenteuses en psychiatrie et santé mentale.
- Mais alors, par qui et pourquoi l'ECR a-t-il été choisi ?
- Récapitulons. L'essai contrôlé randomisé a été conçu initialement par la science médicale pour être utilisé dans les études de médicaments.
- Plus précisément, l'Essai Clinique Randomisé répond à la question : "Le traitement B a t-il plus d'effet que l'absence de traitement ou que le traitement A ? ». Il ne répond pas à la question : *Pourquoi et comment* le traitement produit-il un effet ?.

L'ECR est-il adapté pour les interventions non médicamenteuses ? (2)

(Wolfgang Tschacher

- Le déroulement de la recherche médicale « classique » et de son application au champ clinique (1) ne sont pas directement transposables aux interventions non-pharmacologiques (2)

(1) médicament. ingrédient actif testé en laboratoire. Si résultat + -> transport dans champ clinique

(2) psychothérapie. Les ingrédients actifs ne sont pas précisés par l'ECR. La question centrale actuelle est « Quels sont les ingrédients potentiellement actifs ; dans quelles conditions et suivant quelle chronologie le deviennent-ils ? -> c'est la réponse à ces questions qui détermine le transport

- Des variables supplémentaires sont introduites : patient co-acteur, changement sous forme de processus, chronologie et ingrédients de ce changement ajustés aux spécificités individuelles.
- la démarche de recherche est connexe et complémentaire de l'approche clinique.
- les modérateurs sont également des déterminants incontournables de l'effet de la thérapie. Les outils statistiques ne donnent pas d'information pratique sur ce que l'on peut faire avec eux pour les faire évoluer dans le bon sens. Mieux les connaître ouvre cette possibilité.

► Il est nécessaire de rechercher d'autres protocoles d'élaboration des données probantes avant transport et dissémination dans le champ clinique ¹²

Quelles propositions pour l'avenir ?

- Fondamentalement, la recherche et la pratique devraient converger
- L'expérience des 30 dernières années en psychiatrie, psychologie et santé mentale a montré que différents paramètres peuvent contrarier cet objectif.
- Considérons maintenant cette période sous un angle positif. De nouvelles conceptions méthodologiques, instrumentales et statistiques se sont développées. Le passage d'une approche à une autre a été compliqué. Il peut être appréhendé à partir du parcours de l'APA qui apporte plusieurs clés. Je vais le présenter rapidement
 - 1985. entrée dans l'Evidence-Based Medicine suivant le modèle psychopharmacologique (ECRs + DSM)
 - 2002. publication d'un guide de lecture des recommandations.
 - 2005. adoption d'un nouveau cadre de l'Evidence-Based Practice (EBP) en Psychologie et disciplines associées.
 - 2013. publication d'un récapitulatif des études qui objectivent l'efficacité réelle (*effectiveness*) de la psychothérapie dans les multiples domaines qui composent le champ sanitaire de la santé mentale

Une alternative à la norme mono-méthodologique (1)

- 2 voies principales : celle d'une amélioration du protocole des ECRs ; et celle d'un rapprochement de la recherche et de la clinique
- Parmi les contributions, celle Kazdin :
 - Objectifs : trois changements d'orientation et priorités pour la recherche
 - étude des mécanismes de changement thérapeutique
 - étude des modérateurs de changement dans une perspective qui se traduise mieux dans la pratique clinique
 - recherche qualitative
 - Réalisation : à partir de collaborations entre « cliniciens » et « chercheurs »
 - études naturalistes avec observation des processus opérationnels dans l'environnement naturel et leurs corrélats
 - études quasi-expérimentales de cas individuels, éliminant les explications alternatives
 - répliques de ces études avec différents patients, thérapeutes, contextes.

Une alternative à la norme mono-méthodologique (2)

- Carey et Stiles
 - convergence des preuves
 - analyse des événements et des actions liées dans la thérapie (*task analysis*)
 - benchmarking
 - développement de réseaux de recherches fondées sur les pratiques
- La question du diagnostic et de la possibilité d'un complément au DSM.
- Et l'ECR ?

Qu'attendons-nous de la HAS ?

« Est-il nécessaire d'adopter un système existant ou d'élaborer un nouveau système de niveau de preuve et gradation *répondant aux attentes des différents partenaires* pour les études d'intervention, études diagnostiques ? » (HAS 2013)

- nécessaire ? Oui, pour les raisons suivantes : l'ECR n'est pas adapté aux interventions complexes et interactionnelles qui sont la règle des interventions non pharmacologiques en psychiatrie et santé mentale ; son statut de norme mono-méthodologique est un obstacle au développement des recherches
- possible ? Oui, il existe des stratégies de recherche complémentaires des ECRs
- que peut-on en attendre ? la réduction de blocages et de détournement des objectifs d'efficience, une collaboration productive des partenaires
- Les mots clés de départ pourraient être : soins complexes, convergence des preuves, qualité méthodologique, études naturalistes quasi-expérimentales, réseaux de recherches fondées sur les pratiques et ... avancer

Composition du groupe de travail

- Jean-Michel Thurin, Gisèle Apter, Mireille Bonierbale, Jean Chambry, Jean-Jacques Laboutière, Bernard Odier, Fabienne Roos-Weil, Roger Salbreux, Monique Thurin,

Références

- Ablon JS, Jones EE. How expert clinicians' prototypes of an idéal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*. 1998;8(1):71-83.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2000). Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris: ANAES.
- American Psychological Association. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy (Chic)*, 50(1), 102-109. doi:10.1037/a0030276
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052-1059. doi:10.1037//0003-066x.57.12.1052
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *Am Psychol*, 61(4), 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). *Single Case experimental designs* (2nd ed.): Pergamon Press.
- Borkovec, T. D., & Castonguay, L. G. (1998). What Is the Scientific Meaning of Empirically Supported Therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 136-142.
- Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Ragusea, S. A., & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 155-168.
- Carey, T. A., & Stiles, W. B. (2015). Some Problems with Randomized Controlled Trials and Some Viable Alternatives. *Clin Psychol Psychother*. doi:10.1002/cpp.1942
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504.
- Castonguay, L. G., & Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: an introduction. *Psychother Res*, 25(1), 1-5. doi:10.1080/10503307.2014.966348

- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. J., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A. & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. (Clinical Psychologist, 49, 5—18.). Clinical Psychologist, 49, 5-18.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council, G. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ, 337, 979-983. doi:10.1136/bmj.a1655
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2006). Conceptualizing changes in behavior in intervention research: The Range of Possible Changes Model. Psychological Review. Psychological Review, 113, 554-583.
- Eells, T. D. (2007). Handbook of Psychotherapy Case Formulation. New York: The Guilford Press.
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., & Shaw, B. F. (1996). Science Is Not a Trial (But It Can Sometimes Be a Tribulation). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(1), 92-103.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J., Imber, S., Sotsky, S., Collins, J., & al., e. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Archives of General Psychiatry, 46, 971-982.
- Ellis, P. M. (2003). Review: cognitive therapy may be no more effective than other bona fide psychological therapies for depression. Evid Based Mental Health, 6, 25.
- Falissard, B. (2015). How should we evaluate non-pharmacological treatments in child and adolescent psychiatry? European child and adolescent psychiatry, 24:1011–1013
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(4), 578-582.
- Garfield, S. L. (1990). Issues and Methods in Psychotherapy Process Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53(3), 273-280.
- Goldfried, M. R., & Eubanks-Carter, C. (2004). On the need for a new psychotherapy research paradigm: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). Psychol Bull, 130(4), 669-673; author reply 677-683. doi:10.1037/0033-2909.130.4.669

- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy Practice and Research. Repairing a Strained Alliance. *American Psychologist*, 1007-1016.
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1998). Toward a More Clinically Valid Approach to Therapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 143-150.
- Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Psychotherapy Research*, 1(1), 3-16.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17.
- Haute Autorité de Santé. (2010, MAJ 2015). Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». Paris: HAS.
- Haute Autorité de Santé. (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. État des lieux. Paris: HAS.
- Hayes, S. C., Barlow, D. H., & Nelson-Gray, R. O. (1999). *The scientist practitioner: Research and accountability in the age of managed care* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S., Schacht, T., & Binder, J. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434–433. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 434–440.
- Ingram, R. E., & Ritter, J. (2000). Vulnerability to depression: Cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 588–596.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- Kazdin, A. E. (1981). Drawing Valid Inferences From Case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 461-468.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-Case Research Designs. Methods for Clinical and Applied Settings*: Oxford University Press.

- Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 95-105.
- Kazdin, A. E. (1997). A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research, and practice. *Journal of Clinical Child Psychiatry*, 26(2), 114-129.
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of Therapy Research and Clinical Application of Treatment Require Better Understanding of the Change Process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 143-151.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol*, 63(3), 146-159. doi:10.1037/0003-066X.63.3.146
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res*, 19(4-5), 418-428. doi:10.1080/10503300802448899
- Kazdin, A. E., & Blase, S. L. (2011). Rebooting Psychotherapy Research and Practice to Reduce the Burden of Mental Illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1), 21-37. doi:10.1177/1745691610393527
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A. E., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How Do Risk Factors Work Together? Mediators, Moderators, and Independent, Overlapping, and Proxy Risk Factors. *Am J Psychiatry*, 158, 848-856.
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and Moderators of Treatment Effects in Randomized Clinical Trials. *Archives General Psychiatry*, 59, 877-883.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. (2005). *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Perry, S., Cooper, A. M., & Michels, R. (1987). The Psychodynamic Formulation: Its Purpose, Structure, and Clinical Application. *American Journal of Psychiatry*, 144, 543-550.
- Seligman, M. E. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy, The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.

- Ten Have, T. R., Normand, S. L., Marcus, S. M., Brown, C. H., Lavori, P., & Duan, N. (2008). Intent-to-Treat vs. Non-Intent-to-Treat Analyses under Treatment Non-Adherence in Mental Health Randomized Trials. *Psychiatr Ann*, 38(12), 772-783. doi:10.3928/00485713-20081201-10
- Thurin, J. M. (2009). *Évaluation des effets des psychothérapies*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-802-A-10.
- Thurin, J. M. (2013). Réseaux de recherches fondées sur les pratiques : contexte international. *Pour la Recherche*, 77-78(3), 2-3.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord*, 68, 159-165.
- Westen, D., & Bradley, R. (2005). Empirically Supported Complexity. *Rethinking Evidence-Based Practice in Psychotherapy*, 14(5).
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*, 130(4), 631-663. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2005). EBP ≠ EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and Weisz et al. (2005). *Psychological Bulletin*, 131(3), 427-433.