

William B. Stiles, Michael Barkham, Elspeth Twigg, John Mellor-Clark & Mick Cooper¹

Wirksamkeit Personzentrierter Therapie im Vergleich zu kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapien, wie sie im Rahmen des britischen National Health Service² praktiziert werden

Zusammenfassung:

Hintergrund: Das Äquivalenzparadox der Psychotherapie ist, dass Behandlungen gleichwertig positive Ergebnisse zeigen, obwohl ihre Theorien und Techniken nicht äquivalent sind. Wir verglichen die Ergebnisse verschiedener Ansätze, wie sie in der täglichen Therapiepraxis verwendet werden.

Methode: Klienten ($n=1.309$), die während dreier Jahre in einer von 58 NHS-Erst- und Nachsorgeeinrichtungen kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), Personzentrierte Therapie (PZT) oder psychodynamische Therapie (PDT) erhielten, füllten zu Beginn und am Ende ihrer Behandlung den Fragebogen „Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)“ aus. Ihre Therapeuten gaben auf einem Therapieende-Formular an, welchen Behandlungsansatz sie verwendet hatten. Wir verglichen die Ergebnisse von sechs Gruppen: drei, die ausschließlich mit CBT, PZT oder PDT, und drei, die mit einem dieser Ansätze plus einem weiteren Ansatz behandelt worden waren (zum Beispiel integrativ, unterstützend, Kunst). Letztere wurden entsprechend als CBT+1, PZT+1 oder PDT+1 gekennzeichnet.

Ergebnisse: Alle sechs Gruppen erreichten im Durchschnitt merkliche Verbesserungen (Prä-Post-Effektstärke=1,36). Behandlungsansatz und Reinheitsgrad („nur“ versus „+1“) weisen beide auf statistisch signifikante, aber vergleichsweise geringfügige Varianzanteile bei den CORE-OM-Scores hin (jeweils 1% und .5% im Vergleich zur Prä-Post-Veränderung). Die Verteilungen der Veränderungsmaße waren weitgehend überlappend.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse dieser drei Behandlungsansätze, wie sie routinemäßig in verschiedenen NHS-Settings praktiziert werden, stimmen im Allgemeinen mit früheren Befunden überein, wonach Ansätze, die in ihrer Theorie verschieden sind, dazu tendieren, gleichwertige Ergebnisse zu erzielen. Vorsicht ist angebracht wegen der beschränkten Angaben zur Behandlung, der nicht-zufälligen Zuweisung der Klienten zu den Behandlungsformen, der fehlenden Kontrollgruppe, fehlender Daten und anderer Punkte.

Schlüsselwörter: Wirksamkeit von Psychotherapie, Wirksamkeitsstudie, Vergleich von Ansätzen, Dodos Verdikt

Abstract: Outcomes of Person-Centered Therapy in comparison to Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapies as Practiced in United Kingdom National Health Service Settings.

Background. Psychotherapy's equivalence paradox is that treatments have equivalently positive outcomes despite non-equivalent theories and techniques. We compared the outcomes of contrasting approaches practiced in routine care.

Method. Clients ($n=1,309$) who received cognitive-behavioural therapy (CBT), Person-centred therapy (PCT) and psychodynamic therapy (PDT) at one of 58 NHS primary and secondary care sites during a three-year period completed the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) at the beginning and end of their treatment. Therapists indicated which treatment approaches were used on an End of Therapy

¹ Übersetzung: Margarethe Letzel und Christian Korunka

² Dieser Artikel ist eine verkürzte und übersetzte Version des Artikels „Effectiveness of Cognitive-Behavioural, Person-Centred, and Psychodynamic Therapies as Practiced in United Kingdom National Health Service Settings“, erschienen in Psychological Medicine, 36, 555–566 (Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper, 2006) und wird mit freundlicher Genehmigung der Cambridge University Press (© Society for the Comparative Study of Society and History) gedruckt.

Michael Barkham und Elspeth Twigg, Mitglieder des Psychological Therapies Research Centre, University of Leeds, wurden unterstützt vom Priorities and Needs Research and Development Levy des Leeds Community Mental Health & Teaching Trust.

Michael Barkham und John Mellor-Clark erhielten Forschungsgelder der UK Mental Health Foundation, um den CORE-OM zu entwickeln, ein Messinstrument, das in dieser Studie verwendet wird. John Mellor-Clark leitet eine Firma, die Training, Software-Support, Datenanalysen und für Anwender des CORE-Systems Benchmarking-Dienste anbietet.

form. We compared outcomes of six groups: three treated with CBT, PCT, or PDT only, and three treated with one of these plus one additional approach (e.g., integrative, supportive, art), designated CBT+1, PCT+1, or PDT+1, respectively.

Results. All six groups averaged marked improvement (pre-post effect size=1.36). Treatment approach and degree of purity ("only" vs "+1") each accounted for statistically significant but comparatively tiny proportions of the variance in CORE-OM scores (respectively, 1% and .5% as much as pre-post change). Distributions of change scores were largely overlapping.

Conclusions. Results for these three treatment approaches as practiced routinely across a range of NHS settings were generally consistent with previous findings that theoretically different approaches tend to have equivalent outcomes. Caution is warranted because of limited treatment specification, non-random assignment, lack of a control group, missing data, and other issues.

Keywords: Psychotherapy outcome, effectiveness study, comparing of psychotherapy approaches, Dodo's verdict

Einleitung

Die Kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), die Personzentrierte Therapie (PZT) und die psychodynamische oder psychoanalytische Therapie (PDT) sind weithin einflussreiche Ansätze für Beratung und Psychotherapie. Jede dieser Richtungen umfasst eine Vielfalt an Techniken und sollte eher als eine ganze Familie von Behandlungsansätzen denn als ein spezifisches Behandlungsvorgehen angesehen werden. Dennoch unterscheiden sie sich voneinander hinsichtlich des Repertoires der üblichen Interventionen sowie ihrer Annahmen über die Natur und die Ursachen psychischer Erkrankungen. Und jede wird von denen, die sie ausüben, als weitgehend geeignet für die meisten der Probleme angesehen, die zur psychotherapeutischen Behandlung anstehen (Feltham & Horton, 2006; Gabbard, Beck & Holmes, 2005). Wir untersuchten die Ergebnisse von Behandlungen, die unterschiedlichen Vorgehensweisen dieser drei Ansätze entsprachen. 1309 Klienten und Klientinnen von 58 Einrichtungen für psychische Gesundheit des National Health Service (NHS) waren während eines Zeitraums von drei Jahren behandelt worden.

Für die Effizienz und Effektivität³ der CBT gibt es für ein breites Störungsspektrum eine Vielzahl von Belegen (z. B., Dobson, 1989; Hollon & Beck, 2004; Westbrook & Kirk, 2005). Demgegenüber wurden die Ergebnisse der beiden anderen Ansätze in weniger Studien systematisch überprüft, jedoch unterstützen die vorliegenden Belege ebenfalls die Effizienz und Effektivität von zumindest einigen Varianten des PZT (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004; Greenberg & Watson, 1998; Goldman, Greenberg & Angus, in Druck; Ward et al., 2000) und der PDT (Leichsenring, 2001; Leichsenring & Leibing, 2003; Leichsenring Rabung & Leibing, 2004). Klinische Studien, die andere Ansätze vergleichen (z. B. Barkham et al., 1996; Elkin et al., 1989; Shapiro et al., 1994), und breit angelegte Übersichten

(z. B. Roth & Fonagy, 2004; Wampold, 2001) kamen zur Schlussfolgerung, dass *bona fide* Therapien, die häufig untersucht wurden, dazu tendieren, ähnlich effektiv zu sein. Das ist das Äquivalenzparadox: Viele Psychotherapien scheinen vergleichbar gute Ergebnisse zu haben trotz offensichtlich nicht äquivalenter Theorien und Techniken. Das Paradox wird als *Dodo-Verdikt* bezeichnet: „Alle haben gewonnen und alle haben einen Preis verdient“ (Carroll, 1865/1946, S. 28; kursiv im Original), das Psychotherapieforscher seit sieben Jahrzehnten zitieren (z. B., Beutler, 1991; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Rosenzweig, 1936; Seligman, 1995; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986).

Trotz dieser Hinweise auf gleichwertige Ergebnisse vieler Behandlungsansätze gab die überwältigende Anzahl publizierter Forschung zur CBT (Roth & Fonagy, 2004; Wampold, 2001) dieser eine größere Glaubwürdigkeit als den anderen Ansätzen. Obwohl CBT eindeutig effektiv ist, ist ihre Dominanz mehr eine Funktion unterschiedlicher Forschungsaufmerksamkeit als ein Beweis für unterschiedliche Effektivität.

Unsere Studie befasste sich mit der Effektivität unterschiedlicher Behandlungsansätze, so wie sie in der Alltagspraxis angewendet werden, und stützt sich auf diejenigen Arten der Behandlung, wie sie von den Praktikern angewendet werden und wie sie die Klienten typischerweise erhalten. Die Logik der Effektivitätsforschung ist, dass die mit der fehlenden Randomisierung verbundene Gefahr einer nicht-zufälligen Zuweisung der Klienten zu den Behandlungsformen sowie die mangelnde Gewissheit, dass die Behandlungen in einer standardisierten Form durchgeführt wurden, ausgeglichen werden durch größere Wirklichkeitsnähe bzw. höhere externe Validität (s.a. Seligman, 1995). Unsere Studie versteht sich als Antwort auf die Forderung nach repräsentativen klinischen Studien (z. B., Shadish, Navarro, Matt & Phillips, 2000; Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph & Brody, 2003; Street, Niederehe & Lebowitz, 2000), die Routinebehandlungen heranziehen und Daten benützen, welche ursprünglich mehr für den administrativen Gebrauch als für Forschungszwecke erhoben wurden.

Unsere Nullhypothese war, dass es zwischen CBT, PZT und PDT, so wie sie in der psychotherapeutischen Praxis angewendet werden,

3 Anmerkung der Herausgeber: Unter "Effizienz" versteht man die Wirksamkeit eines therapeutischen Ansatzes unter den Bedingungen einer kontrollierten Studie, unter „Effektivität“ demgegenüber seine Wirksamkeit unter den Bedingungen des therapeutischen Praxisalltags.

keinen Unterschied in ihren Ergebnissen gibt. Wir überprüften die Effektivität durch Vergleich der Werte des *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* zu Beginn und am Ende der Behandlung (CORE-OM; Barkham et al., 2001, 2005; Evans et al., 2002).

Methode

Teilnehmer

Wir analysierten die Daten von 1309 Klienten, die CBT, PZT oder PDT erhalten und den CORE-OM zu Beginn und am Ende ihrer Behandlung ausgefüllt hatten. Die Daten wurden während des Verlaufs von drei Jahren (Januar 1999 bis November 2001) in 58 National- Health-Service-(NHS)-Einrichtungen erhoben, in denen Beratung und Psychotherapie angeboten wird und in denen die CORE-OM-Daten routinemäßig erhoben werden. Die 58 NHS-Einrichtungen trugen von 1 bis 111 Klienten bei (mdn=16,5; 24 der Einrichtungen trugen 20 oder mehr Klienten bei). Die Mehrzahl der Klienten (n=844; 64,5%) wurde in Beratungseinrichtungen der „primary care“⁴ behandelt, die übrigen in mehr spezialisierten psychologischen Diensten (n=286; 21,8%), in Einrichtungen der „secondary care“ (n=136; 10,4%) oder im tertiären/spezialisierten Bereich (n=43; 3,3%). Therapeutenmerkmale wurden nicht erfasst. Ausgehend von den 878 Klienten, bei denen die Identifizierungsnummern der Therapeuten vorlagen, behandelten 251 Therapeuten von 1 bis 29 Klienten (mdn=2; 15 Therapeuten behandelten 10 oder mehr Klienten).

Von den 1.309 Klienten waren 29,3% (n=383) männlich; 2,8% (n=36) waren jünger als 20 Jahre, 19,6% (n=257) zwischen 20 und 29 Jahre alt, 29,7% (n=389) zwischen 30 und 39 Jahre alt, 24,7% (n=323) zwischen 40 und 49 Jahre alt, 15,2% (n=199) zwischen 50 und 59 Jahre alt und 8,0% (n=105) über 60 Jahre alt. Die Klienten zeigten eine Vielzahl unterschiedlicher psychischer Probleme, wie sie für die Praxis der Dienste für psychische Gesundheit in der *primary care* typisch sind, zumeist Ängste, Depressionen, zwischenmenschliche und Selbstwert-Probleme. Fast die Hälfte der Klienten (n=638; 48,7%) nahmen zu Beginn der Therapie verschriebene psychotrope Medikamente ein, davon 88,7% Anti-Depressiva, 14,7% Anxiolytika/Sedativa und 4,7% Anti-Psychotika (viele nahmen mehr als einen Medikamententyp ein).

Messinstrumente

Outcome-Messung via Selbsteinschätzung: Die CORE-OM umfasst 34 Items, die sich auf Bereiche subjektiven Wohlbefindens, Symptome

(Ängste, Depressionen, körperliche Probleme, Traumata), das Funktionieren (allgemeines Funktionieren, nahe Beziehungen, soziale Beziehungen) und Risiko (Risiko für sich selbst, Risiko für andere) beziehen. Die Hälfte der Items richten sich auf Probleme mit geringerer Intensität (zum Beispiel „ich fühle mich ängstlich/nervös“) und die andere Hälfte auf Probleme hoher Intensität (zum Beispiel „ich empfinde Panik/Entsetzen“). Die Items werden auf einer 5-Punkte-Skala von 0 bis 4 eingeschätzt, bezeichnet mit *überhaupt nicht, selten, manchmal, oft* und *ständig oder meistens*. Die klinischen CORE-Scores werden als die Mittelwerte aller ausgefüllten Items berechnet und mit 10 multipliziert, wodurch klinisch relevante Unterschiede durch ganze Zahlen dargestellt werden (Leach et al., 2006). Damit können klinische CORE-Werte von 0 bis 40 reichen. Die Formulare werden als gültig angesehen, sofern nicht mehr als drei Items unbeantwortet waren (Evans et al., 2002). Die Reliabilitäten (Innere Konsistenz) für die 34-Item Skala der klinischen (n=713) und nicht-klinischen (n=1.009) Fragebögen waren jeweils .94 (Barkham et al., 2001). Die Test-Retest-Korrelation (*Spearman's rho*; mit einwöchigem Abstand) war bei einer studentischen Stichprobe (n=43) .90 (Evans et al., 2002).

Beurteilung durch die Therapeuten: Das CORE-Assessment (Mellor-Clark et al., 1999; Mellor-Clark & Barkham, 2000) enthält den Therapeuten-Beurteilungs-Fragebogen, der zu Beginn ausgefüllt wird, und den Therapieende-Fragebogen. Im Therapeuten-Beurteilungs-Fragebogen gaben die Therapeuten Informationen zur Überweisung, demographische Angaben zu den Klienten und Daten zu Art, Schwere und Dauer der vorgebrachten Probleme, wobei sie die folgenden 14 Kategorien verwendeten: Depression, Ängste, Psychose, Persönlichkeitsprobleme, kognitive/Lern-Schwierigkeiten, Essstörungen, körperliche Probleme, Süchte, Trauma/Missbrauch/Misshandlung, Verluste, Selbstachtung, zwischenmenschliche Probleme, Lebensbedingungen/Wohlbefinden und Arbeit/Studium.

Auf dem Therapieende-Formular gaben die Therapeuten an, welche Art(en) von Therapie angewendet wurde(n) – so viele wie zutreffend. Die Kategorien waren: psychodynamisch, psychoanalytisch, kognitiv, behavioral, kognitiv/behavioral, strukturiert/kurz, personenzentriert, integrativ, systemisch, unterstützend, Kunst und andere. Die Therapeuten vermerkten außerdem die Anzahl der Sitzungen und andere Aspekte der Behandlung.

Studienablauf

Datenerhebung: Alle Klienten, die bei den teilnehmenden Einrichtungen psychologische Begutachtung oder Therapie in Anspruch nahmen, wurden vor Beginn der Behandlung gebeten, einen CORE-OM-Fragebogen auszufüllen. Sie wurden der Behandlung und den jeweiligen Therapeuten so zugewiesen, wie es in diesen Einrichtungen üblich war. Die Einrichtungen wurden instruiert, bei der letzten Sitzung den Post-Behandlungs-CORE-OM-Fragebogen auszuhändigen;

⁴ Anmerkung der Herausgeber: Im englischen Gesundheitssystem werden bei Behandlungseinrichtungen je nach Grad ihrer Spezialisierung mehrere Stufen unterschieden.

das Timing und die speziellen Vorgehensweisen hingen davon ab, was für jede der Einrichtungen organisatorisch am besten geeignet war und wurden nicht eigens vermerkt. Die Therapeuten füllten den Therapeuten-Beurteilungs-Fragebogen nach der ersten Sitzung aus und den Therapieende-Fragebogen dann, wenn der Klient entlassen wurde oder nicht mehr zur Therapie kam. Die Datenerhebung erfolgte gemäß den Datenschutzbestimmungen für die Verwendung von routinemäßig erhobenen klinischen Daten. Die erhobenen Messdaten wurden von einem Datenverwaltungsdienst gesammelt und ohne die Angaben zur Identifizierung der Klienten an die University of Leeds zur Weiterverarbeitung geschickt. Jedem Klienten wurde eine einmalige Codeziffer zugeordnet.

Auswahl der Klienten: Von 10.351 Klienten, die in den genannten Einrichtungen während der drei Jahre der Datenerhebung behandelt worden waren und die mindestens einen CORE-OM oder CORE-Beurteilungs-Fragebogen ausgefüllt hatten, lieferten 3.051 sowohl gültige CORE-OM-Fragebögen, die sie vor und nach der Behandlung ausgefüllt hatten, und außerdem gültige von den Therapeuten ausgefüllte Fragebögen zum Therapieende. Aus diesen 3.051 Klienten bildeten wir anhand der Therapeutenangaben auf dem Fragebogen zum Therapieende sechs Behandlungsgruppen gemäß den angewendeten Therapieform(en). Die meisten Therapeuten gaben mehr als eine der 12 angegebenen Kategorien an (M=2,06; Reichweite [Range]=1 bis 10). Für den Zweck dieser Untersuchung klassifizierten wir die drei ins Auge gefassten Ansätze wie folgt:

- CBT = *kognitiv, behavioral* und/oder *kognitiv/behavioral*
- PZT = *personenzentriert*
- PDT = *psychodynamisch* und/oder *psychoanalytisch*.

Mit diesen ausgewählten Ansätzen definierten wir sechs Gruppen von Klienten. Drei bestanden aus den Klienten, deren Therapeuten die Therapie einem – und nur diesem – der Ansätze CBT, PZT oder PDT zugeordnet hatten. Die anderen drei Gruppen enthielten Klienten, deren Therapeuten einen der gewählten Ansätze und außerdem

eine Behandlungsform angaben, die nicht zum gewählten Ansatz gehörte (zum Beispiel *strukturiert/kurz, integrativ, systemisch, unterstützend, Kunst oder andere*), abgekürzt CBT+1, PZT+1 und PDT+1. Wir nahmen an, dass die letzteren drei Gruppen Vergleiche zwischen Ansätzen ermöglichen würden, die zwar sehr ähnlich, aber je nach Sichtweise irgendwie verwässert oder irgendwie erweitert waren.

Von den 3.051 Klienten mit vollständigen Daten erfüllten 1.309 die Bedingungen für eine der angegebenen sechs Gruppen. Die Häufigkeiten jeder Gruppe zeigt Tabelle 1.

Ergebnisse

Ergebnisse der Behandlungen in den NHS-Einrichtungen

Klienten in dieser Behandlungsform zeigten sehr beträchtliche Fortschritte, im CORE-OM-Verbesserungen von durchschnittlich 17,41 (sd=6,52; innere Konsistenz [Cronbach Alpha] = .93) auf 8,50 (sd=6,27), eine Differenz von 8,9 (sd=6,81). Die Effektstärke der gesamten Behandlung, berechnet als die Prä-Post-Differenz der Mittelwerte, dividiert durch die Standardabweichung des Prä-Therapiewerts, betrug 1,36.

Tabelle 1 zeigt für jede der sechs Gruppen die mittleren CORE-OM-Werte vor und nach der Behandlung, die durchschnittlichen im Laufe der Behandlung entstandenen Differenzen sowie die Effektstärken. Eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) zum Vergleich der sechs Gruppen vor der Therapie war nicht signifikant, $F(5, 1.303) = 0,66$; $p = .654$, $\text{partial } \eta^2 = .003$ (eta-quadrirt, ein Maß für Effektstärke, berechnet als Effektvarianz, geteilt durch Effekt- plus Fehlervarianz), was darauf hinweist, dass alle Gruppen die Behandlung bei einem vergleichbaren Ausmaß an Störung begonnen hatten.

Um die Behandlungsergebnisse zu überprüfen, rechneten wir eine ANOVA mit Messwiederholung (Messung vor vs. nach der Behandlung) mit dem Behandlungsansatz (CBT vs PZT vs PDT) und dem Reinheitsgrad (rein vs „+1“) als konstanten Faktoren. Die Ergebnisse zeigten einen sehr ausgeprägten Haupteffekt für die Behandlung der Klienten, $F(1, 1.303) = 1.905,70$, $p < .001$, $\text{partial } \eta^2 = .594$, was darauf hinweist, dass die Verbesserungen ohne Berücksichtigung der Behandlungsformen einen großen Varianzanteil bei den erhaltenen CORE-OM-Werten erklärt. Ein differenzieller Behandlungseffekt erscheint in der Analyse als Wechselwirkung zwischen Behandlungsform und Messzeitpunkt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Effekt zwar signifikant, aber sehr klein war, $F(2, 1.303) = 3,94$, $p = .020$, $\text{partial } \eta^2 = .006$; keiner der post-hoc-Vergleiche zwischen den Gruppen-Mittelwerten war signifikant.

Der Vergleich der Effektivität der reinen versus den „+1“-Formen der Behandlung (die Wechselwirkung zwischen Reinheitsgrad und Messzeitpunkt) war ebenfalls

Tabelle 1: CORE-OM klinische Scores für Behandlungsgruppen: Prä- und Post-Therapie – Mittel sowie Unterschiede

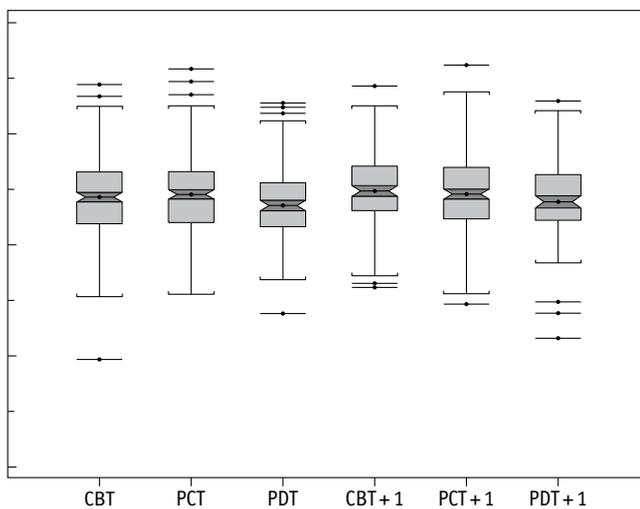
Behandlungsgruppe	n	Prä-Therapie		Post-Therapie		Prä-Post-Unterschied		Effektstärke
		Mittel	Sd	Mittel	sd	Mittel	sd	
CBT	298	16,9	7,0	8,1	6,4	8,9	7,1	1,27
PZT	332	17,6	6,6	8,9	6,1	8,7	6,6	1,32
PDT	122	17,6	6,3	9,9	6,8	7,7	6,4	1,23
CBT+1	181	17,9	6,3	7,9	5,6	10,0	6,5	1,59
PZT+1	249	17,3	6,4	7,8	6,3	9,5	6,9	1,48
PDT+1	127	17,3	5,9	9,1	6,3	8,2	6,9	1,38

Anmerkung: CBT=kognitive, behaviorale oder kognitiv-behaviorale Therapie; PZT=Personenzentrierte Therapie; PDT=psychodynamische/psychoanalytische Therapie; CBT+1=CBT kombiniert mit einer anderen Therapie; PZT+1=PZT kombiniert mit einer anderen Therapie; PDT+1=PDT kombiniert mit einer anderen Therapie.

signifikant, aber die Effektstärken gering, $F(1, 1.303)=4,02$, $p=.045$, $\text{partial } \eta^2=.003$. Die dreifache Interaktion zwischen Behandlungsansatz, Reinheitsgrad und Messzeitpunkt, die (bei Signifikanz) gezeigt hätte, dass je nach Behandlungsansatz dem Reinheitsgrad eine unterschiedliche Bedeutung zukommt, war nicht signifikant, $F(2, 1.303)=1,40$, $p=.248$, $\text{partial } \eta^2 < .001$.

In Abbildung 1 sind die Verteilungen der Prä-Post-Differenzen der klinischen CORE-OM-Werte für jede Gruppe als *Boxplots* abgebildet, die den Median, die mittleren 50% und die Grenzen der Verteilung anzeigen. Obwohl diese Veränderungswerte sich über einen weiten Bereich erstrecken (von -21 bis 32 von den möglichen CORE-OM-Werten von -40 bis 40), waren die Mediane vergleichbar und bei allen sechs Gruppen überschneiden sich die Verteilungen weitgehend.

Abbildung 1: Boxplots zur Darstellung der Prä-Post-Unterschiede in den CORE-OM-Werten



Behandlungsgruppen: CBT = kognitive, behaviorale oder kognitiv-behaviorale Therapie; PZT = Personzentrierte Therapie; PDT = psychodynamische/psychoanalytische Therapie; CBT+1 = CBT kombiniert mit einer anderen Therapie; PZT+1 = PZT kombiniert mit einer anderen Therapie; PDT+1 = PDT kombiniert mit einer anderen Therapie.

Ordinate: Prä-Post-Differenz im CORE-OM klinischen Score (-40, -20, 0, 20, 40).

Die Kerbe zeigt das 95% Konfidenzintervall um den Median. Die Boxen repräsentieren die mittleren 50% der Verteilung. Die Ränder zeigen die obere bzw. untere Grenze der Verteilung, wobei jene Fälle, die um das 1,5fache der quartilen Streuung oder mehr nach unten oder oben von der Box abweichen, als Ausreißer betrachtet werden und getrennt eingezeichnet sind.

Charakteristika der Klienten in den Behandlungsgruppen

Wir untersuchten das Geschlecht, das Alter, die durchschnittliche Zahl von angegebenen Problemen und die durchschnittliche Zahl von Sitzungen für die Klienten jeder Gruppe. Bezüglich des Geschlechts ergab sich eine etwas ungleiche Verteilung über die Gruppen hinweg, $\eta^2(5)=29,07$, $p < .001$, $n=1.309$, mit einem relativ höheren Prozentsatz männlicher Klienten in der CBT Gruppe (40,9%

versus 22,9–29,3% in den übrigen fünf Gruppen). Das Durchschnittsalter war in den sechs Gruppen ähnlich; eine einfaktorielle Varianzanalyse ANOVA war nicht signifikant $F(5, 1.303)=0,72$, $p=.607$, $\text{partial } \eta^2=.003$. Die Anzahl der Probleme der Klient/innen variierte über die Gruppen hinweg signifikant $F(5, 1.270)=13,76$, $p < .001$, $\text{partial } \eta^2=.051$, wobei etwas größere Häufigkeiten von Problemen den Klient/innen in den PDT und PDT+1 Gruppen zugeschrieben wurden (4,20 und 4,23 versus 3,13–3,86). Weiters fand sich eine kleine, aber signifikante Abweichung in der Zahl besuchter Sitzungen $F(5, 1.266)=8,90$, $p < .001$, $\text{partial } \eta^2=.034$, da Klienten der PDT durchschnittlich eine etwas höhere Zahl von Sitzungen aufwiesen als Klienten in anderen Gruppen (8,53 versus 5,62–6,52). Es wurde eine weitgehend ähnliche Verteilung von Problemen in jeder Gruppe behandelt, obwohl Klienten des Personzentrierten Ansatzes eine besondere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, dass ihnen deren Therapeuten eine interpersonale Problemstellung zuschrieben.

Diskussion

Die untersuchten Therapien stellten sich als wirksam heraus, im Durchschnitt mit Effektstärken auf der CORE-OM, die vergleichbar sind mit solchen aus früheren Messungen bei Versuchen zur Wirksamkeit und Effektivität (Barkham et al., eingereicht). Die durchschnittlichen Unterschiede der drei untersuchten Ansätze, CBT, PZT und PDT, waren, obwohl statistisch signifikant, klein, insbesondere wenn man sie in Beziehung setzt zu den substantiellen Veränderungen im Verlauf der Behandlungen insgesamt. Die durchschnittliche Verbesserung – ungeachtet der Behandlung – erklärte in den CORE-OM-Scores – im Vergleich zu den differenzielleren Effekten der drei Ansätze – das Hundertfache der Varianz ($\text{partial } \eta^2$ von .594 versus .006). Wie Abbildung 1 zeigt, überlappten sich die Verteilungen der Veränderungs-Scores weitgehend, mit kleinen Unterschieden in den Gruppenmedienen. Alle Behandlungsgruppen hatten substantielle RCSI-Rates⁵, obwohl es einen fast signifikanten Trend zu einer niedrigeren Rate in der PDT-Gruppe gab. Zusammengefasst lässt sich sagen: Unsere Ergebnisse tendieren dazu, den Dodo-Effekt für diese drei Behandlungsansätze, wie sie üblicherweise über das Spektrum der NHS-Einrichtungen praktiziert werden, zu bestätigen.

Die verwässerten/erweiterten („+1“) Behandlungsgruppen wiesen im Durchschnitt geringfügig bessere Ergebnisse auf als die reinen Behandlungsgruppen dieser Stichprobe (siehe Tabelle 1), obwohl die Größe dieser Effekte ebenfalls sehr klein war ($\text{partial } \eta^2=.003$). Bezüglich des unterschiedlichen Grads an Reinheit, wie er in dieser Vergleichsstudie erhoben wurde, scheint die Verwässerung

⁵ Anmerkung der Herausgeber: „RCSI“ steht für „reliable and clinically significant improvement“. „RCSI-Rate“ gibt also den Anteil an Klienten wieder, deren Verbesserung sowohl statistisch verlässlich als auch klinisch bedeutsam ist.

von CBT, PZT oder PDT keine schlechteren Ergebnisse zu erbringen. Gleichzeitig lässt sich sagen, dass der Gewinn durch Erweiterung, obwohl nominell signifikant, zu klein war, um daraus klinische Empfehlungen abzuleiten. Die Ergebnisse innerhalb jeder Gruppe variierten stark (siehe Abbildung 1), was im Gegensatz zu den kleinen Unterschieden zwischen den Gruppen steht.

Unsere Ergebnisse erweitern die Forschungsergebnisse von Ward et al. (2000) und Barkham et al. (1996), die zeigten, dass die Gleichwertigkeit dieser Behandlungen innerhalb des NHS sowohl in der Alltagspraxis als auch in randomisierten Versuchsanordnungen beobachtet werden kann. Unsere Ergebnisse sind vielleicht für die Praktiker von PZT und PDT insoweit von besonderem Interesse, als ihre mit CBT vergleichbare Effektivität in der Alltagspraxis bisher wohl nicht gewürdigt wurde.

Einschränkungen

Die Grenzen unseres Designs, obwohl sie bei der Erforschung von Routinebehandlungen gang und gäbe sind, setzen der Interpretation der Ergebnisse Grenzen (Shadish et al., 2000; Westbrook & Kirk, 2005).

Beschränkte Spezifikation der Behandlungen

Wir hatten keine unabhängige Kontrolle darüber, ob oder wie die Therapeuten die von ihnen angegebenen Behandlung durchführten, und allerdings auch keine genauen Beschreibungen, was diese Behandlungen enthielten oder Angaben zu den Qualifikationen der Therapeuten. Die beobachteten, ungefähr gleichwertigen Ergebnisse könnten grundsätzlich an einem Mangel an Unterschieden in der Art, wie diese Behandlungen durchgeführt wurden, liegen. Ebenfalls könnte ein systematisches Versagen, eine Behandlung korrekt durchzuführen, der Grund dafür sein, dass sie sich nicht als überlegen erweisen konnte.

Andererseits wüssten wir keinen Grund, weshalb die Therapeuten den theoretischen Ansatz, nach dem sie arbeiteten, hätten falsch auslegen sollen. Die plausibelste Annahme ist unserer Ansicht nach, dass sie sich alle darum bemühten, den von ihnen angegebenen Ansatz umzusetzen. Um es anders auszudrücken, was auch immer dahinter stehen mag, diese Behandlungen repräsentieren die Art, wie CBT, PZT und PDT zur Zeit in diesen Settings innerhalb des britischen NHS praktiziert werden.

Natürlich sind sogar von Manualen geleitete Psychotherapien weit davon entfernt, standardisiert zu sein. Mehr noch als die meisten medizinischen Behandlungen müssen Psychotherapien den auftretenden Bedürfnissen verschiedener Klienten in einer Weise angepasst werden, wie dies in keinem Manual festgelegt ist, aber von der Fähigkeit und dem interpersonalen Reaktionsvermögen des Therapeuten abhängt (Hardy, Stiles, Barkham & Startup, 1998; Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998).

Nicht-randomisierte Zuordnung der Klienten zu Behandlungsgruppen

Wir ordneten die Klienten den Behandlungen nicht randomisiert zu. Daher können wir selektive Zuweisungen als Erklärung für die Ergebnisse nicht ausschließen. Grundsätzlich könnte die beobachtete ungefähre Gleichwertigkeit der Therapieansätze eine nicht-randomisierte Zuordnung widerspiegeln, bei der die schwierigsten Klienten den effektivsten Therapien zugewiesen wurden und umgekehrt. Das könnte Ergebnisunterschiede ausgeglichen haben, die sich sonst gezeigt hätten. Allerdings gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen auf dem Prä-Behandlungs-CORE-OM, was darauf hindeutet, dass die Gruppen mit einem vergleichbaren Grad an Störung begannen (Tabelle 1).

Es gab Unterschiede in der Zusammensetzung der Klienten zwischen den Gruppen, bestehend in einem relativ größeren Anteil von Männern in der CBT-Gruppe, einer relativ größeren Anzahl interpersonaler Probleme in der PZT-Gruppe und einer relativ größeren Gesamtzahl von Problemen in der PDT-Gruppe. Wenn Klienten mit mehr Problemen eher der PDT zugewiesen worden wären, könnte das vielleicht die Tendenz erklären, dass sie mehr Sitzungen als die Klienten in den anderen Gruppen erhielten. Natürlich leiteten wir die Daten über die Anzahl und die Art der Probleme aus den Berichten der Therapeuten ab, und das könnte Unterschiede in der Fallkonzeptualisierung zwischen den verschiedenen Ansätzen wiedergeben.

Fehlen einer Kontrollgruppe

Obwohl die Prä-Post-Veränderungswerte wesentliche Verbesserungen anzeigen (siehe Tabelle 1 und Abbildung 1), gab es keine Vergleichsgruppe unbehandelter Klienten. Folglich können wir die Verbesserungen nicht mit Sicherheit der Behandlung zuordnen.

Kontrollgruppen sind in Alltagssettings oft nicht machbar. Es wäre ethisch schwer zu rechtfertigen, vergleichbaren Klienten, die beim NHS Hilfe suchen, die Behandlung vorzuenthalten. Und wenn man nur diejenigen Klienten in Betracht zöge, die damit einverstanden wären, sich randomisieren zu lassen, würde das die klinische Repräsentativität untergraben. In dieser Hinsicht ist es ermutigend, dass die Prä-Post-Effektstärken in diesen Therapien vergleichbar waren mit jenen, die in Effektivitätsstudien beobachtet wurden und bei denen die Überlegenheit zu Vergleichsgruppen beobachtet wurde (z. B. Ward et al., 2000). Man kann unsere Ergebnisse als ergänzend zu solchen Studien ansehen.

Fehlende Daten

Wie es in der alltäglichen Praxis typisch ist (z. B. Gilbert, Barkham, Richards & Cameron, 2005; Greasley & Small, 2005; Stiles et al., 2003), kamen viele Klienten, die einen Prä-Therapie-CORE-OM

ausgefüllt hatten, dann nicht zur Behandlung oder sie füllten nach der Behandlung keinen Fragebogen aus. Es gibt Belege dafür, dass von den Klienten, die behandelt wurden, diejenigen, die die Post-Behandlungsfragebögen ausfüllten, (a) mit ihrem Therapeuten mit größerer Wahrscheinlichkeit darin übereinstimmten, wann die Behandlung zu Ende sein sollte (Barkham et al., 2006) und (b) wahrscheinlich größere Verbesserungen während der Behandlung erzielten (Stiles et al., 2003) als Klienten, die die Fragebögen nicht ausfüllten. Unsere Ergebnisse sind daher vielleicht nicht übertragbar auf Klienten, die die Behandlung beenden, ohne einen Post-Behandlungsfragebogen auszufüllen.

Beschränkung auf eine einzige Messung per Selbsteinschätzung

Grundsätzlich sind auf der Selbsteinschätzung beruhende Messinstrumente anfällig für Verzerrungen. Klienten könnten vor der Behandlung ihre Störung übertrieben haben oder die Verbesserung aufgrund der Behandlung übertreiben. Das CORE-OM ist ein Breitband-Messinstrument und fokussiert nicht auf die spezifischen Probleme. Qualitativ verschiedene Ergebnisse der verschiedenen Behandlungen hätten sich vielleicht mit Hilfe spezifischerer Messinstrumente zeigen können.

Man könnte jedoch einwenden, dass in den meisten Fällen subjektive Symptome und Spannungen die Notwendigkeit für psychotherapeutische Behandlung begründen; in diesem Sinn könnte eine Selbsteinschätzung als ein Kriterium betrachtet werden. Wir stellen fest, dass der CORE-OM mit anderen Selbsteinschätzungsmessinstrumenten und Ratings von Klinikern, die weithin für die Messung von Psychotherapieeffekten verwendet werden, hoch korreliert (Leach et al., 2005, 2006; Cahill et al., 2006; Evans et al., 2002). Es wäre natürlich hilfreich und informativ, bei künftigen Forschungen zusätzlich „objektive“ Messungen zum Funktionsniveau zu berücksichtigen.

Zugehörigkeitsgefühl der Forscher

In einem Überblick zu Psychotherapie-Outcome-Studien berichteten Luborsky et al. (1999) dass das Zugehörigkeitsgefühl des

Untersuchenden zu einer therapeutischen Richtung (die Loyalität), wie sie durch Ratings früherer Publikationen, Ratings durch Kollegen und Selbsteinschätzungen erfasst worden waren, hoch mit den Ergebnissen der Behandlungen in den veröffentlichten Forschungsberichten korrelierte ($r = .85$, $p < .001$, $n = 29$ Studien). Der Erstautor der vorliegenden Studie hat Arbeiten zum Äquivalenzparadox veröffentlicht, so passt dieser Bericht gewissermaßen in das genannte Muster. Er hat gemeinsam mit dem fünften Autor ein besonderes Interesse am PZT-Ansatz. Der zweite Autor ist ein zugelassener CBT-Therapeut, der manualisierte Versionen von sowohl CBT als auch PDT in randomisierten Effektivitätsstudien veröffentlichte. Der dritte und der vierte Autor sind keine Therapeuten mit Abschluss, obwohl einer von ihnen zu einer Organisation gehört, deren Mitglieder vorwiegend PZT-orientiert sind.

Dodos Urteil und die Ansprechbarkeit

Ähnliche Ergebnisse, wie wir sie beobachtet haben, werden oft allgemeinen Beziehungsfaktoren zugeschrieben, wie zum Beispiel dem therapeutischen Bündnis, der Empathie und dem gemeinsamen Engagement (Norcross, 2002). Selbstregulationsprozesse können sich über Behandlungsansätze hinweg auswirken und äquivalente Ergebnisse ergeben, da Therapeuten und Klienten angesichts beschränkter Zeit und Ressourcen wechselseitig Verbesserungen optimieren (Stiles et al., 1998). Beispielsweise scheinen die Beteiligten die Therapiedosis so zu regulieren, dass eine gemeinsam als hinreichend angesehene Güte des Therapieergebnisses erreicht wird, indem sie entweder – sofern dazu die Möglichkeit besteht – die Anzahl der Sitzungen entsprechend anpassen (Barkham et al., 2006) oder indem sie, wenn die Anzahl der Sitzungen begrenzt ist, die Prozesse beschleunigen (Barkham et al., 2006). Diese Logik der angepassten Reaktionsbereitschaft spricht nicht gegen die theoretischen Darstellungen. Stattdessen spricht sie dafür, dass von ihnen allen brauchbare Vorstellungen und Verfahrensweisen zur Verfügung gestellt werden, die die Beteiligten verwenden, um angesichts der gegebenen Möglichkeiten und Grenzen das zu erreichen, was sie suchen – oder womit sie sich zufrieden geben.

Literatur

- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W.B., Miles, J.N.V., Margison, F., Evans, C. & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 160–167.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Luccock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K. & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 184–196.
- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C. & Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *British Journal of Psychiatry, 186*, 239–246.
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., Agnew, R.M., Halstead, J., Culverwell, A. & Harrington, V.M.G. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1079–1085.
- Barkham, M., Stiles, W.B., Twigg, E., Connell, J., Leach, C., Luccock, M., Mellor-Clark, J., Bower, P., King, M., Shapiro, D.A., Hardy, G.E., Greenberg, L.S. & Angus, L. (eingereicht). Effects of psychological therapies in randomised trials and practice-based studies. Manuscript submitted for publication.
- Beutler, L.E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 226–232.
- Cahill, J., Barkham, M., Stiles, W.B., Twigg, E., Hardy, G.E., Rees, A. & Evans, C. (2006). Convergent validity of the CORE Measures with measures of depression for clients in cognitive therapy for depression. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 253–259.
- Dobson K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 414–420.
- Elliott, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493–539). New York: Wiley.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., Mellor-Clark, J., McGrath, G. & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry, 180*, 51–60.
- Feltham, C. & Horton, I.E. (Eds.) (2006). *Handbook of counselling and psychotherapy*, second edition. London: Sage.
- Gabbard, G.O., Beck, J.S. & Holmes J. (Eds.) (2005). *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gilbert, N., Barkham, M., Richards, A. & Cameron, I. (2005). The effectiveness of a primary care mental health service delivering brief psychological interventions: A benchmarking study using the CORE System. *Primary Care Mental Health, 3*, 241–251.
- Goldman, R.N., Greenberg, L.S. & Angus, L. (in press). The effects of adding emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*.
- Greasley, P. & Small, N. (2005). Evaluating a primary care counseling service: Outcomes and issues. *Primary Care Research and Development, 6*, 124–136.
- Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy-Research, 8*(2), 210–224.
- Hardy, G.E., Stiles, W.B., Barkham, M. & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 304–312.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Garfield and Bergin's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 447–492). New York: Wiley.
- Leach, C., Luccock, M., Barkham, M., Noble, R., Clarke, L. & Iveson, S. (2005). Assessing risk and emotional disturbance using the CORE-OM & HoNOS outcome measures. *Psychiatric Bulletin, 29*, 419–422.
- Leach, C., Luccock, M., Barkham, M., Stiles, W.B., Noble, R. & Iveson, S. (2006). Transforming between Beck Depression Inventory and CORE-OM scores in routine clinical practice. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 153–166.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review, 21*, 401–419.
- Leichsenring, F. & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1223–1232.
- Leichsenring F., Rabung, S. & Leibling E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 6*, 1208–1216.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J.S. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 95–106.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „Everyone has won and all must have prizes“? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995–1008.
- Mellor-Clark, J. & Barkham, M. (2000). Quality evaluation: methods, measures and meaning. In C. Feltham & I. Horton (Eds.), *Handbook of counselling and psychotherapy* (pp. 225–270). London: Sage.
- Mellor-Clark, J., Barkham, M., Connell, J. & Evans, C. (1999). Practice-based evidence and standardized evaluation: informing the design of the CORE system. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 2*, 357–374.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Reynolds, S., Stiles, W.B., Barkham, M., Shapiro, D.A., Hardy, G.E. & Rees, A. (1996). Acceleration of changes in session impact during contrasting time-limited psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 577–586.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (second edition). New York: Guilford.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412–415.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist, 50*, 965–974.

- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512–529.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S. & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522–534.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555–566.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439–458.
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., Iveson, M. & Hardy, G. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 14–21.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). „Are all psychotherapies equivalent?“ *American Psychologist*, 41, 165–180.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P. & Brody, P. E. (2003). Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 963–972.
- Street, L., Niederehe, G. & Lebowitz, B. (2000). Toward greater public health relevance for psychotherapeutic intervention research: An NIMH workshop report. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 127–137.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- Westbrook, D. & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243–1261.

Autoren

William B. Stiles, Professor für Klinische Psychologie an der Miami University in Oxford, Ohio, USA; lehrte zuvor an der University of North Carolina at Chapel Hill, Gastlehraufträge an den Universitäten von Sheffield und Leeds in England, an der Massey University in Neuseeland und an der Universität von Joensuu in Finnland; früherer Präsident der „Society for Psychotherapy Research“ und Nordamerikanischer Herausgeber von „Psychotherapy Research“. Mitherausgeber von „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“ und Associate Editor des „British Journal of Clinical Psychology“.

Michael Barkham, Professor für Klinische und Beratungspsychologie und Direktor des Psychological Therapies Research Centre an der Universität Leeds; Gastprofessor an den Universitäten von Sheffield und Northumbria in Newcastle; Präsident der Britischen Sektion der „Society for Psychotherapy Research“ (1993–96), Fellow of the British Psychological Society und zurzeit Mitherausgeber des „British Journal of Clinical Psychology“.

John Mellor-Clark, 15 Jahre lang aktiv tätig bei der Evaluation psychologischer Therapien und Beratungen; leitete die Entwicklung des CORE-Systems im Rahmen des Psychological Therapies Research Centre an der Universität Leeds; nach seinen Forschungsarbeiten nun Direktor of CORE Information Management Systems Ltd.

Mick Cooper, Professor für Beratung an der Universität von Strathclyde und UKCP-anerkannter Psychotherapeut, seine Arbeit ist von personenzentrierten, existenziellen, interpersonellen und postmodernen Ideen beeinflusst.

Kontaktadresse

William B. Stiles
Department of Psychology
Miami University
Oxford, OH 45056, USA
E-Mail: stileswb@muohio.edu