

Norbert File, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Brigitte Macke-Bruck¹

Forschung in der Klienten- bzw. Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review

Zusammenfassung: Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die zwischen 1991 und 2008 veröffentlichten Primärstudien der Forschung zur Person-/Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie. In Form eines narrativen Reviews aufbereitet, liegt der Schwerpunkt des Beitrags auf einer umfassenden Einschätzung der Wirksamkeit des Ansatzes in verschiedenen Anwendungsfeldern. Die Studien werden nach Themenfeldern aufgeschlüsselt dargestellt und unter Berücksichtigung der aktuellen Diskussion und vorhandener metaanalytischer Befunde interpretiert. Die Ergebnisse weisen insgesamt auf eine gute Effektivität der Person-/Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie bei unterschiedlichen Klientengruppen und bei settingspezifischen Anwendungen hin. Der Artikel soll eine Grundlage für die Qualitätsdiskussion von psychotherapeutischen Verfahren liefern.

Schlüsselwörter: Psychotherapieforschung, Wirksamkeitsforschung, narrativer Review.

Abstract: Research on the effectiveness of client-/person-centered and experiential psychotherapy 1991–2008. A narrative review. This review describes research studies in person-centered and experiential psychotherapies published between 1991 and 2008. The paper is conceptualized as a narrative review. It focuses on a general evaluation of the effectiveness of person-centered and experiential psychotherapies in a wide range of therapeutic applications. The studies are presented and discussed separately for different application areas of psychotherapy. The current discourse in psychotherapy research and some meta-analytic studies are integrated into the discussion. In general, the research studies published in the last 18 years confirm a good effectiveness of person-centered and experiential psychotherapies for different groups of clients and also for a wide range of applications. This review aims to provide a foundation for a quality assurance discussion in psychotherapy.

Keywords: Psychotherapy research, effectiveness research, narrative review.

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, einen Überblick über die Forschungsaktivitäten in der Klienten-/Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie² zu geben und die Hauptergebnisse der Studien strukturiert aufzubereiten.

Der Fokus des Reviews richtet sich auf empirische Studien zur Wirksamkeitsforschung seit 1991. Die Ausgangsfragen lauten:

- Sind einschlägige und ausreichende Forschungsaktivitäten zur Frage der Wirksamkeit person- und klientenzentrierter Verfahren vorhanden?
- Welche begründeten Erwartungen hinsichtlich der Wirksamkeit klientenzentrierter Verfahren können auf Basis dieser Forschungsaktivitäten gebildet werden?

Den Anstoß für diesen Beitrag lieferte das österreichische Gesundheitsministerium mit dem Auftrag an alle fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen der Psychotherapie, ihre jeweils schulenspezifischen internationalen Forschungsarbeiten der letzten Jahre systematisch zu sammeln und darzustellen. Diesen Auftrag führten jene österreichischen Vereinigungen, die unseren Ansatz vertreten (APG-Forum, APG-IPS, ÖGWG und VRP), gemeinsam aus; der vorliegende Artikel ist aus diesem Projekt hervorgegangen.

Die Forschung der letzten Jahrzehnte im person- und klientenzentrierten Feld ist auf dem Hintergrund der historischen Entwicklung der Psychotherapieforschung zu sehen. Die Anfänge der empirischen Psychotherapieforschung lassen sich bis in die Zeit Sigmund Freuds zurückverfolgen. Zwar waren Freuds Skepsis und seine Vorbehalte gegenüber Forschung, die sich auch der Statistik bedient, bekannt. Dennoch haben mit psychoanalytischen Ausbildungsinstituten verbundene Behandlungszentren um 1920 begonnen, Daten über Behandlungserfolge systematisch zu sammeln. Die amerikanische empirische Psychotherapieforschung der 1940er-

¹ Die Autoren und die Autorin dieses Artikels werden hier in alphabetischer Reihenfolge angeführt.

² Im folgenden Text wird „Klienten-/Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie“ als der international übliche Sammelbegriff verwendet. Bei der Vorstellung und Diskussion einzelner Arbeiten werden die jeweils dort verwendeten Begriffe (beispielsweise „Gesprächspsychotherapie“) herangezogen.

und 1950er-Jahre durch Carl Rogers und seine Mitarbeiter wendete sich in erster Linie gegen die häufig anzutreffende Auffassung, der psychotherapeutische Prozess sei ein geheimnisvoller und undurchschaubarer Vorgang. Mit der Verwendung von Tonbandaufzeichnungen taten sich neue Möglichkeiten objektiver Forschung auf, die es schließlich auch erlaubten, relevante Prozess- und Wirkkonstellationen zu beschreiben. Die Überprüfung Eysencks provokanter Behauptung, die Durchführung von Psychotherapie sei nicht effektiver als ihre Unterlassung, hat einige Forschergenerationen beschäftigt (Eysenck, 1952). Mehr als zwei Jahrzehnte später brachte allerdings eine Metaanalyse der bis dahin vorliegenden Studien überzeugende Beweise und Demonstrationen der generellen Wirksamkeit von Psychotherapie (Glass, 1976; 1978; Glass, McGaw & Smith, 1991); diese Erkenntnis hat sich in weiteren Untersuchungen bis heute als sehr robust erwiesen und wird auch kaum mehr in Frage gestellt. Vor diesem Hintergrund haben sich die Studien der letzten Jahre – auch im person-/klientenzentrierten Ansatz – vor allem mit speziellen Zielgruppen und Anwendungen beschäftigt.

Ziel dieses Beitrags ist eine inhaltliche Beschreibung und Bewertung von Studien, die einen ersten Überblick über Forschungsaktivitäten der letzten Jahre geben soll. Es geht hier nicht um eine rein empirische Bewertung der Wirksamkeit Person-/Klientenzentrierter und Experienzieller Psychotherapien mit metaanalytischen Methoden. Dies fällt umso leichter, als die grundsätzliche Wirksamkeit unseres Verfahrens seit den frühen empirischen Arbeiten von Carl Rogers und zahlreichen Studien der letzten Jahrzehnte zweifelsfrei bestätigt worden ist. Vor diesem historischen Hintergrund besteht der zentrale Wert der Forschung auch weniger darin, die grundsätzliche Wirksamkeit neuerlich nachzuweisen bzw. fundamental neue Erkenntnisse über das Verfahren zu gewinnen, sondern eher in einer feineren Weiterentwicklung, in kleinen Korrekturen, Anregungen und Spezifizierungen für bestimmte Zielgruppen.

Methodische Vorgangsweise: ein narrativer Review

Die rasante Zunahme des Wissens in den Sozialwissenschaften, in Psychologie und Medizin, die sich vor allem in zahlreichen Einzelstudien zu spezifischen Fragestellungen manifestierte, hat gleichermaßen die Notwendigkeit einer Zusammenschau und Synthese der zahlreichen Detailergebnisse entstehen lassen. Die damit verbundene Aufgabe, den jeweils aktuellen Wissensstand in einem Fachgebiet oder hinsichtlich eines fokussierten praktischen Problems bzw. entscheidungsrelevanten Themas zu erfassen, wurde mit Hilfe so genannter Reviews zu lösen versucht. (Oftmals auch „Überblicks-“ oder „Übersichtsarbeiten“ genannt, sind diese Bezeichnungen allerdings nicht selten mit Oberflächlichkeit assoziiert.) In der Fachdiskussion hat sich in diesem Zusammenhang der Begriff „narrativer Review“ eingebürgert: Er bezeichnet eine Zusammenfassung und Synthese verschiedener Primärstudien, aus denen

sich Schlussfolgerungen für Fragestellungen in einem umfassenden und komplexen Forschungsgebiet ziehen lassen. Die interpretative Sensibilität und Balance, die die Qualität eines narrativen Reviews mitbestimmt, ist nicht unwesentlich vom theoretischen Problembewusstsein und den praktischen Erfahrungen der Reviewerinnen und Reviewer in dem Forschungsfeld bzw. Forschungsthema abhängig.

Vom narrativen Review unterscheidet sich die Metaanalyse (Glass, 1976; 1978; Glass, McGaw & Smith, 1981): Dieses statistische Verfahren führt Ergebnisse mehrerer unabhängiger Studien zusammen, kombiniert sie in einer quantitativen Synthese und ermöglicht eine Schätzung des durchschnittlichen Behandlungseffekts, in die die einbezogenen Studien gewichtet einfließen. Die Metaanalyse wurde von Statistikern entwickelt, um das Problem der Integration von Forschungsergebnissen in Erziehungswissenschaft und Psychotherapie zu bewältigen. Auf der Grundlage einer systematischen Evaluation relevanter empirischer Studien versprachen Metaanalysen, die Nachteile traditioneller narrativer Reviews zu überwinden oder diese überhaupt zu ersetzen. Der Vorteil von Metaanalysen besteht vor allem in einer deutlichen Formalisierung der methodischen Vorgangsweise, der Verwendung von expliziten und transparenten Methoden sowie Kriterien, was insgesamt eine Reproduzierbarkeit und auch eine gezielte Kritik durch andere ermöglicht.

Die Kontroversen um Vor- und Nachteile respektive Schwächen sowohl von Metaanalysen als auch von narrativen Reviews hat aufgezeigt, dass beide – die keine einander ausschließenden Alternativen bilden, sondern sich sogar sinnvoll ergänzen können (Graham, 1995; Cooper & Dorr, 1995) – anfällig für Verzerrung sind. Trotz der berechtigten Kritik wurde die Notwendigkeit von narrativen Reviews durch diese Diskussion bestätigt, vor allem wenn ihre traditionellen Stärken prägnant zum Ausdruck kommen: die Möglichkeit der – insgesamt facettenreichen und produktiven – Diskussion einer breiten Palette von Fragen und Problemen, die deutlichere Einbeziehung von theoretischem Hintergrundwissen und bestehenden Kontroversen und die flexible Thematisierung differenzierter Inhalte. Vor diesem Hintergrund sollte der vorliegende narrative Review folgenden Kriterien genügen:

- Formulierung einer klaren und differenzierten Ausgangsfrage, Darstellung des Review-Zweckes;
- Einbeziehung aller recherchierbarer Studien zu einem thematischen Schwerpunkt oder exemplarische Einbeziehung bzw. Hervorhebung typischer Studien, die charakteristisch für die aktuellen Forschungsbemühungen und den gegenwärtigen Diskussionsstand sind;
- Einbeziehung von kritischen Studien bzw. Kontroversen zu einschlägigen fachlichen Fragen;
- Einbeziehung von Metaanalysen in die Darstellung und Interpretation;
- thematische Aufschlüsselung der einbezogenen Studien (z. B. nach Setting, differenziellen Aspekten, Klientel, Diagnosen);

- übersichtliche Darstellung der einbezogenen Studien;
- Einbeziehung der aktuellen Diskussion und Kontroversen in der Psychotherapieforschung (bzw. in dem fokussierten Forschungsfeld) bei der Interpretation der Ergebnisse und Darstellung der Schlussfolgerungen.

Die beiden zentralen Kriterien, nach denen die Studien für den vorliegenden narrativen Review ausgewählt wurden, waren ein Erscheinungsdatum zwischen 1991 und 2008 sowie die Anwendung einer psychotherapeutischen Behandlung, die auf der Grundlage wesentlicher Annahmen von klienten-/personzentrierten und experienziellen Konzepten basiert. Es fanden daher auch Forschungsarbeiten Eingang, die beispielsweise unter der Bezeichnung „supportive therapy“ therapeutische Methoden untersuchten, die zumindest

Grundprinzipien unseres Ansatzes zur Anwendung brachten. Auch Forschungsarbeiten zu neueren Strömungen, die sich explizit aus der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie herleiten – wie etwa die Emotion-Focused Therapy –, wurden aufgenommen.

Die Auswahl der Studien erfolgte auf mehreren Wegen: Zum einen wurden die einschlägigen Datenbanken (Psyndex, Psyclit) abgefragt, zum anderen die wichtigsten Fachzeitschriften unseres Ansatzes und der Psychotherapieforschung durchgesehen und schließlich die vorliegenden Metaanalysen der letzten Jahre ausgewertet. Ohne Anspruch auf absolute Vollständigkeit gehen wir davon aus, dass zumindest alle wesentlichen Forschungsarbeiten der letzten Jahre Berücksichtigung fanden. Die Gliederung folgt inhaltlichen Überlegungen, die Studien wurden nach insgesamt acht gemeinsamen Merkmalen gruppiert.

Klienten-/Personzentrierte Therapie mit und ohne Kontrollgruppenvergleich

Bereits in den ersten Jahren der Entwicklung des personzentrierten Ansatzes hatten Carl Rogers und seine Mitarbeiter anhand zahlreicher Untersuchungen (beispielsweise Rogers & Dymond, 1954) dessen Wirksamkeit bestätigen können. In der bekannten Metaanalyse von Grawe, Donati und Bernauer (1994), die den Stand der Psychotherapieforschung zu Beginn der 1990er-Jahre wiedergibt, erweist sich der Ansatz auch im Vergleich zu anderen therapeutischen Schulen als sehr gut untersucht und zeigt hohe empirisch bestätigter Wirksamkeit; die Effektstärken sind durchwegs als „hoch“ zu bezeichnen³.

Es war daher nicht notwendig, in den empirischen Arbeiten, die sich in den letzten 15 Jahren mit ambulanter Personzentrierter Psychotherapie auseinandersetzten, die grundsätzliche Wirksamkeit des Ansatzes neuerlich zu bestätigen. Vielmehr wurde die Forschung weitergeführt, indem man Weiterentwicklungen der Personzentrierten Psychotherapie und verwandte Ansätze wie z. B. Focusing, Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (angewandt im Bereich psychosomatischer Störungen) oder Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) untersuchte oder auch spezifischere und bisher in unserem Ansatz nur wenig erforschte Störungsbilder (Alkoholismus, psychosomatische Störungen) ins Zentrum der Forschungsarbeiten stellte. Eine Besonderheit bilden durch den schwierigen und langwierigen Anerkennungsprozess der

Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren in Deutschland motivierte Arbeiten, die sich mit Therapiewechslern und -wechslerrinnen beschäftigten. Die Untersuchungen über die neueren und verwandten Ansätzen konnten diese – hinsichtlich des Ausmaßes ihrer Wirksamkeit zumeist mit mittleren und hohen Effektstärken – bestätigen.

In der Studie zur Klientenzentrierten Körperpsychotherapie von Müller-Hofer, Geiser, Juchli und Laireiter (2003) wurden 34 Klienten und Klientinnen über einen Zeitraum von bis zu einem Jahr begleitet; dabei kamen die üblichen Fragebogenskalen der deutschsprachigen Psychotherapieforschung zum Einsatz. Die Methode wurde in dieser ersten, als „Praxisevaluation“ bezeichneten Studie als wirksam bestätigt – was ein älteres Ergebnis von Luborsky et al. (1985) untermauerte, wonach eine hohe „Methodentreue“ der Therapeuten und Therapeutinnen mit besseren Outcome-Werten einhergeht.

In ähnlicher Weise korreliert „hohe Prozessgüte“ – also ebenfalls eine gute und konsequente Umsetzung des jeweiligen Therapiekonzeptes durch die Therapeuten und Therapeutinnen – in den Arbeiten zur Zielorientierten Gesprächspsychotherapie von Sachse (1992; 1995) mit besseren Outcome-Werten; hohe Werte in den dazugehörigen Skalen lassen sich letztlich auch als konsequente Umsetzung der personzentrierten Basisvariablen interpretieren. Sachse (1992; 1995) und Müller-Hofer et al. (2003) untersuchten und bestätigten jeweils Ansätze, die von den Autoren selbst entwickelt wurden – das ist bei ersten Überprüfungen neuer Konzeptionen zwar naheliegend, aus methodischer Sicht hingegen als nicht optimal zu werten, da entsprechende Erwartungshaltungen der Autoren möglicherweise die Ergebnisse beeinflussen. Dem steht jedoch die hohe methodische Qualität der Arbeiten gegenüber: Beispielsweise wurde durch die Einbeziehung externer Rater solchen

³ Auch die vorliegende Arbeit zieht an mehreren Stellen Effektstärken zur Bewertung von Ergebnissen aus den Studien heran. Unter Effektstärke (*ES*) wird eine Mittelwertsdifferenz (beispielsweise vor/nach einer Intervention) bezogen auf die Streuung (Standardabweichung) der erfassten Zielgröße verstanden. Meist finden sich in der Psychotherapieforschung zumindest mittlere ($ES > 0.5$) bzw. hohe ($ES > 0.8$) Effektstärken einer Behandlung. Effektstärken erlauben den Vergleich unterschiedlicher Zielgrößen, sind jedoch unabhängig von der statistischen Signifikanz eines Befundes zu interpretieren.

Effekten entgegengewirkt. Eine besonders hohe methodische Qualität weist die Focusing-Studie von Grindler-Katonah (1991) auf, bei der ein konsequenter experimenteller Ansatz (mit randomisierter Gruppenzuordnung) Umsetzung fand. 17 Krebspatienten und -patientinnen wurden einer Focusing-Behandlungsgruppe bzw. einer Wartegruppe zugeordnet und über sechs Monate begleitet. Die hier vorgenommene Untersuchung einer manualisierten Vorgangsweise verbessert die experimentelle Kontrolle einer Studie (und damit ihre interne Validität) wesentlich. Inwieweit derartige Vorgangsweisen ansatzkonform sind, bleibt allerdings umstritten.

Für Praktiker und Praktikerinnen von besonderem Interesse sind Arbeiten, die sich mit spezifischen Erkrankungen abseits der großen klinischen Störungsbilder beschäftigen. So belegte Grindler-Katonah (1991) in der Focusing-Studie auch, dass sich der Ansatz nicht nur zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung eignet, sondern dass die positiven Behandlungseffekte (einer relativ kurzen therapeutischen Intervention) auch längerfristig bestehen bleiben. Jacobs und Bangert (2003; 2005) bestätigten in zwei Arbeiten die Eignung einer Klientenzentrierten Psychotherapie zur Behandlung von Alkoholismus und als qualifizierte Unterstützungsmaßnahme zur Erreichung des Therapieziels von Abstinenz; allerdings basieren beide Arbeiten auf demselben Datensatz: 38 psychotherapeutisch behandelten Patienten und Patientinnen sowie einer Vergleichsgruppe von 40 Patienten und Patientinnen, die sich einer Entgiftung mit sozialtherapeutischen Maßnahmen unterzogen hatten. Altenhöfer, Schulz, Schwab und Eckert (2007) konnten in ihrer rezenten Studie, die 31 Personen einer Behandlungsgruppe mit 19 Personen einer Wartegruppe verglich, nicht nur die grundsätzliche Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie bei Anpassungsstörungen empirisch bestätigen; sie zeigten auch, dass bereits ein zeitlich begrenzter Therapieprozess (maximal zwölf Stunden!) sehr positive Effekte hat. Insgesamt belegen diese Studien neuerlich die breiten Einsatzmöglichkeiten des Ansatzes.

Damit ein psychotherapeutisches Verfahren in Deutschland als sogenanntes Richtlinienverfahren anerkannt wird – was wiederum Voraussetzung für die Finanzierung der Behandlung durch die Krankenkassen darstellt –, muss nachgewiesen sein, dass dieses Verfahren zu einer Verbesserung der bestehenden Versorgung beiträgt. Dieser Anerkennungsprozess stimulierte zwei interessante Arbeiten, die sich mit verschiedenen Aspekten des Therapiewechsels beschäftigen

(Frohburg, 2003; Eckert, Frohburg & Kriz, 2004). Beide belegen, dass nach einem Therapieabbruch in einem „Richtlinienverfahren“ (also Verhaltenstherapie oder einem tiefenpsychologischen Verfahren) eine darauf folgende Personenzentrierte Psychotherapie eine „notwendige und hinreichende Behandlungsalternative“ (Eckert et al., S. 417) in dem Sinne darstellt, dass viele in dieser Form weitergeführte therapeutische Prozesse auch zu einem erfolgreichen Abschluss gebracht werden können. Besonders anschaulich sind die bei Frohburg (2003) dokumentierten qualitativen Beschreibungen der in der Personenzentrierten Psychotherapie erlebten Unterschiede zu den früheren (erfolglosen) Verfahren. Therapieabbruch und Therapiewechsel stellen keine seltenen Ereignisse dar: Im Mittel brechen rund 20% der Klienten und Klientinnen eine Therapie ab (Grawe et al., 1994, S. 726); zwischen 30% und 45% haben bereits (offensichtlich sehr unterschiedliche) therapeutische Vorerfahrungen (Maschke & Otto, 2003; zitiert nach Eckert et al., 2004) – dieser Themenbereich sollte demnach auch in Zukunft weiter untersucht werden. Die beiden beschriebenen Arbeiten belegen jedenfalls, dass nicht jeder Klient von jeder Therapie profitieren kann, sondern dass die richtige „Passung“ von Therapeuten, Klient und Verfahren zu beachten ist. Natürlich gibt es auch Klienten, die in einer anderen als einer personenzentrierten Therapie mehr profitieren.

Viele der hier untersuchten Studien zeigen die besondere Eignung einer Verbindung von empirisch-quantitativer mit qualitativer Forschungsmethodik bzw. von prozess- mit verlaufsorientierten Forschungszugängen für die personenzentrierte Forschung. Konsequente experimentelle Forschungsansätze – also beispielsweise eine randomisierte Zuordnung von Klienten und Klientinnen zu einer „Experimentalgruppe“ mit therapeutischer Intervention und einer Kontrollgruppe ohne therapeutische Intervention – verbieten sich häufig schon aus ethischen Gründen. Sie sind auch nicht (mehr) notwendig, da die Wirksamkeit des Ansatzes außer Frage steht. Mit eher praxisorientierten und meist ethisch besser vertretbaren „Wartegruppen“-Designs lassen sich methodisch ebenso gut abgesicherte Effekte nachweisen.

In der vergleichenden Betrachtung bestätigt sich die Wirksamkeit personenzentrierter Ansätze für ein breites Spektrum an klinischen Störungsbildern; inwieweit sich hier differenzielle Ansätze in der Behandlung ableiten lassen, bleibt wohl eher eine Frage des Menschenbildes der Therapeutinnen und Therapeuten.

Tab. 1: Person- /Klientenzentrierte Therapie mit und ohne Kontrollgruppen-Vergleich

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Altenhöfer, Schulz, Schwab & Eckert, 2007	Wirksamkeit von ambulanter Gesprächspsychotherapie (GPT) bei Anpassungsstörungen	quasiexperimentell, eingeschränkte randomisierte Zuordnung Prä, Post, FU (3 Monate) Behandlungsgruppe (31), Wartegruppe (19)	GPT zeigt sich hochwirksam in allen Indikatoren: Effektstärke zwischen 0,6 und 1,5 Wirksamkeit bleibt bei der FU-Erhebung erhalten
Boeck-Singelmann, Schwab & Tönnies, 1992	Wirksamkeit von ambulanter GPT in der Form von „Teamtherapie“	quasiexperimentell, Kontrollgruppe Prä, Post, FU (4 Monate, 1,5 Jahre) Behandlungsgruppe (34), Wartegruppe (19) verschiedene Diagnosen	GPT zeigt sich hochwirksam in allen Indikatoren: Mehr als die Hälfte der Kl. (gegenüber 0% der Wartegruppe) berichten von deutlichen und anhaltenden Verbesserungen
Frohburg, 2003	Analyse der Therapieerfahrungen von Kl., die von einem „Richtlinienverfahren“ in eine GPT gewechselt sind	qualitativ; Interviewdaten Kl. (15) unterschiedliche Diagnosen	Die GPT wird praktisch ausschließlich als das wirksamere Verfahren erlebt, das auch den Bedürfnissen der meisten Kl. besser entspricht; die therapeutische Beziehung wird als deutlich besser bewertet
Eckert, Kriz & Frohburg, 2004	Therapieverlauf von Pat., die ein Richtlinienverfahren abgebrochen hatten und in GPT gewechselt sind	Bewertung durch Rater nach erfolgreichem Behandlungsabschluss „Therapiewechler“ (25) unterschiedliche Diagnosen	Hauptgründe des Therapiewechsels: Erfolglosigkeit, fehlende Passung Th. - Kl. GPT zeigt sich als „notwendiges und hinreichendes“ Verfahren für viele Kl.
Grinder-Katonah, 1991	Wirksamkeit von Focusing für die psychotherapeutische Behandlung von Krebspatientinnen	quasiexperimentell mit einzeln gemachten Klientinnenpaaren Behandlungsgruppe (7), Wartegruppe (5) Prä, Post, FU (6 Wochen); Krebspat. (12)	In der Behandlungsgruppe finden sich signifikante Verbesserungen der Depression und Einstellung zum Körper; stabile Verbesserungswerte bei der FU-Erhebung
Jacobs & Bangert, 2003, 2005	Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie (KPT) bei Alkoholkrankheit	quasiexperimentell, keine randomisierte Zuordnung Prä, Post, FU (10 Wochen) Behandlungsgruppe (20) Kontrollgruppe (20)	KPT hochwirksam in allen Indikatoren; allerdings auch positive Effekte in der „Kontrollgruppe“ (die ebenfalls stationär behandelt wurde)
Müller-Hofer, Geiser, Juchli & Laireiter, 2003	Praxisevaluation der „GFK-Methode“ (Klientenzentrierte Körperpsychotherapie)	Begleitung des Therapieprozesses, keine Kontrollgruppe Kl. (34) verschiedene Diagnosen	Signifikante Verbesserungen mit mittleren bis hohen Effektstärken in fast allen Indikatoren „Methodentreue“ der Therapeutinnen und Therapeuten begünstigt den Therapieerfolg
Sachse, 1992, 1995	Wirksamkeit der „Zielorientierten Gesprächspsychotherapie“ bei psychosomatischen Erkrankungen	Begleitung des Therapieprozesses, keine Kontrollgruppe Kl. (29); psychosomatische Erkrankungen	Hohe Effektivität der Behandlung; Therapieerfolg abhängig von der Prozessgüte, also der Qualität der Umsetzung des Ansatzes

Anm.: Die jeweils untersuchten Therapie-Verfahren werden in dieser und in allen folgenden Tabellen in der 2. Spalte im vollen Wortlaut und mit der zugehörigen Abkürzung benannt, in den übrigen Spalten werden nur mehr die Abkürzungen verwendet. Sonstige Abkürzungen: FU = Follow-up-Untersuchung; Kl. = Klientin, Klientinnen, Klient, Klienten; Pat. = Patientin, Patientinnen, Patient, Patienten; Post = Untersuchung nach Therapieende; Prä = Untersuchung vor Therapiebeginn; Th. = Therapeutin, Therapeutinnen, Therapeut, Therapeuten.

Klienten-/Personzentrierte Therapie im Vergleich mit anderen Verfahren

Der überwiegende Teil der Arbeiten aus diesem Bereich entstammt groß angelegten Forschungsprojekten. Sammet-Hofmann, Stuhr und Meyer (1994), Eyßell, Zeising und Stuhr (1992) und Trettin, Meyer und Stuhr (1994) vergleichen die Klientenzentrierte Therapie mit einer Psychodynamischen Kurztherapie und greifen dabei auf die Daten aus der Hamburger Kurzpsychotherapie-Studie (Meyer, 1981) zurück. In diesem Projekt wurden von 1972 bis 1974 insgesamt 62 Patienten mit analytischer Fokalthherapie oder Klientenzentrierter Therapie behandelt. Eyßell et al. (1992) zeigen auf, dass in der Klientenzentrierten Therapie die Therapeutenhaltung (emotional warm, Konkretheit fördernd, hohe verbale Grundaktivität) sehr eng mit dem Therapieerfolg verknüpft ist, während in der Psychodynamischen Kurztherapie höhere Korrelationen zwischen den Prozessmerkmalen der Klientinnen und Klienten (gefühlsmäßige Nähe erleben können, Akzeptanz der eigenen Gefühle) und dem Therapieerfolg auftraten. Trettin et al. (1994) untersuchten 16 Therapieverläufe darauf, inwieweit sich die Klärung von kritischen Ereignissen als Wirkfaktor in der Psychotherapie erweist. Dabei zeigte sich, dass in den Psychodynamischen Therapien häufiger kritische Ereignisse aufgegriffen wurden, während in den Klientenzentrierten Therapien der psychologische Klärungsgrad der kritischen Ereignisse signifikant höher war. Sammet-Hofmann et al. (1994) versuchten eine detaillierte einzelfallanalytische Beschreibung des interaktionellen Prozessgeschehens. Infolge methodischer Probleme kam es dabei zu keinen verwertbaren Ergebnissen.

Die Studien von Ward et al. (2000), King et al. (2000) und Bower et al. (2000) beziehen sich auf eine große britische Untersuchung, bei welcher die klinische Effektivität allgemeinärztlicher Behandlung („general practitioner care“) und die Behandlung mit Kognitiver Verhaltenstherapie sowie mit „non-directive counselling“ (in Großbritannien übliche Bezeichnung der Personzentrierten Psychotherapie) von insgesamt 464 depressiven Patienten (überwiegend als „Depression“ oder „Depression und Angst gemischt“ diagnostiziert) verglichen wurden. Im Forschungsdesign fand sowohl die Forderung nach einer randomisierten Zuordnung der Patienten in eine der drei Gruppen wie auch die Präferenz der Patienten für eine bestimmte Behandlung Berücksichtigung: Patienten mit Präferenz erhielten die Behandlung ihrer Wahl; Patienten ohne Präferenz wurden nach Zufallsauswahl einer der drei Gruppen zugeteilt; und bei Patienten, die wohl eine psychotherapeutische Behandlung wünschten, jedoch keine Präferenz für eines der beiden angebotenen Verfahren hatten, erfolgte die Zuteilung zu einer der beiden Gruppen ebenfalls durch Zufallsauswahl. Die Behandlung war in allen drei Verfahren auf maximal 12 Sitzungen begrenzt.

Diese Untersuchung zeigte, dass sich bei Patienten mit depressiven Störungen die Behandlungseffekte der Personzentrierten Therapie nicht von denen der Kognitiven Verhaltenstherapie unterschieden. Beide Verfahren waren am Ende der Behandlungszeit der

rein medizinischen Behandlung durch den Hausarzt überlegen; 12 Monate danach gab es allerdings keinen signifikanten Unterschied mehr: die Effekte der Hausarztbehandlung hatten sich im Katamnesezeitraum an die der Psychotherapie angeglichen. Die Autoren ziehen daraus die Schlussfolgerung, dass durch Psychotherapie Symptomverbesserungen wesentlich schneller und effizienter erzielt werden können.

Von Bower et al. (2000) wurde eine Kostenanalyse zu dieser Untersuchung erstellt. Statistisch bedeutsame Unterschiede fanden sich weder bei den direkten Behandlungskosten noch bei indirekten Gesundheitskosten (Arbeitsausfall). Die Autoren folgern daraus, dass die Psychotherapie von depressiven Patienten nicht mit höheren Kosten einhergeht.

In einer dieser großen britischen Untersuchungen vorangegangenen Studie (Friedli, King, Lloyd, & Horder, 1997) wurde ebenfalls die Wirksamkeit der „Non-direktiven Psychotherapie“ von Patienten mit Depression, Angststörungen oder allgemeiner emotionaler Problematik mit einer rein allgemeinmedizinischen Betreuung verglichen. Es konnten gleichwertige Symptomverbesserungen bei beiden Behandlungsformen festgestellt werden, allerdings zeigten sich die Psychotherapieklientinnen und -klienten wesentlich zufriedener mit ihrer Behandlung.

Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark und Cooper (2006) untersuchten die Wirksamkeit der in 58 Einrichtungen des britischen National Health Service durchgeführten Psychotherapien von 1 309 Klientinnen und Klienten. Dabei wurden die Ergebnisse von Personzentrierter Therapie, Kognitiver Verhaltenstherapie und Psychodynamischer Therapie miteinander verglichen. Das Hauptergebnis ist, dass alle drei Therapieformen mit hohen Effektstärken wirksam sind und sich dabei kaum voneinander unterscheiden. Diese Ergebnisse stützen das sogenannte Äquivalenz-Paradoxon (Meyer, 1990), wonach unterschiedliche Therapieverfahren mit teils sehr unterschiedlichen Menschenbildern dennoch kaum Unterschiede in ihrer Wirksamkeit aufweisen⁴.

Die Untersuchung von Hartmann und Zepf (2002) basiert auf einer 2000/2001 in Deutschland mit Hilfe der Stiftung Warentest durchgeführten Replikation der bekannten Consumer Reports-Study (Seligman, 1995), bei der die subjektive Bewertung der absolvierten Psychotherapie von insgesamt 1 426 Klientinnen und Klienten analysiert wurde. Bei den dabei genannten Therapieverfahren handelte es sich vor allem um Psychoanalyse, tiefenpsychologische Therapie und Verhaltenstherapie, jedoch nur in geringem Ausmaß um Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Die Autoren verwendeten die Angaben zu Symptombesserung, Veränderung des psychischen Allgemeinbefindens und Zufriedenheit mit der Behandlung als

⁴ Eine gekürzte deutsche Fassung der Studie von Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper findet sich in PERSON 11 (2), 105–113.

Parameter, um die Effektivität der Therapieverfahren zu vergleichen. Dabei wurden eine relative Überlegenheit der Psychoanalyse und eine deutliche Unterlegenheit der Gesprächspsychotherapie gegenüber allen anderen Verfahren errechnet. Wir halten letztere Schlussfolgerung allerdings für fragwürdig: Schließlich kann man bei der Befragung von Absolventen kassenrechtlich zugelassener Therapieverfahren keine gültigen Daten über kassenrechtlich nicht zugelassene Verfahren erhalten. In einer Diskussion der Studie (Eckert, 2004) wurde außerdem darauf verwiesen, dass Vergleiche mit der Stichprobe der Gesprächspsychotherapie-Klientel nicht legitim seien; diese würden sich von den anderen Klientenstichproben in mehreren Merkmalen unterscheiden, beispielsweise Stichprobengröße, Finanzierung der Behandlungen (ausschließlich Selbstzahler), unklare berufliche Kompetenz der Therapeuten etc. Verfahren-

übergreifend war das Ergebnis, dass eine supportive Haltung des Therapeuten, Kooperation und Offenheit des Klienten sowie längere Therapiedauer positive Einflussgrößen für die Effektivität der Therapie darstellen, Eingriffe der Kostenträger sowie männliches Geschlecht des Klienten sich jedoch negativ darauf auswirken.

Nach den bisher dargestellten Therapievergleichsstudien, die mit relativ großen Stichproben arbeiten, gilt es auch noch eine kleinere Untersuchung zu referieren. Arnold (1992) hat Therapieeffekte und Therapieverlauf von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa verglichen. Diese Studie ist aber nur von begrenzter Aussagekraft, da die Autorin die einzige Therapeutin in der Untersuchung war und die Therapien in beiden Therapieverfahren selbst durchgeführt hat.

Tab. 2: Klienten-/Personenzentrierte Therapie im Vergleich mit anderen Verfahren

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Bower, Byford, Sibbald, Ward, King, Lloyd & Gabbay, 2000	Vergleich der Kosten bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP), „cognitive-behaviour therapy“ (CBT) und „non-directive counselling“ (ND) bei depressiven Pat.	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (67), CBT (215), ND (180) Prä, Post, FU (4, 12 Monaten) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Psychotherapien sind wirksamer als die medizinische Behandlung Nach 12 Monaten bestehen keine Unterschiede Die Kosten der Behandlung sind gleich
Eyßell, Zeysing & Stuhr, 1992	Prozess-Erfolgsforschung durch Vergleich von Psychodynamischer Kurztherapie (PT) und Klientenzentrierter Therapie (CC)	quasiexperimentell PT (12), CC (13) (jeweils ein Ausschnitt aus zwei verschiedenen Sitzungen im mittleren Teil der Therapie) psychoneurotische und psychosomatische Ambulanz-Pat.	Keine Unterschiede bei Selbstexploration, Intensität der Auseinandersetzung und Akzeptieren der eigenen Gefühle CC-Th.: mehr Th.-äußerungen, emotionale Wärme, Konkretheit und Empathie Passives Verhalten der PT-Th. und aktives Verhalten der CC-Th. zeigen Effekte Therapieeffekte hängen in PT stärker mit Kl.-merkmalen, in CC stärker mit Prozessmerkmalen der Th. zusammen
Friedli, King, Lloyd & Horder, 1997	Vergleich der Effekte bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP) und kurzer „non-directive psychotherapy“ (CC) bei gemischten Störungsbildern	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (66) CC (70) Prä, FU (3 Monate, 9 Monate) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Gruppen verbesserten sich signifikant Die CC Gruppe berichtete über eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung
Hartmann & Zepf, 2002	Befragung von 1426 Patienten zu ihrer psychotherapeutischen Behandlung (Replikation der Consumer Reports Study) in tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie (TP), Psychoanalyse (PA), Verhaltenstherapie (VT), Klientenzentrierter Psychotherapie (CCT) und anderen Verfahren (AV).	naturalistisch; Fragebogenerhebung TP (469), PA (284), VT (238), CCT (119), AV (290) verschiedene Diagnosen	In Deutschland anerkannte Verfahren (TP, PA, VT) effektiver als nicht anerkannte Verfahren Supportive Haltung des Th., Kooperation und Offenheit beim Pat. und längere Therapiedauer beeinflussen Effektivität positiv; Eingriffe in die Behandlung durch Kostenträger und männliches Geschlecht beeinflussen Effektivität negativ
King, Sibbald, Ward, Bower, Lloyd, Gabbay & Byford, 2000	Vergleich der Effekte bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP), „cognitive-behaviour therapy“ (CBT) und „non-directive counselling“ (ND) bei depressiven Pat.	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (67), CBT (215), ND (180) Prä, Post, FU (4, 12 Monate) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Psychotherapien sind wirksamer als die medizinische Behandlung Nach 12 Monaten bestehen keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen (auch GP verbessert) Zufriedenheit der Pat. ist in der ND Gruppe am höchsten

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/ Stichprobe	Hauptergebnisse
Sammet-Hofmann, Stuhr & Meyer, 1994	Detaillierte einzelfallanalytische Beschreibung des interaktionellen Therapieprozessgeschehens durch eine Zeitreihenanalyse von 3 Psychodynamisch-konfliktzentrierten (PT) und 2 Klientenzentrierten (CC) Therapien	hypothesengenerierende Einzelfallstudie CC (2), PT (3) 21–30 Messzeitpunkte (jede 3. Stunde, jeweils 3 Messzeitpunkte) 21 bis 30 Therapiesitzungen	Prozessimmanent wenige längerfristige Änderungen im Pat.- und Th.-verhalten Kaum Wechselwirkungen im Verhalten der Interaktionspartner
Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark, & Cooper, 2006	Vergleich von „cognitive-behavioural therapy“ (CBT), „person-centred therapy“ (PCT) und „psychodynamic therapy“ (PDT), weiters diese Behandlungsmethoden kombiniert mit einem zusätzlichen Ansatz (z. B. integrativ, systemisch, supportiv, Kunsttherapie etc.) CBT+1, PCT+1, PDT+1	quasiexperimentell, keine randomisierte Zuordnung CBT (298), PCT (332), PDT (122), CBT+1 (181), PCT+1 (249), PDT+1 (127) Prä, Post verschiedene Diagnosen	Signifikante Verbesserungen in allen Gruppen mit hohen Effektstärken Gruppen mit kombinierten Methoden leicht besser
Trettin, Meyer & Stuhr, 1994	Prozess-Effizienz-Studie inwieweit das Einbringen „kritischer Ereignisse“ und deren psychologische Klärung mit einem positiven Therapieergebnis einhergeht im Vergleich von Psychodynamischer (PT) und Personzentrierter (CC) Kurztherapie	quasiexperimentell CC (8), PT (8), die jeweils einen von 8 Typen von Therapieverläufen repräsentieren Prä, Post, FU (3 Monate, 9 Monate, 12 Jahre) psychoneurotische und psychosomatische Ambulanz-Pat.	In PT wurden häufiger kritische Ereignisse eingebracht, in CC höhere Grade von psychologischer Klärung erreicht In von Behandlern als „gut“ eingeschätzten Sitzungen und in den „Verbesserer“-Verläufen fanden sich in beiden Therapieformen häufiger kritische Ereignisse
Ward, King, Lloyd, Bower, Sibbald, Farrelly, Gabbay, Tarrier & Addington-Hall, 2000	Vergleich der Effekte bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP), „cognitive-behaviour therapy“ (CBT) und „non-directive counselling“ (ND) bei depressiven Pat.	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (67), CBT (215), ND (180) Prä, Post, FU (4 Monate, 12 Monaten) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Psychotherapien sind wirksamer als die medizinische Behandlung Nach 12 Monaten bestehen keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen (auch GP verbessert) Zufriedenheit der Pat. ist in der ND Gruppe am höchsten

Prozess-Experienzielle bzw. Emotions-Fokussierte Therapie

Die Process-Experiential Therapy bzw. Emotion-Focused Therapy wurde von Greenberg, Rice, Johnson und anderen im Rahmen eines mittlerweile über 40 Jahre laufenden Programms der Psychotherapieforschung entwickelt. Der Schwerpunkt der Forschung besteht hier darin, durch genaue Mikroanalysen von Therapeut-Klient-Interaktionen diejenigen Prozesse (z. B. „significant events“) zu erfassen, die therapeutische Veränderung auslösen oder bewirken. Von daher ergab sich eine besondere Konzentration auf das innere Erleben („experiencing“) des Klienten und dabei besonders auf die problematischen Erlebensmuster (Schemata) und deren Reorganisation. Einen theoretischen Hintergrund bildet dabei die Emotionspsychologie, vor allem das Konzept der emotional-kognitiven Schemata – vorbewusster Strukturen, mittels derer wir emotionale, kognitive und sinnliche Information verarbeiten („information-processing“) und die persönliche Bedeutung unseres laufenden Erlebens konstruieren. Für die therapeutische Arbeit an der Exploration inneren Erlebens hat Greenberg Elemente der Gestalttherapie nach Perls (vor allem für den aktiven Ausdruck inneren Erlebens) in die Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers mit einbezogen.

Elliott et al. (1996) entwarfen einen theoretischen Hintergrund zum Verständnis von posttraumatischen Belastungsstörungen aus prozess-experienzieller Sichtweise. Im experimentellen Teil dieser Pilotstudie verglichen die Autoren den Prozess-Experienziellen Ansatz mit Kognitiver Verhaltenstherapie. Dabei erwiesen sich die Experienziellen Therapeuten in ihrer Selbsteinschätzung deutlich „ansatzkonformer“ als die Verhaltenstherapeuten gegenüber ihren Behandlungsprinzipien. Dies kann so verstanden werden, dass der verhaltenstherapeutische Ansatz die prozess-experienziellen Behandlungsprinzipien durchaus inkludieren bzw. integrieren kann, was umgekehrt offensichtlich nicht der Fall ist.

Paivio und Greenberg (1995) belegten die Wirksamkeit der Experienziellen Therapie bei Personen mit unaufgelösten Problemen gegenüber wichtigen Bezugspersonen: Hierbei handelte es sich vorwiegend um Missbrauch, Verlassenwerden oder massive emotionale Vernachlässigung durch frühe Bezugspersonen, zum geringeren Teil um Verlust eigener Kinder oder Verlassenwerden durch Partner. Bei dieser Studie wurden die Ergebnisse der Therapiegruppe mit denen einer psychoedukativen Gruppe („attention-placebo“; keine Therapie, nur Erörterung von Informationen zum Thema) verglichen. Die Effektstärken der Therapiegruppe sind bedeutsam und vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Wirksamkeitsstudien (Lampert, Shapiro & Bergin, 1986), die Verbesserungen ließen sich auch noch ein Jahr später nachweisen.

In der Arbeit von Shear, Houck, Greeno und Masters (2001) wurden Kognitive Verhaltenstherapie, „Emotional-Focused Therapy“, eine rein medikamentöse Behandlung (Imipramine) und eine Placebobehandlung in puncto Effektivität verglichen. Bei der „Emotional-Focused Therapy“ handelte es sich allerdings um eine im

Rahmen der Studie entwickelte manualisierte Behandlungsform der Kontrollgruppe, die keinen Bezug zu den Konzepten von Rogers oder Greenberg und Elliott aufweist.

Eindeutige empirische Belege für die Wirksamkeit von Prozess-Experienzieller Therapie und von Kognitiver Verhaltenstherapie bei 66 depressiven Probanden lieferten Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos und Steckley (2003). Beide Behandlungsformen führten zu signifikanten Verbesserungen. Allerdings berichteten die Klienten in der prozess-experienziellen Gruppe über eine deutlichere Entspannung bei interpersonalen Problemen als die Probanden der kognitiv-behavioralen Gruppe.

Auch Watson und Geller (2005) verglichen Prozess-Experienzielle Therapie mit Kognitiver Verhaltenstherapie und untersuchten, inwiefern die von den Klienten wahrgenommenen Haltungen der Therapeuten die Qualität des Arbeitsbündnisses beeinflussen und in welchem Verhältnis beide Faktoren zum Therapieergebnis stehen. Die von den Klienten erlebten therapeutischen Haltungen bestimmten bei beiden Therapieformen die Qualität des Arbeitsbündnisses und über dieses das Ausmaß des Therapieerfolgs. Dies bedeutet, dass eine vom Klienten wahrgenommene positive Therapeut-Klient-Beziehung ansatzübergreifend ausschlaggebend für den Erfolg von Therapien ist. Die Studie ergab keine Unterschiede zwischen beiden Therapieverfahren bezüglich der Wirksamkeit, die Klienten der Prozess-Experienziellen Therapie gaben jedoch an, ein höheres Maß an Wertschätzung erfahren zu haben.

Greenberg und Watson (1998), Pos, Greenberg, Goldman und Korman (2003) sowie Weerasekera, Linder, Greenberg und Watson, (2001) werteten eine Studie aus, bei der 34 depressive Klientinnen und Klienten entweder mit Prozess-Experienzieller oder mit einer ursprünglichen Form von Klientenzentrierter Psychotherapie behandelt wurden. Im Zentrum der Untersuchung stand eine Vielzahl von Prozessfaktoren in ihrem Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. Von der Wirksamkeit her unterschieden sich die beiden Behandlungsgruppen nicht im Hinblick auf die Reduktion depressiver Symptomatik bei Behandlungsende und nach einer 6-Monats-Katamnese. Die Prozess-Experienzielle Psychotherapie zeigte jedoch eine vergleichsweise größere Symptomverbesserung zur Mitte der Behandlung sowie bei Behandlungsende deutlichere Effekte beim Selbstwertgefühl und bei der Reduktion interpersonaler Probleme. Die Autoren schließen daraus, dass die Hinzunahme „prozessdirektiver“ Interventionen zu den beziehungsorientierten Grundhaltungen einer „reinen“ Klientenzentrierten Therapie die Besserung depressiver Symptomatik beschleunigt. Diese Hypothese wurde bestätigt durch eine nachfolgende Untersuchung von Goldman, Greenberg und Angus (2006), bei welcher 38 Klientinnen und Klienten mit der Diagnose Major Depression vergleichend mit Klientenzentrierter Therapie oder Emotions-Fokussierter Therapie behandelt wurden. Beide Therapieformen erwiesen sich als sehr wirksam, es

zeigten sich aber durchgängig stärkere Symptom-Verbesserungen beim Einbezug spezifischer Vorgehensweisen der Emotions-Fokussierten Therapie in die Klientenzentrierte Therapie.

Tab. 3: Prozess-Experienzielle bzw. Emotions-Fokussierte Therapie

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Elliott, Sutor, Manford, Radbour-Markert, Siegel-Hinson, Layman & Davis, 1996	Prozess-Experienzieller Ansatz (PE) bei Post-traumatischen Belastungsstörungen; dabei Vergleich mit Kognitiver Verhaltenstherapie (CBT)	Pilotstudie: 2 Falldarstellungen Daten zu 10 CBT-Sitzungen und 30 PE-Sitzungen	Ansatzkonforme Selbsteinschätzung der PE-Th., während CBT-Th. keine höheren Werte auf CBT-Skalen aufwiesen
Goldman, Greenberg & Angus, 2006	Untersuchung der Effekte der Ergänzung von Klientenzentrierter Therapie (CC) mit Elementen der Emotions-Fokussierten Therapie (EFT) bei major depression (Replikation der Studie von Greenberg & Watson, 1998)	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (19), CC (19) Prä, nach 8. Sitzung, Post 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Beide Therapieformen gleich wirksam bzgl. Symptomminderung, interpersonaler Probleme und Selbstwert EFT bewirkt jeweils stärkere Verbesserungen
Greenberg & Watson, 1998	Vergleich der Effektivität von Prozess-Experienzieller Therapie (PE) und Klientenzentrierter Therapie (CC) bei Depressionen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), CC (17) Prä, nach 8. Sitzung, Post, FU (6 Monate) 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Beide Therapieformen gleich wirksam PE deutlichere Effekte in der Mitte der Behandlung und am Ende größere Effekte beim Selbstwertgefühl und bei der Reduktion interpersonaler Probleme
Paivio & Greenberg, 1995	Vergleich der Effektivität von Prozess-Experienzieller Therapie (PE) und Psychoedukation (PED) bei ungelösten Problemen mit Bezugspersonen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), PED (17) Prä, Post, FU (4 Monate, 1 Jahr) 12 bis 14 Sitzungen (wöchentlich)	Signifikante Verbesserung in allen Effektivitätsmaßen bei PE im Unterschied zu PED
Pos, Greenberg, Goldman & Korman, 2003	Bedeutung der Tiefe der emotionalen Verarbeitung „in two brief experiential therapies“ (PE = process-experiential und CC = client-centered) bei Depressionen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), CC (17) Prä, nach 8. Sitzung, Post, FU (6 Monate) 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Die emotionale Verarbeitungsfähigkeit verbesserte sich während der Therapie und ist ein guter Prädiktor für Symptomreduktion und Steigerung des Selbstwertgefühls
Shear, Houck, Greeno & Masters, 2001	Vergleich der Effektivität von „cognitive behavior therapy“ (CBT), Imipramine (I), Placebo (P) und „emotion-focused psychotherapy“ (EFT) bei Panikstörungen	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (36), I (24), P (23), EFT (30) Prä, Post, FU (6 Mon.) 3 Monate (eine Stunde wöchentlich)	In den Gruppen CBT und Imipramine signifikant mehr „Responders“ und signifikante Verbesserung der Symptomatik gegenüber EFT Bei EFT selten Behandlungsabbrüche (hohe Motivation)
Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley, 2003	Vergleich der Effektivität von „cognitive-behavioral therapy“ (CBT) und „process-experiential therapy“ (PET) bei Depressionen	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (33), PET (33) Prä, Post 16 Sitzungen (wöchentlich)	In beiden Therapiegruppen signifikante Verbesserung der Symptome, des Selbstwertgefühls und dysfunktionaler Einstellungen; bei PET signifikante Verbesserung bei interpersonellen Problemen
Watson & Geller, 2005	Korrelation von erlebtem Therapeutenverhalten, therapeutischer Allianz und Therapieergebnis bei „process-experiential therapy“ (PET) und „cognitive-behavioral therapy“ (CBT)	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (33), PET (33) Depressive Personen; Prä, Post 16 Sitzungen (wöchentlich)	Erlebtes Th.-verhalten bestimmt die therapeutische Allianz; beides bestimmt Therapieerfolg; PET-KL. fühlten sich mehr wertgeschätzt
Weerasekera, Linder, Greenberg & Watson, 2001	Untersuchung des Arbeitsbündnisses bei Klientenzentrierter (CC) und Prozess-Experienteller Therapie (PE) bei depressiven Personen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), CC (17) Prä, nach 8. Sitzung, Post, FU (6 Monate) 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Früh erhobene Werte zur therapeutischen Allianz sind geeignet, Therapieergebnisse vorherzusagen; die therapeutische Allianz wird nicht vom Ausmaß an Depression vor der Therapie beeinflusst

Emotions-Fokussierte Paar-Therapie

Bei der Emotion-Focused Therapy for Couples (EFT) handelt es sich um eine relativ strukturierte Form von Paar-Psychotherapie, die Susan Johnson und Mitarbeiterinnen im Rahmen des Emotions-zentrierten Ansatzes von Greenberg entwickelt haben. Hier wird davon ausgegangen, dass die meisten Partnerschaftskonflikte, die Paare zu einer Therapie motivieren, die Struktur eines sich laufend verstärkenden negativen Interaktionszyklus („Teufelskreis“) aufweisen. Die durch diese Interaktionszyklen bei den Partnern aktivierten emotionalen Schemata können in einer Atmosphäre, die von den Rogers'schen Therapiebedingungen geprägt ist, wahrgenommen und verändert werden⁵. Carl Rogers' Tradition folgend wurde die Entwicklung von EFT von Anfang an durch empirische Untersuchungen begleitet und evaluiert. Die ersten, hier nicht angeführten Studien zur EFT sind vor dem gewählten Referenzzeitraum 1991–2008 durchgeführt und publiziert worden. Sämtliche Studien – nahezu ausschließlich mit Kontrollgruppen (Wartegruppen) und randomisierter Gruppenzuordnung durchgeführt – bestätigen der EFT eine statistisch wie auch klinisch signifikante Wirksamkeit. Unter den vielen verwendeten Untersuchungsinstrumenten erwies sich das Ausmaß der Veränderung an Paar-Zufriedenheit, gemessen an den Scores der Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) als aussagekräftigster Parameter. Beachtenswert ist, dass die positiven Therapieergebnisse bei einer relativ geringen Anzahl therapeutischer Sitzungen (meist zehn) erzielt werden konnten.

Vier der gewählten Studien stellen Therapievergleiche an; zwei davon vergleichen EFT mit einer anderen Paartherapie (Systemische Therapie mit „reflecting team“ bzw. „kognitive Ehe-Therapie“). Die EFT-Behandlung von Paaren mit depressiver Partnerin wurde mit einer rein medikamentösen Behandlung verglichen, während die EFT-Behandlung von Familien mit einer bulimischen Jugendlichen einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für Bulimikerinnen gegenüber gestellt wurde.

Alle hier untersuchten Therapieformen erbrachten gleichwertige signifikante Verbesserungen. Bei der Vergleichsstudie mit der Systemischen Therapie erwiesen sich die Verbesserungen zum Katamnese-Zeitpunkt bei EFT leicht rückläufig. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu jenem der Vergleichsstudie mit der Kognitiven Egetherapie sowie generell zu sehr vielen Ergebnissen Person-

zentrierter Therapien, die zum Teil starke weitergehende Verbesserungen nach dem Abschluss der Therapie belegen. Die Abweichung bei der Vergleichsstudie mit der Systemischen Therapie wird damit erklärt, dass die Klienten die Therapie in den beiden Therapieverfahren *qualitativ* unterschiedlich erlebt hätten. Die Klientenpaare der Systemischen Therapie gaben an, dass ihnen besonders die engagierten Bemühungen des Therapeutenteams (reflecting team) um neutrale bis provokative Erklärungen der Paar-Interaktionen geholfen hätten, während die Klienten der sehr empathisch erlebten EFT-Therapeuten in besonderer Weise emotionale Befreiung und Gewahrwerden ihrer eigenen Sensibilität erlebten. Das Autorenpaar folgert daraus, dass stärker zerstrittene Paare von einem weniger emotions-zentrierten Verfahren mehr profitieren bzw. dass die Arbeit mit den Emotionen und inneren Motiven bei solchen Paaren einen größeren Zeitaufwand erfordert. Bei der Vergleichsstudie mit der kognitiven Egetherapie stiegen im Katamnese-Zeitraum die Verbesserungen bei den EFT-Klienten in allen Kategorien weiter an, während sie sich bei den Klienten der kognitiven Therapie als rückläufig erwiesen. Erklärt wird dies damit, dass eine vorwiegend *kognitive* Reflexion des Paar-Verhaltens und -Erlebens nicht so nachhaltig wirksam sein kann wie die forcierte Exploration der *emotionalen* Motive.

Vier der hier vorliegenden Studien haben neben der generellen Wirksamkeit auch die spezifischen Auswirkungen der EFT bei Paaren mit spezifischer Problematik untersucht. Dabei handelte es sich um Paare mit einem chronisch kranken Kind, um Familien mit einer bulimischen Jugendlichen und um Paare, bei welchen die Partnerinnen an Mangel an sexuellem Verlangen litten. In allen Fällen ließen sich neben der generellen Wirksamkeit auch befriedigende Ergebnisse hinsichtlich der spezifischen Problematik feststellen. Dabei zeigten sich deutlicher gewisse Vorzüge wie auch Schwachstellen der EFT. Die EFT, die ja speziell auf Bindungsbedürfnisse und affektive Prozesse fokussiert, eignet sich demnach hervorragend dazu, Paaren, die mit großer Sorge, Ärger oder Trauer über die eigenen Kinder belastet sind, zu einem konstruktiven Umgang mit diesen Gefühlen zu verhelfen. Aus dem gleichen Grund kann EFT das Bindungsverhalten von bulimischen Jugendlichen und ihren Eltern nachhaltig verändern – vorausgesetzt, dass diese Jugendlichen überhaupt mit dem Einbeziehen der Familie in die Therapie einverstanden sind (40% der für die Studie angefragten Probandinnen lehnten dies ab, wobei 32% die Störung vor der eigenen Familie geheim hielten). Andererseits zeigen mehrere Studien, dass Paare mit stärker ausgeprägtem „marital distress“ relativ weniger von der Therapie profitieren. Die Autorinnen folgern daraus, dass Paare mit größerem „marital distress“ wohl einer längeren Behandlung (als nur 10 Stunden wie bei diesen Studien) bedürfen. Johnson und Greenberg (1995) erachten daher folgerichtig eine Dauer von 20 Sitzungen als optimal für EFT.

5 Die EFT ist in neun aufeinander aufbauenden Schritten strukturiert. Nachdem zunächst die Probleme des Paares dargestellt werden, gilt es in der Folge die dabei erkennbaren negativen Verhaltens- und Erlebenszyklen zu identifizieren. In einem nächsten Schritt werden dann die hinter den jeweiligen interaktionellen Positionen liegenden, meist unbewussten Wünsche, Bedürfnisse und Nöte der Partner exploriert und die vorher identifizierten problematischen Reaktionsweisen von diesen Motiven her umformuliert und neu verstanden. Wesentlich ist dabei, dass sich die interaktionellen Positionen der Partner verändern, wenn sie ihre Bedürfnisse offen und ungeschützt vertreten und annehmen können. Der nun offenere Umgang miteinander sollte abschließend gefestigt und in die gesamte Kommunikation des Paares integriert werden.

Johnson und Talitman (1997) untersuchten in erster Linie Prognosefaktoren für den Erfolg von EFT. Das Ergebnis: Es besteht keine signifikante Korrelation von Therapieerfolg und Klienten-Faktoren wie Alter, Traditionalität, Bindungsverhalten, Ausmaß an Selbstöffnung und Ausmaß an gegenseitigem Vertrauen; den wichtigsten Prognosefaktor für diverse Erfolgs-Variablen stellt die Qualität der „therapeutic alliance“ (hier gemessen nach der 3. Sitzung) dar. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der

internationalen Psychotherapieforschung (Orlinsky, Rønnestad und Willutzki, 2004). Bei einer Aufschlüsselung des Therapeuten-Verhaltens (ob es als bond-orientiert, goal-orientiert oder task-orientiert wahrgenommen wurde) zeigte sich außerdem, dass die Betonung der therapeutischen *Aufgabe* (bei EFT also die Konzentration auf die Exploration der emotionalen Motive hinter dem Paarkonflikt) als wesentlichster Aspekt für die Qualität der Therapiebeziehung anzusehen ist.

Tab. 4: Emotions-Fokussierte Paar-Therapie

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Dandeneau & Johnson, 1994	Vergleich der Effekte von Emotions-Fokussierter Paar-Therapie (EFT) und „cognitive marital therapy“ (CMT) für Paare ohne „marital distress“	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (12 Paare), CMT (12 Paare), Kontrollgruppe (12 Paare) Prä, Post, FU (10 Wochen) 6 Sitzungen (1,5 Stunden wöchentlich)	Beide Therapieverfahren verbessern (im Vergleich zur Kontrollgruppe) Intimität Bei EFT weitere Verbesserung bzgl. Intimität und Paar-Zufriedenheit bei FU-Erhebung
Desaulles, Johnson & Denton, 2003	Wirksamkeit von EFT bei major depression der Partnerin im Vergleich mit medikamentöser Behandlung	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (7 Paare), med. Behandl. (5 Paare) Prä, Mitte, Post, FU (3 Monate, 6 Monate) 14 Sitzungen EFT, dazu 2 Einzelsitzungen	Sowohl EFT wie rein medikamentöse Behandlung bewirken ausreichende Symptomreduktion Bei EFT weitere Verbesserung im FU
Goldman & Greenberg, 1992	Vergleich von EFT und „integrated systemic therapy“ mit reflecting team (IST) für Paare mit „marital distress“	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (14 Paare), IST (14 Paare), Kontrollgruppe (14 Paare) Prä, Post, FU (4 Monate) 10 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Therapieverfahren verbessern (im Vergleich zur Kontrollgruppe) Paar-Zufriedenheit, Konfliktlösung und Erreichen von subjektiven Zielen Bei EFT leichter Rückgang im FU
Gordon-Walker, Johnson, Manion & Cloutier, 1996	Wirksamkeit von EFT für Paare mit einem chronisch kranken Kind	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (16 Paare), Kontrollgruppe (16 Paare) Prä, Post, FU (5 Monate) 10 Sitzungen (1,5 Stunden)	Verbesserung (im Vergleich zur Kontrollgruppe) bzgl. Paar-Zufriedenheit und Intimität sowie im Kommunikationsstil der Paare
Johnson, Maddeaux & Blouin, 1998	Wirksamkeit von „emotionally focused family therapy“ (EFFT) bei Familien mit bulimischen Jugendlichen im Vergleich mit Kognitiver Verhaltenstherapiegruppe (CBT)	Pilotstudie, randomisierte Zuordnung EFFT (9 Familien), CBT (4 Jugendliche) Prä, Post 10 Sitzungen (wöchentlich)	Beide Therapieformen erfolgreich bzgl. Symptomreduktion Hinweise, dass EFFT Bindungsverhalten verändern kann
Johnson & Talitman, 1997	Prädiktoren für den Erfolg von EFT bei Paaren mit „marital distress“	quasiexperimentell: Paare (34) Prä (nach 3.Sitzung), Post, FU (3 Monate) 12 Sitzungen (1,25 Stunden wöchentlich)	therapeutic alliance ist Prädiktor für Erfolg von EFT, speziell deren task-dimension korreliert mit Paar-Zufriedenheit am Ende Vertrauen der Frau in Partner korreliert mit Paar-Zufriedenheit und Intimität des Mannes am Ende
MacPhee, Johnson & Van der Veer, 1995	Wirksamkeit von EFT bei Partnerinnen mit mangelndem sexuellen Verlangen; Vergleich mit EFT aus anderem Therapiemotiv	experimentell, randomisierte Zuordnung mangelndes sexuelles Verlangen (25 Paare), anderes Motiv (24 Paare), Kontrollgruppe (15 Paare) Prä, Post, FU (3 Monate) 10 Sitzungen (wöchentlich)	Mäßige Veränderungen (im Vergleich zur Kontrollgruppe) Deutliche Veränderung bzgl. sexuellem Verlangen und depressiver Symptome bei Frauen mit weniger „marital distress“ zu Beginn

Kindzentrierte Spieltherapie und Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen

Besonders in den USA registriert man ein wachsendes Interesse an der Erforschung der Effektivität von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, allerdings liegen deutlich weniger Forschungsarbeiten als zur Erwachsenentherapie vor. Auch im deutschsprachigen Raum ist ein gewisser Nachholbedarf feststellbar, und dieser wird auch zunehmend gedeckt (Beelmann & Schneider, 2003). Sowohl für den amerikanischen als auch für den deutschsprachigen Raum gibt es neuere Metaanalysen, die im vorliegenden narrativen Review berücksichtigt werden (Beelmann & Schneider, 2003; Bratton, Raya, Rhinea & Jones, 2005; Miller, Wampold & Varhely, 2008). Die Effektivitätsstudien von Klaus (1991) und von Schmidtchen, Hennies und Acke (1993) berücksichtigten jeweils eine Kontrollgruppe und untersuchten sowohl Einzeltherapie als auch ein gruppentherapeutisches Setting. Beide Studien stellten signifikante Besserungen der Gesamtstörung bzw. der familialen und sozialen Anpassungsfähigkeit der Kinder fest – Effekte, die sich im Follow-Up noch weiter verstärkten. Klaus (1991) berichtete auch von einer Verbesserung der schulischen Leistung der therapeutisch behandelten Kinder. Bei den neueren Studien von Muro, Ray, Schottelkorb, Smith und Blanco (2006) zu langfristigen kindzentrierten Einzeltherapien und Jenny, Goetschel, Köppler und Samson (2007) zur Klientenzentrierten Kindertherapie in Gruppen handelt es sich um explorative Evaluationen ohne Berücksichtigung einer Kontrollgruppe. Auch hier wurden statistisch signifikante Verbesserungen mit hohen Effektstärken für die erhobenen Variablen nachgewiesen. In der Prozessanalyse von Schmidtchen, Acke und Hennies (1995) lassen sich Belege dafür finden, dass relevante Aspekte der Spielsituation wie etwa Spieltiefe in Zusammenhang mit der Aktivierung von Erfahrungsepisoden und damit verbundenen Gefühlen eine unterschiedliche Funktion im Heilungsgeschehen bekommen können. Heilungsprozesse traten über den gesamten Therapieverlauf auf, phasenspezifischen Besonderheiten waren nicht auszumachen.

In die Metaanalyse von Beelmann und Schneider (2003) fanden 47 Behandlungs-Kontrollgruppen-Vergleiche von Effektivitätsstudien aus dem deutschsprachigen Raum Eingang, die zwischen 1952 und 2000 publiziert wurden. Es ergab sich eine mittlere Effektstärke (ES) von 0.54. Zu diesem guten Gesamtergebnis haben vor allem verhaltensmodifikatorische Techniken bei Angststörungen, Kognitiv-behaviorale Therapie bei Lernstörungen und Klientenzentrierte Spieltherapie bei „unklarer Indikation“ beigetragen. Dabei unterscheiden sich behaviorale und nicht-behaviorale Therapien nicht signifikant voneinander; Fragen nach einer differenziellen Indikation und daraus resultierende therapeutische Maßnahmen können daher nicht schlüssig beurteilt werden. Bei einer durchschnittlichen Anzahl von 14 Therapiesitzungen war der Behandlungsumfang hier insgesamt eher geringer, bei verhaltensmodifikatorischen und spieltherapeutischen Sitzungen fiel er mit durchschnittlich 19 Sitzungen etwas höher aus. Zu den fehlenden signifikanten

Wirksamkeitsunterschieden zwischen verschiedenen Therapieverfahren – speziell zwischen behavioralen und nicht-behavioralen Ansätzen – stellten die Autoren relativierend fest, dass „die relativ positiven Befunde nicht-behavioraler Therapien im wesentlichen auf die günstigen Ergebnisse der klientenzentrierten Spieltherapie zurückzuführen sind. In der Tat scheint diese Therapieform neben verhaltenstherapeutischen Methoden eine günstige Bewertung verdient zu haben, auch aufgrund ihrer elaborierten und modernen entwicklungspsychologischen Fundierung“ (Beelmann & Schneider 2003, S. 139). Bezogen auf die gesamte Forschung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird insgesamt aber ein Überhang von einzelfallbezogenen und unkontrollierten Studien festgehalten.

Die Metaanalyse von Bratton et al. (2005) bezog 93 zwischen 1953 und 2000 publizierte Studien ein. Über diese Studien wurden 3.248 Kinder mit einem Altersdurchschnitt von sieben Jahren erfasst, rund zwei Drittel davon waren Jungen. Der durchschnittliche Behandlungseffekt der spieltherapeutischen Intervention wies eine Effektstärke von 0.80 auf. Dabei waren die Effekte der „humanistic-nondirective“ Zugänge jenen der „nonhumanistic-directive“ (inkl. kognitiv-behavioralem Programm) statistisch abgesichert überlegen (mittlere ES: 0.92 vs. 0.71). Jene Behandlungsformen, bei denen die Eltern der behandelten Kinder in den Behandlungsverlauf einbezogen wurden („filial therapy“ – Eltern als „angelernte“ und supervidierte Therapeuten), verzeichneten die größten Effekte (mittlere ES: 1.15). Anders als bei früheren Metaanalysen wurden hier auch nichtpublizierte Studien aufgenommen. Damit reagierte man auf eine häufige Kritik an früheren Metaanalysen, die dominant nur publizierte Studien verwendeten und durch die „Schubladisierung“ von Studien mit geringen Effekten einen Bias erhielten, der zu einer Überschätzung der Effektivität führte. Tatsächlich ergab ein Vergleich von publizierten und nichtpublizierten Studien eine statistisch abgesicherte Überlegenheit der publizierten Studien in der mittleren Effektstärke (1.04 vs. 0.77). Ein weiterer in dieser Metastudie analysierter Aspekt bezog sich auf die Dauer der Therapie: Eine geringere Anzahl von Therapiesitzungen (< 14 Sitzungen) steht in Beziehung zu einer geringeren Effektstärke. Ein optimaler Behandlungseffekt scheint bei 35 bis 40 Sitzungen erreicht zu sein; wird dieser Bereich über- oder unterschritten, schwächen sich diese Effekte ab. Dieses Ergebnis kommt der aus den Ergebnissen einer früheren Metaanalyse abgeleiteten Empfehlung sehr nahe (LeBlanc & Ritchie, 2001), einen Behandlungsumfang von 30 bis 35 Sitzungen anzusetzen. Hinsichtlich der optimalen Sitzungsfrequenz gibt es eine wichtige Ausnahme: Kinder in akuten Krisen (z. B. Missbrauchsopfer, Opfer häuslicher Gewalt oder Opfer von Naturkatastrophen) können von einer spieltherapeutischen Behandlung auch bei geringerer Sitzungsfrequenz (durchschnittlich sieben Sitzungen) stark profitieren. Kinder scheinen auf eine Behandlung besonders schnell anzusprechen, wenn sie diese in der Zeit der akuten Krise erhalten.

Die in der Metaanalyse von Bratton et al. (2005) festgestellte Überlegenheit der „humanistic-nondirective“ Spieltherapien – hier vor allem durch Klientenzentrierte Spieltherapie und Filialtherapie repräsentiert – sollte allerdings mit einer Interpretationseinschränkung betrachtet werden: In dieser Studie wurde die Forscher-Loyalität gegenüber einer untersuchten Methode nicht kontrolliert.

Höllkamp und Behr (2008) führten eine vergleichende Analyse von sieben schulenübergreifenden Metaanalysen zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendpsychotherapie durch. Sie belegten in ihrer Arbeit (a) eine grundsätzliche Wirksamkeit von Kinder- und Jugendpsychotherapie sowie (b) eine Überlegenheit von personenzentrierten und behavioralen Verfahren mit jeweils gleicher Wirksamkeit und mittleren bis hohen Effektstärken und (c) eine beeindruckend hohe Wirksamkeit von Spieltherapie mit Elternbeteiligung (Filialtherapie).

Miller, Wampold und Varhely (2008) führten eine spezielle Metaanalyse zu der Fragestellung durch, ob es Unterschiede in der Effektivität von Behandlungsmethoden gibt, die bei typischen Störungsbildern von Kindern und Jugendlichen angewandt wurden. Hierfür wurden zwischen 1980 und 2005 publizierte Studien einbezogen. Die untersuchten Kinder waren 18 oder jünger und homogen bezüglich einiger typischer Probleme bzw. Diagnosen dieser Altersgruppe (Depression, Angst, Hyperaktivität etc.). Die Studien führten jeweils einen Vergleich von zwei oder mehreren

Behandlungsmethoden durch. Dabei wurden geringfügige Unterschiede bei den verglichenen Behandlungsmethoden festgestellt, die jedoch in starker Beziehung zur Forscherloyalität („allegiance“) standen; nach der Kontrolle der Forscherloyalität gab es keine Evidenz mehr für die zuvor geringfügigen Unterschiede. Das Ergebnis wurde im Sinne der Äquivalenz-Hypothese interpretiert, nach der verschiedene Behandlungsformen bezüglich ihrer generellen Effektivität gleichwertige Ergebnisse zeigen.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse der hier referierten Studien dafür, dass Klientenzentrierte Spieltherapie und Psychotherapie mit Jugendlichen (a) unbestritten zu den durch empirische Studien identifizierten effektiven Behandlungsmethoden gehören, (b) im Vergleich zu anderen – speziell verhaltenstherapeutischen – Methoden zumindest als gleichwertig zu beurteilen sind und (c) speziell bei diagnostisch inhomogener Klientel vielversprechend sind und ihre Stärken aufweisen. Insbesondere der letzte Punkt – die Ansprechbarkeit einer diagnostisch inhomogenen Klientel – verweist auf eine hohe Versorgungsrelevanz der Klientenzentrierten Spieltherapie: Spieltherapie und Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen sind Behandlungsmethoden, deren Wirksamkeit wiederholt wissenschaftlich belegt wurde. Sie sind in der Lage, die vielfältigen und heterogenen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen vielversprechend zu bewältigen.

Tab. 5: Kindzentrierte Spieltherapie und Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Jenny, Goetschel, Köppler & Samson, 2007	Evaluation von Klientenzentrierter Therapie in Gruppen mit Kindern	Praxis-Evaluation, keine Kontrollgruppe Jungen (33) Prä, Post, FU (6 Monate, 12 Monate)	Hohe Effektstärken bei Abbau von Aggression und Ängstlichkeit, Erhöhung der Sozialkompetenz und des Selbstwertgefühls
Klaus, 1991	Ambulante Klientenzentrierte Kinder-, Kindergruppen- und Elterngruppenpsychotherapie	Feldstudie in einer ambulanten Beratungsstelle Beratung (26), Einzeltherapie (24), Gruppentherapie (23), 7–12 Jahre max. 15 Kontakte; Einzeltherapie bzw. offene Therapiegruppe (max. 5 Kinder), Beratungsgruppe mit geringeren Kontakten als Kontrollgruppe Prä, Post, FU (6 Monate)	Überlegenheit der Einzel- und Gruppentherapie bei familialen und sozialen Anpassungsstörungen, Steigerung der schulischen Leistung, Verbesserung der familialen Situation nach der Therapie und weitere Verbesserung im Katamnesezeitraum
Muro, Ray, Schottelkorb, Smith & Blanco, 2006	Explorative Studie einer langfristigen „child-centered play therapy“ (CCTP)	Praxis-Evaluation, keine Kontrollgruppe 6 Mädchen, 17 Jungen, 4 bis 11 Jahre Prä, Mitte (16 Sitzungen), Post (32 Sitzungen)	Statistisch signifikante Besserung über die gesamte Therapiedauer in allen erhobenen Skalen
Schmidtchen, Acke & Hennies, 1995	Prozessanalyse von Klientenzentrierter Spieltherapie	Korrelationsstudie: Korrelation von Klientenmerkmalen mit Erfolgskriterien 16 in durchschnittlich 30 Kontakten	Kl.-merkmale haben unterschiedliche Funktion für Heilungsvorgänge; für Therapieerfolg wichtig: geringes aggressives Verhalten, geringe Gefühle der Angst und des Ärgers; förderlich: hohe Spieltiefe und Selbstexplorationsverhalten; keine phasenspezifischen Besonderheiten
Schmidtchen, Hennies, & Acke, 1993	Evaluation der Wirksamkeit von Klientenzentrierter Spieltherapie	Spieltherapie (teils Einzel-, teils Kleingruppen- oder Familientherapie) (16), Kontrollgruppe (sozialpädagogische Betreuung in Kindergruppe) (12) Prä, Post, FU (6 Monate)	Signifikante Verringerung der Gesamtstörungen in der Treatment-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, weitere Verbesserung im FU

„Supportive counseling“: Klientenzentrierte Psychotherapie „light“

Bemerkenswert häufig werden Prinzipien Klientenzentrierter Psychotherapie in der Forschung „indirekt“ realisiert, indem sie als eine Art Kontrollbedingung in Vergleichsstudien Anwendung finden. Die im folgenden Abschnitt diskutierten Untersuchungen gehören dieser Kategorie an. Die meisten Vergleiche beziehen sich auf die Kognitiv-behaviorale Therapie (oder ein daran angelehntes Interventionsprogramm), zwei auf Systemische Therapie und je einer auf Interpersonale Therapie und ärztliche Standardbehandlung.

Die Konzeptualisierung dieser Untersuchungsbedingungen greift teilweise auf klientenzentrierte Prinzipien zurück: Deren Realisierung – speziell jene der so genannten „core conditions“ in einer therapeutischen Absicht – wird dabei als eine allgemein-menschliche Qualität gesehen, ihre Präsenz bei jeder Interaktion in einem therapeutischen Setting angenommen. Sie können daher nicht getrennt werden von einer symptom-spezifischen, in der Treatment-Gruppe durchgeführten Behandlung. Dennoch gilt es, sie als eigenen Faktor zu berücksichtigen, um den Einfluss nicht-spezifischer Behandlungsfaktoren kontrollieren zu können. Von diesen allgemein-menschlichen Qualitäten werden allerdings keinerlei Aktivierungen einer zur Treatment-Gruppe vergleichbaren therapeutischen Dynamik erwartet, sodass sie auch als eine Art von Placebo-Bedingung aufzufassen sind. In den Studien wird dies einer nichtbehandelten Wartegruppe als Vergleichsbedingung vorgezogen, da sich eine etwaige Überlegenheit der Behandlungsgruppe sonst nicht auf die spezifischen Treatment-Bedingungen alleine zurückführen ließe. Mit der Realisierung dieser allgemein-menschlichen Qualitäten wird auf die Herstellung einer unterstützenden, vertrauensvollen Beziehung abgezielt. Bei der Beschreibung dieser Kontrollbedingungen ist häufig die Rede von einer „Anwendung“ der Grundprinzipien von Rogers, von therapeutischen Techniken, die als „weitgehend non-direktiv“ bezeichnet werden, von wertschätzender Zuwendung, aktivem Zuhören, Reflektieren und Paraphrasieren ohne Anwendung spezifischer, auf die Kriteriums-Symptome bezogener Interventionen. Die Bezeichnungen dafür sind unterschiedlich: „supportive therapy“, „supportive counseling“, „nondirective therapy“, „nondirective supportive therapy“ etc. Im Folgenden wird der Überbegriff „supportive counseling“ (SC) verwendet⁶.

Eine genauere Analyse dieser Studien lässt einige bemerkenswerte Trends erkennen: Die Annahme der generellen Unterlegenheit des SC – wie sie die Forscher entsprechend durchgängig erwarten – kann durch die Forschung nicht aufrechterhalten werden. Das Bild ist uneinheitlich: Bei einigen Untersuchungen zeigte sich eine Gleichwertigkeit von SC und Versuchsgruppe (Beutler et al. 1991;

Birmaher et al. 2000; Manne et al., 2007), bei anderen ein Vorteil der Kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) (bzw. wie in einem Fall der Interpersonalen Therapie), was einen Teil der erhobenen Werte oder errechneten Parameter anbelangt (Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992; Borkovec & Costello, 1993; Barrowclough et al. 2001; Markowitz et al. 1998). Bei weiteren Studien präsentierte sich das SC verglichen mit der CBT nach temporären Schwächen in den Post-Treatment-Werten als überlegen in den Follow-up-Effekten (Kolko, Brent, Baugher, Bridge & Birmaher, 2000; Tarrrier, et al. 1998; Tarrrier et al. 2000). Diese Uneinheitlichkeit stützt allerdings keineswegs die gewohnheitsmäßig formulierte Hypothese der generellen Unterlegenheit der Placebo-Bedingung SC. Die Ergebnisse fallen vermutlich deshalb uneinheitlich und in manchen Studien zumindest teilweise zuungunsten des SC aus, weil keine strukturelle Gleichwertigkeit des SC als Kontrollgruppe gegeben ist. Baskin et al. (2003) kamen in einer bemerkenswerten Metaanalyse zu dem Schluss, dass ein Vergleich von aktiven Treatments mit strukturell ungleichen Placebos hinsichtlich Sitzungsfrequenz und -dauer, Sitzungsmodalität (Einzel- vs. Gruppensetting), Erfahrung und Kompetenz der Therapeuten bzw. manual-determinierten Kompetenzbeschränkungen der Placebo-Therapeuten und Behinderung der möglichen therapeutischen Dynamik unangemessen größere Effekte zuungunsten der Placebos produziert. Dieser Vorteil fällt weg, wenn beim Untersuchungsdesign eine strukturelle Gleichwertigkeit von Placebo und Treatment angestrebt wird, wie es etwa in der Studie von Manne et al. (2007) – möglicherweise unbeabsichtigt – der Fall zu sein scheint.

Was als „supportive counseling“ definiert wird, hat qualitative Unterschiede und reicht von einer unstrukturierten Gesprächssituation bis zu einer thematischen und prozessbezogenen Strukturierung. Eine ähnliche qualitative Unterschiedlichkeit finden wir bei den Studien-Therapeutinnen und -Therapeuten: Teilweise sind es lizenzierte Therapeuten mit einer nachvollziehbaren professionellen Ausbildung, teilweise kurzfristig „angelernte“ Therapeuten, etwa fortgeschrittene Studierende, die ein manualbasiertes Vortraining erhalten haben (Beutler et al., 1991). Ein Teil der SC-Therapeuten war in der zu vergleichenden Konkurrenz-Methode ausgebildet oder keineswegs mit dem Konzept des SC identifiziert. Bei Borkovec und Costello (1993) führten CBT-Therapeuten, die mit der Anwendung von SC eine eher geringe Erfolgserwartung verbanden, die Kontrollbedingung SC nach einem Manual durch. In der Studie von Beck et al. (1992) beispielsweise versuchten die SC-Therapeuten mit offensichtlichen Schwächen den Charakter und die Qualität der Kontrollbedingung durch besondere kompensatorische Bemühungen zu erreichen: Obwohl sie Zweifel an der Effektivität der supportiven Therapie bei Panikstörungen hatten, unternahmen sie große Anstrengungen, die Prinzipien der nondirektiven Therapie anzuwenden. Bereits in dieser Beschreibung kommt eine eigentümliche

6 Diese Studien mit einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe, in der ein unspezifisches „supportive counseling“ als Treatment-Vergleich (oder -Bedingung) realisiert wird, werden aus dieser Perspektive in die Common-Factor-Forschung (unspezifische Behandlungsfaktoren) und in die Placeboforschung eingeordnet und in diesem Sinne auch interpretiert.

„Verkrampfung“ zum Ausdruck, mit der die Kontrollbedingung realisiert wurde.

Die Praktiken und die methodische Vorgangsweise, mit der „supportive counseling“ beschrieben wird, weisen eher darauf hin, dass eine Addition und Kombination von verschiedenen Skills und Techniken vorgenommen werden, die sich mit den „core conditions“ bzw. den „necessary and sufficient conditions“ assoziieren lassen. In dem Ausmaß, in dem unstrukturierte Phasen mit strukturierten Elementen vermischt werden, machen einige Studien den additiven und kombinatorischen Zugang speziell ersichtlich: Wöchentliche Panik-Protokolle werden thematisch gebunden besprochen und abweichende Themen „nondirektiv“ zugelassen, wenn sie drängend waren (Beck et al., 1992); in 30-minütigen Telefonkontakten realisieren die Studien-Therapeuten „Spiegeln von Gefühlen“, Klären und Unterstützen, ergänzt durch Lesen von Selbsthilfe-Literatur (Beutler et al., 1991); Ausgangspunkt der therapeutischen Sitzungen ist die Besprechung eines Angsttagebuches, bevor eine unstrukturierte Gesprächssituation ermöglicht wird (Borkovec & Costello, 1993); „supportive psychotherapy“ verbindet sich mit Psychoedukation (Markowitz et al., 1998). Die „eklektische Leichtigkeit“ wird besonders bei Tarrrier et al. (2000) ersichtlich, die als Konsequenz aus den günstigen Ergebnissen des SC in ihrer Studie vorschlagen, unstrukturierte Sitzungen im Sinne eines SC als neuen Bestandteil eines kognitiv-behavioralen Programmes einzubauen, um eine soziale Beziehung herzustellen und die Klärung von allgemeinen (nicht symptom-spezifischen) Problemen zu ermöglichen. Insgesamt scheint es, als habe man den ganzheitlichen Charakter der von Rogers postulierten Bedingungen nicht zur Kenntnis genommen wurde oder nicht verstanden.

Ein weiteres Phänomen betrifft die Versuche, die Erfolge des SC zu erklären. Sie lassen eine gewisse Ratlosigkeit erkennen, offenbaren auf jeden Fall ein mangelndes Situationsverständnis des kausalen Potenzials, das in der therapeutischen Dynamik der experimentellen Situation aktiviert wird: Kolko et al. (2000) müssen eine gewisse Verlegenheit eingestehen, einige deutliche Verbesserungen bei den Klienten der SC-Gruppe (hier „nondirective supportive therapy“ genannt) im Zwei-Jahres-Follow-up zu erklären: „We are at loss to explain why no differences were found ...“ (S. 611). Und Tarrrier et al. (2000) stellen gar fest: „The success of supportive counseling was a great surprise. Supportive counselling was originally conceived as a placebo-control treatment that would match CBT for the non-specific effects of therapist contact and interest, social interaction, and social support but was unlikely to be effective in reducing symptoms“ (S. 920). Als Erklärung für die SC-Effekte greifen sie vorsichtig auf eine Formulierung bzw. auf Begriffe zurück, die in Standardbeschreibungen des Ansatzes von Carl Rogers selbst vorkommen könnten: „Supportive counseling may have provided a *nonthreatening social interaction of sufficient frequency and regularity*“ (S. 920; Hervorhebung hinzugefügt). Mit erstaunten und theoriearmen Hinweisen fundieren Manne et al. (2007) ihre

Schlussfolgerung, dass SC offensichtlich günstiger bei Klientinnen mit chronischen und lebensbedrohlichen Erkrankungen ausfällt und über eine Verbesserung der allgemeinen seelischen Funktionsfähigkeit (Ich-Stärke, Selbstwert) auch spezifisch symptomreduzierend wirkt: Weil SC „unstrukturiert“ und „client-centered“ ist, eröffnet es Patientinnen die Möglichkeit, vielfältige Erfahrungen mit der körperlichen Erkrankung – auch Symptom-Verschlechterungen – offen und uneingeschränkt zu explorieren; ganz anders, als dies bei der strukturierenden Vorgangsweise der CBT-Interventionen der Fall ist.

Insgesamt kann man diese Trends auf folgenden Punkt bringen: Die CBT-Forscher hantieren in ihren Studien mit vielfältigen Kontrollgruppen-Formaten, die darauf angelegt sind, keine oder im Vergleich zur untersuchten Behandlung nur kleinere Effekte zu bewirken. Sie reproduzieren häufig defizitäre Versionen und nicht optimale „Legierungen“ oder Kombinationen von „core conditions“ mit anderen Behandlungselementen, die weitgehend als „klientenzentriert light“ charakterisiert werden können. Es ist daher weder verwunderlich, noch entbehrt es einer gewissen Ironie, wenn sie mit ihren Effektivitätserwartungen zunehmend über ihre nichtspezifischen Kontrollgruppen stolpern.

Reiht man die Studien dieses Abschnitts in den bereits umfangreichen Bestand der Common-Factor-Forschung ein, dann kommt man am Resümee von Lambert (2004) in der letzten Ausgabe des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ nicht vorbei: „... what can be firmly stated is that factors common across treatments are accounting for a substantial amount of improvement found in psychotherapy clients. These so-called common factors may even account for most of the gains that result from psychological interventions. So, while we do not rule out the possibility that variables specific to one school of technique might be found to make an additional contribution, at this point it is important to recognize that the common factors are contributing a great deal to positive outcome. Therefore, it is crucial for therapists to intentionally incorporate them“ (S. 172). Und weiter, in Bezug auf die von Rogers postulierten therapeutischen Prinzipien: „Perhaps the common factors most frequently studied are those identified by the client-centered school as ‘necessary and sufficient conditions’ for patient personality change: accurate empathy, positive regard, nonpossessive warmth, and congruence or genuineness. Virtually all schools of therapy accept the notion that these or related therapist relationship variables are important for significant progress in psychotherapy and, in fact, fundamental in the formation of a working cooperative effort between patient and therapist“ (S. 173).

Häufig und fälschlicherweise wird im Zusammenhang mit den Erkenntnissen der Common-Factor-Forschung implizit die Annahme mit transportiert, dass mit der Ausübung jeglicher Form von Beratung und Psychotherapie der „common factor“ selbstverständlich in einem hinreichenden oder sogar optimalen Ausmaß realisiert wird. Diese Annahme ist freundlich, aber unrealistisch und gilt – selbst im Lichte der Lambert’schen Würdigung – für die kompetentesten

Praktiker der Klientenzentrierten Psychotherapie nicht in jedem Fall uneingeschränkt. Gerade diese unvollkommene und eingeschränkten Realisierung des „common factor“ in der therapeu-

tischen Arbeit dürfte eine Ambivalenz produzieren, die Ambitionen in jenen zwei Richtungen erklärbar macht, die wir kennen: dem „common-factor“-Lager und dem „specificity“-Lager.

Tab. 6: „Supportive counseling“: Klientenzentrierte Psychotherapie „light“

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Barrowclough, King, Colville, Russel, Bums & Tarrier, 2001	Vergleich von „cognitive-behavioral therapy“ (CBT) mit „supportive counseling“ (SC) bei Angstsymptomen älterer Erwachsener	experimentell CBT (19), SC (24) Baseline, Prä, Post, FU (3, 6, 9 Monate)	Beide Gruppen zeigten Verbesserungen, CBT zeigte in 2 von 5 Skalen bessere Werte, ähnliche Ergebnisse bei den FUs, klinische Signifikanz von CBT nur in einem Messwert günstiger als bei SC
Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992	Wirksamkeit von „focused cognitive therapy“ bei Panik-Störungen, „brief supportive therapy“ (BST) als Vergleichsgruppe	experimentell focused cognitive therapy (17), BST (16) Prä, nach 4 und nach 8 Wochen Therapie, FU (6, 12 Monate)	Fokussierte Kognitive Therapie ist wirksamer als BST nach 8 Wochen (Panik-Freiheit bei 71 % vs. 25 %) Beide Treatments verringern die Depressivität in statistisch signifikantem Ausmaß Th. zweifelten an der Wirksamkeit der BST, aber versuchten ihr Bestes
Beutler, Engle, Mohr, Daldrup, Bergan & Merry, 1991	Vergleich von „cognitive therapy“ (CT), „focused expressive psychotherapy“ (FEP) und „supportive self-directed therapy“ (S/SD) bei Depression	experimentell, Längsschnitt CT (22), FEP (21), S/SD (20) Erhebungen nach der 4./10./15./20. Sitzung, FU (1 Monat, 3 Monate)	Alle drei Verfahren sind wirksam, die Wirksamkeit bleibt bei den FU Erhebungen erhalten S/SD ist im Vergleich besonders wirksam bei Kl. mit hohem Abwehrpotential (negative Behandlungserwartung)
Birmaher, Brent, Kolko, Baugher, Bridge, Holder, Iyengar & Ulloa, 2000	Vergleich von „cognitive behavioral therapy“ (CBT), „systemic behavior family therapy“ (SBFT) und „nondirective supportive therapy“ (NST) bei Depression	experimentell, Längsschnitt CBT (37), SBFT (35), NST (35) Erhebung nach der 6. Sitzung, FU (6, 12, 24 Monate)	Alle drei Verfahren sind wirksam, die Wirksamkeit bleibt bei den FU Erhebungen erhalten (ca. 80 % zeigen massive Symptomreduktion)
Borkovec & Costello, 1993	Vergleich von „cognitive behavioral therapy“ (CBT), Entspannungstechniken und „nondirective therapy“ (NDT) bei generalisierten Angststörungen	experimentell CBT (19), Entspannungstechniken (19), NDT (19) 12 Stunden Psychotherapie (6 Wochen) Prä, Post, FU (6 Monate, 12 Monate)	Alle drei Verfahren sind wirksam mit unterschiedlichen Effekten in den erhobenen Skalen; die NDT zeichnet sich durch die „größte Tiefe an emotionaler Verarbeitung“ aus, erzielt aber geringere klinisch signifikante Änderungen im Vergleich zu den anderen Treatments Die NDT wurde von CBT-Th. durchgeführt!
Harvey, Nelson, Lyons, Unwin, Monaghan & Peters, 1998	Vergleich der Effektivität und der Kosten der Behandlung von „minor mental health problems“ durch praktische Ärzte, durch „counseling (involving a person-centred approach)“ und beides kombiniert	randomisierte Gruppenzuordnung männlich (42), weiblich (120) 6 Sitzungen (1 Sitzung pro Woche) Die Hälfte der Patienten hat nur 3 Sitzungen oder weniger wahrgenommen	Keine statistisch bedeutsamen Ergebnisse; Pat. in der Beratungsgruppe waren billiger (alle Gesundheitskosten eingerechnet) Aufgrund der methodischen Probleme ist diese Arbeit nicht sehr aussagekräftig; die Autoren selbst sprechen von methodischen Problemen, welche die Interpretation erschweren (keine vollständigen Daten).
Kolko, Brent, Baugher & Birmaher, 2000	Vergleich von „cognitive behavioral therapy“ (CBT), „systemic behavior family therapy“ (SBFT) und „nondirective supportive therapy“ (NST) bei jugendlichen depressiven Patienten zwischen 13 und 18 Jahren	randomisierte Zuordnung von 103 Pat., ausbalanciert nach Geschlecht, Zahl der Elternteile im Haushalt und Suizidalität 103 Jugendliche (77 weiblich, 26 männlich) Baseline (nach der 6. Sitzung), nach Abschluss (12. bis 16. Sitzung), FU (3, 6, 9, 12 und 24 Monate)	Interaktionseffekte: CBT zeigt sich den beiden anderen Therapieformen in engen Variablen überlegen, in anderen erbrachten CBT und SBFT bessere Werte als NST; größere „mütterliche Zufriedenheit“ bei CBT; langfristig gesehen, ergaben sich größere Verbesserungen bei SBFT und NST im Vergleich zu CBT; nach der Akutphase schneidet NST zwar relativ schlecht ab, beim FU allerdings bessere Werte als CBT.

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Manne, Rubin, Edelson, Rosenblum, Hernandez, Carlson, Rocereto & Winkel, 2007	Vergleich von „coping and communication enhancing intervention“ (CBT-Techniken), „supportive counseling“ (SC) und „usual care“ in Bezug auf Reduzierung von depressiven Symptomen bei Frauen mit einer gynäkologischen Form von Krebs (Gebärmutter, Eierstock)	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (123), SC (120), usual care (111) Je 7 Sitzungen Prä, Post, FU (6, 9 Monate)	Beide Treatment-Formen waren der „usual care“ nach der Intervention und in den FUs überlegen (entgegen den Erwartungen der Forscher bezüglich SC); SC hatte stärkere Effekte als CBT-Techniken bei Frauen, deren Gesundheitszustand sich verschlechterte und/oder die intensiver positive Gefühle zum Ausdruck brachten
Markowitz, Kocsis, Fishman, Spielman, Jacobsberg, Frances, Klerman & Perry, 1998	Vergleich von „interpersonal therapy“ (IPT), „cognitive behavioral therapy“ (CBT), „supportive psychotherapy“ (SP+) mit/ohne Medikation (SP-) in Bezug auf Verminderung der Depressivität bei HIV-Patienten	experimentell IPT (24), CBT (27), SP+ (26), SP- (24) IPT (16 Sitzungen), CBT (16 Sitzungen), SP (nach Bedarf, zwischen 8 und 16 Sitzungen)	CBT und SP+ etwa gleichwertig, aber weniger günstig als IPT oder SP- (signifikante Unterschiede). Einjähriges Training aller Therapeuten nach Manual SP orientiert sich an Rogers plus Psychoedukation über Depression und HIV
Tarrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy, Gledhill & Morris, 1998	Inwieweit führt „cognitive behaviour therapy“ (CBT) im Vergleich mit „supportive counselling“ (SC) und medizinischer „routine care“ allein zu Verbesserungen der psychotischen Symptomatik bei chronischer Schizophrenie	randomisierte Zuordnung, ausbalanciert nach Schweregrad der Symptome und Geschlecht CBT und routine care (24), SC und routine care (21), routine care ohne Psychotherapie (27) Prä, Post 20 Sitzungen	Signifikante Symptomverbesserungen bei CBT, Symptomverbesserungen bei supportive counselling, leichte Verschlechterung bei routine care allein, Supportive counselling fungiert hier lediglich als „Placebogruppe“, dies wird im Zusammenhang mit dem FU von Tarrier et al. (2000) aber besonders interessant
Tarrier, Kinney, McCarthy, Humphreys, Wittkowski & Morris, 2000	Follow up Studie von Tarrier et al. (1998) nach 24 Monaten	Gruppe wie oben 61 von 72 FU (12, 24 Monate)	Annäherung von CBT und SC nach 1 Jahr, nach 2 Jahren zeigt sich SC der CBT überlegen, beide erzielen signifikant bessere Werte als „routine care“ Aus der Überlegenheit von SC im Langzeitverlauf folgern die Studienautoren, dass mehr soziale und interpersonale Haltungen in die CBT mit einbezogen werden sollten Methodisch fragwürdig ist, dass nach 2 Jahren SC und CBT gemeinsam weiterverrechnet wurden

Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie

Für den Zeitraum nach 1991 liegen uns fünf Untersuchungen zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten und drei Studien zur Experienziellen Gruppenpsychotherapie vor. Sechs davon konzentrieren sich auf die Psychotherapie von störungsspezifisch homogen zusammengesetzten Gruppen: Borderline-Patienten (zusammen mit neurotisch-depressiv und mit schizophren diagnostizierten Patienten) nach vorgängiger stationärer Behandlung, HIV-positive homosexuelle Männer, an Einsamkeit leidende Menschen, Gewaltopfer mit Posttraumatischer Belastungsstörung, Brustkrebspatientinnen sowie Krebs-Patienten im unbehandelbaren Stadium. Zwei weitere Studien untersuchen Korrelationen verschiedener Prozessfaktoren, darunter vor allem Dimensionen des Klienten-Erlebens mit dem Therapieerfolg. Zwei Studien untersuchten in erster Linie, ob und welche *medizinisch-somatischen* Effekte *allein durch Psychotherapie* bei Krebskranken erzielt werden können. Bei drei Studien wurden die Teilnehmer randomisiert der Therapie- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet.

Bis auf geringe Ausnahmen bescheinigen alle Untersuchungen der Gruppentherapie eine zumeist statistisch signifikante Wirksamkeit. Besonders eindrucksvoll erscheint dabei der Beleg durch eine Studie (Eckert & Wuchner, 1997), wonach bei Borderline-Patienten langfristig stabile Verbesserungen erzielt werden können. (Diese Studie zeichnet sich unter anderem durch eine lange Therapiedauer sowie einen Katamnese-Zeitraum von zweieinhalb Jahren aus!). Bei der Studie mit Krebs-Patienten im unbehandelbaren Stadium (De Vries et al., 1997) wurden sowohl positive Veränderungen in Bezug auf die Tumorbildung wie auch psychische Verbesserungen der Patienten konstatiert, die jedoch rechnerisch bzw. statistisch nicht signifikant waren. Van der Pompe, Duivenvoorden, Antoni, Visser und Heijnen (1997) konnten hingegen belegen, dass bei Brustkrebspatientinnen psychische Verbesserungen durch die Psychotherapie signifikant mit immunologischen, jedoch nicht mit endokrinologischen Verbesserungen korrelieren. Fast alle Untersuchungen zeigen im Übrigen eine Tendenz, die praktisch die gesamte Psychotherapieforschung durchzieht: dass nämlich der Therapieerfolg umso geringer ist, je beeinträchtigt die Klientinnen und Klienten jeweils sind.

In der Pilotstudie von Payne, Liebling-Kalifani und Joseph (2007), in die allerdings nur sechs Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung einbezogen waren, konnte nur die Hälfte von diesen einen Therapieerfolg erfahren. Es wurde hier jedoch ein Zusammenhang im Sinn der sechsten Rogers'schen Therapiebedingung festgestellt: Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Gruppe

(einschließlich der Therapeutinnen) als empathisch wahrnahmen, konnten von der Therapie profitieren, während diejenigen, die das Gruppenklima als nicht empathisch erlebten, von der Therapie enttäuscht wurden.

Ein interessantes Ergebnis erbrachte der Vergleich von „objektiv“ messbaren und „subjektiv“ erlebten Therapieerfolgen bei der Untersuchung von Figge und Schwab (1997). Es zeigte sich hier bei Verhaltenstherapie-Gruppen überhaupt keine inhaltliche Deckung, bei klientenzentrierten Therapiegruppen eine inhaltliche Übereinstimmung nur in fünf (von insgesamt 31) Dimensionen zwischen den jeweiligen Skalen der „objektiven“ Tests einerseits und den Schwerpunkten des subjektiv empfundenen Nutzens der Therapie andererseits.

Auf der Ebene von Prozessfaktoren lässt sich zusammenfassend festhalten, dass das Erleben von Gefühlen, von Gruppenkohäsion und von einer guten Beziehung zu den Therapeuten als besonders hilfreich eingeschätzt wird und mit dem Therapieerfolg hoch korreliert. Zu den wichtigsten Faktoren einer guten Beziehung zu den Therapeuten zählt, dass diese von den Teilnehmern als kongruent und als empathisch erfahren werden; die erlebte „soziale Mächtigkeit“ der Therapeuten weist hingegen – im Unterschied zu der von Figge und Schwab (1997) zitierten Verhaltenstherapie-Untersuchung – keine signifikanten Korrelationen zu den eben genannten Faktoren und zum Therapieerfolg auf. Jacobs, Spies, Schache, Schreiner und Zander (1996) konnten belegen, dass die Mitglieder klientenzentrierter Therapiegruppen im Umgang miteinander ein großes Ausmaß an Selbsteinbringung und sogar ein Ausmaß an Empathie, Kongruenz und Wertschätzung verwirklichen, das der Grundstufe therapeutischer Wirksamkeit entspricht. Diese Prozesseinschätzungen korrelieren jedoch nicht signifikant mit dem Therapieerfolg. Einige der Untersuchungen verweisen hingegen auf einen Unterschied der Gruppentherapie zur Einzeltherapie: Viele Gruppenmitglieder scheinen nur schwer bzw. nur langsam zum Erleben von Angstfreiheit in der Gruppe zu kommen.

Neben der zentralen Bedeutung all dieser emotionalen Prozessfaktoren belegen einige Studien auch die Wichtigkeit von geeigneten strukturellen Vorgaben bei der Gestaltung therapeutischer Gruppen. So berichtet Schwab (1995; 1997), dass Imaginations- und andere Übungen sowie „Hausaufgaben“ als besonders hilfreich empfunden wurden; bei fast allen untersuchten Gruppen finden sich zusätzliche Arrangements wie kombinierte oder vorbereitende Einzelgespräche sowie vor- oder zwischengeschaltete „Intensivtage“.

Tab. 7: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/ Stichprobe	Hauptergebnisse
De Vries, Schilder, Mulder, Vrancken, Remie & Garssen, 1997	Auswirkung von „experiential-existential counseling“ auf Tumorentwicklung und Lebensqualität bei Krebs in unbehandelbarem Stadium	quasiexperimentell, Kl. (35) Prä, Post, FU (6 und 12 Monate) 12 Einzelsitzungen (wöchentlich) und Gruppe (14-tägig, Angehörigenteilnahme möglich)	Bei 5 Kl. Tumorentwicklung gestoppt, kann aber nicht kausal der Psychotherapie zugeordnet werden Keine Veränderung der immunologischen Daten, fast keine Veränderung bzgl. Einsamkeit, Depression und „psychischer Kontrolle“ über Krebs „Sinn im Leben“ verbessert sich jedoch deutlich
Eckert & Wuchner, 1997	Frage, ob Borderline langfristig durch Klientenzentrierte Gruppentherapie veränderbar ist, Vergleich mit Patienten mit neurotischer Depression und mit Schizophrenie	quasiexperimentell Borderline (14), Depression (6), Schizophrenie (10) nach vorgängigem stat. Aufenthalt Prä, Post, FU (2,5 Jahre) 100 Sitzungen (2x/Woche)	Borderline ist langfristig veränderbar: Veränderung von durchschnittlich DIB 8,3 vorher zu DIB 5,4 nachher (Borderline-Diagnose bei DIB > 7); Stabilität der Ergebnisse im FU-Zeitraum
Figge & Schwab, 1997	Übereinstimmung von objektivem und subjektivem Therapieerfolg und Zusammenhang mit erlebtem Therapeutenverhalten in Klientenzentrierter Gruppentherapie	quasiexperimentell, Kl. (58) Prä, Halbzeit, Post, FU (6 Monate) Jahresgruppe mit Studentinnen und Studenten mit div. ICD-10 Diagnosen (2 St./Woche), dazu je 4 Einzelsitzungen und 1+3 Intensivtage	Subjektiver Nutzen: 66% deutlich, 25% eher, 8% nein; keine volle Deckung von obj. und subj. Erfolg, Übereinstimmung nur in 5 von 31 Dimensionen Signifikanter Zusammenhang von Therapieerfolg mit kongruent und empathisch erlebtem Th.; „soziale Mächtigkeit“ des Th. kein Kriterium dabei (dies wohl aber in VT-Gruppe)
Jacobs, Spies, Schache, Schreiner & Zander, 1996	Wirksamkeit und Prozessfaktoren von Klientenzentrierter Gruppentherapie	quasiexperimentell 2 Gruppen: 7 bzw. 6 Kl. mit div. ICD-10 Diagnosen Prä, Post, GRP 20 nach jeder Sitzung 40–45 Sitzungen	Signifikante Wirksamkeit der Klz. Gruppentherapie Erfahren von Gefühlen, Erleben von Gruppenkohäsion und guter Th.-Beziehung werden als hilfreich erlebt und korrelieren mit Therapieerfolg (nicht jedoch Angstfreiheit und Auseinandersetzung/Feedback) Grundstufe von therapeutischen Haltungen und von Selbsteinbringung wird erreicht, korreliert nicht mit Erfolg
Mulder, Emmelkamp, Antoni, Mulder, Sandfort & De Vries, 1994	Vergleich von „cognitive-behavioral group psychotherapy“ (CBT) und „experiential group therapy“ (ET) mit einer Kontrollgruppe mit HIV-positiven homosexuellen Männern	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (14), ET (13), Wartegruppe (12) Prä, Post, FU (3 und 6 Monate) 15 Sitzungen (2,5 Stunden und 1 Intensivtag)	Signifikante Reduktion von Stresserleben bei beiden Therapieformen Geringe Effekte bei Copingmechanismen, sozialer Unterstützung und Ausdruck von Gefühlen Keine Unterschiede zwischen CBT und ET ET wird beim Nachtest als gewinnbringender empfunden; kein Unterschied mehr im FU
Payne, Liebling-Kalifani & Joseph, 2007	Wirksamkeit von Klientenzentrierter Therapie für Gewaltopfer (Post-traumatische Belastungsstörung) in Abhängigkeit vom Wahrnehmen der therapeutischen Grundhaltungen i. S. von Rogers	Pilotstudie, Kl. (6) Prä, Post max. 16. Sitzungen (wöchentlich)	Kl., die die Grundhaltungen der Th. wahrnahmen, zeigten gute Verbesserungen bzgl. der post-traumatischen Symptomatik; Kl., die die Grundhaltungen nicht wahrnahmen, erlebten sogar Verschlechterungen
Schwab, 1995/1997	Wirksamkeit von Klientenzentrierter Kurzgruppentherapie für Einsame bzgl. Einsamkeitsempfinden, -kognitionen und -verhalten	experimentell Gruppe A: Kl. (25) Prä, Post, FU (4 Monate) 6 Sitzg. (wöch.) und 1 Intensivtag Gruppe B: Kl (69), davon Wartegruppe (29) Prä, Post, FU (4 Monate) Intensivtag, dann 12 Sitzg. (wöch.)	Gruppe A: Einsamkeitsniveau korreliert mit Ansprechen auf die Gruppe (Einsamere bleiben länger unverstanden und selbstunsicher, haben weniger Nutzen von der Gruppe) Gruppe B: Signifikante Verbesserung von Einsamkeitsempfinden (etwas bessere soziale Beziehungen auch in Katamnesezeit); kaum Veränderung der Einsamkeitskognitionen
Van der Pompe, Duivenvoorden, Antoni, Visser & Heijnen, 1997	Auswirkung von „experiential-existential group psychotherapy“ auf endokrinologische und immunologische Prozesse bei BrustkrebspatientInnen	experimentell, randomisierte Zuordnung Pat. (11), Wartegruppe (12) Vergleich der medizinischen Daten mit 15 Frauen gleichen Alters Prä, Post 13 Sitzungen (wöchentlich)	Endokrino- und immunologische Parameter verbessern sich (im Vgl. mit Kontrollgruppe) im Durchschnitt geringfügig, jedoch signifikant bei Pat. mit hohen Ausgangswerten in diesen Parametern Verbesserungen bei psychischen Parametern korrelieren signifikant mit immunologischen, jedoch nicht mit endokrinologischen Verbesserungen

Stationäre Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie

Wenn die ambulante Versorgung nur unzureichende Unterstützung bietet, wird stationäre Psychotherapie im Rahmen der Psychiatrie und Psychosomatik in Spezialabteilungen angeboten. Da dieses Setting im Vergleich zur reinen Gruppenpsychotherapie auch komplexe, therapeutisch wirksame Interaktionen zwischen dem einzelnen Patienten und der Klinikgemeinschaft, der Gruppe der Mitpatienten und dem Behandlungsteam einschließt (Strauß & Mattke, 2001), wurde es von uns als eigenständige Kategorie gewertet. Zur Fragestellung, ob Person-/Klientenzentrierte Therapie auch unter derartigen Versorgungsbedingungen signifikante Wirkungen hat, liegen exemplarisch mehrere naturalistische Studien zweier deutscher Arbeitsgruppen vor. Sie belegen, dass Gesprächspsychotherapie (GPT) und Personzentrierte Psychotherapie (PP) in diesem Anwendungsfeld wirksam ist. Anhand von sieben Effektivitätsstudien, größtenteils mit randomisierter Gruppenzuordnung, zwei Pilotstudien und einem Fallbericht soll dies im Folgenden dargestellt werden.

Die Untersuchungen entstanden zwischen 1989 und 1999 in einer Psychosomatik-Klinik und zwischen 1990 und 2003 an einer allgemein-psychiatrischen Abteilung. Die Patienten waren zumeist bereits länger erkrankt, litten unter schweren, chronischen oder komplexen Störungsbildern, hatten teilweise Mehrfachdiagnosen und häufig schon einige ambulante Therapieversuche hinter sich. Sie wurden im Rahmen von etwa drei Monate dauernden, multidimensionalen Programmen mit GPT bzw. PP als leitendem Verfahren (Einzel- und Gruppenpsychotherapie) betreut. Die bei Böhme, Finke und Teusch (1998) untersuchten Patienten wiesen – ähnlich wie jene bei Tscheulin, Walter-Klose und Wellenhöfer (2000) – ein ICD-10 Diagnosespektrum von F3 bis F6 sowie teilweise vorangegangenen Substanzmissbrauch mit mittlerer bis hoher Erkrankungsschwere auf und verfügten zu etwa zwei Drittel über eine Zweitdiagnose (zumeist eine Persönlichkeitsstörung). Bei den erzielten Veränderungen fanden sich insgesamt sowohl auf der Symptom- als auch auf der Persönlichkeitsebene signifikante Ergebnisse und stabile Langzeitwirkungen bzw. verfahrenstypische Nachbesserungen in ein- bis mehrjährigen Katamnesen. Die für PP in der Psychosomatiklinik ermittelte durchschnittliche Gesamteffektstärke betrug beim Abschluss der stationären Therapie 0.74 mit Späteffektstärken von 0.82 ein bis zwei Jahre danach (Tscheulin et al., 2000). In der Ein-Jahres-Katamnese von Böhme et al. (1998) spiegelten sich die günstigen Ergebnisse darüber hinaus auch in Form einer hohen beruflichen Wiedereingliederungsquote von zwei Drittel nach dem Krankenstand wider; zu einem Drittel war sogar keine weitere Nachbehandlung und nur bei 14 % der Patienten eine stationäre Wiederaufnahme erforderlich. In Summe zeigten diese Qualitätssicherungsstudien für den Faktor „Beziehungsqualität“, dass aus Sicht der Patienten die „personzentrierte Haltung“ der Therapeuten und das „Zusammensein mit anderen Patienten“ (Böhme et al., 1998) bzw. die „Qualität der Klinikgemeinschaft“ (Tscheulin

et al., 2000) bedeutsame Wirkfaktoren für den Erfolg darstellten.

In der vergleichenden Betrachtung wurde auch die Unterschiedlichkeit der Spielarten von stationärer Psychotherapie sichtbar. Tscheulin illustriert in seinen Studien zur Prozessqualität, dass die Klienten insgesamt – auch die stärker gestörten – ihre „Stammgruppentherapeuten“ als in hohem Maße „wertschätzend, empathisch, selbstkongruent und von hoher Akzeptanz“ erlebten. Hier erfuhren vor allem jene die therapeutische Beziehung als besonders konstruktiv, welche ihre Behandlung auch erfolgreicher beendeten. Daraus ist nach Tscheulin (1995, 2007a, 2007b; Tscheulin et al., 2000) für die Behandlungspraxis zu schließen, dass Klienten mit unterschiedlichen Formen bzw. Graden an Selbstaufmerksamkeit durch jeweils unterschiedliches Therapeutenverhalten begegnet werden müsse. Hier ist bemerkenswert, dass sich Tscheulins differenzielle Indikationsforschung nicht auf die herkömmlichen klassischen Diagnosebilder, sondern auf Analysen zu konzeptkonformen Patienten-Gruppierungen stützt.

Beim Forscherteam Böhme, Finke & Teusch (1998) wiederum wurde die stationäre Psychotherapie von einer einsichtsorientierten, konfliktaufdeckenden und erlebnisaktivierenden Konzeption der GPT (wöchentlich eine Einzel- und vier Gruppensitzungen kontinuierlich über etwa zehn bis zwölf Wochen) bestimmt, ergänzt durch Bewegungs- und Beschäftigungstherapie, Entspannungsübungen und, wo erforderlich, auch durch Medikation. Im Rahmen der zu diesen „Therapiekomponenten“ erhobenen Beurteilung lobten die befragten Patienten „die gute Mischung“, schrieben aber dem GPT-Einzelgespräch, der Gruppenpsychotherapie und dem Zusammensein mit Mitpatienten zu je beinahe 60 % die stärkste Wirkung zu. Die GPT-Grundhaltung der Psychotherapeuten wurde bei anderen Therapeuten und beim Pflegepersonal ebenso wahrgenommen. Auch dieses auf Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren gestützte Ergebnis zeigt: GPT ist speziell bei Patienten indiziert, die als „früh-gestört“ gelten, da die konstruktiven Effekte nicht nur bei Klienten mit guter Introspektionsfähigkeit bzw. hohen Autonomiewerten gemessen wurden.

Sechs weitere, zu verschiedenen Störungsbildern (Depressionen, affektive-, Angst-, Ess-, Persönlichkeitsstörungen) vorgenommene Untersuchungen erweisen sich für die Praxis auf Grund ihrer verfahrensspezifischen Effektivitätsprofile als sehr interessant. Gefragt wurde, ob sich die Effekte einer GPT-Behandlung durch eine Kombination mit Psychopharmaka oder mit Expositionstherapie verbessern ließen. Sowohl bei Patienten mit leichten bis mittleren Depressivitätswerten als auch bei jenen mit einer Angst-/Agoraphobiesymptomatik war die Kombinationsbehandlung nicht erfolgreicher als reine GPT.

Finke, Böhme & Teusch (2000) fanden, dass sich von Behandlungsbeginn an bei der depressiven Versuchsgruppe, die ausschließlich mit GPT behandelt wurde, sowohl das Ausmaß der Depressivität

und die Bereitschaft zur aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik als auch die Selbstbild-/Selbstidealdiskrepanz deutlicher veränderte als in der Gruppe mit der Kombinationsbehandlung (GPT plus Medikation). Beklagte somatische und vegetative Nebenwirkungen waren in dieser Psychopharmaka-Gruppe höher, hingegen die Bereitschaft, das Psychotherapieangebot anzunehmen, geringer als bei der reinen GPT-Gruppe (vgl. Teusch, Böhme, Finke & Gastpar, 2001; Teusch, Böhme, Finke, Gastpar & Skerra, 2003). Dies legt die Vermutung nahe, dass reine GPT andere innere Verarbeitungsprozesse unterstützt.

So sahen Teusch und Mitarbeiter, dass sich bei ausschließlich konfliktzentriert behandelten Klienten die Bereitschaft, sich Angst auslösenden Situationen auszusetzen, zwar langsamer entwickelte als bei Klienten, die eine Kombination von Expositionsbehandlung und GPT oder reine verhaltenstherapeutische Expositionen hinter sich hatten. Im Ein-Jahres-Follow-up zeigten die ausschließlich mit GPT behandelten Klienten allerdings, dass sie sich genauso häufig, wenngleich viel bewusster in Angst erregende Situationen begaben und sich subjektiv deutlich weniger gestresst erleben

(Teusch & Böhme, 1999; Teusch, Böhme & Finke, 2000, 2001).

GPT – hier manualgestützt praktiziert – versetzt Patienten mit Ess- und Persönlichkeitsstörungen, nachhaltig in die Lage, Symptome abzubauen und ihre reale Lebenssituation zu verbessern (Teusch, Böhme, Finke & Gastpar, 2001; Bettermann, Finke, Gastpar & Böhme, 1996). Konkret wird am exemplarischen Einzelfall gezeigt, wie eine an Bulimie leidende Patientin ressourcenorientiert darin unterstützt wurde, sich zunehmend mit der symptombedingten Schuldproblematik und dem Schamerleben angesichts eines sehr hohen unreflektierten Selbstideals auseinanderzusetzen und sich im weiteren Verlauf über beziehungsklärende Angebote auch mit den eigenen Erwartungen nach Zuwendung und Umsorgtheit im Konflikt mit Autonomietendenzen zu beschäftigen (Bettermann, Finke, Gastpar & Böhme, 1996).

Insgesamt kann also behauptet werden, dass unter den geschilderten Untersuchungsbedingungen die Klienten-/Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie auch im klinisch-stationären Bereich generell und in spezifischer Weise bei schwer gestörten Patienten effektiv ist.

Tab. 8: Stationäre Klientenzentrierte Psychotherapie

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/ Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Bettermann, Finke, Gastpar & Böhme, 1996	Wirksamkeit von stationärer Gesprächspsychotherapie (GPT) bei Klientinnen mit mittel- bis schwergradigen Formen von Bulimie	Pilotstudie (+ Einzelfallstudie), Pat. (14) Prä, Post, FU (1 Jahr) 12 Wochen	Starke Reduktion der Depressivität, welche im FU-Zeitraum weiter zunimmt; im Behandlungszeitraum bessert sich Leitsymptomatik (Anzahl der Essattacken rückläufig, aber Weiterbehandlung nötig)
Böhme, Finke, & Teusch, 1998	Effektivität von stationärer Gesprächspsychotherapie bei breitem Diagnosespektrum (ICD F3–F6), Frage, ob Patienten mit verschiedenen Störungsbildern von stationärer GPT unterschiedlich profitieren	quasiexperimentell, Pat. (202) Prä, Post, FU (1 Jahr) 12 Wochen (Einzelth. 1x/Wo, Gruppenth. 4x/Wo)	Stationäre GPT führt bei langjährig und schwer erkrankten KL. zu hochsignifikanten Besserungen mit Langzeitwirkung (1-Jahres-FU) Unterschiede in der Nachbesserung: stärker bei den Pat. ohne Nachbehandlung oder mit ambulanter Psychotherapie, geringer bei psychiatrisch-medikamentöser Behandlung oder erneuter stationärer Behandlung (statistisch nicht abzusichern)
Finke, Böhme & Teusch, 2000	Vergleich der Wirksamkeit von stationärer GPT mit / ohne Psychopharmaka bei verschiedenen Störungsbildern (Depressive, Angst-, Zwang-, Essstörungen; tw. Zweitdiagnose Persönlichkeitsstörung)	Pilotstudie, Pat. (55) Prä (6. Woche), Post 10–12 Wochen (GT Einzel 1x/Wo, Gruppe 4x/Wo)	Bei Pat., die keine Psychopharmaka erhielten, besserte sich die Depressivität früher und war die Bereitschaft zur Selbstexploration und Problemlösung größer als in der Vergleichsgruppe
Teusch & Böhme, 1999	Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapie (GPT) und Verhaltenstherapie (VT/Exposition) bei Pat. mit Angststörungen	quasiexperimentell GPT (20), GPT + Expos. (20), VT- Expos (72) Prä, Post, FU (6 Monate), FU (1–4 Jahr/en) 12 Wochen (GT Einzel 1x/Wo, Gruppe 4x/Wo)	Effektstärken von GPT und VT gleich Im FU noch weitere Verbesserungen der Ergebnisse Angstsymptome reduzieren sich gleich stark und schnell, allerdings setzt die Bereitschaft zur Angstexposition bei reiner GPT etwas später ein als bei reiner oder kombinierter Expositionsbehandlung
Teusch, Böhme & Finke, 2000, 2001	Ist GPT in Kombination mit VT bei Panik und Agoraphobie wirksamer als ausschließlich GPT? Gibt es qualitative Unterschiede bei den Veränderungsprozessen? Fördert reine GPT stärker die Beziehungs- und Konfliktfähigkeit?	quasiexperimentell, comprehensive cohort design GPT (28), GPT + Expos. (40) Prä, Post, FU (6 Mon.), FU (1Jahr) 12 Wochen	Beide Behandlungswege hoch signifikant FU: in beiden Gruppen weitere Nachbesserungen Reine GPT fördert stärker die Abgrenzung von Erwartungen, die Abnahme der subjektiven Stressbelastung und der allgemeinen psychosomatischen Beschwerden Zusätzliche Reizkonfrontation verbessert früher die soziale Resonanz

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/ Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Teusch, Böhme, Finke & Gastpar, 2001	Wirksamkeit des stationären GPT-Programms bei Pat. mit Komorbidität (Persönlichkeitsstörungen ICD-10: F60, F61) Ist GPT in Kombination mit medikamentöser Therapie effektiver als GPT allein?	Quasiexperimentell, 142 Pat. GPT+Med (46), GPT (96) Prä, Post, FU (1Jahr) 12 ± 3 Wochen	Signifikante und nachhaltige Veränderungen bezüglich Selbstwert, sozialer Kompetenz und Stimmung Die Kombinationstherapie verbessert Effekte nicht, ausgenommen bei der Gruppe der „Abhängigen Persönlichkeit“
Teusch, Böhme, Finke, Gastpar & Skerra, 2003	Wirksamkeit von stationärer GPT bei Pat. mit mittelgradiger Depressivität und div. Störungsbildern: Vergleich GPT/GPT+Med. Verbessert die Zusatzmedikation die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten und die Problembewältigung?	Quasiexperimentell, 76 Pat. GPT+Med (48), GPT (28) Prä (6 Wochen), Post, FU (1 Jahr) 10–12 Wochen (GPT Einzel 1x/Wo, Gruppe 4x/Wo)	Signifikante und in FU stabile Veränderungen bezüglich Selbstwert, sozialer Kompetenz und Stimmung Die Kombinationstherapie verbesserte Effekte nicht und hatte vermehrt unerwünschte Nebenwirkungen Reine GPT-Behandlung förderte die Auseinandersetzung mit problematischen früheren Erfahrungen und Konflikten
Tscheulin, Walter-Klose & Wellenhöfer, 2000	Wirksamkeit von Personenzentrierter Psychotherapie unter Praxisbedingungen: untersucht wurden Outcome, stationäres Therapiekonzept, die „Klinikgemeinschaft“ und das personenzentrierte Beziehungsverhalten der Th. Gibt es differenzielle Effekte bei Pat. mit unterschiedlicher Art der Selbstaufmerksamkeit? (Untersuchungen zur Prozessqualität)	Quasiexperimentell, 1550 Pat. mehrere Analysen: 2 Katamnesestudien: Pat. (310), Pat. (263) Prä, Post, FU (1-2 Jahre) 12 Wochen Prozessanalysen zur Kl.-Th.-Beziehung Differenzielle Effektanalyse: Pat. (977) Prä, Post	Personenzentrierte Psychotherapie und die Erfahrung der Therapeutischen Gemeinschaft sind bei schwer gestörten Kl. signifikant wirksam Im Follow-up weitere Verbesserungen 4 Kl.-gruppen mit verschiedener „Selbstaufmerksamkeit“: Unterschiede in Akzeptanz und Nutzung der therapeutischen Angebote, detto auch als (kleiner) Einfluss auf Erfolg sichtbar

Schlussfolgerungen

Die Psychotherapieforschung verspricht Objektivität, Klarheit und einen Fortschritt unseres Wissens gegenüber unüberprüfter Propaganda und Folklore. Aber selbst unter den spezialisierten Methodikern finden sich kaum noch naive Empiristen, die davon ausgehen, dass Ergebnisse empirischer Untersuchungen alleine für sich sprechen. Die verbale Interpretation und kognitive Einordnung von Forschungsergebnissen in einen weiteren theoretischen Rahmen ist eine unverzichtbare Notwendigkeit. Gerade an dieser Schnittstelle zur theorie- und paradigmendurchtränkten Auslegung eröffnen sich jedoch Interpretationsspielräume, die eine erhoffte Eindeutigkeit wieder einschränken. Was kann man daher von Forscherinnen und Forschern, die sich mit dem psychotherapeutischen Ansatz von Carl Rogers identifizieren, erwarten, wenn sie die Forschungsergebnisse ihrer eigenen Methode sichten und interpretieren? Eine unvermeidliche Verzerrung? Einseitige Aussagen und Einsichten? Schlussfolgerungen, die die eigene Position stützen und untermauern? Die Loyalität zur eigenen Methode lässt sich bei qualitativen Reviews dieser Art weder verleugnen noch vermeiden.

Auf der Grundlage dieser kritischen Vorbemerkungen kann aus unserer Sicht jedenfalls festgehalten werden, dass die Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie und die Experienziellen Ansätze

ihre hohe Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben und dies auch laufend tun. In praktisch allen Studien und Anwendungskontexten wurden zumindest mittlere und meist sogar hohe Effektstärken, vergleichbar mit denen anderer gut untersuchter Therapierichtungen, beobachtet.

Der vorliegende Review zeigt auch, dass sich die Klienten-/Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien in den letzten Jahrzehnten weiterentwickelt und ausdifferenziert haben. Dies entspricht einem Trend bei allen psychotherapeutischen Methoden und Verfahrensweisen. Wurden in den 1960er-Jahren 60 verschiedene Psychotherapieformen identifiziert, so waren es in den 1980er-Jahren bereits an die 400 Variationen (Lambert, Bergin & Garfield, 2004). Die Entwicklung und das auch quantitative Anwachsen psychotherapeutischer Ansätze fanden weitgehend unabhängig von den Ergebnissen und den Erkenntnissen der Psychotherapieforschung statt. Hand in Hand mit dieser Entwicklung verstärkte sich bis heute der Trend zum Eklektizismus und zur Methodenintegration mit dem Ziel, therapeutische Praktiken aus unterschiedlichen Ansätzen zu verbinden. Schätzungen zufolge verwenden die Hälfte bis zwei Drittel der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Vielzahl von Techniken und Praktiken, die aus verschiedenen

theoretischen Schulen stammen (Norcross et. al, 1997). Praktikerrinnen und Praktiker fühlen sich offenbar in der Lage, auf Grund ihrer Zusatzausbildungen und Weiterbildungen Techniken und Verfahren aus jeder beliebigen therapeutischen Orientierung anzuwenden, wenn es im Interesse der Klienten zu sein scheint. Dieser Trend unter Praktikern entwickelt sich ebenfalls unabhängig von der aktuellen Psychotherapieforschung, denn eine Erforschung eklektischer Behandlungsformen ist kaum vorhanden und gestaltet sich besonders schwierig, da kaum Konsens besteht über die zu kombinierenden Techniken und Praktiken.

Gegenläufig zu dieser steigenden Variabilität in der Praxis der Psychotherapie und ebenfalls weitgehend unabhängig von der Forschung versucht eine evidenzbasierte Psychotherapiepolitik, die Lizenzierung und Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren stärker an strenge Forschungsstandards zu binden, sodass nur jene psychotherapeutischen Verfahren favorisiert werden, zu denen ausreichend Forschung vorliegt und deren Effektivität und Effizienz belegbar ist. Für diese Einschätzungen und Entscheidungen wurden in den letzten Jahrzehnten zunehmend Metaanalysen herangezogen, um die Fülle der Untersuchungen zu interpretieren. Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem im Zusammenhang mit der Rückvergütung von Psychotherapiekosten an Klienten haben diesen gegenläufigen Effekt noch weiter verstärkt: Die Entwicklung von Behandlungsmanualen zielt auf eine Standardisierung der Behandlung, die im Dienste der internen Validität stehen und zur Wahrung der Prozessgüte beitragen soll, von vielen Praktikern aber als Uniformierung und als unvereinbar mit dem klientenzentrierten Therapiekonzept gesehen wird. Diese Entwicklungen werden in der Fachwelt hochkontrovers diskutiert (Norcross et al., 2006; Wampold, 2001). Ein weiteres Phänomen, das die Psychotherapieforschung identifiziert hat, das allerdings nicht mit den Uniformitätsbestrebungen verwechselt werden darf, weist darauf hin, dass die verschiedenen theoretischen Therapieansätze in der Praxis weniger unterschiedlich sind als auf einer abstrakten theoretischen Ebene. Verschiedene Therapieschulen zeigen starke Überlappungen bezüglich der Veränderungsfaktoren – häufig auch als „common factor“ bezeichnet. Dieser „common factor“, der in einem bedeutsamen Ausmaß für die Veränderung von Klienten verantwortlich scheint, schließt eine Reihe von Elementen ein: Gelegenheit für emotionale Entspannung, Förderung von Hoffnung, emotionale Unterstützung, Exploration von problematischen Erfahrungen, Ermutigung zum Experimentieren mit neuen Verhaltensweisen und Sichtweisen etc. Im Kontrast zur Common-factor-Forschung stehen Forschungsbemühungen, die auf der Grundlage von diagnostischen Manualen (z. B. DSM) spezifische Behandlungsformen für spezifische Störungen entwickeln und untersuchen.

Insgesamt haben diese Trends innerhalb der Psychotherapieforschung und Psychotherapiepolitik ein hohes Potenzial für Kontroversen, die einerseits die Forschung stimulieren, andererseits aber auch defensive Aktivitäten hervorrufen, die weder eine Qualitäts-

verbesserung noch eine Verbreiterung der Versorgungsbasis fördern. Diese Entwicklungen spiegeln sich auch in der Forschung und Diskussion zu den Person-/Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien wider: Der Trend zur Methodenintegration und zum Eklektizismus ist auch innerhalb des Person-/Klientenzentrierten Ansatzes feststellbar. Dabei sind zumindest drei Schwerpunkte zu verzeichnen: Zugänge unter differenzieller Anwendung von Methoden, die (a) aus der person-/klientenzentrierten Theorie und Methode entwickelt wurden (z. B. Focusing), (b) eine Kombination mit anderen humanistischen Verfahren darstellen (z. B. Greenberg) und (c) Verfahren und Perspektiven integrieren, die aus kognitiven und verhaltenstherapeutischen Ansätzen stammen (z. B. Sachse). Die Diskussion über eine störungsspezifische Vorgangsweise hat auch die Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie erreicht, sodass verstärkt methodische, theoretische Konzepte und auch Forschungsarbeiten zur diagnostisch uniformen Klientel durchgeführt werden.

Diese Trends spiegeln sich auch in den Studien, die Grundlage für diesen narrativen Review waren. Die Ergebnisse sind ein konsistenter Beleg dafür, dass ein person-/klientenzentriertes therapeutisches Beziehungsangebot hoch wirksam ist. Die Veränderungen sind andauernd und deutlich größer, als wenn Klienten keine Therapie erfahren hätten, sowie auf demselben Niveau wie jene untersuchten Therapieformen, die sich ebenfalls als wirksam erwiesen haben (inklusive kognitiv-behavioraler Verfahren). Dies wird unterstrichen durch die in etlichen Studien festgestellte Wirksamkeit von Zerrformen unseres Ansatzes wie „supportive counseling“. Die Art der Wirkung ist meist auch so, dass die Verbesserungen nach Beendigung der Therapie in fast allen Untersuchungen weiter zunehmen. Die hohen Effektstärken belegen, dass die erreichten Veränderungen nicht nur im statistischen Sinn, sondern auch im klinisch-praktischen Sinn hoch bedeutsam sind. Im Vergleich von „reiner“ Person-/Klientenzentrierter Therapie und solchen Varianten, die bestimmte Interventionskonzepte integrieren (z. B. Prozess-Experienzielle Therapie), zeigen sich beide Varianten gleich wirksam, die zweite Variante erreicht die Veränderungen jedoch schneller und z.T. deutlicher. Bei spezifischen Settings wie Paartherapie oder Gruppentherapie wurde häufig auch die Wichtigkeit von guten Strukturierungen (z. B. Übungen zur Selbsterfahrung, Intensivtage etc. bei Gruppentherapie; gezielte Arbeit an Kommunikationsmustern in der Paartherapie) belegt.

In der Gesundheitsversorgung kann die Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie einen wissenschaftlich abgesicherten Platz für sich beanspruchen. Unter den in diesem Review aufgenommenen Berichten wurde die Wirksamkeit unserer Verfahren in störungsspezifischer Hinsicht bzw. isoliert an folgenden besonders häufig auftretenden, klassischen Störungsbildern untersucht: Angststörungen (diverse Bilder: insgesamt vier Studien), leichte bis mittlere Depressionen (drei Studien) sowie am Störungsbild der Major Depression (vier Studien). Anpassungsstörungen und

die Posttraumatische Belastungsstörung wurden in je einer Studie erforscht, weiters in vier Studien Verarbeitungsprobleme bei schweren Belastungen (Krebserkrankung, Einsamkeit, komplexer Trauer und HIV) sowie sexuelle Dysfunktionen (in einer Studie: weiblicher Libidomangel) und bei Alkoholismus (zwei Studien). Beim vielfältigen Erscheinungsbild von Essstörungen fanden sich drei Untersuchungen, ebenso eine Studie bei den sogenannten psychosomatischen Krankheitsbildern des Gastrointestinaltraktes. Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind einmal explizit im Zentrum des Forschungsinteresses gestanden. In einigen weiteren Arbeiten wurde, wie oben bereits dargestellt, im Rahmen von zumeist naturalistischen Studiendesigns diversen Veränderungen bei schwer erkrankten Klienten mit

teilweise sehr komplexen Störungsbildern bzw. Mehrfachdiagnosen (fünf Studien) nachgegangen.

Eine Reihe von Studien können im Kontext einer Common-Factor-Forschung und in Bezug auf die fachliche Diskussion um das therapeutische Arbeitsbündnis als relevant betrachtet werden, denn sie beziehen in einem hohen Ausmaß therapeutische Bedingungen ein, die zentral für das klientenzentrierte Verfahren sind (z. B. Empathie).

Insgesamt belegt diese Bestandsaufnahme, dass die Ideen, Konzepte und Prinzipien aus der person- und klientenzentrierten Tradition nach Carl Rogers weiterhin einen festen Bestandteil der Psychotherapie- und Beratungsforschung bilden und eine gewichtige Stimme in der allgemeinen methodischen Diskussion darstellen.

Literatur

- Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R. & Eckert, J. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen: Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? *Psychotherapeut*, *52*, 24–34.
- Arnold, J. (1992). *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Therapieeffekte und Therapieverlauf*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wuppertal, FB3.
- Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Bums, A. & Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69* (5), 7.
- Baskin, T. W., Callen Tierney, S., Minami, T. & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71* (6), 973–979.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R. & Wright, F. (1992). A crossover of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 778–783.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *32* (2), 129–143.
- Bettermann, R., Finke, J., Gastpar, M. & Böhme, H. (1996). Stationäre Gesprächspsychotherapie bei Bulimie. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 85–94). Köln: GwG.
- Beutler, L. W., Engle D., Mohr D., Daldrup R. J., Bergan J. & Merry W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59* (2), 333–340.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D., Baugher M., Bridge, J., Holder, D., Iyengar, S. & Ulloa, R. E. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *57* (1), 29–36.
- Boeck-Singelmann, C., Schwab, R. & Tönnies, S. (1992). Klientenzentrierte Psychotherapie in Form von Teamtherapie. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer, & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, Bd. 3. (S. 9–23). Köln: GwG.
- Böhme, H., Finke, J., & Teusch, L. (1998). Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *48*, 20–29.
- Borkovec, R. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 611–619.
- Bower, P., Byford, S., Sibbald, B., Ward, E., King, M., Lloyd, M. & Gabbay, M. (2000). Randomized controlled trial of non-directive counseling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost effectiveness. *British Medical Journal*, *321*, 1389–1392.
- Bratton, S. C., Raya, D., Rhinea, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36* (4), 376–390.
- Collins, A. J. & Fauser, B. C. J. M. (2005). Balancing the strengths of systematic and narrative reviews. *Human Reproduction Update*, *11* (2), 103–104.
- Cooper, H. & Dorr, N. (1995). Narrative versus meta-analytic reviews: A rejoinder to Graham's comment. *Review of Educational Research*, *65* (4), 515–517.
- Dandeneau, M. L. & Johnson, S. M. (1994). Facilitating intimacy: Interventions and effects. *Journal of Marital and Family Therapy*, *20*, 17–33.
- De Vries, M. J., Schilder, J. M., Mulder, C. L., Vrancken, A. M. E., Remie, M. E. & Garssen, B. (1997). Phase II Study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer. *Psycho-Oncology*, *6*, 129–137.
- Desaulles, A., Johnson S. M. & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, *31*, 345–353.
- Eckert, J. (2004). Zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, *20*, 244–247.

- Eckert, J. & Wuchner, M. (1996). Long-term development of borderline personality disorder. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 213–233). Frankfurt: Peter Lang.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Wuchner, M. (2000). Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. *Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 50* (3–4), 140–146.
- Eckert, J., Kriz, J. & Frohburg, I. (2004). Therapiewechsler. Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? *Psychotherapeut, 49*, 415–426.
- Elliott, R. (2001). Research on the effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57–81). Washington, D.C.: APA.
- Elliott, R. (2002). Render unto caesar: Quantitative and qualitative knowing in person-centered/experiential therapy research. *Person-Centered and Experiential Psychotherapy, 1*, 102–117.
- Elliott, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493–539). New York: Wiley.
- Elliott, R., Suter, P., Manford, J., Radbour-Markert, L., Siegel-Hinson, R., Layman, C. & Davis, K. (1996). A Process-Experiential Approach to Post-Traumatic-Stress-Disorder (PTSD). In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 235–254). Frankfurt: Peter Lang.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319–324.
- Eyßell, D., Zeising, S. & Stuhr, U. (1992). Prozess-Erfolgsforschung am Beispiel klientenzentrierter Psychotherapie und psychodynamischer Kurztherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 40* (1), 58–78.
- Figge, P. & Schwab, R. (1997). Klientenzentrierte Psychotherapie in Gruppen. Objektiver und subjektiver Therapieerfolg unter dem Einfluß der erlebten Beziehung zum Therapeuten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 28* (1), 22–36.
- Finke, J., Böhme, H. & Teusch, L. (2000). Effekte der Kombinationstherapie: Psychotherapie mit und ohne Psychopharmaka. In G.-W. Speierer (Hrsg.), *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie* (S. 11–20). Köln: GwG-Verlag.
- Friedli, K., King, M. B., Lloyd, M. & Horder, J. (1997). Randomised controlled assessment of non-directive psychotherapy versus routine general-practitioner care. *The Lancet, 350* (6), 1662–1665.
- Frohburg, I. (2003). Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus der Sicht der Patient(inn)en. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 34* (4), 233–242.
- Glass, G.V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher, 5*, 3–8.
- Glass, G.V. (1978). Integrating findings: The meta-analysis of research. *Review of Research in Education, 5*, 351–379.
- Glass, G.V., McGaw, B. & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Goldman, A., & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 962–969.
- Goldman, R. N., Greenberg, L.S. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 16* (5), 537–549.
- Gordon-Walker, J., Johnson, S., Manion, I. & Cloutier, P. (1996). Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1029–1036.
- Graham, S. (1995). Narrative versus meta-analytic reviews of race differences in motivation: A comment on Cooper and Dorr. *Review of Educational Research, 65* (4), 509–514.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. K. & Lietaer, G. (1994). Research on Experiential Psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 509–539). New York: Wiley.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*, 210–224.
- Grindler-Katonah, D. (1991). *Focusing as treatment for adaptive recovery from cancer*. Unpublished dissertation, Illinois School of Professional Psychology, Chicago, IL.
- Hartmann, S. & Zepf, S. (2002). Effektivität von Psychotherapie: Ein Vergleich verschiedener psychotherapeutischer Verfahren. *Forum Psychoanalyse, 18*, 176–196.
- Harvey, I., Nelson, S., Lyons, R., Unwin, C., Monaghan, S. & Peters, T. (1998). A randomized controlled trial and economic evaluation of counselling in primary care. *British Journal of General Practice, 48*, 1043–1048.
- Hölldampf, D. & Behr, M. (2008). Wirksamkeit der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 219–239). Göttingen: Hogrefe.
- Iacoviello, B. M., Scott McCarthy, K., Barrett, M. S., Rynn M., Gallop R. & Barber J. P. (2007). Treatment preferences affect the therapeutic alliance: Implications for randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (1), 194–198.
- Jacobs, S., Spies, K., Schache, A., Schreiner, M. & Zander, B. (1996). Wirk- und Prozessfaktoren klientenzentrierter Gruppenpsychotherapien. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 157–188). Köln: GwG-Verlag.
- Jacobs, S. & Bangert, M. (2003). Evaluation der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholkrankheit im Rahmen der Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 34* (3), 150–158.
- Jacobs, S. & Bangert, M. (2005). Effekte und Prozessmerkmale der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholismus. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 36* (2), 97–107.
- Jenny, B., Goetschel, P., Köppler, C. & Samson, B. (2006). Personenzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation. *Person, 10* (2), 93–107.
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of outcome in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 23*, 135–152.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1995). The emotionally focused approach to problems in adult attachment. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (2nd ed.) (pp. 121–141). New York: Guilford.

- Johnson, S. M., Maddeaux, C. & Blouin, J. (1998). Emotionally focused family therapy for bulimia: Changing attachment patterns. *Psychotherapy, 35*, 238–247.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M., & Byford, S. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment, 4* (19), 1–84.
- Klaus, D. (1991). *Ambulante klientenzentrierte Kinder-, Kindergruppen- und Elterngruppenpsychotherapie. Indikations- und Effektivitätskriterien*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Leipzig.
- Kolko, D.J., Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J. & Birmaher B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation and moderation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 603–614.
- Lambert, M.J., Bergin, A. E., Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 3–15). New York: Wiley.
- Lambert, J. M. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 139–193). New York: Wiley.
- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Psychology Quarterly, 14*, 149–163.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P. & Auerbach, A. (1985). Therapist Success and its Determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602–611.
- Manne, S., Rubin, S., Edelson, M., Rosenblum, N., Hernandez, E., Carlson, J., Rocereto, T. & Winkel, G. (2007). Coping and communication-enhancing intervention versus supportive counseling for woman diagnosed with gynecological cancers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (4), 14.
- MacPhee, D. C., Johnson, S. M. & Van der Veer, M. D. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy, 21*, 159–182.
- Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Fishman, B., Spielman, L.A., Jacobsberg, L. B., Frances, A. J., Klerman, G. L. & Perry, S. W. (1998). Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Archives of General Psychiatry, 55*, 452–457.
- Meyer, A. E. (1981). The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics, 35*, 81–207.
- Meyer, A.-E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19* (4), 287–291.
- Miller, S., Wampold, B. & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research, 18* (1), 5–14.
- Mulder, C. L., Emmelkamp, P. M. G., Antoni, M. H., Mulder, J. W., Sandfort, T. G. M. & de Vries, M. J. (1994). Cognitive-behavioral and experiential group psychotherapy for HIV-infected homosexual men: A comparative study. *Psychosomatic Medicine, 56*, 423–431.
- Muro, J., Ray, D., Schottelkorb, A., Smith, M. R. & Blanco, P. (2006). Quantitative analysis of long-term child-centered play-therapy. *International Journal of Play Therapy, 15* (2), 35–58.
- Müller-Hofer, B., Geiser, C., Juchli, E. & Laireiter, A.-R. (2003). Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) – Ergebnisse einer Praxisevaluation. *PsychotherapieForum, 11* (2), 80–91.
- Norcross, J. C., Karg, R. S. & Prochaska, J. O. (1997). Clinical psychologists in the 90's: Part 1. *The Clinical Psychologist, 50* (2), 4–9.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. D. (2006). *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental question*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In: M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 307–389). New York: Wiley.
- Paivio, S. C. & Greenberg, L. S. (1995). Resolving „unfinished business“: Efficacy of experiential therapy using empty chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 419–425.
- Payne, A., Liebling-Kalifani, H. & Joseph, S. (2007). Client-centred group therapy for survivors of interpersonal trauma: A pilot investigation. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*, 100–105.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N. & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71* (6), 1007–1016.
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sachse, R. (1995). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Effektive psychotherapeutische Strategien bei Klienten und Klientinnen mit psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 27–49). Köln: GwG-Verlag.
- Sachse, R. (1997). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen. Therapiekonzepte und Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 28* (2), 90–107.
- Sammert-Hofmann, I., Stuhr, U. & Meyer, A.E. (1994). Ergebnisse und Probleme zeitreihenanalytischer Einzelfallbetrachtungen bei klientenzentrierter und psychodynamischer Kurz-Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 42* (1), 27–41.
- Schmidtchen, S., Acke, H. & Hennies S. (1995). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel! Prozeßanalyse des Klientenverhaltens in der Kinderspieltherapie. *GwG-Zeitschrift, 99*, 15–23.
- Schmidtchen, S., Hennies, S. & Acke, H. (1993). Zwei Fliegen mit einer Klappe? Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirksamkeitsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 40*, 34–42.
- Schwab, R. (1995). Zur Prozessforschung in der gesprächspsychotherapeutischen Gruppentherapie: Überlegungen im Anschluss an empirische Ergebnisse aus Gruppen mit Einsamen. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 151–165). Köln: GwG-Verlag.
- Schwab, R. (1997). *Einsamkeit. Grundlagen für die klinisch-psychologische Diagnostik und Intervention*. Bern: Hans Huber.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist, 50* (12), 965–974.
- Shear, M. K., Houck, P., Greeno, C. & Masters, S. (2001). Emotion-focused therapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 158* (12), 1993–1998.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752–60.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15–28.

- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555–566.
- Strauß, B. & Mattke, D. (2001). Stationäre Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 225–229). Stuttgart, New York: Thieme.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittkowski, A. & Morris, J. (2000). Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 917–922.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A. & Morris, J. (1998). A randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303–307.
- Teusch, L. & Böhme, H. (1999). Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered „nonprescriptive“ treatment on exposure. *Psychotherapy Research*, 9 (1), 115–123.
- Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2000). Unterschiedliche Prozesse von Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung. In G.-W. Speierer (Hrsg.), *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie* (S. 21–30). Köln: GwG-Verlag.
- Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie und Panikstörung. *Nervenarzt*, 72, 31–39.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J. & Gastpar M. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment: An empirical follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 328–336.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13 (3), 307–322.
- Trettin, R., Meyer, A.-E. & Stuhr, U. (1994). Berichte über und Klärung von „kritischen Ereignissen“ als Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Eine Prozess-Effizienz-Studie zwischen psychodynamisch und klientenzentriert behandelten Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44 (2), 53–57.
- Tscheulin, D. (1995). Reziproke Interaktionsprozesse: Grundlage von Entwicklung und therapeutischer Veränderung. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse* (S. 71–88). Köln: GwG.
- Tscheulin, D.A. (2007a). Psychodiagnostik und differenzielles Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie: Grundlagen. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie – Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 167–178). Wien: Facultas.
- Tscheulin, D.A. (2007b). Psychodiagnostik und differenzielles Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie: Praxis. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie – Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 179–190). Wien: Facultas.
- Tscheulin, D., Walter-Klose, Ch. & Wellenhöfer, G. (2000). Effektivität personenzentrierter stationärer Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik: Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 31 (1), 35–44.
- Van der Pompe, G., Duivenvoorden, H. J., Antoni, M. H., Visser, A. & Heijnen, C. J. (1997). Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 453–466.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Model, Methods, and Findings*. London: Erlbaum.
- Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S., Gabbay, M., Tarrier, N. & Addington-Hall, J. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321, 1383–1388.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 773–781.
- Watson, J. C. & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (1–2), 25–33.
- Weerasekera, P., Linder, B., Greenberg, L. & Watson, J. (2001). The working alliance in client-centered and process-experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 11 (2), 221–233.

Autoren und Autorin:

Norbert File, *1966, Mag. phil., Klientenzentrierter Psychotherapeut in Imst und Innsbruck, Lehrtherapeut der ÖGWG, Lehrbeauftragter an der Universität Innsbruck, Institut für Psychologie.

Robert Hutterer, *1951, Univ.-Prof. an der Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaft, Personenzentrierter Psychotherapeut, Psychotherapieausbildner in der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP).

Wolfgang W. Keil, *1937, Prof., Mag. rer. soc. oec., Klientenzentrierter Psychotherapeut in Wien; Lehrgangleiter an der Donau-Universität Krems; Ehrenobmann, Ausbildner und Lehrtherapeut der ÖGWG; Gruppenpsychotherapeut und Gruppendynamiktrainer (ÖAGG); Focusing-Professional (Focusing Institute New York).

Christian Korunka, *1959, Univ.-Prof. an der Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Personenzentrierter Psychotherapeut und Ausbildner im IPS der APG.

Brigitte Macke-Bruck, Dr. med., Psychotherapeutin (PP) und Supervisorin in freier Praxis, Ausbilderin und Lehrtherapeutin im Forum der APG, Wien.

Korrespondenzadresse:

Prof. Mag. Wolfgang W. Keil
Albertg. 39/6, 1080 Wien
wolfgang@keil.or.at