

**Wirksamkeitsforschung in der  
Personzentrierten Psychotherapie  
„Bin ich nach der Therapie wieder normal?“**

Abschlussarbeit

als Ausbilder bei der ÖGWG mit voller Lehrbefugnis

vorgelegt von

**Mag. Norbert File**

am 17. November 2017

bei der ÖGWG Lehrpersonalkonferenz in Salzburg

Begutachter: Dr. Christoph Fischer  
Sylvia Keil, MSc  
Prof. Mag. Wolfgang Keil  
Mag. Gerhard Lukits  
Prof. Dr. Jochen Sauer

## Abkürzungsverzeichnis

ÖGWG	Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung
BSI	brief symptom inventory (Franke, 2000)
SEE	Skalen zum Erleben von Emotionen (Behr & Becker, 2004)
RCT	randomized controlled trial (randomisierte kontrollierte Studie)
MMPI	Minnesota Multitphasic Personality Inventory (Persönlichkeitsfragebogen mit über 500 Items)
PAP-S	Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (eine zwischen 2005 und 2011 durchgeführte Studie mit zehn verschiedenen Therapieschulen)
EPI	Eysenck Personality Inventory
OQ 45	Outcome Questionnaire von Lambert - deutsche Übersetzung: Lambert, Hannover, Nisslmüller, Richard und Kordy (2002)
PTD	Psychotherapeutendichte (pro 10.000 Einwohner)
ICD 10	International Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
GSI	Global SeverityIndex: Grundsätzliche psychische Belastung
PSDI	Positive Symptom Distress Index: Intensität der Antworten
PST	Positive Symptom Total: Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
M	Mittelwert
N	Anzahl (meist Personen)
F	F-Wert; Hypothesentests mit F-verteilter Teststatistik (Varianzanalyse)
df	Degress of freedom (Freiheitsgrade)
p	probability (Wahrscheinlichkeit)
RCI	Reliable Change Index
T	Altersnormierte Werte für BSI und SEE (M = 50, SD = 10)
t	Prüfgröße des t-Tests (für abhängige oder unabhängige Stichproben)
Cohens $\delta$	Effektstärke
$\eta_p^2$	partielles Eta-Quadrat (Effektstärke bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung
cut-off	ein bestimmter Schwellenwert, der vereinbarungsgemäß zwei Gruppen voneinander teilt (z.B. klinisch auffällige Belastung vs. klinisch nicht auffällig belastet).
MZ1	Messzeitpunkt 1 (am Beginn der Therapie)
MZ2	Messzeitpunkt 2 (nach 15 Stunden)
MZ3	Messzeitpunkt 3 (am Ende der Therapie)

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Evidenzgrade nach Chambless und Hollon (1998).....	12
Tabelle 2: Behandlungskluster und Anzahl der Stichproben .....	19
Tabelle 3: Prä- und Post-Effekte der humanistischen Therapien.....	20
Tabelle 4: Kontrollierte Effektstärken der humanistischen Theorien .....	22
Tabelle 5: Komparative Effektstärken der humanistischen Theorien im Vergleich mit anderen Therapieformen.....	23
Tabelle 6: Geforderte Anpassung der Evidenzgrade nach Störungsbild .....	24
Tabelle 7: Ergebnistabelle des Berliner Psychoanalytischen Institutes 1920 - 1930 .....	26
Tabelle 8: Gruppen von Studien mit gemeinsamen Merkmalen.....	31
Tabelle 9: Bezirke mit höchster bzw. geringster TherapeutInnendichte (Sagerschnig & Tanios, 2016a, S. 9) .....	40
Tabelle 10: Fachspezifika österreichweit und Anteil der ÖGWG .....	43
Tabelle 11: PsychotherapeutInnen und AusbildungskandidatInnen nach Grundorientierungen in Prozent.....	44
Tabelle 12: Höchste abgeschlossene Schulausbildung der KlientInnen .....	55
Tabelle 13: Medikation zu Therapiebeginn und Therapieende .....	55
Tabelle 14: Vergleich BSI Skalen MZ1 – MZ2 (Beginn – nach 15 Stunden).....	62
Tabelle 15: Vergleich globale Kennwerte MZ2 – MZ3 (15. Stunde – Ende Therapie) .....	63
Tabelle 16: Varianzanalyse mit Messwiederholung (abhängige Variable – BSI) ...	65
Tabelle 17: Varianzanalyse mit Messwiederholung (abhängige Variable – SEE) ..	68
Tabelle 18: Korrelation zwischen GSI und Kongruenz zu MZ1, MZ2 und MZ3 ...	70
Tabelle 19: Analyse der einzelnen Klienten bezüglich Therapieoutcome und Kongruenz.....	73
Tabelle 20: Veränderung der Belastung nach den drei Kriterien von Jacobson und Truax (1991) .....	74
Tabelle 21: Veränderung der Kongruenz im Therapieverlauf .....	76
Tabelle 22: Vergleich BSI Skalen MZ1 – MZ2 (Beginn– 15. Stunde) .....	96
Tabelle 23: Vergleich BSI Skalen MZ2 – MZ3 (15. Stunde – Ende der Therapie) 96	
Tabelle 24: Vergleich BSI Skalen MZ1 – MZ3 (Beginn – Ende der Therapie).....	97
Tabelle 25: Mittelwertsvergleiche in den Skalen zum Erleben von Emotionen (Beginn der Therapie - Ende der Therapie) .....	98
Tabelle 26: Mittelwertsvergleiche in den Skalen zum Erleben von Emotionen (Beginn der Therapie - nach der 15. Stunde).....	98
Tabelle 27: Mittelwertsvergleiche in den Skalen zum Erleben von Emotionen (15. Stunde - Ende der Therapie).....	99

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkfaktoren und ihr Beitrag zum Erfolg einer Psychotherapie.....	14
Abbildung 2: Allgemeine, schulspezifische und fremdschulische Interventionen.....	15
Abbildung 3: Tabelle der Experimentalgruppe von Rogers und Dymond.....	17
Abbildung 4: Anzahl untersuchter PatientInnen und Gruppenvergleiche bei Depressionen .....	21
Abbildung 5: Häufigkeit psychischer Störungen in der EU .....	35
Abbildung 6: Altersverteilung (in Prozent) der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten differenziert nach Geschlecht.....	39
Abbildung 7: Psychotherapeutische Versorgung in Österreich nach Bezirken.....	40
Abbildung 8: Studiendesign und Ablaufdiagramm .....	47
Abbildung 9: Alter der KlientInnen der Stichprobe .....	54
Abbildung 10: Hauptdiagnosen der KlientInnen der Stichprobe .....	56
Abbildung 11: Rohwertverteilungen des GSI mit extrapolierte Kurve zu den MZ1, 2, 3 .....	66
Abbildung 12: Stichprobenwerte des BSI im Vergleich MZ1 – MZ2 – MZ3 .....	67
Abbildung 13: Stichprobenwerte der SEE im Vergleich MZ1 – MZ2 – MZ3 .....	69
Abbildung 14: Korrelativer Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Kongruenz zum Messzeitpunkt 3 (Ende der Therapie).....	71
Abbildung 15: Erfolgsbilanz durch Personzentrierte Psychotherapie .....	75

## **Abstract**

Ausgehend vom Äquivalenzparadox in der Psychotherapie (Dodos Verdikt), dass Behandlungen gleichwertige Ergebnisse erzielen, obwohl ihre Theorien sehr unterschiedlich sind, werden die Grundzüge dieser Kontroverse zwischen allgemeinen Wirkfaktoren und speziellen schulenspezifischen Techniken skizziert. Die weltweit einflussreichsten Wirksamkeitsstudien werden dargestellt und die Wirksamkeit der verschiedenen Schulen verglichen. Zudem werden der geschätzte Bedarf an Psychotherapie in Österreich und das derzeit zur Verfügung stehende Angebot gegenübergestellt.

Der empirische Teil ist der Untersuchung der Effektivität Personenzentrierter Psychotherapie in der freien Praxis gewidmet. Veränderungen auf der Symptomebene (BSI) und im emotionalen Erleben (SEE) zu drei Messzeitpunkten bei 40 psychisch auffällig belasteten KlientInnen mit depressiven Störungen, Angststörungen und Belastungsstörungen werden analysiert. Es zeigten sich signifikante Veränderungen beim BSI sowie eine kongruentere Entwicklung der KlientInnen beim SEE bis zur 15. Stunde, aber auch im zweiten Teil der Therapie. Zum Therapieende sind 67,5 Prozent nicht mehr von der Normalbevölkerung zu unterscheiden und 60 Prozent können als kongruent eingeschätzt werden.

**Schlagwörter:** Personenzentrierte Therapie, Wirksamkeitsforschung, Effektivität, Dodos Verdikt, Brief Symptom Inventory, Skalen zum Erleben von Emotionen

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	II
Tabellenverzeichnis .....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Abstract.....	V
Inhaltsverzeichnis .....	VI
Vorwort.....	1
Danksagung .....	3
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>2 Wirksamkeitsforschung .....</b>	<b>5</b>
2.1 Ist Psychotherapie wirksam? .....	5
2.2 Was ist Wirksamkeitsforschung? .....	6
2.3 Forschungstradition in der Personzentrierten Psychotherapie oder Rogers als empirischer Forscher .....	7
<b>3 Dodos Verdikt oder Survival of the fittest .....</b>	<b>11</b>
3.1 Survival of the fittest .....	12
3.2 Wirksamkeitsstudien .....	17
3.2.1 Angloamerikanischer Raum .....	17
3.2.2 Deutschsprachiger Raum.....	26
<b>4 Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich.....</b>	<b>34</b>
4.1 Häufigkeit psychischer Störungen.....	34
4.2 Versorgungssituation in Österreich 2009 .....	36
4.3 PsychotherapeutInnen.....	38
4.4 Ausbildung (Propädeutika und Fachspezifika) .....	41
4.5 Derzeitige Entwicklung der Personzentrierten Psychotherapie in Deutschland .....	45

<b>5</b>	<b>Empirischer Teil .....</b>	<b>47</b>
5.1	Untersuchungsdesign.....	47
5.2	Erhebungsinstrumente .....	48
5.2.1	Soziodemografische Daten.....	48
5.2.2	Fragebögen .....	48
5.2.2.1	BSI .....	48
5.2.2.1.1	Subskalen .....	49
5.2.2.1.2	Globale Kennwerte .....	49
5.2.2.1.3	Validität.....	50
5.2.2.1.4	Reliabilität.....	50
5.2.2.2	SEE .....	50
5.2.2.2.1	Subskalen .....	51
5.2.2.2.2	Validität.....	51
5.2.2.2.3	Reliabilität.....	52
5.2.2.2.4	Theoretischer Hintergrund der Skalen .....	52
5.3	Stichprobe.....	53
5.3.1	Geschlecht und Alter .....	54
5.3.2	Höchste abgeschlossene Schulausbildung.....	54
5.3.3	Medikation .....	55
5.3.4	Diagnosen .....	55
5.3.5	Anzahl der Stunden.....	56
5.3.6	Therapieende.....	57
5.3.7	Soziales Netz.....	57
5.3.8	Setting, Frequenz und Finanzierung .....	57
5.4	Therapeuten .....	58
5.5	Hypothesen .....	58
5.5.1	Hypothesen auf Stichprobenebene .....	59
5.5.1.1	Hypothese 1 .....	59
5.5.1.2	Hypothese 2 .....	59
5.5.1.3	Hypothese 3 .....	59
5.5.1.4	Hypothese 4 .....	60
5.5.1.5	Hypothese 5 .....	60
5.5.2	Einzelfallanalyse.....	60
5.5.2.1	Hypothese 6 .....	61
5.5.2.2	Hypothese 7 .....	61

5.6	Ergebnisse.....	62
5.6.1	Ergebnisse zu Hypothese 1.....	62
5.6.2	Ergebnisse zu Hypothese 2.....	63
5.6.3	Ergebnisse zu Hypothese 3.....	64
5.6.4	Ergebnisse zu Hypothese 4.....	67
5.6.6	Ergebnisse zu Hypothese 5.....	70
5.6.7	Ergebnisse zu Hypothese 6.....	71
5.6.8	Ergebnisse zu Hypothese 7.....	76
5.7	Diskussion der Ergebnisse.....	77
5.8	Einschränkungen .....	77
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>79</b>
<b>7</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>81</b>
<b>8</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>96</b>
	<b>Autorenverzeichnis .....</b>	<b>100</b>



## Vorwort

Das äußere Anliegen dieser Arbeit ist einerseits, einen Beitrag zur wissenschaftlichen Erforschung des Personzentrierten Ansatzes zu leisten, andererseits geht es natürlich auch darum, meine Abschlussarbeit fertig zu stellen.

Die inneren und ausschlaggebenden Beweggründe sind immer andere. Innerlich berührt es mich zutiefst, ein kleines Rädchen im Wissenschaftsbetrieb zu sein. Selbst erarbeitete Erkenntnis, sei sie noch so banal, verursacht in mir ein Hochgefühl, das beinahe rauschhaft anmutet. Ein Gefühl, das ich nur in mir erlebe und ich befürchte, dass ich dieses Gefühl mit niemandem teilen kann.

Der zweite und noch tiefergehende innere Beweggrund ist, dass ich – hiermit gestehe ich – Zahlen liebe. Eine Leidenschaft, die ich bisher erfolgreich verborgen habe. Zahlen sind für mich Wesenheiten. Es gibt große und kleine Zahlen, schöne und interessante Zahlen, beeindruckende Zahlen, versteckte Zahlen, dünne und dicke Zahlen, ästhetische und einfache Zahlen... Hässliche Zahlen gibt es für mich nicht. Zu all diesen Zahlen ist es mir möglich, in Beziehung zu treten, unbemerkt und völlig geheim. So überrascht es (mich) nicht, dass es mir auf wissenschaftlicher Ebene die quantitativ empirische Forschung angetan hat. Eine Statistik zu rechnen ist für mich ein inneres Hochgefühl, eine innere Erregung und Befriedigung, die äußerlich wohl nur mit Sexualität zu vergleichen ist.

Zahlen bedeuten mir auch Unendlichkeit und Zeitlosigkeit. Zahlen sind gegenwärtig im Hier und Jetzt, aber sie sind zeitübergreifend in die Vergangenheit und Zukunft. Hier spreche ich nicht von erfundenen oder vorgestellten Zahlen, sondern von Zahlen, die mir wirklich begegnen. Zahlen sind aber auch sehr einfach. Eine Zahl ist einfach eine Zahl, die eine Zahl ist.

Sinnzusammenhänge und Interpretationen stammen immer von Menschen, die diese Zahlen in einen Kontext setzen. Dies tue ich natürlich mit Statistiken.

Das war das persönlichste Geständnis meinerseits. Auch wenn Rogers meint, dass das „Persönlichste das Allgemeinste ist“ (Rogers, 1961/1973, S. 41), bin ich mir in diesem Fall ziemlich sicher, dass mein Persönlichstes eher nicht das Allgemeinste ist.

„Diesmal saßen sie [die Zwillinge] zusammen in einer Ecke, mit einem rätselhaften, heimlichen Lächeln auf ihren Gesichtern, einem Lächeln, das ich noch nie zuvor gesehen hatte. Sie schienen ein seltsames Vergnügen, einen seltsamen Seelenfrieden gewonnen zu haben und zu genießen. [...] Es hatte den Anschein, als seien sie in eine einzigartige, rein numerische Unterhaltung vertieft. John nannte eine Zahl, eine sechsstellige Zahl. Michael griff die Zahl auf, nickte, lächelte und schien sie sich gewissermaßen auf der Zunge zergehen zu lassen. Dann nannte er seinerseits eine andere sechsstellige Zahl, und nun war es John, der sie entgegennahm und auskostete. Von weitem sahen sie aus wie zwei

Connaisseurs bei einer Weinprobe, die sich an einem seltenen Geschmack, an erlesenen Genüssen ergötzen“ (Sacks, 2016, S. 263).

„Als erstes entdeckte ich die Zahl Zwanzig. Ich habe versucht herauszufinden, was passiert, wenn ich ein paar Nullen hinzufüge. Oder die Ziffern umstelle. Dann passiert etwas Interessantes [...]. Sie sind wie scheue Tiere, die weglaufen und sich verstecken [...]. Als hätte man eine starke Lampe auf sie gerichtet. Dann sausen sie zurück ins Dunkel. Aber wenn ich sie in Ruhe lasse, kommen sie wieder hervor. An der gleichen Stelle [...]. Da haben sie [„die Nachttiere“ – die Zahlen] sich nach rechts und schräg nach unten bewegt. Wenn man so die Liste durchgeht, stellt man fest, daß sie sich in eine Richtung bewegen. Zielbewußt sozusagen. Sie sind auf dem Weg hinunter in die rechte Ecke“ (Mankell, 2001, S. 424 f.).

Für mich ist der wirklich schwierige Teil einer Arbeit, diese zu schreiben, denn die Symbolisierung über das Schreiben ist leider nicht meine Spezialität, so sehr ich mir dies auch wünsche. Ebenso wie Zahlen mag ich zwar Buchstaben, aber geschriebene Worte enttäuschen mich immer wieder. Schreiben ist für mich ein mühsames Ringen, mit dessen Ergebnis ich nie zufrieden bin. Ein geschriebener Satz beinhaltet in seiner Reduktion immer nur einen Bruchteil dessen, was ich mir gedacht habe. Zahlen erfahren erst über ihre Interpretation eine Bedeutungsreduktion, beim Schreiben passiert dies bereits im Prozess. Dennoch hoffe ich, dass sich die vorliegende Arbeit einigermaßen lesen lässt und noch einen Teil dessen enthält, was sich bildhaft und farbig in meinen Gedanken abspielt. Die Zahlen jedenfalls, das kann ich versprechen, sind schön und ästhetisch.

„Traue nie einer Statistik, die du nicht selbst gefälscht hast“ (ein Zitat, das nicht mehr zugeordnet werden kann und lange Zeit fälschlicherweise Winston Churchill zugeschrieben wurde; vergleiche dazu Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011).

Der folgenden Statistik kann ich mit gutem Gewissen vertrauen.

„You must look at the facts, because they look at you“ (Churchill, zitiert nach dem Statistischen Landesamt Baden-Württemberg, 2011, S. 26).

## Danksagung

Je älter ich werde, umso mehr möchte ich den Menschen auf meinem Weg danken, vor allem meinen Familien.

Meiner Herkunftsfamilie Helga, Jakob, Walter (mit Martina, Daniel, Nadja, Johanna und Hansjörg) und Elisabeth.

Ich schätze die Berghütte auf Silpahof, die nicht nur zum Abschalten und Entspannen dient, sondern auf der ich in der Ruhe der Natur den größten Teil dieser Arbeit geschrieben habe.

Meiner jetzigen Familie, vor allem meiner Frau Simone, die aufgrund der Arbeit am meisten auf mich verzichten musste, sowie Samuel, Engel, Hilde und Egon.

Andrea und Michael, die meinen Horizont erweitert haben.

Meinen Nachbarn und Freunden, Marietta und Elmar, die mir so nahe sind, dass sie da sind, wenn ich sie brauche.

Meiner ÖGWG Familie, den TherapeutInnen und MentorInnen, die mich gut auf meinem Weg begleitet und bestärkt haben. Christoph, Beatrix, Jochen, Kuno, Lore, Fredl, Brigitte, Wolfgang, Sylvia und vielen mehr.

Meiner „ehrenamtlichen“ Familie des Kriseninterventionsteams des Roten Kreuzes. Meinem Team in Imst und dem Team des Fachlichen Hintergrunddienstes, vor allem Carina, die mir eine sehr motivierende Zwischenleserin und Korrektorin war.

Zum Schluss möchte ich auch mir selbst danken, dass ich immer wieder den Mut und die Konsequenz aufbringe, mich auf lange und beschwerliche Wanderungen einzulassen und diese zu Ende zu bringen. Der Weg ist das Ziel, das Ziel ist der Weg.

# 1 Einleitung

In meiner Praxis werde ich am Beginn der Therapie oft von KlientInnen gefragt: „Bin ich nach der Therapie wieder normal?“ Gemeint ist damit meist, geht es mir nach der Therapie wieder so gut, dass ich meinen Alltag ohne größere Probleme bewältigen kann. Selbst beschäftigt mich diese Frage auch, betrifft sie doch die Wirksamkeit meiner eigenen beruflichen Tätigkeit.

Der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit ist der Wirksamkeits- und Effektivitätsforschung gewidmet, denn diese Frage beschäftigt TherapeutInnen und KlientInnen, seitdem Therapie betrieben wird. Nach einem kurzen historischen Abriss wird versucht, die Unterschiede zwischen Wirksamkeits- („efficacy“) und Effektivitätsforschung („effectivity“) herauszuarbeiten. Ein weiterer Teil befasst sich mit der Person Carl Rogers als Wissenschaftler.

Im Mittelpunkt von Kapitel 3 steht das Äquivalenzparadox (Dodos Verdikt) in der Psychotherapie. Zentral ist hier die Frage, ob es stimmt, dass alle Therapierichtungen ähnlich wirksam sind (Dodos Urteil: „Alle haben gewonnen, alle müssen einen Preis erhalten.“). Auch diese Debatte wird in der Wissenschaft seit Jahrzehnten kontrovers geführt.

Anschließend werde ich versuchen, einen Überblick über die großen Wirksamkeitsstudien sowohl aus dem amerikanischen als auch aus dem deutschsprachigen Raum zu geben. Den Studien über die Wirksamkeit der humanistischen Ansätze wird dabei besondere Bedeutung beigemessen. Abschließend wird in diesem Kapitel ein kurzer Blick auf die derzeitige Situation in Deutschland geworfen.

Kapitel 4 beschäftigt sich mit der aktuellen Situation in Österreich. Im Mittelpunkt steht der Bedarf an Psychotherapie und dem gegenüberstehenden Angebot an psychotherapeutischer Versorgung. Mittelfristig zählen dazu auch die Personen, die sich derzeit in Fachspezifika befinden.

Der empirische Teil beschäftigt sich mit einer von der Wissenschaftskommission der ÖGWG durchgeführten Untersuchung, bei der 40 „psychisch auffällig belastete“ KlientInnen zu drei Messzeitpunkten (Beginn der Therapie, nach der 15. Stunde, Ende der Therapie) mit dem Symptomfragebogen „Brief Symptom Inventory“ (BSI) und einem Personenzentrierten Persönlichkeitsfragebogen (Skalen zum Erleben von Emotionen – SEE) untersucht wurden. Anhand von sieben Hypothesen wird sowohl auf der Stichproben- als auch auf der Einzelfallebene die Effektivität der Personenzentrierten Psychotherapie untersucht. Im Mittelpunkt stehen dabei Veränderungen bezüglich der psychischen Belastung der KlientInnen und Entwicklungen hin zu mehr Kongruenz.

Die Ergebnisse werden im Kapitel 5.7 diskutiert. Den Abschluss der Arbeit bildet die Zusammenfassung im Kapitel 6.

## 2 Wirksamkeitsforschung

### 2.1 Ist Psychotherapie wirksam?

Eysenck (1952) kam bei der Durchsicht von 24 therapeutischen Studien zur provokanten Schlussfolgerung, dass Psychotherapie nicht wirksamer sei, als die Veränderung von KlientInnen in unbehandelten Gruppen. Dies löste bei vielen WissenschaftlerInnen eine große Empörung aus und intensivierte die Forschungsbemühungen weltweit. Diese Phase wird auch als die Legitimationsphase in der Psychotherapieforschung bezeichnet (Eckert, 2001, S. 27). In den 1970er Jahren entstanden die ersten integrativen Übersichten (Bergin, 1971; Bergin & Lambert, 1978; Meltzoff & Korneich, 1970), in denen versucht wurde, aus den Ergebnissen verschiedener Einzelstudien einen ersten Gesamteindruck zu vermitteln.

Vor allem mit der Einführung der Metaanalysen seit 1975 folgten zahlreiche Studien und Metaanalysen zur Wirksamkeit und Effektivität von therapeutischen Prozessen.

Metaanalysen erlauben eine integrative Zusammenfassung von Einzelstudien, die unter bestimmten Kriterien mit einbezogen werden und deren Wirkungen über die Effektstärke miteinander verglichen werden. Zudem lassen sich in Metaanalysen die Effekte verschiedener Studien aggregieren und damit steigt die Aussagekraft wesentlich gegenüber Einzelstudien.

Smith, Glass und Miller (1980) bestätigten in ihrer Analyse von 475 Studien die Wirksamkeit von psychotherapeutischer Behandlung gegenüber Placebo- und Kontrollgruppen mit einer mittleren Effektstärke von 0,85 (S. 87).

Etwa 30 Prozent der unbehandelten KlientInnen zeigten Verbesserungen, während sich der Zustand bei 70 Prozent der KlientInnen verbesserte, die behandelt wurden (Treatment-Gruppe). Seither gibt es zahlreiche Metaanalysen zu verschiedenen störungsspezifischen Themen wie beispielsweise Depressionen (Robinson, Berman & Neimeyer, 1990) oder Angststörungen (Lambert & Ogles, 2004, Lambert, 2013a). Lipsey und Wilson (1993) bezogen in ihre Untersuchung 302 Metaanalysen ein. Nachdem aufgrund methodischer Probleme und anderer Mängel einzelner Arbeiten fast die Hälfte der Studien aus der Untersuchung herausgenommen wurde (strengere Einschlusskriterien), zeigte sich bei den verbliebenen 152 Metaanalysen trotz der sehr strengen Einschlusskriterien eine Effektstärke von 0,47.

Replizierte Analysen haben die Effektstärke der Originalarbeiten oft relativiert. Dennoch schlussfolgert Wampold (2007, S. 869), dass trotz aller Probleme Psychotherapie wirksamer ist als viele andere medizinische Behandlungen. So haben z. B. Antidepressiva eine Effektstärke von 0,24 bis 0,35, Medikamente gegen Migräne eine Effektstärke von 0,41 (vgl. Leucht, Hierl, Kissling, Dold & Davis, 2012). Die Wirksamkeit und Effektivität

von Psychotherapie sind also generell unumstritten. Damit tritt wieder der Wettbewerb der Therapieschulen untereinander in den Vordergrund.

## 2.2 Was ist Wirksamkeitsforschung?

Wirksamkeitsforschung wird betrieben, seit es Psychotherapie gibt. Mich als Praktiker interessiert natürlich, ob die psychotherapeutische Behandlung, die ich anbiete, Effekt und Wirkung erzielt. Es ist außerdem notwendig, Behandlungen, die sich auf wissenschaftliche Grundlagen stützen, entsprechend zu untermauern. Rogers war als Begründer der empirischen Therapiewissenschaften erfolgreich um die wissenschaftliche Fundierung seines Ansatzes bemüht.

In Primärstudien werden naturalistische oder experimentelle Designs verwendet. Naturalistische Studien finden unter herkömmlichen Bedingungen statt, wie diese in der psychotherapeutischen Praxis angetroffen werden. Das Problem ist, dass sich Effekte nicht eindeutig auf die durchgeführte Behandlung zurückführen lassen. Naturalistische Studien untersuchen vor allem die Effektivität von Psychotherapie unter Feldbedingungen.

Experimentelle Studien, wie randomized controlled trials (RCTs), sind sehr geplante Studien mit zufälligen Zuordnungen zu den therapeutischen Gruppen. Dadurch lassen sich bestimmte Variablen besser kontrollieren, allerdings sind sie auch künstlicher. Diese Studien untersuchen vor allem die Wirksamkeit einer Therapiemethode unter kontrollierten klinischen Bedingungen. Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass immer wieder ethische Bedenken geäußert werden, wenn leidende KlientInnen zufällig therapeutischen Bedingungen (unter Umständen auch Kontrollgruppen) zugeordnet werden.

Betrachtet man die Tradition der klassischen Wirksamkeitsforschung, ist diese auch in der Psychotherapie am medizinischen und pharmakologischen Modell orientiert. Eine medizinisch-pharmakologische Behandlung muss, um als wirksam zu gelten, nachweisen können, dass sie

1. in der Behandlung einen größeren Effekt erzielt als Placebo
2. in ihrer Behandlung spezifisch ist, es also einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Anwendung der Behandlung und der Symptomverbesserung gibt.

Der erste Punkt ist verantwortlich dafür, dass Studien von einigen WissenschaftlerInnen nur dann anerkannt werden, wenn ihre Ergebnisse deutlich besser sind im Vergleich mit einer Placebo-Gruppe (in der Psychotherapie meist Gruppen, die irgendeine Form der psychoedukativen Behandlung erhalten oder mit denen „unterstützende Gespräche“ geführt werden).

Wartegruppendesigns sind eine Mischform. Genau genommen wird mit einer Wartegruppe nur der Unterschied der Behandlung zu spontan auftretenden Verbesserungen in der Wartegruppe gemessen, nicht aber der Placebo-Effekt. Trotzdem werden auch sie zunehmend als Vergleichsgruppen akzeptiert.

Der zweite Punkt, die Spezifität der Behandlung, führte aus meiner Sicht auch dazu, dass die verschiedenen Therapierichtungen nach „den spezifischen Wirkfaktoren“ ihrer Therapie (bzw. therapeutischen Interventionen) suchen. Ebenso die strenge Forderung, dass jede Therapieform für jedes Störungsbild entsprechende Wirkungsnachweise zu erbringen hat, entstammt diesem Hintergrund (Chambless & Hollon, 1998).

### **2.3 Forschungstradition in der Personzentrierten Psychotherapie oder Rogers als empirischer Forscher**

In seinem Aufsatz „Menschen oder die Wissenschaft“ (Rogers, 1961/1973, S. 197 - 222) beschreibt Rogers sehr treffend sein eigenes inneres Ringen, die oft große Diskrepanz in ihm selbst zwischen Wissenschaftlichkeit und Subjektivität zu integrieren. „In dem Maße, wie ich ein besserer Forscher wurde, nüchterner und wissenschaftlicher (wie ich hoffe), verspürte ich ein zunehmendes Unbehagen angesichts der Distanz zwischen meiner rigorosen Objektivität als Wissenschaftler und meiner fast mystischen Subjektivität als Therapeut“ (S. 198). Ich habe Rogers auch immer wieder in dieser Dichotomie – um nicht zu sagen Inkongruenz – wahrgenommen, den Spagat zwischen der bedingungslosen Subjektivität in der Therapie und der doch nötigen Intersubjektivität (um einen für mich passenderen Begriff als Objektivität zu verwenden) in der Welt der Wissenschaft zu schaffen. Rogers betont ebenfalls die scheinbare Unvereinbarkeit dieser Positionen, gesteht beiden aber zu, ein Weg zu den wichtigen Wahrheiten der Therapie zu sein, und er sieht darin auch großes Konfliktpotenzial, wenn er meint: „Wenn diese Standpunkte von verschiedenen Individuen oder Gruppen eingenommen werden, bilden sie die Ursache für heftigen Streit“ (S. 207). In seiner Reflexion löst Rogers die Wissenschaft von dem „dort draußen“, von der „hehren Form“ und von dem „Unpersönlichen“ und versucht wieder einzutauchen in den eigenen inneren Prozess, der sich auch beim Betreiben von Wissenschaft vollzieht. Für sich findet Rogers damit folgende Lösung: „Wenn ich dagegen für meine Erfahrung offen bin und zulassen kann, dass alle sinnlichen Wahrnehmungen meines komplexen Organismus meinem Bewußtsein zugänglich sind, dann nutze ich höchstwahrscheinlich mich selbst, meine subjektive Erfahrung *und* [kursiv im Original] meine wissenschaftlichen Kenntnisse auf eine Art und Weise, die realistisch und konstruktiv ist“ (S. 222). Da uns Rogers in seiner subjektiven therapeutischen Art sehr vertraut ist, möchte ich hier der prickelnden wissenschaftlichen Seite seiner Person auch etwas Raum geben, nicht um zu polarisieren, sondern um der Gesamtheit seiner Persönlichkeit gerecht zu werden.

Betrachtet man die Biografie von Rogers, so beeindruckt sein Interesse an der wissenschaftlichen Herangehensweise bereits in seiner Kindheit. Er galt als Experte in seinem kleinen Universum, in dem er Nachtfalter beobachtete, sammelte und später selbst züchtete. „Als kleiner Experte für diese Falter stand Carl plötzlich im Mittelpunkt von Anerkennung und Bewunderung, die er gewiss sehr genoss“ (Groddeck, 2011, S. 30). Groddeck sah darin die Grundsteinlegung für den späteren Forscher und Wissenschaftler. Der Vater von Carl Rogers förderte diese naturwissenschaftlichen Bemühungen und bezog seine Kinder in die landwirtschaftlichen Anforderungen seiner Hobbyfarm ein, die ein Vorbild im Hinblick auf die neuen Methoden der wissenschaftlichen Landwirtschaft werden sollte. Rogers lernte schon sehr früh aus Büchern, „wie landwirtschaftliche wissenschaftliche Experimente richtig durchzuführen sind. Ihm erschloss sich so ganz praktisch die Bedeutung von naturwissenschaftlichen Versuchsanordnungen und von experimentellen Kontrollgruppen“ (Groddeck, 2011, S. 31). Später entzog der puristische Vater dem sehr erfolgreichen Carl zu dessen großem Leidwesen (Gemüse- und Getreidesorten, die er als Überschüsse erwirtschaftete, durfte er auf dem lokalen Markt verkaufen) das fünf Ar große Land, das er ihm zur Verfügung gestellt hatte, da er darin eine gefährliche Versuchung sah, dass ihm dieser Erfolg zu Kopf steigen könnte.

Auch in seinem Psychologiestudium traf Rogers auf herausragende Personen der naturwissenschaftlich empirischen Psychologie (z. B. Thorndike), ohne jedoch immer mit diesen kühlen positivistischen Positionen übereinzustimmen. Dennoch war Rogers stets bemüht, seine Therapie auf eine solide empirische und durchaus positivistische Basis zu stellen.

Nicht umsonst gilt Rogers als der Begründer der empirischen Psychotherapieforschung. In seinen Forschungen verwendete er traditionelle empirische Methoden, entwickelte eigene empirische Messmethoden, die er dem Gegenstand angemessen hielt (Q-Sort-Technik), und zeichnete Therapiesprache (damals noch mit unglaublichem technischem Aufwand) auf. Eine Tradition, die sich in unserer Ausbildung bis heute erhalten hat. Therapeutische Prozesse wurden erstmals einer breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich und damit ging die Entmystifizierung von dem, was in der Therapie passiert, einher. Rogers war es sehr wichtig, von seinen psychologischen Fachkollegen anerkannt zu werden. Kriz (2001) weist darauf hin, dass „weniger bekannt – obwohl für ein Bild seines Wissenschaftsverständnisses relevant – ist, dass Rogers rund ein viertel Jahrhundert als einer der methodisch und empirisch ausgewiesenen Wissenschaftler galt“ (S. 23).

Empirische Forschung benötigt natürlich auch entsprechende Rahmenbedingungen. So gelang es Rogers in seinen zwölf Jahren als Professor in Chicago, über 650.000 \$ externe Forschungsgelder zu lukrieren, zudem beschäftigte sich die Dissertation von Rogers mit „Measuring Personality Adjustment in Children Nine to Thirteen Years of Age“. Dieser



Test blieb ein halbes Jahrhundert in Umlauf und wurde mehr als 500.000 Mal verkauft. Rogers arbeitete sowohl mit bestehenden empirischen Methoden (Rorschach, MMPI, physiologische Parameter), entwickelte aber auch eigene Methoden, um seine Therapieform auf Skalen zu messen und der klassischen Korrelations- und Teststatistik zugänglich zu machen. Entscheidende Beiträge seiner Forschung sind natürlich der Prozessforschung und Theorieentwicklung zuzuordnen. Es wäre jedoch eine einseitige und verkürzte Sichtweise, Rogers ausschließlich unter diesem Aspekt zu betrachten. Wissenschaftliche (Outcome) Forschung kann zeigen, dass Personzentrierte Psychotherapie wirkt, „warum und wie sie wirkt, kann nur eine psychologische Theorie erklären.“ (Kriz, 2001, S. 25). Rogers soll in all seinen Dimensionen wahrgenommen werden.

„Was also fälschlich als Rogers ‚Ablehnung von Diagnostik‘ kolportiert wird, ist in Wirklichkeit eine differenzierte kritische Position gegen die Einseitigkeit der traditionell logisch-positivistischen Forschungsperspektive“ (Kriz, 2001, S. 25).

Für Korunka, Nemeskeri und Sauer (2001) stehen in ihrer kritischen Würdigung von Rogers als Psychotherapieforscher, vor allem in der zweiten Phase der Forschung, die Erforschung der Effektivität und Effizienz der therapeutischen Arbeit im Vordergrund. „Gerade in diesem Zusammenhang fällt die Besonderheit des Forschungsansatzes von Carl Rogers auf, einerseits dem empirisch-naturwissenschaftlichen Ansatz verpflichtet, andererseits – vor allem nach dieser Forschungsperiode in seinen späten Werken – das phänomenologisch-existenzielle Paradigma betonend“ (S. 87).

In dieser „quantitativen empirischen Phase“ in Chicago (1945 - 1957) wurden von Rogers und seinen Mitarbeitern mehr als 200 empirische Untersuchungen durchgeführt. Für diese Arbeiten erhielt Rogers die höchste Auszeichnung der American Psychological Association (Rogers betonte immer wieder die persönliche Bedeutung dieser Auszeichnung, vgl. auch Kriz, 2001).

Jedenfalls erkennen auch Korunka et al. (2001), wie die meisten WissenschaftlerInnen, die Notwendigkeit von mehr wissenschaftlicher Auseinandersetzung, wenn sie meinen, „im Vergleich zur Therapiepraxis und zur theoretischen Entwicklung ist insgesamt ein ‚Forschungsdefizit‘ in der Personzentrierten Psychotherapie festzustellen“ (S. 87).

Die Personzentrierte Psychotherapie ist wohl das erste Verfahren, dessen Wirksamkeit empirisch nachgewiesen werden konnte. Bereits in den 1970er Jahren galt die Methode bezüglich der Wirksamkeit und Effektivität als hinreichend begründet. Dies wird von Elliott (2002, S. 58) als einer der Gründe gesehen, dass das Forschungsinteresse bezüglich der Legitimitätsforschung nachließ, und für die relative Unsichtbarkeit der humanistischen Wirksamkeitsforschung (Elliott, 2002, S. 58). Er verweist auch darauf, dass die aktuellen Forschungen international zu wenig Anerkennung finden (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013).

Persönlich hoffe ich, dass es zukünftig wieder besser gelingt, die verschiedenen wissenschaftlichen und therapeutischen Herausforderungen zu integrieren: Weiterentwicklung theoretischer Konzepte, wissenschaftliche Reflexion der praktischen Tätigkeit und empirische Effektivitätsforschung. Als größte Herausforderung empfinde ich, dass wir darüber, wie oben von Rogers bemerkt, nicht zu sehr miteinander in Konflikt geraten, wenn wir nur einer Seite, dem Therapeut-Sein oder der Wissenschaft, der Subjektivität oder der Intersubjektivität, zu viel Platz einräumen. Mein Herz schlägt eindeutig für die praktische Arbeit mit Menschen, für die Begegnung mit dem anderen in seinem So-Sein, aber mein Kopf beschäftigt sich auch immer wieder gerne mit wissenschaftlichen Denkaufgaben. Beidem gemeinsam ist der Wunsch nach einem tieferen Verstehen.

### 3 Dodos Verdikt oder Survival of the fittest

Dodos<sup>1</sup> Verdikt - all have won all must get prices

„Alice und ein bunt zusammengewürfelter Haufen von Kreaturen sind gerade dem von Alice produzierten Tränensee entstiegen, klitschnass und durchgefroren. Nachdem der Versuch der Maus fehlschlägt, die Gruppe mit trockenen Erzählungen aus der mittelalterlichen Geschichte Englands zu wärmen, müssen wirkungsvollere Mittel gefunden werden“ (Strauß & Wittmann, 2012, S. 142).

„In diesem Fall“, erklärte der Dodo feierlich und richtete sich auf, „stelle ich hiermit den Antrag, dass die Versammlung sich vertage, um zur unmittelbaren Anwendung wirksamerer Arzneien zu schreiten.“ [...] „Was ich sagen wollte“ versetzte der Dodo beleidigt, „war, dass das beste Mittel, um wieder trocken zu werden, ein Versammlungs-Wettlauf wäre.“ „Was ist denn ein Versammlungs-Wettlauf?“ fragte Alice; nicht dass sie es unbedingt wissen wollte, aber der Dodo hatte eine Pause eingelegt, als erwartete er, dass irgendjemand sich hierauf zu Wort melden müsse, nur keiner in der Runde schien dazu geneigt zu sein. „Nun“, meinte der Dodo, „er lässt sich am besten erklären, indem man ihn durchführt.“ Als Erstes legte er die Rennstrecke fest, eine Art Kreis („es kommt nicht auf die genaue Form an“, sagte er), und dann wurde die ganze Gesellschaft irgendwie darauf verteilt. Es gab aber kein: „Eins, zwei drei - los!“, sondern alle fingen an zu laufen, wann sie wollten, und hörten ganz nach Belieben auf, sodass sich nicht leicht entscheiden ließ, wann der Wettlauf zu Ende war. Als sie jedoch etwas eine halbe Stunde gerannt und wieder vollständig trocken waren, rief der Dodo plötzlich: „Der Wettlauf ist zu Ende!“, und alle drängten sich keuchend um ihn und fragten: „Aber wer hat gewonnen?“

Diese Frage konnte der Dodo nicht beantworten, ohne gehörig nachzudenken, und er saß lange Zeit da und drückte einen Finger gegen die Stirn (die Pose, in der man üblicherweise Shakespeare abgebildet sieht), während die Übrigen schweigend warteten. Endlich sagte der Dodo: *„Alle haben gewonnen, und jeder muss einen Preis bekommen.“* Carroll, 1865/2011, S. 33 f.).

In Anlehnung an Carrolls Novelle von Alice im Wunderland wurde die Metapher von Dodos Urteil, „alle [Psychotherapien] haben gewonnen und jeder muss einen Preis bekommen“, erstmalig von Rosenzweig (1936, S. 412) aufgegriffen und seither kontrovers diskutiert (vgl. Luborsky et al., 2002; Vandenberghé & de Sousa, 2005; Stiles, Hill & Elliott, 2015; Wampold & Imel, 2015; Tschuschke et al., 2016; Chambless, 2002). In der Psychotherapieforschung wird dies auch als Äquivalenzparadox bezeichnet. Obwohl es unter den anerkannten Therapien unterschiedliche Schulen mit oft sehr verschiedenen Techniken gibt, scheinen sie alle ähnlich wirksam zu sein. Eine Erklärung für dieses Paradox ist, dass die unspezifischen Wirkfaktoren in der Therapie mehr zum Erfolg der Therapie beitragen als spezifische technikgebundene oder methodenspezifische Faktoren. Auch Stiles et al. (2015) konnten keine überzeugenden und

---

<sup>1</sup> Der Dodo war ein etwa einen Meter großer, flugunfähiger Vogel, der ausschließlich auf der Insel Mauritius im Indischen Ozean vorkam und etwa um 1690 ausgestorben ist. Er zählte zur Familie der Taubenvögel.

konsistenten Zusammenhänge zwischen therapeutischen Techniken und Behandlungserfolg in ihren langjährigen Forschungstätigkeiten identifizieren. Zur Geschichte der Psychotherapieforschung bezüglich der Konzepte für allgemeine Wirkfaktoren sei auf Strauß und Wittmann (2012, S. 143) verwiesen.

Jedenfalls wird Dodos Urteil von den unterschiedlichsten WissenschaftlerInnen aufgegriffen, die trotz aller Forschungsbemühungen keine wesentlichen Unterschiede in der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen der verschiedenen Schulen konsistent belegen konnten. Im humanistischen Bereich finden wir fast ausschließlich Vertreter des Äquivalenzparadoxons, im kognitiv verhaltenstherapeutischen Lager sind auch VerfechterInnen der Auffassung vertreten, dass es deutliche Unterschiede in der Wirksamkeit der Therapieformen gibt.

### 3.1 Survival of the fittest

Vor allem die Division 12 Task Force der American Psychological Association vertritt die evidenzbasierte Praxis. Daraus haben sich die einflussreichen Chambless und Hollon Kriterien (Chambless & Hollon, 1998) entwickelt. Nach diesen Kriterien gilt eine Psychotherapiemethode für ein Störungsbild als wirksam, wenn sie ihre Wirksamkeit in mindestens zwei randomisierten, kontrollierten (RCT) Studien erwiesen hat.

Tabelle 1: Evidenzgrade nach Chambless und Hollon (1998)

Beurteilung	Evidenzbasis	Evidenzgrad
Wirksam	Metaanalysen über mehrere randomisierte, kontrollierte Studien (RCT)	I a
	Mindestens zwei randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) aus unabhängigen Gruppen	I b
Möglicherweise wirksam	Eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT)	II a
	Serie von gut angelegten quasi-experimentellen Studien (Effectiveness-Studie, prospektive Kohortenstudien, Fallkontrollstudien, experimentelle Einzelfallstudien)	II b
Bislang ohne ausreichende Wirksamkeitsnachweise	Nicht experimentelle oder deskriptive Studien (1-Gruppen-Prä-Post-Vergleiche), Korrelationsstudien	III
	unsystematische Einzelfallstudien, Kasuistiken, Experten, Konsensuskonferenzen, klinische Erfahrung	IV

Personzentrierte Psychotherapie finden wir in keinem Störungsbild als „*wirksam*“ eingestuft. Die emotionsfokussierte Therapie von Greenberg (Auszra, Hermann & Greenberg, 2017; Greenberg & Kloosterziel, 2016; Greenberg & Watson, 1998) wurde bei Depressionen als „*möglicherweise wirksam*“ (IIa) beurteilt.

Natürlich sind diese Kriterien umstritten. Von Gegnern wird vor allem eingewendet, dass sich diese aus der Medizin stammenden Kriterien nicht ohne Weiteres auf die Psychotherapie übertragen lassen und der Methode der RCTs ein zu großes Gewicht beigemessen wird (vgl. z. B. Carey & Stiles, 2016). Diese Methoden kommen natürlich Therapieverfahren entgegen, die auf einem mechanistischen Menschenbild basieren, wie beispielsweise der kognitiven Verhaltenstherapie.

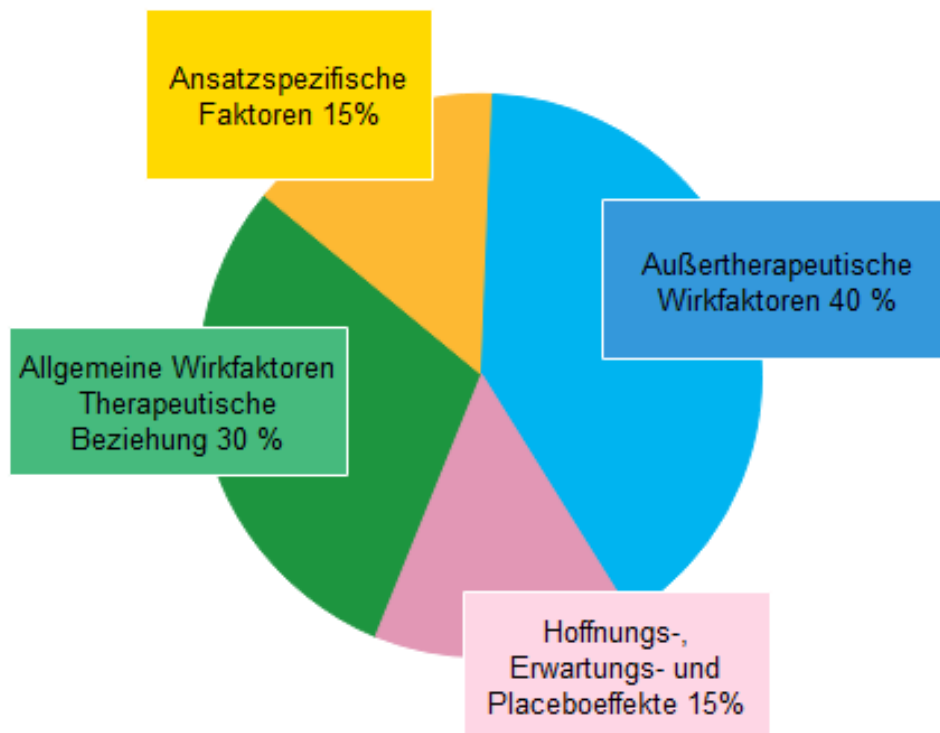
Das Hauptargument von Siev, Huppert und Chambless (2009) gegen Dodos Verdikt ist, dass ihrer Ansicht nach die Zusammenfassung verschiedener Populationen, Störungsbilder und Behandlungen eher dazu führt, dass reale Behandlungsunterschiede verwischt werden. Sie bezweifeln ebenfalls, dass spezifische Wirkfaktoren nur sieben Prozent bis 15 Prozent der Therapieeffekte ausmachen, und plädieren dafür, die verschiedenen Therapietechniken bei unterschiedlichen Störungen noch genauer zu untersuchen. Die Argumentation geht so weit, dass sie der Meinung sind, dass unterschiedliche Techniken sich ebenfalls auf die therapeutische Beziehung und andere allgemeine Wirkfaktoren auswirken (vgl. auch Crits-Christoph, 1997; Beutler, 2002).

Immer noch gelten diese Kriterien für evidenzbasierte Therapien als sehr einflussreich im amerikanischen aber auch internationalen Raum. Auch Elliott et al. (2013) nehmen in der letzten Ausgabe von *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy Research* Bezug auf diese Kriterien und fordern für die Personzentrierte Psychotherapie, bei unterschiedlichen Störungsbildern die Evidenzbasierung anzupassen (vgl. Tabelle 6, S. 24).

Im Gegensatz dazu bezeichnen viele WissenschaftlerInnen die therapeutische Beziehung mit den humanistischen Grundbedingungen von Rogers, unabhängig von der Therapiemethode oder Technik, als das wesentliche Grundelement von Veränderung. 2011 wurde von der APA Division 29 und 12 eine eigene Task Force unter der Leitung von Norcross gebildet, um die „empirisch fundierte therapeutische Beziehung“ zu spezifizieren und zu operationalisieren. Norcross und Lambert (2011) kommen nach eingehender Analyse der vorliegenden Literatur zu dem Schluss, dass ein Kernelement der therapeutischen Prozesse die therapeutische Allianz zwischen KlientIn und TherapeutIn ist. Sie gehen davon aus, dass Therapien mit einem hohen Maß an Empathie, Wertschätzung und Echtheit um 0,55 Effektstärken wirksamer sind als Therapien, bei denen diese Kernbedingungen nicht erfüllt sind (vgl. auch Norcross & Wampold, 2011; Lambert, Fidalgo & Greaves, 2016, S. 61ff.).

Persönlich bin ich bei dieser Kontroverse zu der Ansicht gelangt, dass Dodos Verdikt nach wie vor gültig ist. Keine Studie oder Metaanalyse hat mich vom Gegenteil überzeugen können. Zudem hat mich überrascht, wie viele einflussreiche und angesehene WissenschaftlerInnen, nicht nur aus den humanistischen Richtungen, nach langen und intensiven Forschungsbemühungen immer wieder die Bedeutung der allgemeinen Wirkfaktoren herausstellen. Daher abschließend noch die viel zitierte Verteilungsgrafik von Lambert (ursprünglich 1992, aber auch 2013a, S. 200 sowie Auckenthaler, 2012, S. 181).

Abbildung 1: Wirkfaktoren und ihr Beitrag zum Erfolg einer Psychotherapie



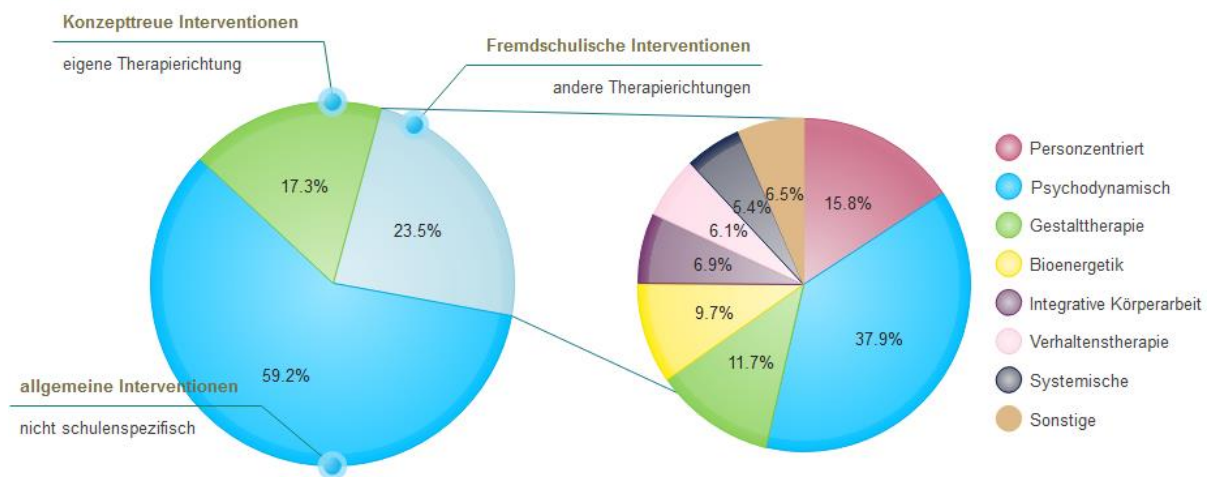
Den größten Anteil haben also außertherapeutische Wirkfaktoren, die mit der Klientin bzw. dem Klienten und den Einflüssen aus ihrem/seinem Leben zu tun haben (life events). Zu den allgemeinen Wirkfaktoren zählen vor allem die therapeutische Beziehung und die Passung der Klientin/des Klienten zur Therapeutin/zum Therapeuten. Therapeutische Techniken und ansatzspezifische Faktoren machen etwa so viel aus wie Hoffnungs-, Erwartungs- und Placebo-Effekte (die ja auch wieder mit den KlientInnen zu tun haben).

Ein Modell, das schon lange existiert, aber weiterhin für viele Diskussionen sorgen wird.

Einen neueren empirischen Beitrag zu den therapeutischen Wirkfaktoren leistete die Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) der Schweizer Charta für Psychotherapie (Tschuschke et al., 2016; Koemeda-Lutz, Crameri, Schulthess, Wyl & Tschuschke, 2016; Crameri, Koemeda, Tschuschke, Schulthess & Wyl, 2014). Die Interventionen von 136 tonaufgezeichneten Therapien (448 zufällig ausgewählte

Sitzungen) von zehn verschiedenen therapeutischen Schulen wurden von unabhängigen und geschulten Ratern eingeschätzt. „Die Ergebnisse zeigen, dass Psychotherapeuten von 10 verschiedenen Orientierungen hauptsächlich nichtspezifisch (allgemein, zwischen 51,4 und 73,2 Prozent) intervenieren und in der Regel erst in zweiter Linie spezifische Interventionen des eigenen Konzepts verwenden (zwischen 4,7 und 32,5 Prozent)“ (S. 61 f.). Zusätzlich verwendeten TherapeutInnen Interventionen aus anderen Konzepten (zwischen 19,6 und 32,5 Prozent). Abbildung 2 zeigt die durchschnittliche Verteilung der allgemeinen (nichtspezifischen), schulspezifischen (konzepttreuen) und fremdschulischen Interventionen.

Abbildung 2: Allgemeine, schulspezifische und fremdschulische Interventionen



Von den insgesamt 18.852 bewerteten Interaktionen entfallen fast 60 Prozent auf allgemeine therapeutische Interventionen. 23,5 Prozent sind fremdschulischen Interventionen zuzuordnen und nur 17,3 Prozent wurden als konzepttreue spezifische Interventionen der jeweiligen Therapierichtung eingeschätzt. Von den Interventionen anderer Schulen stehen Personenzentrierte<sup>2</sup> mit 15,8 Prozent nach psychodynamischen (37,8 Prozent) an zweiter Stelle. Trotz dieser Ergebnisse sprechen sich die Autoren nicht für ein „eklektisches Sammelsurium technischer Beliebigkeit [aus], sondern [für] eine Integration professionell erworbener Grundausbildung in zumindest einem Verfahren mit klinischen Erfahrungen aus alltäglicher Praxis“ (Tschuschke et al., 2016, S. 63). Aus dieser Perspektive stellt sich zunehmend die Frage, ob die „Schulen erster Ordnung“ (Grawe, 1997) ausgedient haben und es mehr in die Richtung einer allgemeinen Psychotherapie geht. Ähnlich äußerte sich Rogers (1961/1973) zu der Frage, wohin uns

<sup>2</sup> Als externe Experten für die Ausarbeitung der folgenden vier personenzentrierten Interventionen wurden Dipl.-Psych. Eva-Maria Biermann-Ratjen und Prof. Dr. Jochen Eckert gewonnen: Bedingungsfreie positive Beachtung, Empathie, Kongruenz (Inkongruenz spüren), Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte.

die Forschung führen könnte: „Ihr Sinn liegt vor allem darin, durch eine Vermehrung des objektiv überprüften Wissens zum allmählichen Ableben der verschiedenen ‚Schulen‘ der Psychotherapie, einschließlich der klientenzentrierten, beizutragen“ (S. 264).



## 3.2 Wirksamkeitsstudien

### 3.2.1 Angloamerikanischer Raum

Abbildung 3: Tabelle der Experimentalgruppe von Rogers und Dymond (1954)

**TABLE 1**  
**CLIENTS IN THE EXPERIMENTAL GROUP**

Client	Sex	Age	Student (S) or Non- student (NS)	No. of Interviews	Weeks in Therapy
Closed Cases					
Oak.....	F	40	NS	40*	23
Babi.....	F	29	NS	6	13
Bacc.....	F	21	S	9	4
Bajo.....	M	27	S	11	6
Bame.....	M	28	S	38	46
Bana.....	M	24	NS	33	24
Bann.....	M	31	NS	16	14
Barr.....	M	28	S	41*	20
Bayu.....	M	24	S	15	9
Bebb.....	M	24	S	9	6
Beda.....	F	37	NS	46	55
Beel.....	F	21	S	11	7
Beke.....	M	30	S	56	32
Bela.....	M	21	S	31	38
Bene.....	F	22	S	10	9
Benz.....	M	28	NS	23	33
Beri.....	M	26	S	56	31
Beso.....	F	36	S	12	11
Bett.....	F	23	S	64	72
Bico.....	F	26	NS	33	36
Bifu.....	M	24	NS	8	6
Bime.....	F	28	NS	13	18
Bina.....	M	27	NS	48†	52
Bink.....	F	33	NS	37	78
Bira.....	M	30	S	64	91
Bisk.....	M	26	S	108†	137
Bixy.....	M	22	NS	16	12
Blen.....	M	27	NS	32	39
Still Active Cases					
Bipi.....	M	24	S	168‡	.....
Total.....	29	.....	.....	.....	.....
Subtotal....	{18M 11F}	.....	{16S 13NS}	.....	.....
Mean.....	.....	27	.....	31§	33§
Range.....	.....	21-40	.....	6-108§	4-137§

\* There were eight additional interviews after the follow-up testing.  
† Some of these are double interviews, lasting one and a half to two hours. Double interviews are counted as two interviews.  
‡ To date.  
§ Does not include the still active case.

Aus historischen Gründen erlaube ich mir, an den Beginn dieses Kapitels eine Tabelle von Rogers und Dymond (1954) zu stellen (Grummon, 1954, S. 40).

Diese Tabelle beschreibt die Experimentalgruppe der Untersuchung. Neben Mrs. Oak sind alle anderen Namen beginnend mit „B“ anonymisiert. Ein Klient (Bipi) befindet sich noch in Behandlung.

Bei den Summenwerten ist neben der Gesamtzahl (29) das mittlere Alter (27 Jahre; Range 21 - 40) angegeben. Das Geschlechterverhältnis und ob es sich um Studierende oder Nichtstudierende handelt, ist im mittleren Teil der Summenwerte dargestellt.

Bei den Stunden (number of interviews) finden wir einen Mittelwert von 31 Stunden mit einer Streubreite von sechs bis 108 Stunden.

In den 1970er und 1980er Jahren wurden erste therapieübergreifende Übersichtsarbeiten erstellt und aus dem Überblick über die einschlägige Literatur Einschätzungen bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie abgeleitet (z. B. Meltzoff & Korneich, 1970). In der

Arbeit von Smith et al. (1980) wurden neben der „box-score-Methode“, die nur eine grobe Kategorisierung zulässt (es wurde ausgezählt, wie oft sich eine Methode in einer Vergleichsstudie als unter- oder überlegen erwies), bereits Effektstärken verwendet. Diese Metaanalysen rechnen die Ergebnisse der einzelnen Studien in ein vergleichbares standardisiertes Maß um, die sogenannten Effektstärken. Metaanalysen erlauben eine Zusammenfassung, Synthese und Integration empirischer Primärstudien. Der kritischste Punkt bei Metaanalysen sind die Kriterien, nach denen Primärstudien in die Auswertung miteinbezogen werden. Bei neueren Metaanalysen (Elliott et al., 2013) wird auch die Orientierung der ForscherInnen (allegiance Effekt) bei der Auswertung berücksichtigt und mit unterschiedlichen Gewichtungen der Primärstudien gearbeitet (je nach methodischer Qualität der Studie erhält sie eine andere Gewichtung).

Betrachtet man die großen Wirksamkeitsstudien, kommen die meisten zu dem Ergebnis, dass die etablierten Therapien ähnlich wirksam sind. Meltzoff und Korneich (1970) schlussfolgern, „[...] der aktuelle Wissensstand ist, dass es keine Hinweise gibt, dass eine der traditionellen Therapieschulen bessere Ergebnisse erzielt als die anderen“<sup>3</sup> (S. 200).

Auch Smith et al. (1980) resümierten, dass die verschiedenen Therapierichtungen bei der Behandlung verschiedener Störungen ähnlich wirksam sind. Die Personzentrierte Therapie liegt in dieser Studie mit einer Effektstärke von 0,64 im Mittelfeld (S. 89).

Lambert und Bergin (1994) geben die durchschnittliche Effektstärke der Psychotherapie mit 0,82 an. Placebo-Bedingungen weisen gegenüber nicht behandelten Gruppen eine Effektstärke von 0,42 auf. Psychotherapeutische Behandlungsgruppen im Vergleich mit Placebo-Gruppen ergaben eine Effektstärke von 0,48 (S. 150). In der aktuellen Ausgabe von *Bergin und Garfields Handbook of psychotherapy and behavioral change* resümiert Lambert (2013a), dass die positiven Effekte von Psychotherapie – über Jahrzehnte, Tausende von Studien und Hunderte von Metaanalysen – zu diesem Zeitpunkt unwiderlegbar sind. Die Effektstärke liegt bei 0,60, dies bedeutet, dass sich die Befindlichkeit von circa 65 Prozent der behandelten PatientInnen verbessert (S. 176).

Seit 1994 gibt es um die Arbeitsgruppen von Robert Elliott und Leslie Greenberg systematische Übersichtsarbeiten über die Wirksamkeitsstudien der humanistischen Therapieformen, welche ständig aktualisiert werden. In die Metaanalyse von 2013 wurden 199 Stichproben aus 186 Studien miteinbezogen. In dieser Studie wurden Prä-Post-Effektstärken errechnet (vor der Behandlung und nach der Behandlung), aber auch kontrollierte Effektstärken (Einschlusskriterium war, dass es eine Vergleichsgruppe, z. B. Wartegruppe gibt) und komparative Effektstärken (Vergleiche mit anderen Therapieformen, vor allem kognitive Verhaltenstherapie). Inhaltlich wurde die ganze Bandbreite

---

<sup>3</sup> „To summarize the present state of our knowledge, there is hardly any evidence that one traditional school of psychotherapy yields a better outcome than another“, (Meltzoff & Korneich, 1970, S. 200).

der humanistischen Therapien mit einbezogen, eine Untergruppe davon ist die Personenzentrierte Psychotherapie, eine weitere eigenständige Gruppe die emotionsfokussierte Psychotherapie. Insgesamt teilten Elliott et al. (2013) die Stichproben in sechs Cluster auf.

Tabelle 2: Behandlungscluster und Anzahl der Stichproben

Therapiebedingung	Stichproben
Personenzentriert	74
Allgemeine Formen: unterstützend bzw. non-direktiv	33
Emotionsfokussierte Therapie	34
Existenziell orientierte Gruppentherapie („supportive-expressive“)	10
Andere humanistische Verfahren (Gestalt, Psychodrama, Encounter, Integrative)	43
Mischform aus Personenzentrierten und anderen Interventionen	5

Anhand der Tabelle 2 ist ersichtlich, dass traditionell unterschiedliche Formen der humanistischen Therapien bei solchen Analysen zusammengenommen werden. Die allgemeinen Formen („verwässerte“ Formen oder „Personenzentriert light“) wurden vor allem von anderen Forschungsgruppen als Placebo-Bedingungen herangezogen (in der Regel einfache manual-gestützte Herangehensweise von nicht Personenzentrierten TherapeutInnen). Trotzdem ist bemerkenswert, dass selbst unter diesen Bedingungen positive Effekte erzielt werden konnten, wenn sie auch nicht an die Erfolge der „reinen“ Personenzentrierten Gruppen heranreichen. Die emotionsfokussierte Therapie und andere prozessdirektive Verfahren erzielen im direkten Vergleich noch bessere Ergebnisse als die rein Personenzentrierten Behandlungsgruppen.

In der Tabelle 3 sind die Prä-Post-Effekte der Metastudien zusammengefasst (vgl. auch Bergmann & Elliott, 2014, S. 255).

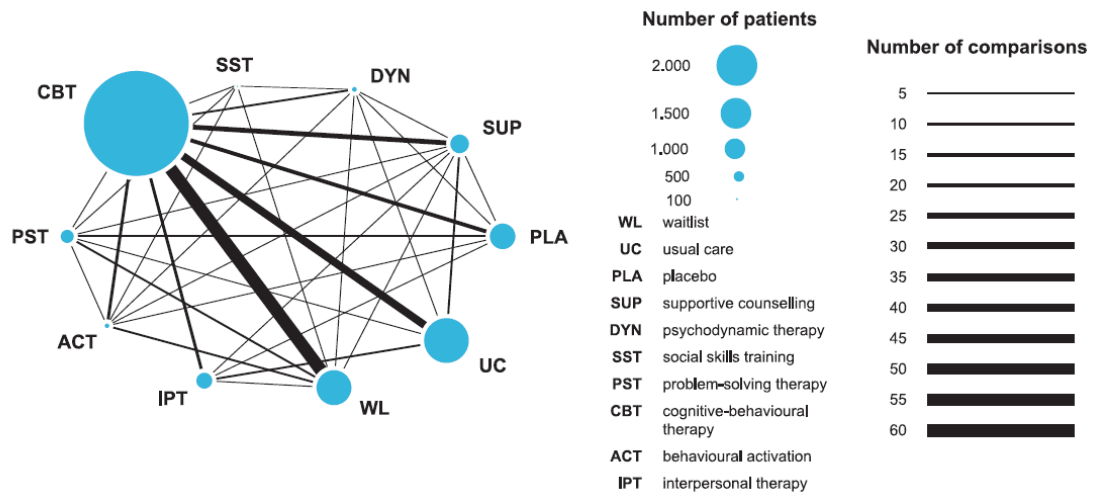
Tabelle 3: Prä- und Post-Effekte der humanistischen Therapien

Autoren	Jahr	Anzahl Studien	Anzahl Stichproben	Anzahl KlientInnen	Cohens d	Effekt
Smith et al.	1980	475				
Greenberg, Elliott & Lietaer	1994	37	37	1.272	1.24	groß
Elliott	1996	63	66	2.066	1.21	groß
Elliott	2001	86	99	5.030	.80	groß
Elliott, Greenberg & Lietaer	2004	112	127	6.569	.86	groß
Elliott et al.	2013	186	199	14.206	.93	groß

Auffallend ist, dass die Anzahl der Studien in den letzten Jahren und Jahrzehnten enorm zugenommen hat. Vor allem die Zahl der untersuchten KlientInnen ist um mehr als das 10-Fache gestiegen, die Anzahl der Studien um das 5-Fache. Die mittleren Effektstärken liegen alle in einem Bereich, der von Cohen (1988/2009) als „groß“ bezeichnet wird.

Trotzdem sind Personzentrierte Effektivitätsstudien im internationalen Vergleich mit der kognitiven Verhaltenstherapie immer noch dünn gesät. Die folgende Grafik zeigt eine Netzwerkmetaanalyse von Barth et al. (2013) von sieben Therapierichtungen zu Studien bei Depressionen. Die Personzentrierte Therapie konnte hier nicht einmal als eigene Kategorie aufgenommen werden, da es zu wenige Studien dazu gibt. In der Kategorie SUP (Supportive Counselling) sind diese mit anderen „unterstützenden Behandlungsformen“ („Personzentriert light“) aufgeführt.

Abbildung 4: Anzahl untersuchter PatientInnen und Gruppenvergleiche bei Depressionen



Die Grafik verdeutlicht, dass im internationalen Bereich die kognitive Verhaltenstherapie bei Weitem die meisten Wirksamkeitsstudien vorzuweisen hat. Betrachtet man die Anzahl der Vergleiche (Dicke der Verbindungsbalken), so wird aufgrund der zahlreichen Vergleiche der Verhaltenstherapie mit der Gruppe SUP (supportive counselling) deutlich, dass diese Gruppe häufig nur als Vergleichsgruppe herangezogen wurde.

Es wird der Personzentrierten Therapie nicht gerecht, wenn wir es Vertreterinnen und Vertretern anderer Therapieformen überlassen, als Kontrollgruppe eine „unterstützende Behandlung“ durchzuführen. Dennoch zeigte diese Behandlungsbedingung gegenüber der Placebo-Gruppe und Wartelistenbedingung auch bei dieser Metaanalyse immer noch signifikante Behandlungserfolge.

Um es noch einmal zu präzisieren: Weder stellt es sich so dar, dass in Amerika mehr zu Psychotherapie geforscht wird als in Europa, noch, dass die humanistischen Richtungen den verhaltenswissenschaftlichen Ansätzen in der Forschung nachstehen. Aber im verhaltenswissenschaftlichen Bereich gibt es mehr Forschung zur differenziellen Wirksamkeitsforschung als im humanistischen Bereich. An der Stelle sei auf eine Untersuchung von Krampen und Perrez (2015) verwiesen, die feststellt, dass es im deutschsprachigen Raum zwischen 1980 und 2014 im Bereich der Psychotherapie insgesamt 42.879 Veröffentlichungen gab, im angloamerikanischen Raum im gleichen Zeitraum etwa doppelt so viele, nämlich 75.152 (während im gesamten psychologischen Bereich das Verhältnis etwa das 13-Fache beträgt, ist dies im allgemein klinisch psychologischen Bereich nur ca. das 6-Fache; Krampen & Perrez, 2015, S. 184). Im europäischen Raum entfielen davon auf die humanistischen Ansätze 4.493 Veröffentlichungen (10,5 Prozent), während im angloamerikanischen nur 3,0 Prozent zu den humanistischen Ansätzen geforscht wurde (2.266 Studien).

Tabelle 4 beinhaltet die Stichproben der humanistischen Metaanalysen, bei denen neben der Behandlungsgruppe noch eine Kontrollgruppe (meist Wartegruppe) zur Verfügung stand. Damit werden spontane Verbesserungen, die auch ohne Behandlung auftreten können, berücksichtigt. Ergebnisseitig sind hier geringere Effektstärken zu erwarten, wenn es Verbesserungen bei der Kontrollgruppe gibt. Höhere Effektstärken wären zu erwarten, wenn sich die Befindlichkeit der TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe verschlechtert.

Tabelle 4: Kontrollierte Effektstärken der humanistischen Theorien

Autoren	Jahr	Vergleiche Kontrollgruppe	Anzahl KlientInnen	Cohens d	Effekt
Smith et al.	1980	150		0,62	Mittel/ groß
Greenberg et al.	1994	15	605	1,30	Groß
Elliott	1996a	28	1.519	1,04	Groß
Elliott	2001	36	1.096	0,72	Mittel/ groß
Elliott et al.	2004	42	1.149	0,78	Mittel/ groß
Elliott et al.	2013	62	2.149	0,76	Mittel/ groß
Kontrollgruppe	2013	53	1.988	0,19	
RCTs	2013	31		0,76	

Die Studien mit Kontrollgruppen sind nicht so häufig wie die einfachen Studien ohne Kontroll- oder Wartegruppensdesign. Aus methodischen Gründen ist dies natürlich schade, da dadurch die Aussagekraft eingeschränkt wird. Andererseits sprechen auch Gründe gegen Kontrollgruppensdesigns, vor allem ethische Bedenken werden hier berechtigterweise ins Feld geführt (vgl. Carey & Stiles, 2016). Die Unterschiede zwischen den Ergebnissen mit und ohne Kontrollgruppe liegen im Bereich von 0,17 Effektstärken. Untersuchungen ohne Kontrollgruppe überschätzen also den Behandlungseffekt um 0,17 Effektstärken. Diese Abweichungen sind als relativ gering zu bewerten, so dass dies durchaus dafür spricht, auch Untersuchungen ohne Kontrollgruppensdesigns durchzuführen und die Ergebnisse um den Kontrollgruppenfaktor zu korrigieren. Interessanterweise besteht kein Unterschied in der Effektstärke zwischen den randomized controlled trials (wird auch als methodischer Goldstandard bezeichnet) und den herkömmlichen Kontrollgruppensdesigns. So mag für den anfänglichen Wirksamkeitsnachweis einer Therapie weiterhin der Goldstandard gefordert werden, da dadurch die interne Validität einigermaßen kontrollierbar ist. Bei erwiesenermaßen wirksamen Therapien sollte der

externen Validität, also der Erforschung der Therapiemethode unter realen Feldbedingungen mehr Augenmerk geschenkt werden.

Bei den Vergleichen in den aktuellen Metaanalysen wird zunehmend der sogenannte Allegiance-Effekt (theoretische Orientierung der Forscher; vgl. dazu Elliott et al., 2013; Bergmann & Elliott, 2014, S. 252) einbezogen, da sich gezeigt hat, dass Forscher ihre eigene Richtung positiver beforschen als andere Richtungen. Unter Allegiance versteht man die „Modell- oder Theoretreue des Untersuchers“ (Strauß & Wittmann, 2012, S. 138).

Bei Elliott et al. (2013) lassen sich, wie Tabelle 5 zeigt, keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapierichtungen nachweisen. Humanistische Therapien sind in ihrer Wirksamkeit äquivalent zu anderen anerkannten Therapieverfahren, auch gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie.

Tabelle 5: Komparative Effektstärken der humanistischen Theorien im Vergleich mit anderen Therapieformen

Autoren	Jahr	Vergleiche mit anderen Therapien	Anzahl KlientInnen	Mittelwert-differenz	Äquivalenz
Greenberg et al.	1994	26	646	0,04	-
<b>Elliott</b>	1996a	38	823	0,04	Äquivalent
<b>Elliott</b>	2001	48	993	0,00	Äquivalent
<b>Elliott et al.</b>	2004	74	1.375	0,01	Äquivalent
<b>Elliott et al.</b>	2013	135	8.271	0,01	Äquivalent
<b>Nur RCTs</b>	2013	113	13.485	-0,01	Äquivalent
<b>Nur Hep</b>		82	6.271		

Diese Ergebnisse können als sehr eindeutig und aussagekräftig bezeichnet werden. Auch bei direkten Vergleichen der humanistischen Therapien mit der kognitiven Verhaltenstherapie ändert sich nichts an deren Äquivalenz. Die emotionsfokussierte Therapie zeigte sich sogar der kognitiven Verhaltenstherapie klinisch überlegen (Elliott et al., 2013, S. 502). Es gibt zwar weniger Studien zur emotionsfokussierten Therapie, diese sind aber von ausgezeichneter Qualität (darunter einige randomisierte kontrollierte Studien).

Elliott et al. (2013, S. 523 f.) argumentieren, dass die Personzentrierte Psychotherapie aufgrund der aktuellen Forschungslage die strikten Kriterien von Chambless und Hollon (1998) für folgende Störungsbilder erfüllt, und fordern daher folgende evidenzbasierten Einstufungen:

Tabelle 6: Geforderte Anpassung der Evidenzgrade nach Störungsbild

<b>Störungsbild</b>	<b>Geforderte Beurteilung</b>	<b>Evidenzgrad</b>
Depressionen	Wirksam und spezifisch	I a
Wirksamkeit bei interpersonalen Problemen	Wirksam und spezifisch	I a
Umgang mit körperlichen Erkrankungen	Wirksam	I b
Umgang mit selbstverletzendem Verhalten	Wirksam	I b
Angststörungen	Möglicherweise wirksam	II a bis II b
Umgang mit psychotischen Störungen	Möglicherweise wirksam	II a bis II b

Für weitere Übersichten siehe auch Angus, Watson, Elliott, Schneider und Timulak (2017) sowie Lietaer (2016).

Als Einzelstudien haben die Arbeiten von Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark und Cooper (Original 2006, in deutscher Übersetzung in PERSON 2, 2007) und die Replikation mit einer größeren Stichprobe (Stiles, Barkham, Mellor-Clark & Connell, 2008a) große Beachtung gefunden. In ihren Studien untersuchen sie die Wirksamkeit der Personzentrierten Therapie im Vergleich zu kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapien, wie sie im Rahmen des britischen National Health Service praktiziert werden. Aufgrund der außerordentlich großen Stichprobe von insgesamt 5.613 Erwachsenen haben die Aussagen dieser Studie entsprechendes Gewicht. Die Autoren teilten ihre Stichprobe in sechs Gruppen: kognitiv-behaviorale Therapie (CBT; n = 1.045), Personzentrierte Therapie (PZT; n = 1.709) und psychodynamische Therapie (PDT; n = 261) auf. Zusätzlich wurden drei Gruppen gebildet, bei denen die oben genannten Therapieformen mit einer zusätzlichen kombiniert wurden (CBT + 1, n = 1.035; PZT + 1, n = 1.033; PDT + 1, n = 530). Insgesamt ergab sich eine Effektstärke des Behandlungserfolges mit 1,39, also eine sehr große Effektstärke. Das partielle Eta-Quadrat von 0,548 weist darauf hin, dass durch die Behandlung mehr als 50 Prozent der Varianz aufgeklärt wurden. Dies ist ein Hinweis auf den außerordentlich großen Einfluss des Faktors Behandlung.



Außer den beeindruckenden Behandlungseffekten konnten keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen festgestellt werden. Stiles et al. (2008a) zählen zu den wenigen Autoren, welche die drei Kriterien von Cohen (1988/2009) anwenden: 1) Statistische Signifikanz, 2) „reliable change“: Effekte in bedeutsamer Größe, 3) Normalitätskriterium (die KlientInnen sind nicht mehr von der Normalpopulation zu unterscheiden). 58,3 Prozent der KlientInnen erreichen zum einen sowohl eine verlässliche statistische Verbesserung und sind zum anderen nach der Therapie nicht mehr von der Normalbevölkerung zu unterscheiden, da sie unter dem Cut-off-Wert von 10 liegen (Normalitätskriterium; „reliable and clinically significant improvement“). Weitere 19,4 Prozent weisen statistisch signifikante und in ihrem Ausmaß bedeutsame Veränderungen auf, fallen aber noch nicht unter den Cut-off-Wert, der die Normalbevölkerung kennzeichnet. Bei 21,1 Prozent kam es zu keiner bedeutsamen Verbesserung und 1,2 Prozent der Klienten berichteten über eine Verschlechterung ihrer Befindlichkeit. Diese Studie bestätigt m. E. eindeutig das Äquivalenzparadox in der Psychotherapie.

Solche Studien sind nur möglich, wenn bestimmte Erhebungsstandards bei der Behandlung von KlientInnen gesetzt werden. Dies kann durchaus als Anregung verstanden werden, über mögliche Standards in Österreich bzw. die Möglichkeit der Zusammenführung solcher Daten nachzudenken. Prinzipiell sind mit den neuen Dokumentationsrichtlinien bereits Standards vom Bundesministerium vorgegeben. Gäbe es eine Möglichkeit, dass Praktiker diese Daten in irgendeiner Form den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern anonymisiert zur Verfügung stellen, könnten wesentlich größere Forschungsprojekte angegangen werden, als dies durch private Initiativen oder universitäre Forschungseinrichtungen möglich ist.

### 3.2.2 Deutschsprachiger Raum

Die in der ersten Ausgabe von *Bergin and Garfields Handbook of psychotherapy and behavior change* abgedruckte Tabelle von Fenichel zeigt, dass die Frage der Wirksamkeit von psychotherapeutischer Behandlung immer schon im Mittelpunkt des Interesses stand. Bemerkenswert ist auch, wie akribisch hier die Ergebnisse von Fenichel und seinen MitarbeiterInnen festgehalten wurden (Bergin, 1971, S. 221).

Tabelle 7: Ergebnistabelle des Berliner Psychoanalytischen Institutes 1920 - 1930

TABLE 7.2 Fenichel's Report of the Berlin Psychoanalytic Institute Results: 1920-1930 [TABELLE VIII, Korrelation zwischen Diagnose, Behandlungsdauer und Ergebnis (ohne die am 1. Januar 1930 noch in Behandlung befindlichen Fälle)]

Diagnose	Zahl aller Behandlungen	Behandlungsdauer										Ergebnis					
		abgebrochen	bis										ungeheilt	gebessert	wesentl. gebess.	geheilt	abgebrochen
			Monate														
			6	12	18	24	30	36	42	48	54	60					
Angsthysterie . . . . .	57	25	11	4	7	5	3	2	—	—	—	—	2	10	6	14	25
Asthma bronchiale . . . . .	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Charakterstörungen . . . . .	37	7	7	6	11	4	1	—	1	—	—	—	4	12	8	6	7
Neurotische Depression . . . . .	37	13	4	8	2	5	1	—	1	1	2	—	2	10	5	7	13
Enuresis . . . . .	5	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3
Epilepsie . . . . .	6	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5
Homosexualität . . . . .	8	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1	4
Hypochondrie . . . . .	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Hysterie . . . . .	105	31	19	22	18	7	2	3	1	1	—	1	6	22	21	25	31
Infantilismus . . . . .	12	5	—	3	1	—	1	—	2	—	—	—	1	5	—	1	5
Innersekretorische Erkrankung	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Manisch-Depressive Störungen	14	5	1	3	1	2	1	—	—	1	—	—	2	4	2	1	5
Neurasthenie und Angstneurose	10	7	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	7
Neurotische Hemmungen . . . . .	80	24	6	17	16	7	5	3	1	—	—	1	5	15	15	21	24
Organische Nervenerkrankung	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Organneurose . . . . .	3	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1
Paranoia . . . . .	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Perversion . . . . .	8	3	1	3	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1	1	2	3
Psychopathie . . . . .	23	18	—	3	—	—	1	1	—	—	—	—	4	—	—	1	18
Schizophrenie und Schizoïd . . . . .	45	26	4	7	4	2	1	1	—	—	—	—	8	8	2	1	26
Stottern . . . . .	13	3	2	3	—	3	2	—	—	—	—	—	3	3	1	3	3
Süchtigkeit . . . . .	5	3	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3
Traumatische Neurose . . . . .	3	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—
Tic . . . . .	4	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Zwangsneurose . . . . .	106	35	11	17	11	15	10	4	1	—	1	1	6	18	26	21	35
Ohne Befund . . . . .	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Ohne präzise Diagnose . . . . .	7	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
	604	241	70	108	74	51	29	15	7	3	3	3	47	116	89	111	241

Als Pioniere im deutschsprachigen Raum gelten wohl Anne-Marie und Reinhard Tausch, die sehr zur Verbreitung der „Personenzentrierten Gesprächspsychotherapie“ beigetragen haben. In ihrem Umfeld entstanden viele wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit der Personzentrierten Therapie. Von Tausch & Tausch (1990, S. 281) wird auf „Untersuchungsbefunde, die die Auswirkungen personenzentrierter psychotherapeutischer Gruppen- und Einzelgespräche bei über 700 Klienten mit seelischen Beeinträchtigungen prüfen“, verwiesen. Hier seien nur exemplarisch einige Beispiele angeführt: In einer Untersuchung von 112 KlientInnen der Beratungsstelle mit durchschnittlich acht Gesprächen (Durchschnittsalter 26 Jahre), die mit einer 139 Personen umfassenden Wartegruppe verglichen wurden (Rudolph, Langer & Tausch, 1980), änderten sich 33 Prozent stark bis sehr stark positiv, weitere 41 Prozent zeigten einige positive Veränderungen. Feindt (1978) untersuchte die Auswirkungen der Einzelpsychotherapie bei 104 der Unterschicht angehörenden KlientInnen der Beratungsstelle. 35 Prozent änderten sich im Vergleich zur Wartegruppe deutlich in Richtung seelischer Gesundheit, weitere 35 Prozent zeigten einige positive Veränderungen. Unverändert blieben 20 Prozent der KlientInnen, während sich die Befindlichkeit von zehn Prozent verschlechterte. Sander, Langer, Bastine, Tausch, A., Tausch, R. und Wiczerowski (1973) wiesen positive Änderungen auf drei Subskalen des MMPI und einer Skala des EPI (Eysenck Personality Inventory) bei acht Stunden Psychotherapie nach. KlientInnen mit größerer Selbstauseinandersetzung änderten sich positiver. Zum Katamnese-Zeitpunkt (ein Jahr später) zeigten noch 55 Prozent konstruktive Änderungen, während bei 35 Prozent keine positiven Auswirkungen mehr nachweisbar waren.

Teegen (1975) untersuchte die Auswirkungen von zehn Stunden telefonisch durchgeführter Psychotherapie bei 45 KlientInnen mit einem Durchschnittsalter von 29 Jahren (Wartegruppe ebenfalls 45 KlientInnen) mit deutlich überhöhten Neurotizismus- und Introversionswerten (EPI). Von den 38 KlientInnen, die die Therapie beendeten, „waren 24 als deutlich gebessert und 14 als nicht gebessert zu bezeichnen“ (Tausch & Tausch, 1990, S. 289). Bei einer Nachbefragung, ein halbes Jahr nach Abschluss der Therapie, zeigten sich diese Effekte stabil und „bei einigen nicht-gebesserten KlientInnen waren durch die Gespräche Vorgänge eingeleitet worden, die in dem halben Jahr nach Beendigung der Gespräche zu einer deutlichen Besserung der Symptombeeinträchtigung geführt hatten“ (Tausch & Tausch, 1990, S. 289).

Minsel et al. (1972) wiesen bei sechs Stunden Psychotherapie in neun Wochen signifikante Veränderungen beim EPI und MMPI bei 55 KlientInnen der Beratungsstelle im Vergleich zu einer Wartegruppe nach.

Umstritten waren die Aussagen von Tausch zur Dauer der Psychotherapie, da er im Allgemeinen von „6 - 20 Einzelgesprächen“ ausging. Dies ist auch vor dem Hintergrund seiner Tätigkeit bei einer Beratungsstelle zu betrachten, in der üblicherweise kürzere

Therapien durchgeführt werden. Zusätzlich liegt das Durchschnittsalter einiger Stichproben, mit denen er arbeitete, zwischen 20 und 30 Jahren. Hierbei handelt es sich um eine spezielle Gruppe, da wir normalerweise KlientInnen mit einem Durchschnittsalter zwischen 35 und 45 Jahren antreffen.

Reinhard Tausch (1990) setzte sich in späteren Jahren für eine „multimodale klientenzentrierte Psychotherapie“ ein. „In dieser klientenzentrierten multimodalen Psychotherapie werden den Klienten Gesprächspsychotherapie, aber auch – je nach ihrer Eignung für den individuellen Klienten – Methoden der Entspannung, der Verhaltenstherapie oder der Verhaltensberatung angeboten“ (S. 355). Er plädiert dafür, den KlientInnen, je nach Bedarf, die verschiedenartigen wissenschaftlich geprüften Therapien anzubieten, wenn sie ihnen helfen können (vgl. auch die auf Seite 15 dargestellten Positionen von Tschuschke et al., 2016 und Rogers, 1961/1973). Kann der Therapeut nur seine „Standardtherapieform“ anbieten, bezeichnet Tausch dies nicht als klienten- sondern als therapeutenzentriert.

Das Ehepaar Tausch setzte sich für die Ausbreitung der Personzentrierten Haltung in verschiedenen Lebensbereichen ein, darunter in der Arbeit mit Strafgefangenen, unterprivilegierten Kindergarten- und Grundschulkindern, lernbehinderten SonderschülerInnen, ängstlichen SchülerInnen mit Prüfungsängsten, allein lebenden Menschen im Alter zwischen 65 und 91 Jahren und bei der Verminderung von Ängsten vor dem eigenen Sterben und Tod (Lohmann, Tausch A., Langer & Tausch R., 1987).

Auch Grawe (1987) argumentierte, dass die „deutschsprachige Psychotherapieforschung [...] besser als ihr Ruf“ (S. 325) sei und schätzte Tausch aufgrund seiner kontrollierten wissenschaftlichen Studien als konstante Größe innerhalb der europäischen Therapieforschung. Grawe gesteht zwar ein, dass die europäische Forschung mit ihrem Output nicht an die angloamerikanische heranreicht, meint aber, dass sie durchweg von besserer Qualität sei, und zwar sowohl methodisch als auch inhaltlich.

Bei Grawe, Donati und Bernauer (1994) wird zwar die Verhaltenstherapie gegenüber allen anderen Therapieformen favorisiert, dennoch gehört die Personzentrierte Therapie zu den eindeutig wirksamen Verfahren und liegt in ihrer Effektivität nach der kognitiven Verhaltenstherapie bereits an zweiter Stelle noch vor den psychoanalytischen Verfahren. Nach der Analyse der 35 Studien, die von den Autoren in die Auswertung einbezogen wurden, schlussfolgern Grawe et al. (1994, S. 135), dass „Gesprächspsychotherapie nachweislich ein sehr wirksames Verfahren für ein weites Spektrum an Störungen [ist]“ (S. 135). Hervorgehoben werden das breite Behandlungsspektrum und die Behandlungserfolge trotz kurzer Therapiedauer, da in dieser Metastudie Therapien mit einer durchschnittlichen Dauer von 14 bis 16 Stunden miteinbezogen wurden. Daher weisen Eckert und Wuchner (1995) mit Recht darauf hin, dass damit die Wirkung von Personzentrierten Psychotherapien noch nicht ausgeschöpft ist. Die Autoren stellen dem

„naturalistische Studien“ gegenüber, in denen regulär abgeschlossene Therapien untersucht wurden. In der Untersuchung von Rogers und Dymond (1954) lag die durchschnittliche Sitzungsfrequenz bei 31 (Range: 6 bis 108 Sitzungen, vgl. auch Abbildung 3, S. 17). Binder H. J., Binder U., Kratzsch und Schmalzriedt (1979) fanden bei 180 abgeschlossenen Therapien einen mittleren Behandlungsumfang von 38,6 Sitzungen. Eckert und Wuchner (1995) sowie Korunka, Keil und Haug-Eskevig (2003) fanden bei regulär abgeschlossenen Therapien (TherapeutIn und KlientIn stimmten darin überein, dass die Behandlung abgeschlossen werden konnte), durchschnittliche Stundenzahlen von 69,2 (für Deutschland) respektive 61,1 für Österreich.

Die Arbeit von Grawe, Donati und Bernauer (1994) gilt als Metaanalyse, allerdings verwendeten die Autoren nicht, wie damals durchaus schon üblich, Effektstärken, sondern wählten eigene methodische Ansätze zur Beurteilung der Studien. Daher gibt es sowohl inhaltlich als auch methodisch große Kritik an dieser Arbeit, berufspolitisch ist die Studie aufgrund der vielfältigen Kontroversen, die sie ausgelöst hat, dennoch bedeutend.

Im deutschsprachigen Raum sei noch auf folgende ältere Untersuchungen hingewiesen: Die Studie von Grawe und Plog (1976) enthält einen an der Hamburger Universitätsklinik durchgeführten Vergleich von Gesprächstherapien mit Verhaltenstherapien bei 53 phobischen PatientInnen. Durchschnittlich erreichten beide Therapierichtungen quantitativ ähnliche Symptomverbesserungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Verfahrensspezifisch brachten die KlientInnen, die mit Gesprächstherapie behandelt wurden, ihre Symptome mehr mit sich und ihren Lebensbedingungen in Zusammenhang. Auf der Ebene der Persönlichkeitsveränderung war damit ein Anstieg der internalen Kontrollüberzeugung festzustellen. In einer 4-Monats-Katamnese waren bei den Klienten der Gesprächspsychotherapie weitere positive Veränderungen nachweisbar (Späteeffekte). Zusätzlich ließen sich verfahrensspezifische Indikationsunterschiede feststellen. „Gesprächspsychotherapie erzielte ihre Wirkung vornehmlich bei den Patient(inn)en, die am Erkennen und der Reflexion von Zusammenhängen zwischen ihrem Krankheitszustand und ihren persönlichen Lebensbedingungen interessiert waren“ (Frohburg, 2004a, S. 271).

Im sehr umfangreichen Hamburger Kurztherapie-Vergleichsprojekt (1969 - 1986) wurden Prozessbedingungen und Ergebnisse von ambulant durchgeführten Gesprächstherapien und psychoanalytischen Fokalthérapien verglichen (Meyer & Wirth, 1988). Untersucht wurden 68 PatientInnen mit neurotischen und psychosomatischen Störungen, die randomisiert den Behandlungs- und Kontrollgruppen zugewiesen wurden und maximal 30 Stunden ambulante Psychotherapie erhielten. Beide Behandlungsgruppen zeigten sich zu allen Messzeitpunkten der Kontrollgruppe überlegen. Verfahrensspezifische Effektunterschiede wurden darin gesehen, dass die KlientInnen für die

Beurteilung ihrer eigenen Veränderungen eher dem Menschenbild entsprechende Konzeptionen der verschiedenen Therapierichtungen heranziehen. So orientierten sich Personen nach einer Gesprächstherapie eher an ihrer Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, während sich psychoanalytische KlientInnen stärker an ihrer Autonomie und äußeren Unabhängigkeit orientierten. Pointiert formuliert es Frohburg (2004a, S. 271 f.) folgendermaßen: „Wird das Therapieergebnis i.S. der Psychoanalyse auf die Kriterien ‚symptomatische Besserung‘ und ‚Einsicht in unbewusste Konflikte und Verdrängungsmechanismen‘ reduziert, dann erfuhren mehr gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patient(inn)en ‚Besserung ohne Einsicht‘ und mehr psychoanalytisch behandelte Patient(inn)en ‚Einsicht ohne Besserung‘.“ Eckert und Biermann-Ratjen (1985, 1990) erstellten eine Vergleichsstudie von 209 PatientInnen mit neurotischen und Persönlichkeitsstörungen, die stationär gruppentherapeutisch mit Gesprächstherapie oder Psychoanalyse behandelt wurden. Beide Gruppen erzielten im Vergleich zu einer Wartegruppe signifikante Verbesserungen. In der 2-Jahres-Katamnese zeigten sich bei den gesprächspsychotherapeutisch behandelten KlientInnen wieder positive Späteeffekte.

Die groß angelegte Berner Therapievergleichsstudie erstreckte sich von 1979 bis 1990. Allein von der Planung des Projektes bis zum Abschluss der Datenerhebung vergingen acht Jahre und die anschließende Auswertung nahm ebenfalls mehrere Jahre in Anspruch. Verglichen wurde die Gesprächstherapie mit einer Breitspektrum-Verhaltenstherapie und einer interaktionellen Verhaltenstherapie. Die 63 KlientInnen wurden randomisiert den Behandlungsgruppen zugeordnet und die Behandlungen umfassten durchschnittlich 32 Kontakte (5 bis 93) innerhalb eines Jahres. Auch bei dieser Studie zeigten sich keine wesentlichen Wirksamkeitsunterschiede. Verfahrensspezifisch war bei den gesprächspsychotherapeutisch behandelten KlientInnen ebenfalls wieder eine Veränderung der Kontrollüberzeugung festzustellen „mit dem zunehmenden Gefühl der Selbstbestimmtheit“ (Frohburg, 2004a, S. 272). Positive Späteeffekte ließen sich auch bei dieser Studie nachweisen. Dies kann als Hinweis gelten, dass Personenzentrierte Psychotherapie Veränderungen bei den KlientInnen bewirkt, die weit über die Therapie hinausreichen.

Frohburg (2004a) hält die komparative Psychotherapieforschung für überholt und plädiert dafür, diese „zu ersetzen durch die differenziertere Frage nach evtl. verfahrensspezifischen Indikationskriterien [...] diese Intention entspricht der berühmten ‚Kiesler-Frage‘: ‚Welcher Patient mit welcher Störung profitiert von welchem Verfahren bei welchem Therapeuten unter welchen Umständen zu welchem Zeitpunkt in welcher Weise?‘“ (S. 274). Mag die Kiesler-Frage (Kiesler, 1966) für schulentolerante TherapeutenInnen interessant sein, so besteht die Gefahr, dass sich dadurch das evidenzbasierte Lager bestärkt fühlt.

Von Frohburg (2004b) stammt eine große Katamnese-Studie, in der sie die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen zur Langzeitwirkung der Gesprächspsychotherapie

analysiert. In den insgesamt 40 untersuchten Studien wurden annähernd 2.000 Patienten untersucht, die vor allem an neurotischen Störungen, aber auch Angsterkrankungen, Depressionen und psychosomatischen Störungen litten. Meist wurden kurze Katamnese-Zeiträume untersucht (bis zu einem Jahr nach Ende der Therapie), nur wenige Studien wiesen lange Zeiträume auf. In zwei Studien wurden die Klienten nach zwölf bzw. 13 Jahren befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass positive Veränderungen über die Katamnese-Zeiträume erhalten blieben und bei der Hälfte der Studien haben sich die KlientInnen im Katamnese-Zeitraum sogar noch verbessert (Späteeffekte).

Als Gemeinschaftsprojekt der österreichischen Vereine entstand 2008 ein narrativer Review (File, Hutterer, Keil, Korunka & Macke-Bruck, 2008), in dem Primärstudien zur Personzentrierten Therapie und experienziellen Psychotherapie zwischen 1991 und 2008 analysiert wurden. Den Anstoß für dieses Projekt lieferte das Gesundheitsministerium mit dem Auftrag, die schulenspezifischen internationalen Forschungsarbeiten der letzten Jahre darzustellen. Insgesamt wurden 65 Studien miteinbezogen und nach gemeinsamen Merkmalen in die folgenden acht Gruppen unterteilt.

Tabelle 8: Gruppen von Studien mit gemeinsamen Merkmalen

Gruppe	Anzahl der Studien	Personen	Diagnosen
Personzentrierte Therapie mit und ohne Kontrollgruppen	8	258	Anpassungsstörungen, KrebspatientInnen, Alkoholabhängigkeit, psychosomatische Erkrankungen, verschiedene Diagnosen
Vergleich mit anderen Verfahren	9	1.084*	Depressionen (3 Studien), verschiedene Diagnosen
Prozess-experienzielle bzw. emotions-fokussierte Therapie	9	255	Depressionen (5 Studien), Posttraumatische Belastungsstörungen, ungelöste Probleme mit Bezugspersonen, Panikstörungen
Emotions-fokussierte Paartherapie	7	132 Paare, 9 Familien	Paarkonflikte, Familien mit bulimischen Jugendlichen, sexuelle Störungen
Kindzentrierte Spieltherapie und Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen	5	161	Evaluationsstudien, gemischte Diagnosen
Supportive counseling, Personzentrierte Psychotherapie „light“	11	420*	Angstsymptome (2 Studien), Panikstörungen, Depressionen (3 Studien), KrebspatientInnen, HIV-PatientInnen, chronische Schizophrenie

Gruppe	Anzahl der Studien	Personen	Diagnosen
Personzentrierte Gruppenpsychotherapie	8	232	Krebs, Borderline, HIV-PatientInnen, Posttraumatische Belastungsstörung, Einsame, Brustkrebspatientinnen
Stationäre Personzentrierte Psychotherapie	8	2.147	Bulimie, gemischte Diagnosen, Angststörungen, Panikstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen,

\* Nur Personen die in einer Personzentrierten bzw. nicht-direktiven Behandlungsbedingung waren.

Folgende Schlussfolgerungen wurden von den Autoren gezogen:

„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)“ (File et al., 2008, S. 28).

Ein weiterer Beleg für die Wirksamkeit des Personzentrierten Verfahrens und das Äquivalenzparadox. Auch auf die zunehmende Kluft zwischen Praktikerinnen und Praktikern, die Elemente verschiedener Methoden in ihre Arbeit integrieren und Wissenschaftlerinnen bzw. Wissenschaftlern, die weiter evidenzbasierte Psychotherapiepolitik betreiben und für jeden Behandlungsansatz störungsspezifische Wirksamkeitsnachweise fordern, wurde von den AutorInnen hingewiesen. Als Praktiker und Wissenschaftler ist es mir ein Anliegen, auch die internationalen Strömungen zu beachten, da es politisch gefährlich wäre, sich davon abzukapseln. Daher stellt dieser narrative Review der österreichischen Vereine eine gelungene Mischform dar, bei der beide Aspekte berücksichtigt werden.

Hinweisen möchte ich noch auf zwei große Studien aus unseren Nachbarländern Deutschland und Schweiz, in denen die Personzentrierte Therapie zwar nicht explizit vertreten war, die aber im Wesentlichen Wirksamkeitsstudien sind und aufgrund ihres Umfangs entsprechende Beachtung gefunden haben.

Von 2003 bis 2011 wurde in Deutschland das von der Technikerkrankenkasse finanzierte Projekt „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ durchgeführt (Wittmann et al., 2011; Lutz, Böhnke, Köck & Bittermann, 2011). An diesem Projekt nahmen 400 TherapeutInnen und insgesamt 1.708 KlientInnen (Interventionsgruppe: 1.031; Kontrollgruppe: 677) teil. Die Haupthypothese, dass der Einsatz von Qualitätsmonitoring-Instrumenten in der ambulanten Psychotherapie zu einer höheren Ergebnisqualität (Effektivität) im Vergleich zur traditionellen Richtlinienpsychotherapie führt, konnte nicht bestätigt werden. Trotzdem kommen die AutorInnen zu dem Schluss, dass „das Modellvorhaben wertvolle Daten zur Versorgungsforschung [liefert], die auf



eine hohe Wirksamkeit der ambulanten Psychotherapie hinweisen und damit ihre gesamtgesellschaftliche Bedeutung unterstreichen“ (Wittmann et al., 2011, S. 12). In der Studie konnte in der Verlaufsmessung gezeigt werden, dass KlientInnen nicht nur am Beginn der Therapie profitieren, sondern die Effekte mit zunehmender Therapiedauer ( $M = 41,3$  Stunden) größer werden. Auf den verwendeten multiplen Status- und Ergebnisindikatoren ergaben sich Prä-Post-Effektstärken von 1,20 (beim BSI 0,96). Bei Therapieabschluss erfüllten über 60 Prozent der KlientInnen das strengste Erfolgskriterium „nachhaltige Abnahme der Problematik“. In der 1-Jahres-Katamnese zeigten sich diese Effekte stabil.

Die Praxisstudie „ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)“ ist eine zwischen 2005 und 2012 durchgeführte naturalistische Praxisstudie, an der zehn verschiedene Therapieschulen teilnahmen. Untersucht wurden 632 KlientInnen mit mehreren Verfahren zur therapeutischen Beziehung und Outcome-Instrumenten (unter anderem dem BSI und dem OQ-45 - Lambert, Hannover, Nisslmüller, Richard & Kordy, 2002). Zusätzlich wurden über 400 Tonbandaufzeichnungen der Therapiestunden von unabhängigen Ratern eingeschätzt, um die „Konzepttreue“ der TherapeutInnen zu beurteilen. Die Analyse der Prä-Post-Veränderungen zeigte große signifikante Effektstärken im Bereich zwischen 0,87 und 1,09 bei den globalen Maßen der Symptombelastung. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapierichtungen nachgewiesen werden, tendenziell zeigten die humanistischen Ansätze bessere Ergebnisse. Sie kommen zu dem Schluss, dass sich BehandlerInnen kaum nach Schulenzugehörigkeit unterscheiden. In ihrem Resümee unterstreichen die AutorInnen, dass „die Ergebnisse die Hypothese [unterstützen], dass die Wirksamkeit von humanistischen und tiefenpsychologischen Ansätzen unter Praxisbedingungen im gleichen Spektrum liegt wie diejenige der kognitiv-behavioralen Ansätze“ (Cramer, 2016, S. 137).

## 4 Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich

Bei den Wirksamkeitsstudien haben wir die umstrittene ethische Vertretbarkeit von Wartegruppen in der wissenschaftlichen Forschung diskutiert.

In der praktischen Realität sind KlientInnen immer wieder mit „Wartebedingungen“ konfrontiert. Warten auf einen freien Therapieplatz bei einer Therapeutin/einem Therapeuten ihrer Wahl, oft monatelanges Warten auf einen kassenfinanzierten Therapieplatz oder einen Platz in einer Rehaklinik. Auch in meiner privaten Praxis bin ich oft mit dem ethischen Dilemma konfrontiert, ob ich es mir zumuten kann, für eine weitere Behandlungsbedürftige bzw. einen weiteren Behandlungsbedürftigen noch Kapazität zu haben oder ob ich versuche, eine andere Therapiemöglichkeit zu finden (wohl wissend, dass dies auf dem Land sehr schwierig sein kann), oder eben warte, bis ich wieder freie Kapazitäten habe.

Dieses Kapitel wirft daher einen Blick auf die realen Gegebenheiten in Österreich. Dazu zählen der Bedarf an Psychotherapie und die entsprechende Versorgungslage durch niedergelassene PsychotherapeutInnen oder andere AnbieterInnen von psychotherapeutischen Leistungen. Mittelfristig gehört dazu auch die Ausbildung von PsychotherapeutInnen in den Fachspezifika und Propädeutika.

Denn eines lässt sich klar feststellen, Psychotherapie ist nur dort wirksam, wo sie angeboten und angenommen wird.

### 4.1 Häufigkeit psychischer Störungen

Psychische Störungen sind häufiger, als dies gemeinhin angenommen wird. Betrachtet man die Jahresprävalenz (Aufretenswahrscheinlichkeit innerhalb eines Jahres), lässt sich sagen, dass etwa ein Drittel (27 - 35 Prozent) der Bevölkerung innerhalb eines Jahres die Kriterien für eine Diagnose ganz oder zeitweise erfüllt. Das Lebenszeitrisiko, irgendwann im Laufe des Lebens psychisch zu erkranken wird auf 50 Prozent geschätzt.

Auckenthaler (2012, S. 89) weist ebenfalls auf die höhere Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Erkrankungen bei sozial schlechter gestellten Menschen hin.

Die häufigsten Störungsformen sind affektive Störungen, somatoforme Störungen und Substanzstörungen (vor allem Alkoholabhängigkeit). Die 12-Monats-Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen wird auf vier bis fünf Prozent geschätzt, fallweise weisen Studien auch wesentlich höhere Zahlen auf. In Österreich gibt es keine aktuellen Studien dazu, aber wir können davon ausgehen, dass die europäischen Zahlen in etwa auch für Österreich gelten.

Die Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Störungen sagt noch nichts über den Behandlungsbedarf aus, denn dazu muss eine Beeinträchtigung durch das Gesundheitsproblem entstehen, es müssen effektive Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung stehen und es muss eine subjektive Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen vorliegen, das heißt, dass sie die zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen annehmen können.

Abbildung 5: Häufigkeit psychischer Störungen in der EU (nach Jacobi & Preiß, 2012, S. 17)

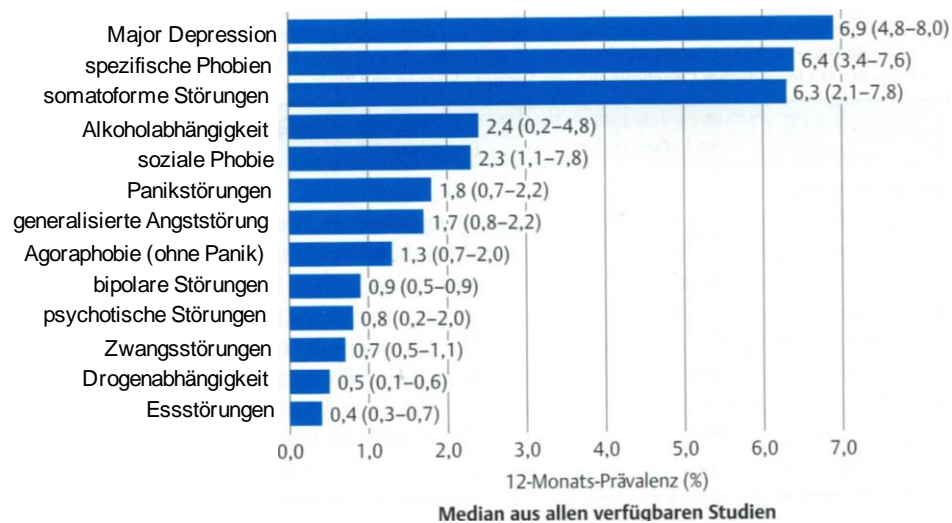


Abbildung 5 zeigt die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in Europa. Die Jahresprävalenz, an „irgendeiner Störung“ zu erkranken, liegt hier bei 27 Prozent.

Betroffene sind oft schon etwa fünf bis acht Jahre an psychischen Störungen erkrankt, bis sie geeignete Behandlungsmöglichkeiten finden und diese annehmen (vgl. auch Wittmann et al., 2011).

International geht man davon aus, dass psychische Störungen und Erkrankungen in den entwickelten Industrieländern den zweiten Platz in Bezug auf die Anzahl der durch vorzeitigen Tod oder durch erhebliche Behinderungen verlorenen Lebensjahre einnehmen. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen verlieren insgesamt 15,4 behinderungsfreie Lebensjahre im Vergleich zum durchschnittlich Gesunden (vgl. auch Glatz & Schaffenberger, 2002, S. 7).

Die jährlichen Kosten, die psychische Störungen verursachen, werden in der EU auf circa 300 Milliarden Euro geschätzt. Hier sind vor allem Kosten durch Produktivitätsverluste geschätzt, die direkten Behandlungskosten sind im Vergleich dazu eher gering.

## 4.2 Versorgungssituation in Österreich 2009

Glatz und Schaffenberger (2002, S. I) definieren in ihrer Expertise für das Bundesministerium „Bedarf und Angebot an Psychotherapie“ den österreichischen Bedarf an Psychotherapie folgendermaßen:

„Psychotherapiebedarf liegt dann vor, wenn eine Person eine psychische oder somatische Störung oder Erkrankung aufweist, die psychotherapeutisch behandelbar ist, und wenn diese Person zur Inanspruchnahme dieser Behandlung fähig und motiviert ist. Es kann von einem Mindestbedarf bei 2,1 bis fünf Prozent der Bevölkerung – das sind in Österreich rund 170.000 bis 400.000 Personen – ausgegangen werden. Der Schätzwert von 2,1 Prozent inkludiert im Wesentlichen nur Personen mit psychischen Erkrankungen oder Störungen eines hohen Schweregrades und basiert auf konservativen Schätzungen der epidemiologischen Häufigkeiten sowie einer knapp geschätzten Rate der zu erwartenden Inanspruchnahme von Psychotherapie.“

Diese Studie ist als Modellrechnung zu verstehen und orientiert sich meist an konservativ geschätzten Minimalwerten. Trotzdem kommt sie zu der Schlussfolgerung, dass „für ein bedarfsgerechtes Angebot die Ausweitung des Stundenvolumens um das Fünffache [...] erforderlich wäre“ (Glatz & Schaffenberger, 2002, S. 22). Die regionale Unausgewogenheit wird besonders betont. Zudem ist festzuhalten, dass nach einer Studie von 1997 (ÖBIG) tatsächlich durchschnittlich pro TherapeutIn nur 14,3 Stunden pro Woche im Sinne der Krankenbehandlung durchgeführt werden (ohne Ausbildungsbelange, Supervisionen, Ausfallszeiten etc.).

2009 wurden 10,7 Millionen Verordnungen von Psychopharmaka im extramuralen Bereich registriert, 15 Prozent mehr als im Jahr 2007. Die Ausgaben betragen 231 Millionen Euro. Die Aufwendungen der Sozialversicherungen für Psychotherapie erhöhten sich von 54,8 Millionen auf 59,7 Millionen im Jahr 2009. Für Psychopharmaka wird von den Sozialversicherungen beinahe viermal so viel Geld ausgegeben wie für Psychotherapie. Von den Gesamtausgaben entfielen 56 Prozent auf durch Vereine und Institutionen erbrachte Psychotherapie, 22 Prozent auf Leistungen durch Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzte und 21 Prozent auf Kostenzuschüsse zur psychotherapeutischen Behandlung bei niedergelassenen TherapeutInnen. Durch ärztlich erbrachte psychotherapeutische Leistungen werden laut dem Bericht des GÖG rund 65.000 Personen erreicht (eher Kurzinterventionen und Motivationsgespräche), durch Versorgungsvereine etwas über 30.000 Personen. Der Bericht kommt auch zu dem Schluss: „[...] trotz der Ausgabensteigerungen in den letzten Jahren stellt das vorhandene Angebot lediglich eine gewisse Basisversorgung sicher, in keinem der Bundesländer ist die Versorgung ausreichend“ (Eggerth, Bednar & Hagleitner, 2010, S. IV).

Im Rahmen der Versorgungsvereine wurden 2009 in Österreich von 2.067 PsychotherapeutInnen (etwa einem Viertel der eingetragenen PsychotherapeutInnen) insgesamt 495.000 Psychotherapieeinheiten erbracht. Die Zahl der KlientInnen, die über

Versorgungsvereine behandelt wurden, beträgt mehr als 30.000. Behandelt wurden überwiegend PatientInnen mit „affektiven Störungen (F30 bis F39), mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40 bis F48) sowie (vor allem in Tirol) mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 bis F69)“ (Eggerth et al., 2010, S. 19).

Zusätzlich wurden ca. 550.000 Stunden bei niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten bezuschusst (12 Millionen Euro), hier lässt sich die genaue Anzahl der behandelten Personen nicht eruieren.

Im Jahresbericht 2015 der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wird für das untersuchte Jahr 2014 zwar eine Steigerung der Ausgaben festgestellt, die im Bereich der Inflationsrate liegt, an der grundsätzlichen Versorgungslage ändert sich dadurch allerdings nichts.

So wurden „über Versorgungsvereine und Institutionen im Jahr 2014 etwas über 51.000 Personen erreicht, durch bezuschusste Psychotherapie 56.000 Personen. Mit ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen wurden mindestens 112.000 Personen versorgt“ (Buchinger, 2016). Es überrascht, dass mehr als die Hälfte der insgesamt 219.000 Personen durch ärztlich psychotherapeutische Leistungen versorgt werden. Allerdings können wir davon ausgehen, dass einige Personen in mehreren Kategorien zu finden sind (ärztliche psychotherapeutische Leistung und Versorgungsvereine oder bezuschusste Therapie). Bereits Eggerth et al. (2010) fanden Indizien, dass es sich bei den ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen um ein anderes Angebot als bei PsychotherapeutInnen handelt. Sie äußerten die Vermutung, dass es sich dabei eher um Kurzinterventionen und Motivationsgespräche handle, da vor allem die Dauer dieser Interventionen wesentlich kürzer ist als Therapien bei PsychotherapeutInnen. Daher kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass österreichweit etwa 107.000 Personen durch Psychotherapie im engeren Sinne erreicht werden. Zieht man die sehr konservative Schätzung des ÖBIG (Glatz & Schaffenberger, 2002) heran, dass in Österreich von zumindest 170.000 psychotherapiebedürftigen und therapiemotivierten Personen (2,1 Prozent der Bevölkerung) mit schweren psychischen Erkrankungen und Störungen ausgegangen werden kann, so lässt sich feststellen, dass KlientInnen mit psychischen Belastungen in Österreich unterversorgt sind. Geht man von fünf Prozent der Bevölkerung aus, so wären es gar 430.000 behandlungsbedürftige Personen. Vor allem in ländlichen Gebieten mit einer geringeren Therapeutendichte muss von einer massiven Unterversorgung ausgegangen werden.

Ein wichtiger sozialpolitischer Schritt wäre natürlich die Kassenfinanzierung der psychotherapeutischen Leistungen (Gesamtvertrag) als Eckpunkt der psychosozialen Versorgung in Österreich. Vor allem auch deshalb, da sozial schlechter gestellte Menschen noch häufiger an psychischen Störungen erkranken.

Abschließend soll noch ein Blick auf die Entwicklung der Krankenstände durch psychische Krankheiten gerichtet werden, da diese ebenfalls von volkswirtschaftlicher Relevanz sind.

Die Krankenstände aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen pro 1.000 Erwerbstätige sind vom Jahr 2000 mit 17,2 auf 29,9 im Jahr 2015 gestiegen (Statistik Austria). Insgesamt gab es im Jahr 2015 aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen 94.969 Krankheitsfälle. Dies entspricht nur 2,3 Prozent des Krankenstandes überhaupt. Allerdings weisen diese Personen mit 38,9 Tagen die zweithöchste durchschnittliche Krankheitsdauer auf. Bezieht man also die Dauer mit ein, so ergibt sich, dass 9,2 Prozent der Krankentage (insgesamt 3.695.294 Tage) im Jahr 2015 aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen in Anspruch genommen wurden. Volkswirtschaftlich gesehen folgen nach den Erkrankungen des Atmungssystems (22,1 Prozent), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (20,9 Prozent) sowie Verletzungen und Vergiftungen durch äußere Ursachen (16,3 Prozent) an vierter Stelle der krankheitsbedingten Ausfälle bereits Krankenstände aufgrund psychischer Krankheiten und Verhaltensstörungen (9,2 Prozent). Während die Krankentage generell leicht zurückgehen, so trifft dies für den Krankenstand aufgrund psychischer Störungen nicht zu.

Angemerkt sei noch, dass wir mit einigen Gruppen arbeiten, die aufgrund ihrer psychischen Störungen nicht mehr erwerbsfähig sind.

Dies zeigt sich, wenn man die Neuzugänge an Pensionen durch geminderte Arbeitsfähigkeit bzw. dauernde Erwerbsunfähigkeit der Statistik Austria von 2015 genauer betrachtet. Von 15.115 frühzeitigen Pensionierungen erfolgte diese bei 32,8 Prozent (4.954 Personen) aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung. Diese Diagnosegruppe steht an erster Stelle bei Frühpensionierungen, gefolgt von Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit 23,9 Prozent (3.616 Personen).

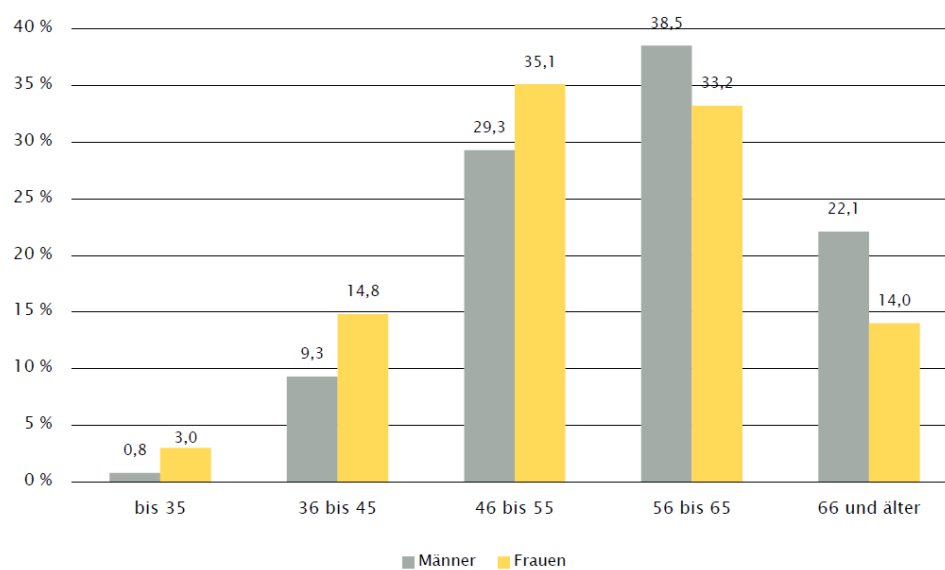
### **4.3 PsychotherapeutInnen**

Ende Dezember 2015 waren 8.411 Personen in die Liste der PsychotherapeutInnen des Bundesministeriums eingetragen, davon 6.020 Psychotherapeutinnen (71,6 Prozent) und 2.391 Psychotherapeuten (28,4 Prozent). Dies entspricht einer durchschnittlichen TherapeutInnendichte von 9,8 pro 10.000 Einwohner. Die Anzahl der PsychotherapeutInnen ist seit 1991 von 1.000 kontinuierlich gestiegen mit Sprüngen aufgrund der Erstellung der Liste 1991 bis 1993 (Zuwachs von rund 2.000) und aufgrund der Befristung der Übergangsregelung 1997 bis 1998 (Zuwachs von rund 1.000 Personen). 1.311 Personen (14,7 Prozent) haben keine therapeutische Zusatzbezeichnung. Dem Personenzentrierten Ansatz sind 11,9 Prozent zuzuordnen (1.058), die 628 PsychotherapeutInnen (7,1 Prozent) der ÖGWG machen dabei den größten Anteil aus. Bereinigt man die Grundgesamtheit um die 1.311 Personen, die keine Zusatzbezeichnung haben, so beträgt der Anteil der Personenzentrierten TherapeutInnen 14,0 Prozent an den PsychotherapeutInnen mit einer Zusatzbezeichnung.

Mit 20,6 Prozent (1.831) ist die Systemische Familientherapie die häufigste Zusatzbezeichnung. Die Verhaltenstherapie stellt mit 898 TherapeutInnen lediglich 10,1 Prozent der PsychotherapeutInnen in Österreich.

Das Durchschnittsalter der österreichischen PsychotherapeutInnen beträgt 55,7 Jahre (!) (Frauen 54,8 Jahre; Männer 58 Jahre). Rund 16 Prozent sind über 65 Jahre alt, hingegen gibt es wenige, die 35 Jahre oder jünger sind – damit ergibt sich eine linksschiefe Altersverteilung.

Abbildung 6: Altersverteilung (in Prozent) der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten differenziert nach Geschlecht (Sagerschnig & Tanios, 2016a, S. 14)



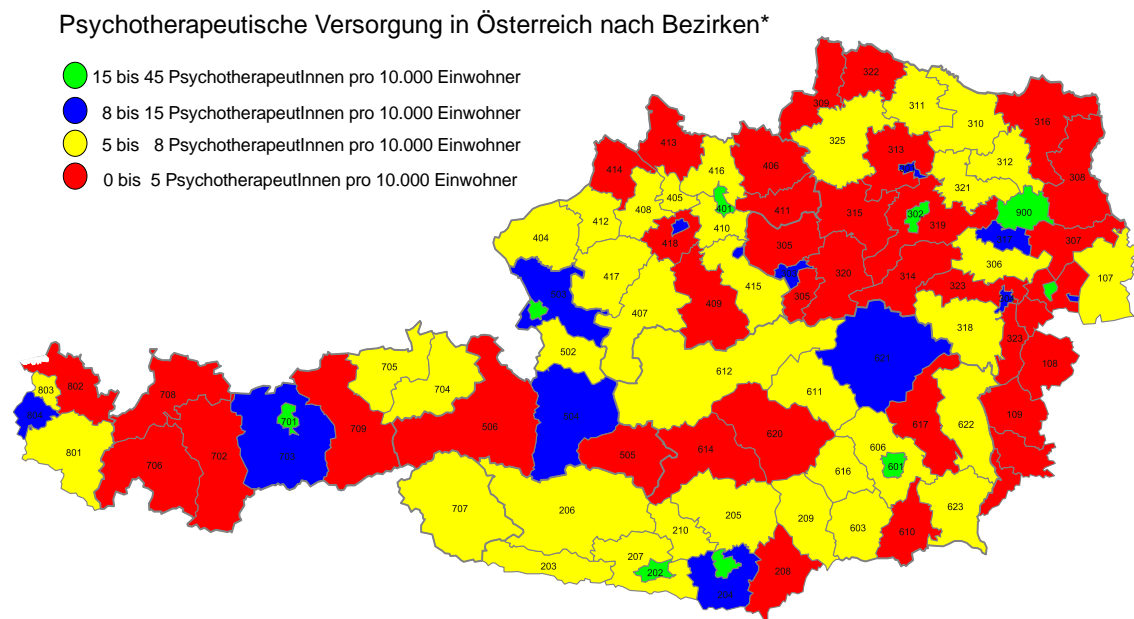
Stichtag: 31. 12. 2014

Quelle: BMGF; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Hauptsächlich wird Psychotherapie in freien Praxen ausgeübt (64,5 Prozent), nur 9,1 Prozent sind ausschließlich im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätig. Die restlichen 26,4 Prozent leisten Psychotherapie sowohl in der freien Praxis als auch in einer Institution.

Betrachtet man die Versorgungssituation auf Bundesländerebene, so arbeiten 41 Prozent (3.431) aller berufsberechtigten PsychotherapeutInnen in der Bundeshauptstadt Wien, während dort nur 20 Prozent der österreichischen Bevölkerung leben. Die TherapeutInnendichte mit 19,1 pro 10.000 Einwohner ist in Wien damit etwa doppelt so hoch wie im Bundesschnitt.

Abbildung 7: Psychotherapeutische Versorgung in Österreich nach Bezirken



Prinzipiell ist das psychotherapeutische Angebot vor allem in den Landeshauptstädten konzentriert (grün), im ländlichen Bereich sind noch weite Teile unterversorgt. Alle roten und gelben Bereiche auf der Abbildung 7 gelten letztlich noch als unterversorgte Entwicklungsgebiete. Nur 32 Prozent der TherapeutInnen haben ihren Berufssitz außerhalb von Wien oder einer Landeshauptstadt und versorgen dort etwa zwei Drittel der Bevölkerung. In Wien und den Landeshauptstädten stehen pro 10.000 Einwohner 20,3 PsychotherapeutInnen zur Verfügung, während es in den übrigen Bezirken durchschnittlich 4,6 pro 10.000 Einwohner sind. Wie Tabelle 9 zeigt, sind die Bezirke mit der höchsten TherapeutInnendichte Wien, Region 2 (1., 6. bis 9., 19. Bezirk) mit 58,6, gefolgt von Innsbruck Stadt (36,4 pro 10.000 EW) und Salzburg Stadt mit 33,0. Am wenigsten versorgt mit einer TherapeutInnendichte von weniger als 2 pro 10.000 EW sind die Bezirke Tamsweg, Perg, Lilienfeld, Wels-Land, Jennersdorf, Südoststeiermark (Feldbach + Radkersburg), sowie Hartberg-Fürstenfeld.

Tabelle 9: Bezirke mit höchster bzw. geringster TherapeutInnendichte (Sagerschnig & Tanios, 2016a, S. 9)

Rang	Bezirk	PTD	Rang	Bezirk	PTD
1	Wien (1., 6. bis 9., 19. Bezirk)	58,6	102	Tamsweg	1,5
2	Innsbruck (Stadt)	36,5	101	Perg	1,5
3	Salzburg (Stadt)	33,0	100	Lilienfeld	1,5
4	Klagenfurt (Stadt)	23,7	99	Wels-Land	1,6
5	Wien (13. bis 15. Bezirk)	23,3	98	Jennersdorf	1,7



Rang	Bezirk	PTD	Rang	Bezirk	PTD
6	Eisenstadt (Stadt)	22,0	97	Südoststeiermark (Feldbach und Radkersburg)	2,0
7	Graz (Stadt)	20,9	96	Hartberg-Fürstenfeld	2,0
8	Wien (3., 4., 11. Bezirk)	20,9	95	Wolfsberg	2,1
9	Wien (16. bis 18. Bezirk)	20,2	94	Leibnitz	2,1
10	Linz (Stadt)	18,1	93	Deutschlandsberg	2,2

PTD: PsychotherapeutInnendichte pro 10.000 Einwohner

Selbst wenn die psychotherapeutische Versorgung aus meiner Sicht nicht in allen Gebieten als ausreichend zu bezeichnen ist, zeigt der Vergleich mit Deutschland und der Schweiz doch eine weitaus bessere Versorgung in Österreich. In Deutschland waren im Jahr 2016 bundesweit 23.812 vertragsärztliche PsychotherapeutInnen tätig, also knapp dreimal so viele wie in Österreich, während Deutschland zehnmal so viele Einwohner wie Österreich hat. In der Schweiz zeigt eine Statistik von 2013 (Stettler, Stocker, Gardiol, Bischof & Künzi, 2013, S. 22) umgerechnet 3.067 TherapeutInnen (Vollzeitäquivalente, also zahlenmäßig mehr Personen, die in Vollzeitäquivalente umgerechnet sind). Durchschnittlich hat damit Österreich mit 9,8<sup>4</sup> TherapeutInnen pro 10.000 Einwohner den höchsten TherapeutInnendurchsatz, gefolgt von der Schweiz mit 3,7 PsychotherapeutInnen pro 10.000 Einwohner (aufgrund der Vollzeitäquivalente muss dieser Wert nach oben korrigiert werden). In Deutschland stehen 10.000 Einwohnern nur 2,9 vertragsärztliche PsychotherapeutInnen zur Behandlung zur Verfügung. Ein wesentlicher Grund für diese Unterschiede dürfte der restriktivere Zugang zum psychotherapeutischen Markt in der Schweiz und in Deutschland sein.

#### 4.4 Ausbildung (Propädeutika und Fachspezifika)

In Österreich hat die Anerkennung der verschiedenen Richtungen dazu geführt, dass für die Personzentrierte Richtung ein guter Boden für die Ausbildung bereitet werden konnte. Die ÖGWG bietet nicht nur ein Fachspezifikum, sondern auch ein Propädeutikum an. Mitte 2016 waren 3.844 Personen in einem psychotherapeutischen Propädeutikum und 3.789 Personen in einem Fachspezifikum. Im Berichtsjahr schlossen 389 Personen die Ausbildung ab und 62 Personen schieden ohne Abschluss aus. Würden alle diese Personen (insgesamt 7.633) in den nächsten Jahren in die PsychotherapeutInnenliste eingetragen, stiege die Anzahl der PsychotherapeutInnen um 90,8 Prozent. Einige Faktoren wurden hier nicht berücksichtigt: nicht alle in einem Fachspezifikum werden diese Ausbildung abschließen, nicht alle PropädeutikumsteilnehmerInnen werden eine weitere

<sup>4</sup> In Österreich beziehen sich die Zahlen auf die Anzahl der TherapeutInnen, nicht auf Vollzeitäquivalente. Geht man davon aus, dass zehn bis 30 Prozent dauerhaft oder temporär nicht arbeiten, liegt der tatsächliche österreichische Durchschnitt wahrscheinlich zwischen sieben und acht PsychotherapeutInnen pro 10.000 Einwohner.

Therapieausbildung beginnen und abschließen. Vor allem aus Alters-, aber auch aus anderen Gründen gibt es einen natürlichen Abgang aus der TherapeutInnenliste. Dennoch lässt sich sagen, dass wir uns um den therapeutischen Nachwuchs zahlenmäßig keine Sorgen machen müssen – Psychotherapieausbildungen liegen im Trend und der Zulauf zu den Fachspezifika ist ungebrochen. Einige Tendenzen, die wir bereits aus der Situation der PsychotherapeutInnen kennen, finden sich in der Ausbildungssituation wieder.

Mehr als drei Viertel der FachspezifikumsteilnehmerInnen sind weiblich, beim Propädeutikum sind es sogar 79 Prozent. Die meisten KandidatInnen des Propädeutikums stammen aus Wien (46 Prozent) und Niederösterreich (12,8 Prozent). Wien stellt mit 42,3 Prozent der AusbildungsteilnehmerInnen beim Fachspezifikum ebenfalls den weitaus größten Anteil. Es ist also nicht davon auszugehen, dass die derzeitige Ausbildungssituation die bereits bestehende Ungleichverteilung der PsychotherapeutInnen ausgleichen wird, ganz im Gegenteil, das therapeutische Angebot in Wien und den Landeshauptstädten wird weiter zunehmen.

Die ÖGWG ist, wenn man die Zahlen der AusbildungskandidatInnen heranzieht, der drittgrößte Ausbildungsverein (255 TeilnehmerInnen in den Fachspezifika, 6,7 Prozent). Mehr Personen werden nur noch von der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (346 Personen, 9,1 Prozent) und von der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie und systemische Studien (362 Personen, 9,6 Prozent) ausgebildet.

Bezüglich der Geschlechterverteilung sind auch bei der ÖGWG mehr als drei Viertel Frauen in der Ausbildung (77,7 Prozent). Mehr als die Hälfte der FachspezifikateilnehmerInnen (52,9 Prozent) bei der ÖGWG sind über 41 Jahre und damit ist diese Altersgruppe mit 16,9 Prozent mehr vertreten als im österreichischen Durchschnitt. Hingegen ist die Altersgruppe bis 30 Jahre unterrepräsentiert.

Insgesamt bilden nur vier Vereine mehr als 200 Personen aus und zehn Vereine zwischen 100 und 200 Personen. Diese 14 Vereine bilden gemeinsam 72,8 Prozent des psychotherapeutischen Nachwuchses aus. Auf die restlichen 25 aktiven Vereine entfallen nur 27,2 Prozent der AusbildungskandidatInnen (1.029 Personen).

Tabelle 10 zeigt die Aufteilung der FachspezifikateilnehmerInnen auf die Bundesländer.

Tabelle 10: Fachspezifika österreichweit und Anteil der ÖGWG

Bundesländer	Fachspezifika Österreich			ÖGWG Fachspezifika			
	N	%	10 ‰	N	%	% Öst	100 ‰
Wien	1.602	42,3	8,8	44	17,3	2,7	2,4
Niederösterreich	517	13,6	3,2	28	11,0	5,4	1,7
Oberösterreich	397	10,5	2,7	118	46,3	29,7	8,2
Salzburg	271	7,2	5,0	19	7,5	7,0	3,5
Tirol	214	5,6	2,9	8	3,1	3,7	1,1
Vorarlberg	91	2,4	2,4	1	0,4	1,1	0,3
Burgenland	66	1,7	2,3	2	0,8	3,0	0,7
Steiermark	385	10,2	3,1	15	5,9	3,9	1,2
Kärnten	166	4,4	3,0	19	7,5	11,4	3,4
GESAMT	3.789	100,0	4,4	255	99,6	6,7	2,9

N = Anzahl Personen Fachspezifikum; % Angaben in Prozent; 10 ‰ um die Relation zur Bevölkerung des Bundeslandes herzustellen zeigt diese Angabe die AusbildungsteilnehmerInnen pro 10.000 Einwohner; 100 ‰ pro 100.000 Einwohner

Tabelle 10 zeigt deutlich, dass österreichweit der Ausbildungsschwerpunkt in Wien und Niederösterreich angesiedelt ist, während bei der ÖGWG der Schwerpunkt eindeutig in Oberösterreich liegt. Fast die Hälfte der Auszubildenden der ÖGWG stammt aus Oberösterreich. Entsprechend gering vertreten sind die westlichen Bundesländer Tirol und Vorarlberg (unterhalb des Bundesschnittes). Bezieht man die Bevölkerungsdichte mit ein, so kommt das Bundesland Salzburg mit 3,5 TeilnehmerInnen pro 100.000 Einwohner bereits an zweiter Stelle, dicht gefolgt von Kärnten mit 3,4 AusbildungskandidatInnen. In Oberösterreich gibt es mit 8,2 TeilnehmerInnen mehr als doppelt so viele. Mich überrascht, dass Wien (2,4) nur knapp unterhalb des österreichischen Durchschnittes mit 2,9 liegt. Beim Anteil in Relation zu den anderen Fachspezifika fällt auf, dass die ÖGWG in Kärnten mit 11,4 Prozent aller FachspezifikateilnehmerInnen bereits einen hohen Anteil in diesem Bundesland zu verzeichnen hat. In Oberösterreich absolviert fast ein Drittel (29,7 Prozent) aller Personen, die in einer Therapieausbildung stehen, diese bei der ÖGWG.

Wesentlichen Anteil am Zulauf zum Fachspezifikum hat natürlich das Propädeutikum, da dort für viele die Weichen für die Wahl der weiteren Ausbildung gestellt werden.

Etwa die Hälfte der PropädeutikumsteilnehmerInnen kann als höchste abgeschlossene Ausbildung die Matura vorweisen. Sagerschnig und Tanios (2016b) vermuten, dies

„hängt damit zusammen, dass viele das Propädeutikum parallel zu einer weiteren Ausbildung bzw. zu einem Studium absolvieren“ (S. 9).

Des Weiteren ist interessant, dass beim Propädeutikum 20,9 Prozent 41 Jahre und älter sind, beim Fachspezifikum macht diese Altersgruppe sogar 36 Prozent aus, also ein recht hoher Anteil von Personen, die im reiferen Alter noch eine neue Ausbildung beginnen.

Das Propädeutikum der ÖGWG gehört zu den vier Propädeutika, die die meisten Personen ausbilden. In Österreich kann nicht von einer dominierenden Therapierichtung gesprochen werden. Die österreichische Gesetzeslage hat die Methodenvielfalt gefördert und diese spiegelt sich sowohl bei den in die Liste eingetragenen PsychotherapeutInnen als auch in der Ausbildungssituation wider.

In der folgenden Tabelle ist die Verteilung in der PsychotherapeutInnenliste bzw. Ausbildung angegeben, wenn man die einzelnen Therapieschulen den vier Grundorientierungen zuordnet (Sagerschnig & Tanios, 2016b, S. 29).

Tabelle 11: PsychotherapeutInnen und AusbildungskandidatInnen nach Grundorientierungen in Prozent

Grundorientierung	Verteilung PsychotherapeutInnenliste*	Ausbildung
<b>1. Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung:</b> Analytische Psychologie , Gruppenpsychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie, Individualpsychologie, Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie, Psychoanalytisch-orientierte Psychotherapie, Autogene Psychotherapie, Daseinsanalyse, Dynamische Gruppenpsychotherapie, Hypnosepsychotherapie, Katathym Imaginative Psychotherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Transaktionsanalytische Psychotherapie	26,4	29,0
<b>2. Humanistisch-existenzielle Orientierung:</b> Existenzanalyse, Existenzanalyse und Logotherapie, Gestalttheoretische Psychotherapie, Integrative Gestalttherapie, Integrative Therapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Person(en)zentrierte Psychotherapie, Psychodrama	37,5	45,1
<b>3. Systemische Orientierung:</b> Systemische Familientherapie, Neuro-Linguistische Psychotherapie	24,3	16,1
<b>4. Verhaltenstherapeutische Orientierung:</b> Verhaltenstherapie	11,8	9,8

\* Die PsychotherapeutInnen ohne Zusatzbezeichnung sind in der Grundgesamtheit nicht mehr enthalten.

Die humanistisch-existenziellen Therapierichtungen dominieren in Österreich mit einem Anteil von 37,5 Prozent in der Therapeutenliste und mit 45,1 Prozent in den Fachspezifika. Es ist also davon auszugehen, dass sich die Vorrangstellung der humanistisch-existenziellen Richtungen weiter festigen wird. Wesentlichen Anteil daran haben im

Fachspezifikum die Personenzentrierten Ansätze mit insgesamt 13,4 Prozent, die Existenzanalyse mit 9,3 Prozent und die Integrative Gestalttherapie mit 8,8 Prozent. Die Verhaltenstherapeutische Orientierung bildet in Österreich, anders als im Nachbarland Deutschland, das Schlusslicht der Grundorientierungen.

Abschließend sei noch ein Blick auf die LehrtherapeutInnen und AusbilderInnen geworfen. Zum Stichtag 01.06.2016 waren 921 LehrtherapeutInnen in Österreich tätig, einige davon arbeiten für mehrere Institute. Insgesamt haben 62 Prozent eine volle Lehrbefugnis inne. Für die ÖGWG waren zu diesem Zeitpunkt zehn LehrtherapeutInnen mit voller Lehrbefugnis und 41 mit partieller Lehrbefugnis gemeldet. Innerhalb der ÖGWG haben also nur 19,6 Prozent der LehrtherapeutInnen eine volle Lehrbefugnis. Nur bei vier Ausbildungsinstituten liegt der Anteil der LehrtherapeutInnen mit voller Lehrbefugnis unter einem Drittel: Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)/Fachsektion Systemische Familientherapie (zehn volle, 44 partielle Lehrbefugnis; 18,5 Prozent), ÖGWG (zehn volle, 41 partielle; 19,6 Prozent), Psychoanalytisches Seminar Innsbruck (acht volle, 31 partielle; 20,5 Prozent) und Institut für Psychosoziale Intervention und Kommunikationsforschung Innsbruck (sechs volle, 16 partielle; 27,3 Prozent). Bei 24 Ausbildungsinstituten haben mehr als zwei Drittel der Lehrbeauftragten die volle Lehrbefugnis inne, bei 13 Ausbildungsorganisationen liegt der Anteil zwischen 33,3 und 66,5 Prozent. Dies ist ein Hinweis, dass es dringend notwendig erscheint, innerhalb der ÖGWG mehr LehrtherapeutInnen mit voller Lehrbefugnis auszubilden. Es mag auch sein, dass die Anforderungen innerhalb der ÖGWG, die volle Lehrbefugnis zu erreichen, recht hoch sind

## **4.5 Derzeitige Entwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie in Deutschland**

Dodos Verdikt (also die gleiche Wirksamkeit der verschiedenen Therapieschulen) gilt in Österreich, nicht aber in Deutschland. Noch provokanter formuliert: Personenzentrierte Psychotherapie wirkt wissenschaftlich erwiesen in Österreich für die verschiedensten Störungsbilder, nicht aber in Deutschland. Natürlich stecken dahinter politische Machtkämpfe, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann. Dennoch darf dabei nicht vergessen werden, dass sich dies selbstverständlich auch auf die zukünftige Forschung innerhalb der Personenzentrierten Therapie im gesamten deutschsprachigen Raum auswirken wird.

In den 1970er Jahren war die Gesprächspsychotherapie das am weitesten verbreitete Verfahren in Deutschland (Hentze, 2011, S. 12). Dadurch, dass die Personenzentrierte Psychotherapie in Deutschland nicht zu den Richtlinienverfahren zählt, werden die meisten KlientInnen mittlerweile mit Verhaltenstherapie und psychodynamischen

Verfahren behandelt. Dies hat entsprechende Auswirkungen auf die Ausbildungssituation, da StudentInnen vorzugsweise eine Richtung wählen, in der sie als PsychotherapeutInnen einen Zugang zur Kassenfinanzierung erhalten können. Bereits 2005 hatte die Gesprächspsychotherapie nur noch einen Ausbildungsanteil von 14 Prozent. 2007 haben die drei staatlich anerkannten Ausbildungsstätten in Deutschland ihre Tätigkeit „mangels Nachfrage“ einstellen müssen (Eckert, 2012). Es waren deutschlandweit gerade mal 13 Personen in Ausbildung. Im Gegensatz dazu hatten 68 Prozent der Auszubildenden im Jahr 2009 den Schwerpunkt Verhaltenstherapie.

Auch auf universitärer Ebene ergibt sich ein ähnliches Bild. Die „Wachstums- und Blütezeit“ sieht Frohburg (2011, S. 68) in den 1970er und 1980er Jahren. Bis Mitte der 1990er Jahre war „die Gesprächspsychotherapie an den Universitäten in Deutschland [...] ihrem wissenschaftlichen Status entsprechend fester Bestandteil von universitärer Lehre und Forschung“ (Frohburg, 2011, S. 83). Noch 1995 wurde an 75 Prozent der psychologischen Universitätsinstitute Lehre und Forschung angeboten. Aus Altersgründen abgehende Lehrende mit Personenzentriertem Hintergrund wurden ausschließlich mit Vertreterinnen und Vertretern der Verhaltenstherapie nachbesetzt. So war bereits im Jahr 2000 die Lehre zu 60 Prozent verhaltenstherapeutisch orientiert und nur noch 18 Prozent waren dem Personenzentrierten Ansatz zuordenbar. 2006 waren 80 Prozent der klinisch-psychologischen Lehrstühle an die Verhaltenstherapie gebunden (Frohburg, 2011, S. 86). Die entsprechende Auswirkung auf die Studierenden lässt sich leicht nachvollziehen.

„2009 waren von den 47 Lehrstühlen für Klinische Psychologie und Psychotherapie 42 mit Vertretern der Verhaltenstherapie, 4 mit Psychoanalytikern und 2 mit Gesprächspsychotherapeuten besetzt. Inzwischen [2012] sind noch 2 Psychoanalytiker und 0 Gesprächspsychotherapeuten Lehrstuhlinhaber“ (Eckert, 2012).

Die Personenzentrierten VertreterInnen sprechen von einer zunehmenden verhaltenstherapeutischen Monokultur in unserem Nachbarland. Mittelfristig ist zu befürchten, dass die Personenzentrierte Psychotherapie in Deutschland aussterben oder ein Nischendasein führen wird. Durch das Fehlen der universitären Verankerung wird es kaum mehr wissenschaftliche Impulse geben. Da in Deutschland viele Forschungsprojekte über Drittmittel finanziert werden, fällt auch diese finanzielle Ressource weg, da die Deutsche Forschungsgemeinschaft kein Interesse hat, Projekte mit nicht anerkannten Therapieverfahren zu finanzieren. Durch die fehlende Anerkennung bricht auch die Ausbildungsstruktur zusammen. Der psychotherapeutische Nachwuchs orientiert sich an anerkannten Richtlinienverfahren.

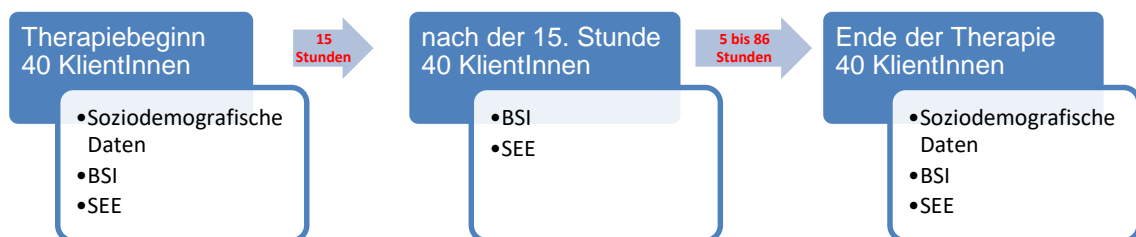
Für Österreich wird dies Auswirkungen haben, da wir das dadurch entstehende wissenschaftliche Vakuum nicht werden füllen können. Umso mehr sind wir aufgerufen, wissenschaftlich aktiv zu werden und zu bleiben.

## 5 Empirischer Teil

### 5.1 Untersuchungsdesign

Die Untersuchung wurde von der Wissenschaftskommission der ÖGWG gemeinsam mit Prof. Mag. Wolfgang Keil, Prof. Dr. Jochen Sauer und Prof. Dr. Manuel Schabus geplant. Vorgesehen war, dass TherapeutInnen die nächsten zwei KlientInnen (randomisierte Auswahl) mit den Tests BSI (Brief Symptom Inventory) und SEE (Skalen zum Erleben von Emotionen) am Beginn der Therapie (1. bis 3. Stunde), nach der 15. Stunde und am Ende der Therapie untersuchen. Da es sich um ein naturalistisches Studiendesign handelt, war das Ende der Therapie individuell unterschiedlich und nicht in seinem Stundenausmaß begrenzt. Zusätzlich zur Eingangsdiagnostik am Beginn der Therapie gab es einen weiteren gemeinsamen Messzeitpunkt nach der 15. Stunde für alle KlientInnen und einen je nach Therapieverlauf unterschiedlichen Zeitpunkt am Ende der Therapie.

Abbildung 8: Studiendesign und Ablaufdiagramm



Die TherapeutInnen wurden über den Zweck und die Durchführung der Untersuchung schriftlich informiert. Das Einverständnis der KlientInnen, in anonymisierter Form an einer wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen, wurde von den TherapeutInnen eingeholt.

Die Tests wurden in anonymisierter Form an mich zur Auswertung versandt. Die Auswertung erfolgte computergestützt mit dem Programm Hogrefe Testsystem 4.0.3. Die Testergebnisse wurden den behandelnden TherapeutInnen zur weiteren Verwendung im therapeutischen Prozess zur Verfügung gestellt.

Da sich an diesem Projekt nicht so viele TherapeutInnen wie erhofft beteiligten, wurde das Projekt auf AusbildungskandidatInnen im letzten Stadium ihrer Ausbildung ausgeweitet. Die Datenerhebung erfolgte von April 2011 bis Mai 2017.

## 5.2 Erhebungsinstrumente

### 5.2.1 Soziodemografische Daten

Erhoben wurden allgemeine Kennwerte zu den TherapeutInnen (Geschlecht, Alter, höchster Schulabschluss bzw. Berufsausbildung, Bundesland, seit wann psychotherapeutisch tätig, Hauptklientel, Anzahl der Therapiestunden pro Woche, abgeschlossene Therapien).

Bei den KlientInnen wurden die Daten zeitlich in drei Kategorien eingeteilt.

**Daten zu Therapiebeginn:** Name codiert, Geburtsjahr, Geschlecht, Beruf, höchster Schulabschluss bzw. Berufsausbildung, Therapiestart, Therapieanlass, therapierelevante Medikation (Psychopharmaka).

**Verlaufsdaten:** Hauptdiagnose ICD 10, weitere Diagnose ICD 10, soziales Netzwerk, Sitzungsfrequenz, primäres Setting, privat/institutionell, Finanzierung.

**Therapieende:** Anzahl der Stunden, therapierelevante Medikation (Psychopharmaka), Abschlussart, Ausmaß der TherapeutInnenzufriedenheit mit dem Therapieerfolg, Datum Therapieende.

### 5.2.2 Fragebögen

Mit dem Brief Symptom Inventory (BSI - Franke, 2000; Derogatis & Melisaratos, 1983) und den Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE - Behr & Becker, 2004) wurden zwei Fragebögen als Messinstrumente ausgewählt, die sowohl in Papier-Bleistift-Form als auch als Computerversion durchgeführt werden können. Ganz bewusst haben wir nur zwei kurze Ratinginstrumente zum Einsatz gebracht, um die Belastung für die teilnehmenden TherapeutInnen und KlientInnen möglichst gering zu halten.

#### 5.2.2.1 BSI

Der BSI ist ein Symptomfragebogen der international sowohl bei psychologischen als auch medizinischen Fragestellungen sehr viel angewandt wird (Cramer et al., 2016; Lutz et al., 2011; Pekarik & Wolff, 1996; Jagsch, 2015; Geisheim et al., 2002; Benishek, Hayes, Bieschke & Stöffelmayr, 1998; Carscaddon, 1990). Die Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen war ein wesentliches Auswahlkriterium. Der BSI erhebt mit 53 Items Belastungen durch psychische Symptome, die in den letzten sieben Tagen aufgetreten sind (Beispiel Item 6: „Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl leicht reizbar und verärgerbar zu sein?“). Die individuelle Stärke der psychischen Beeinträchtigung wird mittels fünfstufiger Likert-Skala eingestuft (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark, 4 = sehr stark).



### 5.2.2.1.1 Subskalen

Aus den 53 Items des BSI werden sieben Subskalen gebildet, die wesentliche Bereiche psychischer Belastungen abbilden.

Skala 1: Somatisierung(SOMA, somatization) – sieben Items: Ausmaß von psychischen Beeinträchtigungen, die durch die Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden entstehen.

Skala 2: Zwanghaftigkeit (ZWAN, obsessive-compulsive) – sechs Items: Umfasst Gedanken, Impulse und Handlungen, die von der Person als konstant vorhanden, unveränderbar und als ich-fremd erlebt werden.

Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI, interpersonal sensitivity) – vier Items: Umfasst Fragen leichter sozialer Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.

Skala 4: Depressivität (DEPR, depression) – sechs Items: Umfasst Traurigkeit bis zu Depressivität.

Skala 5: Ängstlichkeit (ANGS, anxiety) – sechs Items: Umfasst körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst.

Skala 6: Aggressivität/Feindseligkeit (AGGR, hostility) – fünf Items: Umfasst Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu aggressiven Durchbrüchen.

Skala 7: Phobische Angst (PHOB, phobic anxiety) – fünf Items: Umfasst ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zu massiven phobischen Ängsten.

Skala 8: Paranoides Denken (PARA, paranoid ideation) – fünf Items: Umfasst Misstrauen und Gefühle der Minderwertigkeit bis hin zu paranoidem Denken.

Skala 9: Psychotizismus(PSYC, psychoticism) – fünf Items: Umfasst das Gefühl von Isolation und Entfremdung.

Des Weiteren gibt es vier Zusatzitems, die nicht in die Auswertung miteinbezogen, sondern in speziellen Fällen gesondert betrachtet werden.

### 5.2.2.1.2 Globale Kennwerte

Zusätzlich zu den neun Skalen des BSI werden drei Gesamtindizes berechnet.

**GSI (Global Severity Index):** Grundsätzliche psychische Belastung

Der Global Severity Index (grundsätzliche psychische Belastung) ist ein Gesamtwert, in den alle Items des BSI miteinbezogen werden. Damit ist er ein sehr stabiler und aussagekräftiger Kennwert für die Belastung von KlientInnen.

**PSDI (Positive Symptom Distress Index):** Intensität der Antworten

Der PSDI gibt an, welche Intensität der Symptome die KlientInnen angekreuzt haben. Je mehr die Kategorien „sehr stark“ und „sehr“ verwendet werden, umso höher fällt der PSDI aus.

**PST (Positive Symptom Total):** Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Hier werden alle Items gezählt, bei denen ein anderer Wert als „überhaupt nicht“ angekreuzt wird.

**5.2.2.1.3 Validität**

Neben der Augenscheinvalidität wurden konvergente und diskriminante Validitätsaspekte untersucht. Untersucht wurden Zusammenhänge mit Persönlichkeitseigenschaften (Freiburger Persönlichkeits Inventar – FPI), Zusammenhänge mit Krankheitsverarbeitung (Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK), Zusammenhänge mit sozialer Unterstützung (Fragebogen zur sozialen Unterstützung) und anhand der Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste (MLDL) Zusammenhänge mit der Lebensqualität (Franke, 2000, S. 37 ff.). Anwendung fand der BSI bereits in verschiedensten medizinischen und psychologischen Bereichen wie der Dermatologie, Gynäkologie, HIV-Forschung, Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Psychoneuroimmunologie, Psycho-Onkologie, Psycho-Ophthalmologie, Psychopathologie, Psychotherapeutische Interventionen, Stresstheorie und Trauma. Franke (2000, S. 59) meint auch, das „BSI eignet sich besonders gut, um die Effekte psychotherapeutischer Interventionen abzubilden“.

**5.2.2.1.4 Reliabilität**

Das BSI und der zugrunde liegende SCL-90 von Derogatis gelten als sehr reliable Selbstbeurteilungsverfahren. Sie wurden an verschiedensten Stichproben untersucht und normiert. Die interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) liegt zwischen 0,64 (PARA) und 0,75 (ZWAN, UNSI). Die Reliabilitätswerte klinischer Stichproben sind noch besser, vor allem Depressivität zeigt sich als sehr reliable Subskala (0,85).

Die Test-Retest-Reliabilität innerhalb einer Woche liegt zwischen 0,68 (Somatisierung) und 0,91 (PHOB).

Am stabilsten in den testtheoretischen Kennwerten ist der Global Severity Index (GSI) mit einem Cronbachs  $\alpha$  zwischen 0,92 und 0,96 und bei der Test-Retest-Reliabilität in den verschiedenen Stichproben zwischen 0,90 und 0,93.

**5.2.2.2 SEE**

Die Skalen zum Erleben von Emotionen (Behr & Becker, 2002; Behr & Becker, 2004) sind ein Persönlichkeitsfragebogen, der auf einem Personzentrierten Hintergrund basiert.

Sie stellen nach den Autoren „ein theoriegeleitetes multidimensionales Instrument zur Erfassung zentraler Konstrukte der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie [...] dar“ (S. 7). Sie sind dazu geeignet, erste Informationen über die Gefühlswahrnehmung von ProbandInnen zu geben, und „zu Forschungszwecken können die SEE einen wertvollen Beitrag bei der Prozess- und Ergebnismessung in der Psychotherapie leisten, indem sie die Konstrukte der personzentrierten Persönlichkeitstheorie [...] direkt erfassen“ (S. 7).

#### 5.2.2.2.1 Subskalen

Die SEE bestehen aus 42 Items mit einer fünfstufigen Likert-Skala (stimmt gar nicht, stimmt kaum, stimmt mittelmäßig, stimmt ziemlich, stimmt völlig) und sieben Subskalen, die folgende Bereiche inhaltlich erfassen:

Skala 1: Akzeptanz eigener Emotionen

Skala 2: Erleben von Emotionsüberflutung

Skala 3: Erleben von Emotionsmangel

Skala 4: Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen

Skala 5: Imaginative Symbolisierung von Emotionen

Skala 6: Erleben von Emotionsregulation

Skala 7: Erleben von Selbstkontrolle

#### 5.2.2.2.2 Validität

Die Validität der Skalen wurde anhand von konvergenten (Tests, die ähnliche Konstrukte messen) und diskriminanten (keine Zusammenhänge mit Tests, die andere Konstrukte messen) Aspekten untersucht. Der interessierte Leser findet genauere Ausführungen dazu bei Behr und Becker (2004, S. 38 ff.).

Bezüglich der Kriteriumsvalidität verglichen die TestautorInnen die Normstichprobe mit einer ambulanten und stationären Psychotherapiestichprobe. Es wurde erwartet, dass die Psychotherapiegruppen niedrigere Werte bei der Skala Akzeptanz eigener Emotionen, Emotionsmangel und Emotionsregulation aufweisen und höhere Werte bei der Skala Emotionsüberflutung. Diese Hypothesen wurden bestätigt (Behr & Becker, 2004, S. 44 f.).

Zusammenhänge der SEE mit dem BSI wurden ebenfalls untersucht. Niedrige Werte bei der Skala Akzeptanz eigener Emotionen, Erleben von Emotionsregulation und Selbstkontrolle gingen mit höheren Werten beim GSI einher.

Behr und Becker (2004, S. 45) resümieren, dass „diese Ergebnisse zeigen, dass Akzeptanz eigener Gefühle, Emotionsregulation und Selbstkontrolle, so wie sie von den SEE erhoben werden, auch bei der Gruppe der Psychotherapie-Patienten mit geringerem Symptom-Erleben in Zusammenhang stehen. Erleben von Emotionsüberflutung und

Emotionsmangel stehen in Zusammenhang mit Symptombelastung, wie vor dem theoretischen Hintergrund des personzentrierten Ansatzes erwartet.“ Diese Hypothese wird auch in der vorliegenden empirischen Untersuchung geprüft (vgl. Hypothese 5, S. 60).

#### 5.2.2.2.3 Reliabilität

Alle Skalen weisen eine sehr zufriedenstellende Homogenität und interne Konsistenz mit einem Cronbachs  $\alpha$  von 0,70 (Erleben von Emotionsmangel und Erleben von Emotionsregulation) und 0,86 (Erleben von Emotionsüberflutung) auf. Die Trennschärfe der Skalen liegt zwischen 0,32 (Erleben von Emotionsmangel) und 0,46 (Erleben von Emotionsüberflutung). Bei der Skala Akzeptanz eigener Emotionen fällt eine relativ hohe negative Interkorrelation mit der Skala Erleben von Emotionsüberflutung auf (-0,42\*\*). Dies ist ein Hinweis, dass die beiden Skalen nicht unabhängig voneinander sind, sondern hohe Werte bei der Akzeptanz eigener Emotionen mit niedrigen Werten beim Erleben von Emotionsüberflutung einhergehen. Inhaltlich stimmt dies mit dem Konzept überein, dass beide Skalen mit der Kongruenz der Probanden zusammenhängen.

Die Skalen erzielen eine Varianzaufklärung von 5,6 Prozent (Erleben von Emotionsmangel und Erleben von Emotionsregulation) bis 9,4 Prozent (Erleben von Emotionsüberflutung), durchschnittlich werden von den Skalen 7,5 Prozent der Varianz aufgeklärt.

An einer kanadischen Stichprobe wurde die Validität und Reliabilität der Skalen in einer englischen Version von Watson und Lilova (2009) überprüft.

#### 5.2.2.2.4 Theoretischer Hintergrund der Skalen

Die zugrunde liegende Persönlichkeitstheorie geht davon aus, dass „Veränderungen durch die Modifikation der emotionalen Organisation einer Person (Symbolisierung, mehr Kongruenz und Intuition, Wahrnehmung, Regulation und positive Bewertung von Gefühlen) gefördert werden“ (Behr & Becker, 2004, S. 10). Die Konstruktion dieses Tests kann als Versuch verstanden werden, solche zentralen Konstrukte der Personzentrierten Persönlichkeitstheorie durch eine einfache Beantwortung von Fragen zu operationalisieren. Natürlich kann man solchen Vorhaben sehr kritisch gegenüberstehen, dennoch empfinde ich es als herausragende Leistung, auch im Personzentrierten Bereich sich zumindest dieser Herausforderung zu stellen.

Auch Hutterer (2005, S. 142 f.) würdigt die SEE als „therapie- und fachspezifisches Erhebungsverfahren“. Seiner Auffassung nach bedeutet dies, „dass theorienahe und methodenspezifische Instrumente vorliegen, die eine Unterstützung bei der Indikationsstellung und Erfolgsdiagnostik darstellen können“.

Im folgenden längeren Zitat sei von den AutorInnen die inhaltlich theoretische Konzeption der ersten drei Skalen der SEE, die sie mit Kongruenz verbinden, unverändert

dargestellt. Die TestautorInnen können selbst am besten ihre Personzentrierten theoretischen Hintergründe bei der Skalenkonstruktion erläutern. Im empirischen Teil werden die Werte der Skalen 1 bis 3 zur Operationalisierung von Kongruenz herangezogen.

„Die Skala *Akzeptanz eigener Emotionen* repräsentiert das Konstrukt „Kongruenz“ des personzentrierten Konzeptes: Die Items umschreiben klar Merkmale im Erleben von Personen, deren Selbstkonzept sich in Übereinstimmung mit den von ihnen wahrgenommenen Gefühlen befinden. Genau dies postuliert das theoretische Modell: Kongruenz als Übereinstimmung von organismischer Erfahrung und Selbstkonzept, welche verbunden ist mit der Wertschätzung des eigenen emotionalen Erlebens. Auf Grund der zentralen Bedeutung dieses Konstruktes in der personzentrierten Theorie wird diese Skala im Test als erste Skala gelistet.

Die Skalen *Erleben von Emotionsmangel* und zum Teil die Skala *Erleben von Emotionsüberflutung* korrespondieren mit der gleichen Modellvorstellung. Inkongruenz beschreibt im personzentrierten Konzept einen Zustand, in dem die Person einen Teil ihrer Gefühle und organismischen Erfahrungen nicht oder nur verzerrt wahrnimmt und/oder in dem sie eigene Gefühle nicht wertschätzt. Die Person erlebt sich als partiell abgespalten von ihrem Erleben. Die Items der Skala *Emotionsmangel* umschreiben eine solche Einschätzung. Der Aspekt der Nicht-Wertschätzung eigener Emotionen, der Mangel an Integration von Emotionen in das eigene Selbst und der Mangel an Klärung von Emotionen wird von der Skala *Überflutung* erfasst, in Verbindung mit der Einschätzung, zu viele Gefühle zu haben und dies als belastend zu erleben“ (Behr & Becker, 2004, S. 19 f.).

### 5.3 Stichprobe

Für diese Arbeit wurde ausschließlich die Stichprobe mit 40 Personen, von denen Daten zu drei Messzeitpunkten (Beginn der Therapie, nach der 15. Stunde und am Ende der Therapie) vorliegen, herangezogen.

Zusätzlich gibt es Daten von 76 Personen mit zwei Messzeitpunkten, 22 davon haben ihre psychotherapeutische Behandlung nach der zweiten Testung (spätestens nach der 15. Stunde) abgeschlossen. Die verbleibenden 54 Personen mit zwei Messzeitpunkten sind schwer einzuordnen, da wir von den meisten nicht wissen, ob die Therapie fortgesetzt wurde bzw. noch läuft, ob es zu einem Therapieabbruch kam oder eine Abschlusstestung aus anderen Gründen nicht möglich war.

Zusätzlich liegen Daten von 114 Personen mit nur einer Testung vor. Auch hier haben wir in den meisten Fällen keine Rückmeldung von TherapeutInnen, warum es zu keiner Fortführung der Testungen kam.

Drei Personen mit drei Testungen wurden aufgrund des Ausschlusskriteriums „zu niedrige psychische Belastung“ (unterhalb des Cut-off-Kriteriums von Franke, 2000) aus der Auswertung herausgenommen.

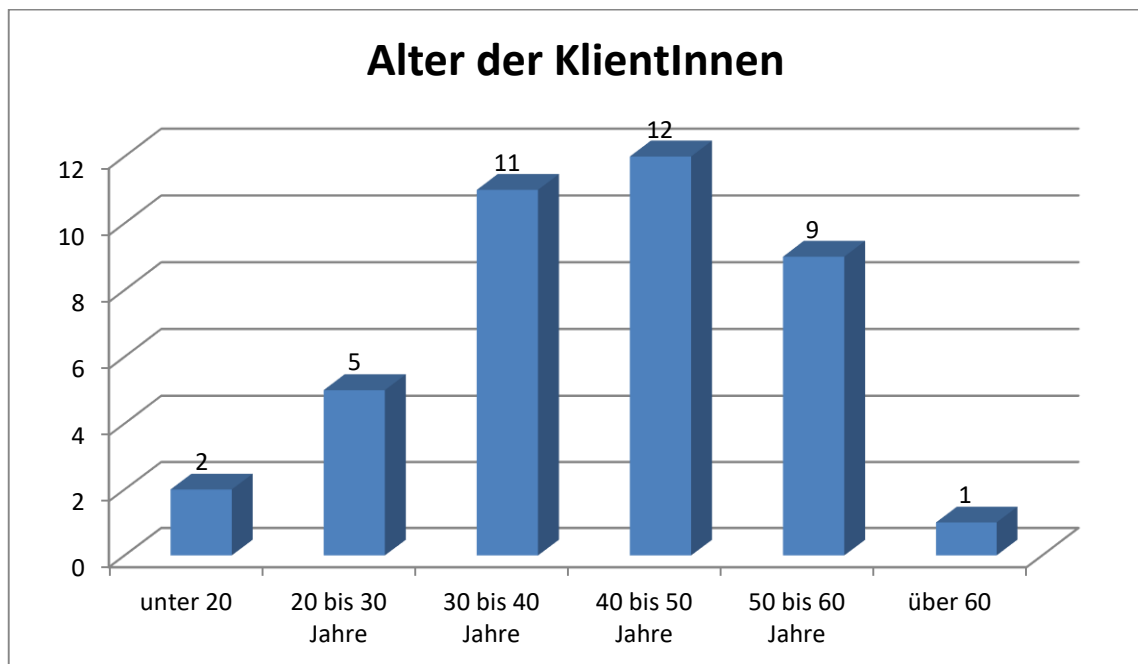
Die Stichprobe besteht also aus 40 „psychisch auffällig belasteten“ KlientInnen, die eine Personzentrierte Psychotherapie abgeschlossen haben und von denen Daten zu drei Messzeitpunkten vorliegen.

### 5.3.1 Geschlecht und Alter

In die Auswertung wurden 31 Frauen (77,5 Prozent) und 9 Männer (22,5 Prozent) einbezogen.

Das Alter der Probanden lag zwischen 18,0 und 63,8 Jahren zum Zeitpunkt der Ersttestung. Das mittlere Alter betrug 40,2 Jahre bei einer Standardabweichung von 11,5. Die folgende Tabelle zeigt, dass die größte Altersgruppe die 40- bis 50-Jährigen, mit einem Anteil von 30,0 Prozent waren.

Abbildung 9: Alter der KlientInnen der Stichprobe



### 5.3.2 Höchste abgeschlossene Schulausbildung

Etwas mehr als ein Drittel (35,0 Prozent) hatten als höchsten Schulabschluss die Lehre bzw. Berufsschule vorzuweisen. 15,0 Prozent schlossen eine Fachschulausbildung ab, 25,0 Prozent absolvierten eine Fachhochschul- oder eine universitäre Ausbildung. Drei KlientInnen waren noch in Ausbildung und sechs hatten keine abgeschlossene Ausbildung, sondern arbeiteten in angelernten Berufen.

Tabelle 12: Höchste abgeschlossene Schulausbildung der KlientInnen

Ausbildung	Anzahl	Prozent
Noch in Ausbildung/Schule	3	7,5
Keine/angelernt	6	15,0
Lehre/Berufsschule	14	35,0
Fachschule	6	15,0
Fachakademie/Fachhochschule	6	15,0
Universität	4	10,0
Fehlend	1	2,5
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

### 5.3.3 Medikation

Zu Therapiebeginn wurden zwei Drittel der KlientInnen mit Psychopharmaka behandelt. Am Ende der Therapie nahm nur noch ein knappes Drittel der KlientInnen psychoaktive Medikamente. Das ist ein weiterer Hinweis, dass durch psychotherapeutische Behandlung der Verbrauch von Medikamenten reduziert wird. Bedenkt man, dass jährlich 256 Millionen Euro für Psychopharmaka in Österreich ausgegeben werden (Buchinger, 2016, S. 41), wird deutlich, welches Einsparungspotenzial darin liegt. Insgesamt mussten 14 KlientInnen (35,0 Prozent), denen zu Beginn der Therapie noch Medikamente verordnet wurden, am Ende der Therapie keine Medikamente mehr einnehmen.

Tabelle 13: Medikation zu Therapiebeginn und Therapieende

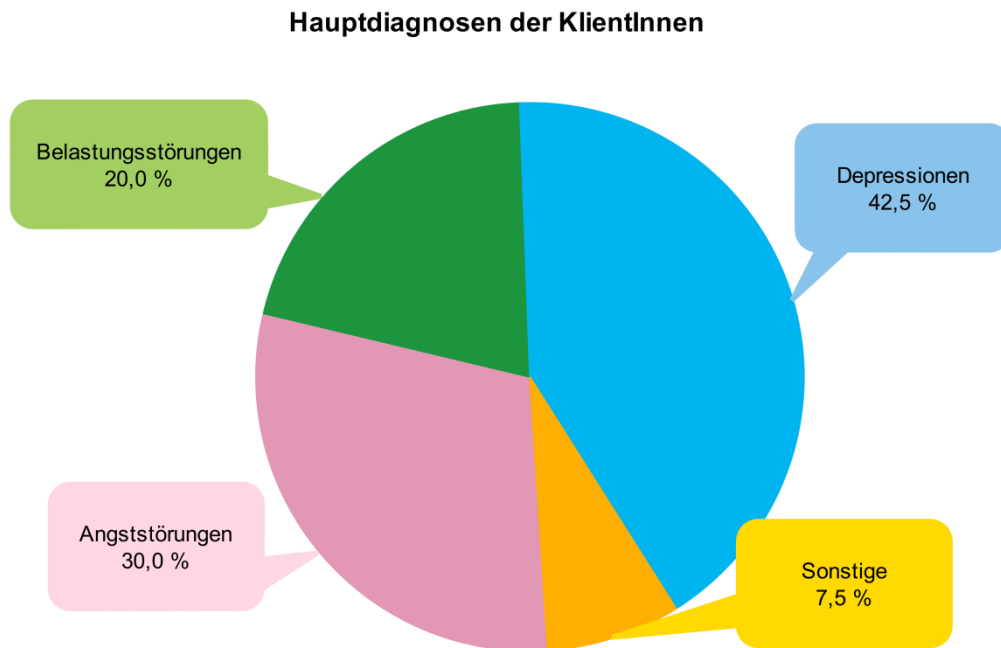
	Medikation bei Therapiebeginn		Medikation bei Therapieende	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
ja	27	67,5	13	32,5
nein	11	27,5	25	62,5
fehlend	2	5,0	2	5,0
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

### 5.3.4 Diagnosen

Die Mehrzahl der KlientInnen (42,5 Prozent) wurde aufgrund einer affektiven Störung aus dem depressiven Formenkreis (ICD 10: F31 bis F33) behandelt. Die zweitgrößte Gruppe bilden die Angststörungen (ICD 10: F40 bis F41) mit 30,0 Prozent, auf Belastungsstörungen entfallen 20,0 Prozent. In der Kategorie Sonstige wurden eine Klientin mit einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (F45.1), ein Klient mit einer

Verhaltens- und emotionalen Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) und ein Klient mit einer psychischen und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10) zusammengefasst. Dies entspricht in etwa den Diagnoseverteilungen, wie sie auch in anderen Studien gefunden wurden (vgl. Cramer, 2016; File, Keil, Schabus & Sauer, 2014), mit der Einschränkung, dass bei kleineren Fallzahlen prozentuale Abweichungen größer erscheinen (leichte Überproportionalität der depressiven Diagnosen).

Abbildung 10: Hauptdiagnosen der KlientInnen der Stichprobe



Im Vergleich zum Zwischenbericht der Untersuchung (vgl. File et al., 2014, S. 22) finden sich in dieser Stichprobe prozentual mehr Angststörungen als Belastungsstörungen.

Zusätzlich wurde bei zwölf KlientInnen eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, und zwar vier abhängige, vier ängstlich vermeidende, drei anankastische und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung.

### 5.3.5 Anzahl der Stunden

Die kürzeste Therapie der Stichprobe war nach 20 Stunden beendet, die längste dauerte 101 Stunden mit einem Mittelwert von 39,9 Stunden pro Therapie. Es ist allerdings zu bedenken, dass in diese Auswertung nur KlientInnen mit drei Messzeitpunkten aufgenommen wurden, also nur Therapien mit einer Mindestanzahl von mehr als 15 Stunden. Daher übersteigt der aktuelle Mittelwert die Anzahl der Stunden, die zu erwarten wäre, wenn auch kürzere Therapien in die Untersuchung einbezogen werden. So weist etwa der



auf fünf Prozent getrimmte Mittelwert bei 631 abgeschlossenen Therapien mit 28,6 Stunden einen wesentlich niedrigeren Wert auf (File et al., 2014, S. 22).

Die Dauer der Therapie erstreckte sich von 6,8 Monaten bis zu drei Jahren und sieben Monaten. Die durchschnittliche Therapiedauer betrug 16,3 Monate, also ca. ein Jahr und vier Monate (Standardabweichung  $SD = 9,4$  Monate). Bezüglich der Hauptdiagnosekategorien ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede bei der Anzahl der Stunden bzw. der Therapiedauer.

Anders verhält es sich bei den KlientInnen, bei denen zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Diese weisen sowohl eine deutlich höhere Stundenanzahl ( $M = 58,1$ ;  $SD = 25,4$ ) als auch eine längere Therapiedauer ( $M = 23,7$  Monate;  $SD = 12,1$  Monate) auf als die KlientInnen ohne diagnostizierte Persönlichkeitsstörung (Stunden:  $M = 32,1$ ;  $SD = 10,6$ ; Dauer:  $M = 13,1$  Monate,  $SD = 5,7$  Monate). Dieser Unterschied ist in beiden Fällen sehr signifikant (Stunden:  $F = 21,3$ ;  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ; Therapiedauer:  $F = 14,4$ ;  $df = 1$ ,  $p = < 0,001$ ).

### **5.3.6 Therapieende**

Bei 30 KlientInnen (75 Prozent) wurde das Therapieende von den PsychotherapeutInnen als „guter Therapieprozess“ eingeschätzt. Bei fünf KlientInnen wurde die Therapie mit Ankündigung/Gespräch abgebrochen (12,5 Prozent), von weiteren fünf KlientInnen liegen keine Daten vor.

Mit der Hälfte der Therapieverläufe waren die TherapeutInnen „sehr zufrieden“, mit einem Drittel (32,5 Prozent) „zufrieden“. Bei zwei KlientInnen waren die TherapeutInnen mit dem Verlauf nur mäßig zufrieden (von fünf KlientInnen lagen keine Angaben vor).

### **5.3.7 Soziales Netz**

Bei etwas mehr als der Hälfte der KlientInnen (52,5 Prozent) war ein starkes soziales Netz vorhanden. Ein Drittel (35,0 Prozent) konnte nur auf ein mäßig ausgeprägtes soziales Netz zurückgreifen. Bei zwei KlientInnen war kaum ein soziales Netz verfügbar.

### **5.3.8 Setting, Frequenz und Finanzierung**

Die Therapien wurden als Einzeltherapien in der Praxis der PsychotherapeutInnen durchgeführt. Die Frequenz war meist eine Stunde wöchentlich (77,5 Prozent). Bei 15,0 Prozent der KlientInnen war die Frequenz 14-tägig. Circa ein Drittel (37,5 Prozent) der Therapien wurde von den KlientInnen selbst bezahlt, 57,0 Prozent wurden vorwiegend durch die Krankenkasse oder Institutionen finanziert.

## 5.4 Therapeuten

Die 40 KlientInnen wurden von sieben weiblichen und sieben männlichen Therapeuten behandelt, darunter auch drei Therapeutinnen und ein Therapeut, die sich noch in der Ausbildung befinden und noch nicht in die Liste des Bundesministeriums eingetragen sind. Die restlichen zehn TherapeutInnen sind zum Teil schon seit vielen Jahren in die PsychotherapeutInnenliste eingetragen. Vier TherapeutInnen sind als AusbilderInnen für Personzentrierte Psychotherapie tätig. Die TherapeutInnen sind zwischen 30,7 und 73,7 Jahre alt und das mittlere Alter beträgt 45,8 Jahre. Durchschnittlich sind sie schon 12,8 Jahre mit einer Spannweite von vier bis 39 Jahren als TherapeutInnen tätig. Die TherapeutInnen stammen aus sechs Bundesländern (Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Wien). TherapeutInnen aus den Bundesländern Burgenland, Kärnten und Vorarlberg waren nicht vertreten. Die Hälfte der TherapeutInnen (50,0 Prozent) hatte als höchsten Abschluss eine universitäre Ausbildung oder einen Fachhochschulabschluss vorzuweisen, zwei gaben eine Fachschule, drei eine berufsbildende höhere Schule als höchsten Abschluss und eine/r Lehre/Berufsschule an.

Jeweils vier TherapeutInnen (28,6 Prozent) arbeiten fünf bis zehn Stunden bzw. zehn bis 20 Stunden pro Woche. Drei TherapeutInnen (21,4 Prozent) absolvieren 20 bis 30 Therapiestunden pro Woche. Jeweils eine Therapeutin bzw. ein Therapeut gab an mehr als 30 Stunden bzw. weniger als fünf Stunden die Woche zu arbeiten.

Drei TherapeutInnen hatten über 500 Therapien abgeschlossen, zwei TherapeutInnen 150 bis 500 Therapien. Die größte Gruppe (sechs TherapeutInnen - 42,9 Prozent) hat 50 bis 150 Therapieerläufe beendet. Drei gaben an, noch weniger als 50 Therapien abgeschlossen zu haben.

## 5.5 Hypothesen

In dieser Studie steht die klinische Brauchbarkeit („effectiveness“) der Personzentrierten Psychotherapie im psychotherapeutischen Alltag im Vordergrund (Hahlweg, 2000, S. 46). Untersucht wird die Effektivität von Personzentrierter Psychotherapie in der täglichen klinischen Praxis von niedergelassenen PsychotherapeutInnen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist, nachzuweisen, dass Personzentrierte Psychotherapie, so wie sie in der praktischen Tätigkeit niedergelassener PsychotherapeutInnen durchgeführt wird, im Hinblick auf Symptomverbesserungen (weniger Leidensdruck) wirksam und effizient ist. Bereits nach 15 Stunden erwarten wir wesentliche Verbesserungen auf der Symptomebene, die sich im weiteren Therapieerlauf konsolidieren sollten.

Des Weiteren sollten in einem Persönlichkeitsfragebogen, der auf der Theorie des Personzentrierten Ansatzes basiert, Veränderungen nachweisbar sein, die mit mehr Kongruenz der KlientInnen einhergehen.

Abschließend soll mit einer statistischen Einzelfallanalyse jede Klientin und jeder Klient hinsichtlich der Veränderungen einzeln betrachtet werden. Dabei werden die drei Kriterien von Jacobson angewandt:

1. Hat es eine statistisch signifikante Veränderung gegeben?
2. Ist diese Veränderung nicht nur statistisch signifikant sondern auch in ihrem Ausmaß bedeutsam?
3. Ist die Klientin bzw. der Klient nach der Therapie aufgrund ihrer/seiner Werte noch von der „Normalbevölkerung“ zu unterscheiden (Normalitätskriterium)?

### **5.5.1 Hypothesen auf Stichprobenebene**

#### **5.5.1.1 Hypothese 1**

Nullhypothese 1: KlientInnen, die als „psychisch auffällig belastet“ (Cut-off-Kriterium nach Franke, 2000) gelten, fühlen sich nach 15 Stunden Personzentrierter Psychotherapie ebenso belastet wie am Beginn der Therapie.

Alternativhypothese 1: Bereits nach 15 Stunden Personzentrierter Psychotherapie sind KlientInnen psychisch signifikant weniger belastet als am Beginn der Therapie.

„Psychische Belastung“ wird operationalisiert mit Hilfe des GSI des Brief Symptom Inventory (BSI).

#### **5.5.1.2 Hypothese 2**

Da in vielen experimentellen Studien die Auswirkung einer vorher begrenzten Anzahl von Therapiestunden untersucht wird, interessiert in dieser naturalistischen Studie, ob die Fortführung der Therapie weitere positive Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit der KlientInnen hat.

Nullhypothese 2: Die Fortführung der Therapie nach 15 Stunden bewirkt bei KlientInnen keine Veränderung in ihrer psychischen Belastung (GSI).

Alternativhypothese 2: Die Fortführung Personzentrierter Psychotherapie nach 15 Stunden führt zu weiteren signifikanten Verbesserungen bezüglich der Belastung von KlientInnen.

#### **5.5.1.3 Hypothese 3**

Als Praktiker interessiert mich natürlich, wie die psychische Belastung von KlientInnen am Ende der Therapie von diesen wahrgenommen wird. Wir gehen davon aus, dass die Skalen des BSI der Stichprobe von 40 KlientInnen am Ende der Therapie Werte erreichen, dass sie nicht mehr als „psychisch auffällig“ belastet gelten ( $GSI < 63$  und  $T_2 \text{ Skalen} < 63$ ).

Nullhypothese 3: Bei einer Stichprobe von KlientInnen, die zu Beginn der Therapie als psychisch auffällig belastet gilt, ist dies ebenso nach der Beendigung einer Personzentrierten Psychotherapie.

Alternativhypothese 3: Eine Stichprobe von KlientInnen, die zu Beginn der Therapie als „psychisch auffällig belastet“ galt, gilt am Ende der Therapie nicht mehr als psychisch auffällig belastet ( $GSI < 63$  und  $T_2_{Skalen} < 63$ ).

#### 5.5.1.4 Hypothese 4

Hypothese 4 geht der Frage nach, ob Personzentrierte Psychotherapie bei KlientInnen ein höheres Maß an Kongruenz bewirkt. Kongruenz wird hier operationalisiert anhand der Subskalen 1 – Akzeptanz eigener Emotionen, 2 – Emotionsüberflutung und 3 – Emotionsmangel der SEE. Die Akzeptanz eigener Emotionen stehen am direktesten im Zusammenhang mit der Kongruenz, erhebt sie doch, wie sehr wir uns mit unseren Gefühlen annehmen können. Emotionsüberflutung und Emotionsmangel beziehen sich auf einen nicht wertschätzenden Umgang mit Emotionen (sich von Gefühlen überflutet zu fühlen) bzw. sich partiell abgespalten zu fühlen von den eigenen Emotionen (vgl. auch Behr & Becker, 2004, S. 19 f.).

Nullhypothese 4: KlientInnen sind nach einer Personzentrierten Psychotherapie nicht kongruenter als am Beginn der Therapie.

Alternativhypothese 4: KlientInnen sind nach einer Personzentrierten Psychotherapie signifikant kongruenter als am Beginn der Therapie (höherer Wert bei Akzeptanz eigener Emotionen, niedrigere Werte bei Emotionsüberflutung und Emotionsmangel).

#### 5.5.1.5 Hypothese 5

Behr und Becker haben bereits bei einer Psychotherapiestichprobe negative Zusammenhänge zwischen Kongruenz und Belastung beim BSI festgestellt. Diese Hypothese soll in der vorliegenden Arbeit noch einmal geprüft werden.

Die Nullhypothese 5 lautet, dass es keinen Zusammenhang zwischen Belastung (GSI) und Kongruenz gibt.

Alternativhypothese 5 besagt, dass ein negativer Zusammenhang zwischen Belastung (GSI) und Kongruenz besteht. Je höher die Belastung auf dem GSI, umso niedriger die Kongruenz (Summenwert der Skalen 1 bis 3 der SEE). Diese Zusammenhangshypothese wird statistisch über die Korrelation der beiden Variablen geprüft.

### 5.5.2 Einzelfallanalyse

Persönlich war es mir ein Anliegen, die vorliegenden Daten nicht nur auf Stichprobenebene zu analysieren. Statistiken auf Gruppenebene werfen oft viele Fragen auf. So fragen

wir uns, was es denn heißt, wenn die Ergebnisse der Stichprobe signifikant sind. Heißt es, dass es jeder einzelnen Klientin bzw. jedem einzelnen Klienten besser geht oder nur einigen?

Auf Stichprobenebene sind wir immer wieder mit der Aussage konfrontiert, dass sich aus den Ergebnissen der Stichprobe keine Aussagen über eine einzelne Klientin bzw. einen einzelnen Klienten ableiten lassen. Prinzipiell stimmt dies, da nicht alle Personen einer Stichprobe eine Verbesserung zeigen müssen, um ein statistisch signifikantes Ergebnis für die Stichprobe zu erhalten.

Die Einzelfallanalyse betrachtet jede Person der Stichprobe einzeln. Das heißt, es werden dezidiert Aussagen über einzelne KlientInnen getroffen. Dies scheint mir gerade in der Psychotherapie sehr wichtig zu sein, da wir es mit sehr persönlichen und individuellen Schicksalen zu tun haben und es Praktikern fremd anmutet, daraus eine anonymisierte Gruppenstatistik zu erstellen.

Eine der Voraussetzungen für eine statistische Einzelfallanalyse ist, dass wir mit Erhebungsinstrumenten arbeiten, die eine ausreichende Reliabilität aufweisen, da die Reliabilität des Verfahrens in die Berechnung mit einfließt.

Für die Einzelfallanalyse wird der RCI (Reliable Change Index) von Jacobson und Truax (1991) verwendet (vgl. dazu Formel 1, S. 72).

Ziel der Einzelfallanalyse ist, konkret zu wissen, wie viele KlientInnen als „geheilt“ gelten können bzw. wie viele Verbesserungen aufweisen oder wie viele unverändert blieben oder sich sogar noch mehr belastet fühlen.

#### 5.5.2.1 Hypothese 6

Hypothese 6 untersucht auf individueller Ebene, was Hypothese 3 auf Gruppenebene analysiert. Alternativhypothese 6 nimmt an, dass signifikant mehr KlientInnen den Kategorien „geheilt“ und „sehr verbessert“ zuordenbar sind als der Kategorie „unverändert“ bzw. „verschlechtert“ (Prüfung durch Chi-Quadrat-Test).

Nullhypothese 6 geht davon aus, dass es nach einer Personzentrierten Psychotherapie keine Unterschiede in den Kategorienverteilungen „geheilt“, „sehr verbessert“ und „unverändert“ bzw. „verschlechtert“ gibt.

#### 5.5.2.2 Hypothese 7

Hypothese 7 untersucht auf individueller Ebene, was Hypothese 4 auf Gruppenebene analysiert. Wir gehen davon aus, dass Personzentrierte Psychotherapie bei signifikant mehr KlientInnen zu einer Erhöhung der Kongruenz führt.

Alternativhypothese 7 geht davon aus, dass signifikant mehr KlientInnen den Kategorien „kongruent“ und „erhöhte Kongruenz“ zuzuordnen sind als der Kategorie „unverändert“ bzw. „verschlechtert“ (Prüfung mit Chi-Quadrat-Test).

Entsprechend nimmt die Nullhypothese 7 keine Verteilungsunterschiede zwischen den verschiedenen Kategorien an.

## 5.6 Ergebnisse

### 5.6.1 Ergebnisse zu Hypothese 1

Alternativhypothese 1: Bereits nach 15 Stunden Personenzentrierter Psychotherapie sind KlientInnen psychisch signifikant weniger belastet als am Beginn der Therapie.

Die psychische Belastung der KlientInnen war ein Kriterium, damit Personen in die Auswertung aufgenommen wurden ( $GSI \geq 63$  oder  $T_2 \text{ Skalen} \geq 63$ ).

Methodisch wurde ein t-Test für abhängige Stichproben zwischen MZ-1 (am Beginn der Therapie) und MZ-2 (nach 15 Stunden) durchgeführt.

Wie Tabelle 14 zeigt, hat der Mittelwert des GSI der Stichprobe von 74,10 zu MZ1 auf 65,10 zu MZ2 abgenommen. Diese Veränderung ist statistisch sehr signifikant ( $t = 5,43$ ,  $df = 39$ ,  $p < 0,001$ ) und entspricht einer wesentlich niedrigeren psychischen Belastung, als dies am Beginn der Therapie der Fall war. Dennoch liegt dieser Wert noch über dem Cut-off-Wert von 62, das heißt, dass die KlientInnen der Stichprobe immer noch als „psychisch auffällig belastet“ gelten müssen.

Tabelle 14: Vergleich BSI Skalen MZ1 – MZ2 (Beginn – nach 15 Stunden)

BSI Skalen (MZ1-MZ2-Vergleich)	$M_{MZ1}$ (SD)	$M_{MZ2}$ (SD)	t	p	Cohens $\delta$
<b>GSI Global Severity Index</b>	74,10 (6,34)	65,10 (11,04)	5,43	< 0,001**	0,92
<b>PSDI Positive Symptom Distress Index</b>	69,68 (7,09)	60,30 (9,90)	6,06	< 0,001**	0,99
<b>PST Positive Symptom Total</b>	72,53 (7,74)	65,18 (12,18)	4,14	< 0,001**	0,70

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse kann die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Statistisch gesprochen lässt sich feststellen, dass die vorliegenden Daten ein empirischer Beleg dafür sind, dass KlientInnen bereits nach 15 Stunden Personenzentrierter Psychotherapie psychisch sehr signifikant weniger belastet sind als am Beginn der Therapie.

In der Tabelle 14 sind nur die Gesamtindizes des BSI (GSI, PSDI und PST) aufgeführt. Die Ergebnisse sämtlicher Subskalen finden sich im Anhang in der Tabelle 22, S. 96). Mit einer Effektstärke von 0,92 konnte bereits in den ersten 15 Stunden Psychotherapie ein großer Effekt erzielt werden.

### 5.6.2 Ergebnisse zu Hypothese 2

Alternativhypothese 2: Die Fortführung Personenzentrierter Psychotherapie nach 15 Stunden führt zu weiteren signifikanten Verbesserungen bezüglich der Belastung von KlientInnen.

Hypothese 2 bezieht sich auf die Fortführung der Therapie nach der 15. Stunde. Betrachtet man die Verbesserungen innerhalb von 15 Stunden mit den entsprechenden Effektstärken, könnte fallweise von Krankenkassen und Institutionen argumentiert werden, dass eine 15-stündige Therapie bei psychisch belasteten KlientInnen bereits ausreichend wirksam ist. Die Daten haben zwar gezeigt, dass sich in den ersten 15 Stunden wesentliche Symptomverbesserungen ergeben, die Ergebnisse sprechen aber nicht dafür, dass dies in vielen Einzelfällen bereits ausreichend ist. Daher interessiert, ob sich weitere Verbesserungen zwischen der 15. Stunde und dem Ende der Therapie nachweisen lassen. Bei einer mittleren Stundenanzahl von 39,9 mit einer Spannweite von fünf bis 101 entfallen auf diese zweite Therapiephase durchschnittlich 24,9 Stunden mit einer Spannweite von fünf bis 86 Stunden. Der durchschnittliche zeitliche Abstand zwischen MZ2 und MZ3 war mit elf Monaten etwa doppelt so lang wie die Dauer zwischen MZ1 und MZ2 (5,5 Monate).

Der t-Test für abhängige Stichproben zwischen MZ2 und MZ3 (15. Stunde – Ende der Therapie) ergibt für den GSI ein sehr signifikantes Ergebnis ( $t = 6,65$ ,  $df = 39$ ,  $p < 0,001$ ).

Auch Alternativhypothese 2 kann damit angenommen werden. Die Ergebnisse sind ein eindeutiger empirischer Beleg dafür, dass Personenzentrierte Psychotherapie von der 15. Stunde bis zum Therapieende zu weiteren sehr signifikanten Entlastungen auf der Symptomebene führt. Wie Tabelle 15 zeigt, finden wir sehr signifikante Veränderungen nicht nur beim GSI, sondern in allen globalen Kennwerten des BSI. Die Effektstärke ist noch größer als zwischen MZ1 und MZ2 (die vollständigen Vergleiche zwischen MZ2 und MZ3 finden sich in der Tabelle 23, S. 96).

Tabelle 15: Vergleich globale Kennwerte MZ2 – MZ3 (15. Stunde – Ende Therapie)

BSI Skalen (MZ2-MZ3-Vergleich)	$M_{MZ2}$ (SD)	$M_{MZ3}$ (SD)	t	p	Cohens $\delta$
<b>GSI Global Severity Index</b>	65,10 (11,04)	52,70 (12,19)	6,65	< 0,001**	1,06
<b>PSDI Positive Symptom Distress Index</b>	60,30 (9,90)	52,85 (10,42)	4,41	< 0,001**	0,70
<b>PST Positive Symptom Total</b>	65,18 (12,18)	53,15 (13,93)	5,88	< 0,001**	0,94

Diese Ergebnisse scheinen mir in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert.

Erstens können wir davon ausgehen, dass in vielen experimentellen Laborstudien die tatsächliche Effektivität von Personenzentrierter Psychotherapie unterschätzt wird, wenn nur eine begrenzte Anzahl von Therapiestunden untersucht wird. Wir finden zwar innerhalb der ersten 15 Stunden durchaus Effektstärken in der Größe, wie sie international üblich sind. Der Vergleich von MZ2 und MZ3 zeigt allerdings, dass damit die Entwicklung von KlientInnen noch längst nicht ausgeschöpft ist. Dies spricht dafür, zukünftig naturalistischen Studien mehr Beachtung zu schenken.

Zweitens mag manche überraschen, dass im weiteren Verlauf der Therapie noch derart deutliche Effekte mit quantitativen Methoden fassbar sind. Geht man doch davon aus, dass sich die deutlichsten Symptomverbesserungen, die mit quantitativen Methoden zu messen sind, zu Beginn der Therapie nachweisen lassen. Bei dieser Stichprobe sind die Veränderungen nach der 15. Stunde deutlicher ausgefallen als von Therapiebeginn bis zur 15. Stunde. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch bei den neuen Studien von Wyl, Tschuschke, Cramer, Koemeda-Lutz und Schulthess (2016) sowie Wittmann et al. (2011).

### 5.6.3 Ergebnisse zu Hypothese 3

Alternativhypothese 3: Eine Stichprobe von KlientInnen, die zu Beginn der Therapie als „psychisch auffällig belastet“ galt, gilt am Ende der Therapie nicht mehr als „psychisch auffällig belastet“ ( $GSI < 63$  und  $T_2 \text{ Skalen} < 63$ ).

Methodisch wird diese Hypothese mit einer Varianzanalyse mit Messwiederholung geprüft. Diese Methode wird dann angewandt, wenn von einer Person Daten zu mehr als zwei Messzeitpunkten vorliegen. Der Vorteil dieser statistischen Analyse ist, dass eine Varianzreduktion erfolgt, da im Unterschied zu nichtmesswiederholten Verfahren personenbezogene Unterschiede nicht in die Gesamtvarianz einfließen. Dadurch erzielt man bei der verbleibenden Varianz ein höheres Maß an Varianzaufklärung.

Eine Voraussetzung der Varianzanalyse mit Messwiederholung ist, dass die Varianzen der Differenzen zwischen den Faktorstufen gleich sind (Zirkularitätsannahme). Diese Voraussetzung wurde mit dem Mauchly-Test auf Sphärizität geprüft. Die Korrekturverfahren (Greenhouse-Geisser, Huyn-Feldt, Untergrenze) ergaben die gleichen Werte.

Alternativhypothese 3 wurde ebenfalls bestätigt ( $F 69,1$ ,  $df = 39$ ,  $p < 0,001^{**}$ ), sodass die Nullhypothese verworfen werden kann (vgl. Tabelle 16, S. 65). Diese Untersuchung kann als eindeutiger empirischer Beleg dafür gesehen werden, dass Personenzentrierte Psychotherapie die psychische Belastung einer Stichprobe von KlientInnen nicht nur reduziert, sondern so stark reduziert, dass sie nicht mehr von der Normalbevölkerung zu unterscheiden ist.



Beeindruckend sind auch die großen Effektstärken, die durch die psychotherapeutische Behandlung erzielt werden. Es handelt sich durchweg um sehr große Effektstärken ( $> 0,90$ ). Die Effektstärke des Gesamtwertes für psychische Belastung (GSI) liegt bei 2,7. Die direkten Vergleiche zwischen MZ1 und MZ3 mit den entsprechenden Mittelwerten finden sich wieder im Anhang in der Tabelle 24, S. 97.

Tabelle 16: Varianzanalyse mit Messwiederholung (abhängige Variable – BSI)

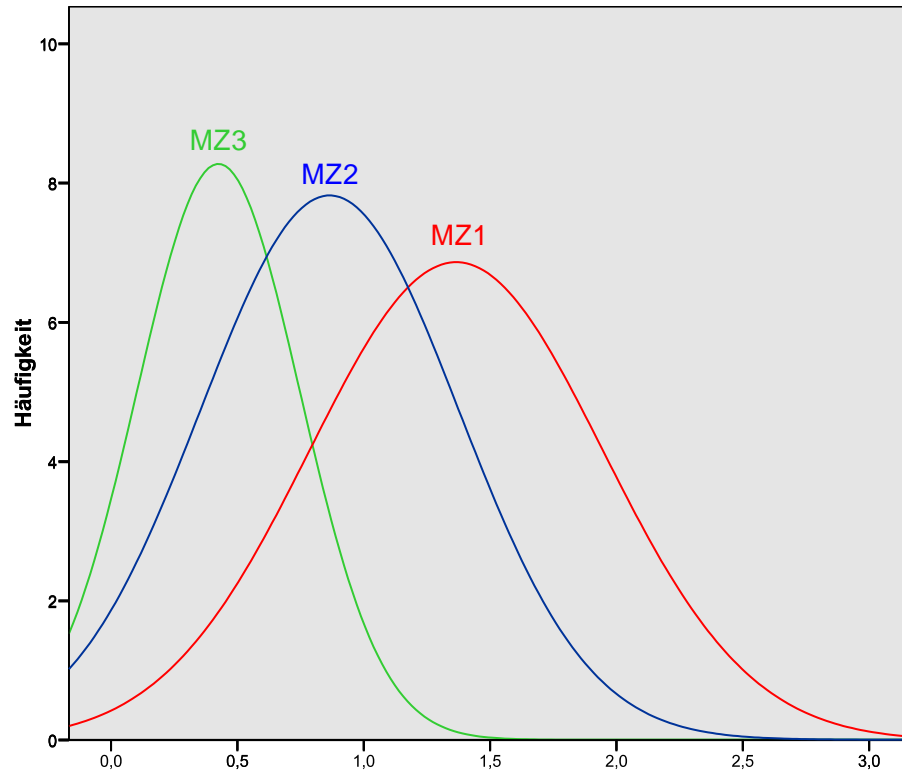
Skala	N	F	p	Partielles Eta-Quadrat ( $\eta_p^2$ )	Cohens $\delta$	Beobachtete Schärfe
<b>Somatisierung</b>	40	40,2	< 0,001**	0,51	2,0	1,00
<b>Zwanghaftigkeit</b>	40	48,8	< 0,001**	0,56	2,2	1,00
<b>Unsicherheit im Sozialkontakt</b>	40	33,1	< 0,001**	0,46	1,8	1,00
<b>Depressivität</b>	40	53,4	< 0,001**	0,58	2,3	1,00
<b>Ängstlichkeit</b>	40	44,7	< 0,001**	0,53	2,1	1,00
<b>Aggressivität/Feindseligkeit</b>	40	38,3	< 0,001**	0,50	2,0	1,00
<b>Phobische Angst</b>	40	23,8	< 0,001**	0,38	1,6	1,00
<b>Paranoides Denken</b>	40	25,0	< 0,001**	0,39	1,6	1,00
<b>Psychotizismus</b>	40	27,6	< 0,001**	0,41	1,7	1,00
<b>GSI Global Severity Index</b>	40	69,1	< 0,001**	0,64	2,7	1,00
<b>PSDI Positive Symptom Distress Index</b>	40	53,5	< 0,001**	0,58	2,3	1,00
<b>PST Positive Symptom Total</b>	40	47,3	< 0,001**	0,55	2,2	1,00

Beim GSI und in allen Subskalen des BSI finden wir sehr signifikante Ergebnisse. Bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung ist das Maß für die Effektstärke das partielle Eta-Quadrat ( $\eta_p^2$ ). Ein partielles Eta-Quadrat von 0,64 (GSI) gibt an, dass 64 Prozent der Varianz durch die Behandlungsbedingung aufgeklärt werden. Dies ist ein außerordentlich hohes Ausmaß an erklärter Varianz. Ebenso erreicht die Teststärke mit 1,00 ihr Maximum, sodass aus statistischer Sicht die Zahl der Probanden (N) in der Stichprobe genügend hoch ist, um eine optimale Teststärke zu gewährleisten.

Aus Vergleichbarkeitsgründen wurde das Eta-Quadrat in die üblichere Effektstärke Cohens  $\delta$  umgerechnet (vgl. Borenstein, Hedges, Higgins & Rothstein, 2009; Cohen, 1988/2009). Beim GSI und in einigen weiteren Subskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, PSDI und PST) erreicht die Behandlungsbedingung Effektstärken, die über 2,0 liegen. Aber auch bei den Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus liegen die Effektstärken zwischen 1,6 und 1,8.

Abbildung 11 zeigt die Verteilungskurve der Mittelwerte des GSI zu den drei Messzeitpunkten.

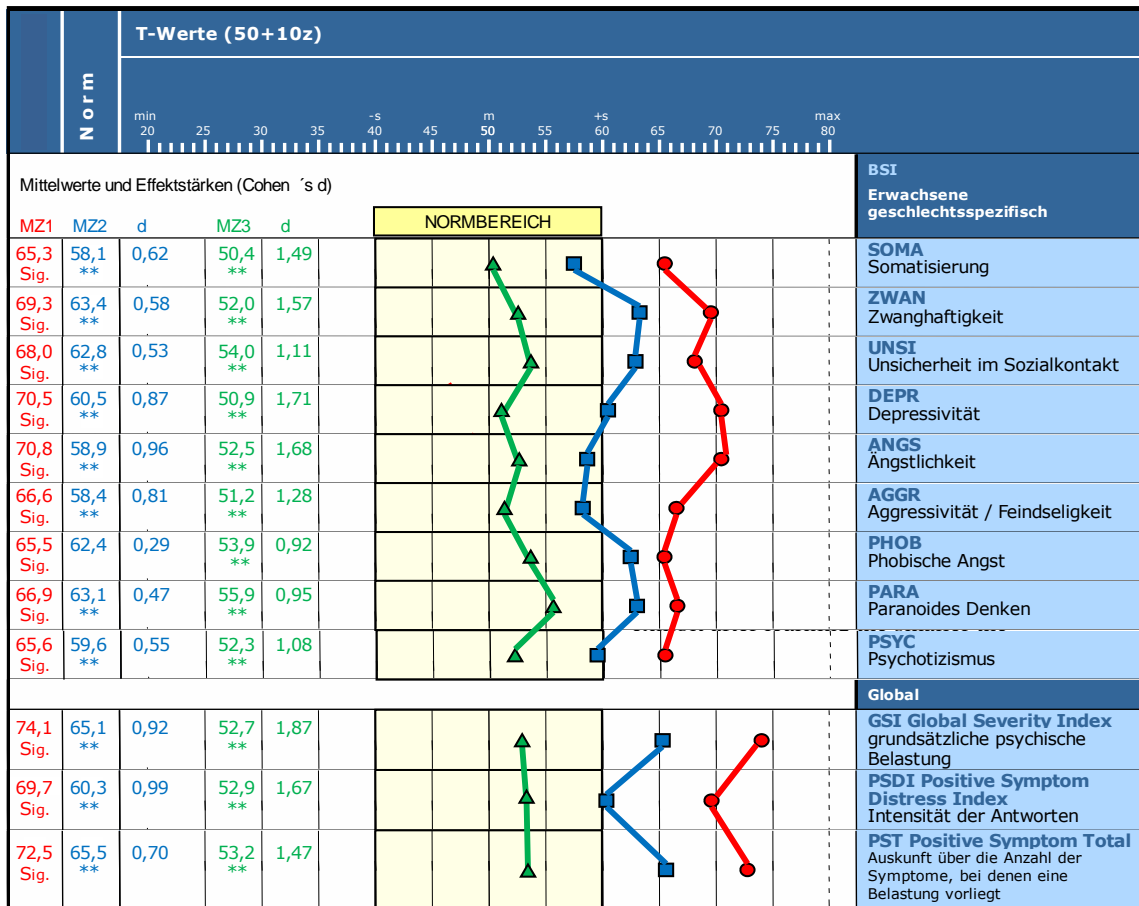
Abbildung 11: Rohwertverteilungen des GSI mit extrapolierte Kurve zu den MZ1, 2, 3



Anhand der Grafik ist ersichtlich, wie sich die Verteilung des GSI durch die Person-zentrierte Therapie verändert. Bemerkenswert dabei ist, dass die Verteilungen zwischen MZ1 und MZ3 so weit auseinanderrücken, dass es nur mehr wenige Überschneidungsbereiche gibt. 0,60 wäre der Cut-off-Wert, ab dem eine Person als „psychisch auffällig belastet“ gilt. Die Grafik veranschaulicht deutlich, dass am Ende der Therapie weit mehr als die Hälfte der KlientInnen unter dem Cut-off-Wert von 0,60 liegen.

Auf der Abbildung 12 sind die Entwicklungen der Mittelwerte der drei Messzeitpunkte noch einmal grafisch für die Stichprobe veranschaulicht. Die grafische Darstellung entspricht dem Auswertungsprofil, wie es vom Hogrefe Testsystem auch für einzelne KlientInnen mit drei Testungen erstellt wird.

Abbildung 12: Stichprobenwerte des BSI im Vergleich MZ1 – MZ2 – MZ3



Abschließend sei an der Stelle noch auf die Evaluation des Projektes fit2work von Jagsch (2015) hingewiesen, bei dem als ein Fragebogeninstrument ebenfalls der BSI verwendet wurde. Er konnte nachweisen, dass bei einer knapp 30-stündigen Behandlung durch Psychotherapie bzw. klinisch-psychologische Interventionen vorher klinisch auffällige Werte beim BSI (Subskalenwerte zwischen 61,52 und 69,28; GSI = 70,54 bzw. 72,24) sich nach der Behandlung nicht mehr im klinisch auffälligen Bereich bewegten (Subskalenwerte zwischen 54,14 und 60,21; GSI = 59,33 bzw. 60,79). Dies ist ein Beispiel dafür, dass geförderte Projekte zunehmend Evaluationen benötigen, um weiter finanziert zu werden.

### 5.6.4 Ergebnisse zu Hypothese 4

Alternativhypothese 4: KlientInnen sind nach einer Personzentrierten Psychotherapie signifikant kongruenter als am Beginn der Therapie (höherer Wert bei Akzeptanz eigener Emotionen, niedrigere Werte bei Emotionsüberflutung und Emotionsmangel).

Hypothese 4 bezieht sich nicht auf den Outcome-Wert der psychischen Belastung, sondern stellt die Personzentriertere Frage, ob sich KlientInnen im Verlauf einer Therapie

hin zu mehr Kongruenz entwickeln. Kongruenz ist in dieser Untersuchung operationalisiert über die ersten drei Skalen der SEE (Akzeptanz eigener Emotionen, Erleben von Emotionsüberflutung, Erleben von Emotionsmangel). Wünschenswert sind möglichst hohe Werte bei Skala 1 und niedrige Werte bei den Skalen 2 und 3. Im Unterschied zum Symptomfragebogen können bei Persönlichkeitsfragebögen durchaus Werte außerhalb des statistischen Normbereiches wünschenswert sein (z. B. ein überdurchschnittliches Maß an Akzeptanz eigener Emotionen wäre positiv zu bewerten). Statistisch interessiert die Veränderung zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten.

Theoretisch erwarten wir bei den SEE kleinere Veränderungen als beim BSI, da Persönlichkeitsfragebögen stabilere Persönlichkeitsmerkmale messen als Befindlichkeitsfragebögen. Daher wären signifikante Werte bei den SEE auch empirische Hinweise, dass sich durch Psychotherapie nicht nur Befindlichkeiten verändern, sondern auch tiefgreifendere Persönlichkeitsveränderungen bewirkt werden können.

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung (vgl. Tabelle 17) zeigte für die ersten drei Skalen sehr signifikante Veränderungen in erwarteter Richtung (Erhöhung der Akzeptanz eigener Emotionen, niedrigere Werte bei Erleben von Emotionsüberflutung und Emotionsmangel). Bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung wird auch deutlich, dass vor allem die Skalen 1 (Akzeptanz eigener Emotionen) mit 49 Prozent und 2 (Erleben von Emotionsüberflutung) mit 56 Prozent am meisten Varianz innerhalb der Stichprobe klären. Rasch, Friese, Hofmann und Naumann (2014, S. 74) weisen darauf hin, dass die erklärte Populationsvarianz in der Regel geringer ist als die durch statistische Prozeduren ausgegebene und durch den Effekt aufgeklärte Stichprobenvarianz. Das eigentliche Effektstärkenmaß der Varianzanalyse mit Messwiederholung  $\eta_p^2$  (partielles Eta-Quadrat) wurde wieder in Cohens  $\delta$  umgerechnet (vgl. Borenstein, Hedges, Higgins & Rothstein, 2009; Cohen, 1988), um mit dem gebräuchlichsten Maß für die Effektstärke kompatibel zu sein.

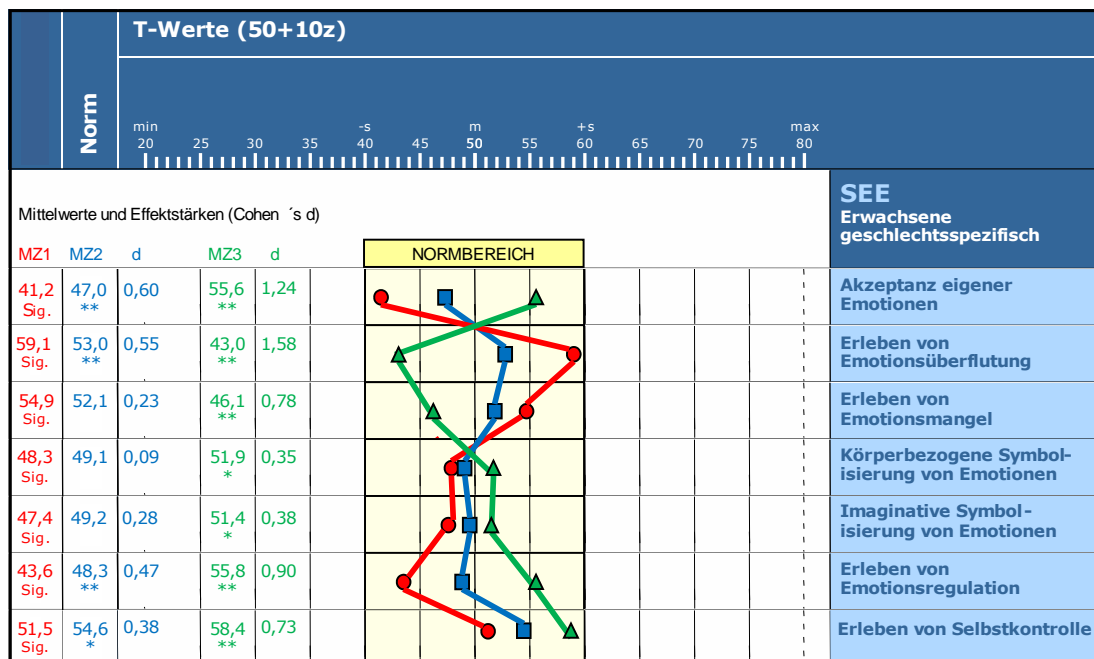
Tabelle 17: Varianzanalyse mit Messwiederholung (abhängige Variable – SEE)

Skala	N	F	p	Partielles Eta-Quadrat ( $\eta_p^2$ )	Cohens $\delta$	Beobachtete Schärfe
<b>Akzeptanz eigener Emotionen</b>	40	37,8	< 0,001**	0,49	2,0	1,00
<b>Erleben von Emotionsüberflutung</b>	40	49,0	< 0,001**	0,56	2,2	1,00
<b>Erleben von Emotionsmangel</b>	40	12,4	< 0,001**	0,24	1,1	1,00

Alternativhypothese 4 kann angenommen und die Nullhypothese verworfen werden. Die vorliegende Studie ist ein empirischer Beleg dafür, dass KlientInnen im Verlaufe einer Personzentrierten Psychotherapie kongruenter werden.

Abbildung 13 zeigt noch einmal die Entwicklung der Stichprobe bezüglich der SEE in grafischer Form. Obwohl sich zu Beginn der Therapie alle Mittelwerte der Stichprobe im Durchschnittsbereich befinden, zeigen sich bei einigen Skalen doch deutliche Veränderungen im Verlauf der Therapie, die sowohl statistische Signifikanz als auch Bedeutsamkeit in ihrer Größe im Sinne Cohens erreichen („reliable change“). Bei den Skalen körperliche und imaginative Symbolisierung von Emotionen wurde keine bestimmte Richtung erwartet, da es sich hier um personenbezogene Vorlieben handelt.

Abbildung 13: Stichprobenwerte der SEE im Vergleich MZ1 – MZ2 – MZ3



Obwohl nicht ausdrücklich Bestandteil der Hypothesen, kann festgestellt werden, ähnlich wie beim BSI, dass die Entwicklung zur Kongruenz sowohl zwischen MZ1 und MZ2 (sehr signifikante Veränderung Skala 1 und Skala 2, Skala 3 keine Signifikanz) nachweisbar ist als auch im weiteren Verlauf der Therapie immer noch signifikante Veränderungen stattfanden (Skalen 1 bis 3 sehr signifikante Werte zwischen MZ2 und MZ3). Dies ist ein weiterer Beleg dafür, dass 15 Stunden Therapie gut sind, aber die Fortführung der Therapie bei KlientInnen, bei denen dies nötig ist, noch besser ist. Auch hier finden sich größere Effektstärken im zweiten Teil der Therapie – Erkenntnisse, die in experimentellen Studien mit begrenzter Stundenanzahl untergehen.

### 5.6.6 Ergebnisse zu Hypothese 5

Alternativhypothese 5 besagt, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen Belastung (GSI) und Kongruenz gibt. Je höher die Belastung auf dem GSI, umso niedriger die Kongruenz (Summenwert der Skalen 1 bis 3 der SEE).

Alternativhypothese 5 fragt also nach dem korrelativen Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen.

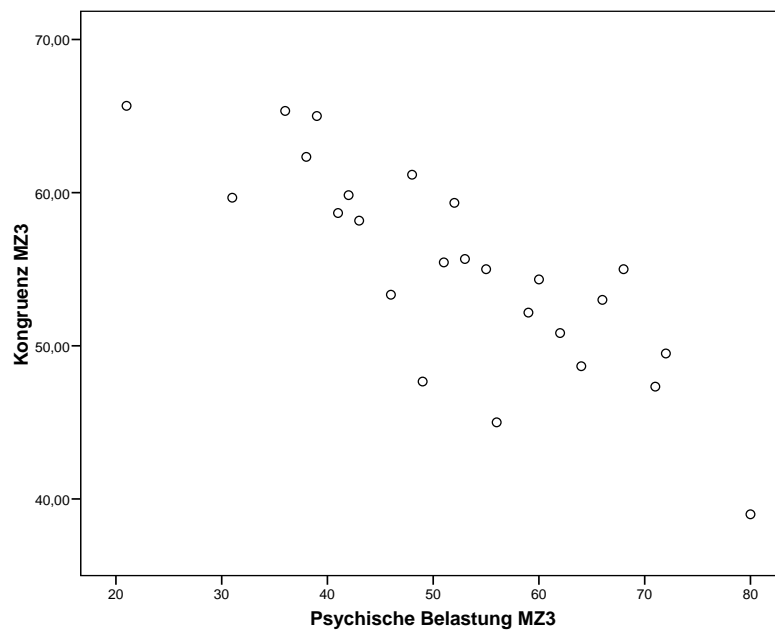
Tabelle 18: Korrelation zwischen GSI und Kongruenz zu MZ1, MZ2 und MZ3

	Korrelation	Kongruenz <sub>MZ1</sub>	Kongruenz <sub>MZ2</sub>	Kongruenz <sub>MZ3</sub>
<b>GSI<sub>MZ1</sub></b>	Korrelation nach Pearson	-0,411	-0,198	-0,259
	Signifikanz (2-seitig)	0,008**	0,220	0,107
	N	40	40	40
<b>GSI<sub>MZ2</sub></b>	Korrelation nach Pearson	-0,113	-0,506	-0,257
	Signifikanz (2-seitig)	0,488	0,001**	0,110
	N	40	40	40
<b>GSI<sub>MZ3</sub></b>	Korrelation nach Pearson	0,002	-0,244	-0,617
	Signifikanz (2-seitig)	0,992	0,129	0,000**
	N	40	40	40

Wie Tabelle 18 zeigt, korreliert die psychische Belastung (GSI) zu allen drei Messzeitpunkten sehr signifikant negativ mit der Kongruenz (Summenwert der Skalen 1 bis 3 der SEE) der KlientInnen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind ein empirischer Beleg dafür, dass ein negativer Zusammenhang zwischen „psychischer Belastung“ und „Kongruenz“ besteht. Je höher die psychische Belastung von Personen, umso niedriger ist ihre Kongruenz. Höhere Werte bei der Kongruenz von KlientInnen gehen mit niedrigeren Belastungswerten einher.

Abbildung 14 veranschaulicht diesen korrelativen Zusammenhang noch einmal grafisch für den Messzeitpunkt 3 (Ende der Therapie).

Abbildung 14: Korrelativer Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Kongruenz zum Messzeitpunkt 3 (Ende der Therapie)



Insgesamt kann man aus diesem Ergebnis auch eine Bestätigung der Theorie des Person-zentrierten Ansatzes ableiten, da wir davon ausgehen, dass Zustände von Inkongruenz mit subjektiver Belastung einhergehen.

### 5.6.7 Ergebnisse zu Hypothese 6

Hypothese 6 untersucht auf individueller Ebene, was Hypothese 3 auf Gruppenebene analysiert. Wir gehen davon aus, dass es nach einer Personzentrierten Psychotherapie bei signifikant mehr Personen zu einer Entlastung im Bereich der psychischen Symptomatik kommt. Nach den Angaben in der Literatur (z. B. Stiles et al., 2008a) erwarten wir, dass sich ca. 40 - 60 Prozent in ihrer psychischen Belastung so verändern, dass sie nicht mehr von der Normalbevölkerung zu unterscheiden sind (Normalitätskriterium).

Alternativhypothese 6 nimmt an, dass signifikant mehr KlientInnen den Kategorien „geheilt“ und „sehr verbessert“ zuordenbar sind als der Kategorie „unverändert“ bzw. „verschlechtert“ (Prüfung durch Chi-Quadrat-Test).

In der statistischen Einzelfallanalyse wird jede Klientin/jeder Klient einzeln betrachtet. Bei dieser Analyse werden für jeden Einzelfall die folgenden drei Bedingungen geprüft:

1. Gibt es eine statistisch signifikante Veränderung?
2. Ist diese Veränderung in einem Ausmaß, dass sie als klinisch bedeutsam gelten kann („Reliable Change Index“, RCI)?

3. Zählt die Klientin/der Klient noch zu den „psychisch auffällig belasteten“ Personen oder ist sie/er nicht mehr von der statistischen Normalbevölkerung zu unterscheiden.

Der RCI (Jacobson & Truax, 1991; Wise, 2004) wurde mit folgender Formel berechnet:

Formel 1: Reliable Change Index

$$RCI = \frac{x_2 - x_1}{S_{diff}} \text{ und } S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2} \text{ und } S_E = s_1 \sqrt{1 - r_{xx}}$$

$RCI$  = Reliable Change Index;  $x_1$  = Wert Klient Ersttestung;  $x_2$  = Wert Klient Ende Therapie;  $S_E$  = Standardfehler;  $s_1$  = Standardabweichung Ersttestung;  $r_{xx}$  Reliabilitätskoeffizient des verwendeten Tests (z. B. BSI bzw. SEE).

Als Reliabilität wurde beim GSI 0,9 angenommen (Franke, 2000, S. 36). Mit dieser Formel wird die individuelle statistische Signifikanz der Differenz zwischen Prä- (Skalenwert zu Behandlungsbeginn) und Post-Wert (Skalenwert am Ende der Therapie) berechnet. Diese Veränderung muss nicht nur statistisch signifikant (dies könnte auch bei kleinen Effekten der Fall sein), sondern auch klinisch bedeutsam sein. Dies ist mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von fünf Prozent dann der Fall, wenn der  $RCI > 1,96$  beträgt.

Das dritte Kriterium (Normalitätskriterium) wird anhand unseres Cut-off-Wertes überprüft. Eine Klientin/ein Klient muss, um dieses Kriterium zu erfüllen, einen GSI-Wert unterhalb 63 haben und nur in maximal einer Subskala einen Wert von 62 oder größer. In diesem Fall gilt diese Person nicht mehr als „auffällig psychisch belastet“ und ist von der statistischen Normalbevölkerung nicht mehr zu unterscheiden.

In der Tabelle 19 ist jede einzelne Klientin/jeder einzelne Klient mit folgenden Spaltenwerten aufgelistet: KINr – laufende Nummer. Wenn der  $RCI$  (Reliable Change Index)  $> 1,96$  ist, dann handelt es sich um eine klinische Veränderung in bedeutsamem Ausmaß mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von fünf Prozent ( $RCI > 1,28$ , Irrtumswahrscheinlichkeit zehn Prozent wird als „stark verbessert“ eingestuft,  $RCI > 0,84$ , Irrtumswahrscheinlichkeit 20 Prozent, wird als „verbessert“ eingestuft). In der Spalte GSI ist der Abschlusswert des Global Severity Index angegeben (der statistische Normbereich liegt zwischen 40 und 60). Die vierte Spalte zeigt, wie viele Skalen des BSI größer als 62 sind. Die nächste Spalte enthält die Einstufung aus den ersten drei Spalten mit den Kategorien „geheilt“, „stark verbessert“, „verbessert“ und „unverändert“.

Die letzten drei Spalten beziehen sich auf die Skalen zum Emotionalen Erleben. Die Spalte Kongruenz ist ein Summenwert aus den Skalen 1 bis 3 der SEE (Akzeptanz Emotionen + (100 – Erleben von Emotionsüberflutung) + (100 – Erleben von Emotionsmangel))/3. Spalte  $RCI_{Kongruenz}$  gibt wieder den Reliable Change Index an und die letzte Spalte stuft den  $RCI_{Kongruenz}$  in folgende Kategorien ein: „kongruent“, „sehr erhöht“ und „unverändert“.



Tabelle 19: Analyse der einzelnen Klienten bezüglich Therapieoutcome und Kongruenz

Psychische Belastung Global Severity Index					Kongruenz (SEE - Skalen 1 - 3)		
Nr	RCI	GSI	Skalen > 62	Einstufung	Kongruenz	RCI <sub>Kongruenz</sub>	Einstufung
1	13,4	42	0	Geheilt	62,3	4,9	Kongruent
2	10,9	31	0	Geheilt	59,7	3,4	Kongruent
3	10,2	51	1	Geheilt	61,3	0,6	Unverändert
4	8,5	56	1	Geheilt	45,0	1,3	Sehr erhöht
5	6,7	55	1	Geheilt	56,3	4,1	Kongruent
6	2,8	72	7	Verbessert	35,7	0,2	Unverändert
7	10,2	51	0	Geheilt	48,0	1,2	Unverändert
8	8,5	42	0	Geheilt	57,3	4,8	Kongruent
9	13,8	41	0	Geheilt	58,7	3,8	Kongruent
10	5,6	52	1	Geheilt	63,3	1,7	Sehr erhöht
11	3,2	62	3	Stark verbessert	52,7	1,7	Sehr erhöht
12	2,8	60	2	Stark verbessert	54,3	3,7	Kongruent
13	4,2	68	4	Verbessert	55,7	0,6	Unverändert
14	10,2	51	1	Geheilt	57,0	4,0	Kongruent
15	6,3	49	1	Geheilt	47,7	1,6	Sehr erhöht
16	4,9	66	4	Verbessert	53,0	2,3	Kongruent
17	3,2	48	0	Geheilt	61,0	-0,3	Unverändert
18	13,0	43	0	Geheilt	56,3	3,4	Kongruent
19	9,2	46	0	Geheilt	58,0	4,4	Kongruent
20	2,1	68	5	Verbessert	54,3	2,3	Kongruent
21	6,0	53	0	Geheilt	55,7	2,8	Kongruent
22	3,2	59	2	Stark verbessert	48,7	2,9	Kongruent
23	18,7	21	0	Geheilt	65,7	4,3	Kongruent
24	7,8	52	2	Stark verbessert	63,3	5,2	Kongruent
25	0,0	80	9	Unverändert	39,0	-1,3	Unverändert
26	8,8	55	0	Geheilt	53,7	1,4	Sehr erhöht

Psychische Belastung Global Severity Index					Kongruenz (SEE - Skalen 1 - 3)		
Nr	RCI	GSI	Skalen > 62	Einstufung	Kongruenz	RCI <sub>Kongruenz</sub>	Einstufung
27	7,8	46	0	Geheilt	48,7	0,9	Unverändert
28	2,5	52	0	Geheilt	63,0	0,4	Unverändert
29	13,4	36	0	Geheilt	65,3	5,7	Kongruent
30	7,8	52	0	Geheilt	60,7	4,6	Kongruent
31	12,0	38	0	Geheilt	62,3	3,5	Kongruent
32	6,3	62	2	Stark verbessert	49,0	1,9	Sehr erhöht
33	2,8	64	2	Stark verbessert	48,7	0,3	Unverändert
34	0,7	72	5	Unverändert	63,3	4,2	Kongruent
35	3,2	71	5	Verbessert	47,3	3,3	Kongruent
36	4,6	59	1	Geheilt	55,7	3,6	Kongruent
37	10,9	43	0	Geheilt	60,0	3,8	Kongruent
38	11,3	48	0	Geheilt	61,3	6,3	Kongruent
39	14,5	39	0	Geheilt	65,0	7,5	Kongruent
40	9,9	52	0	Geheilt	46,3	1,8	Sehr erhöht

Betrachtet man die Tabelle 19 mit den einzelnen KlientInnen fällt auf, dass sehr viele deutliche Entwicklungen im Bereich der psychischen Entlastung, aber auch bei der Kongruenz und psychischen Stabilität gemacht haben.

In der folgenden Tabelle sind die Summenwerte bezüglich der psychischen Belastung noch einmal zusammengefasst.

Tabelle 20: Veränderung der Belastung nach den drei Kriterien von Jacobson und Truax (1991)

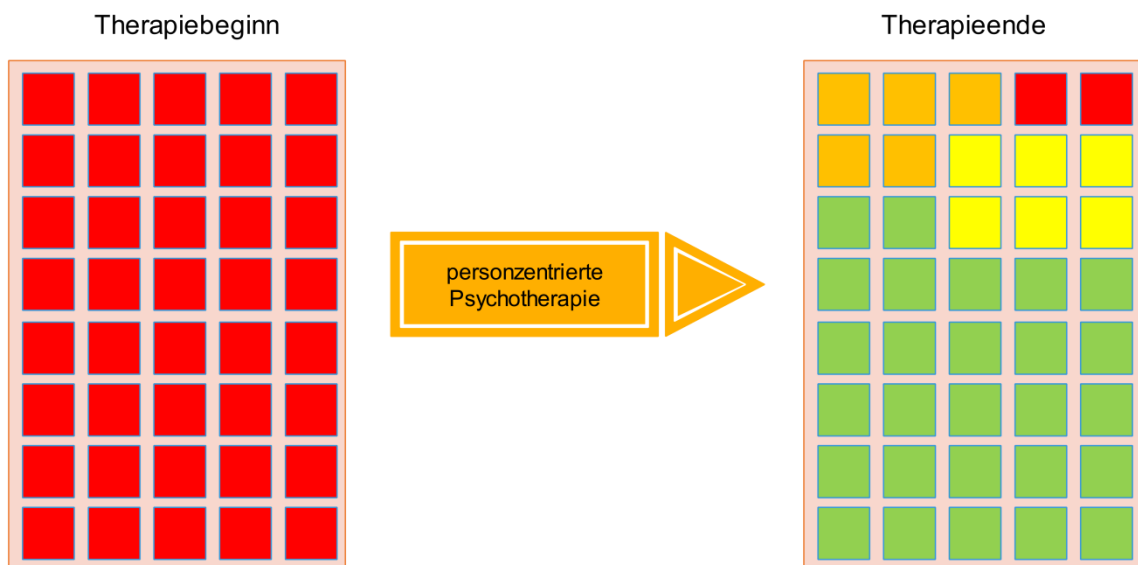
Veränderungskategorie	Anzahl	Prozent
Geheilt	27	67,5
Sehr verbessert	6	15,0
Verbessert	5	12,5
Unverändert	2	5,0
<b>GESAMT</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Beim GSI werden KlientInnen als „geheilt“ eingestuft, wenn sie eine auf dem Fünf-Prozent-Niveau statistisch bedeutsame Veränderung beim GSI aufweisen ( $RCI > 1,96$ ), sich der GSI im Normbereich befindet und nicht mehr als eine Skala einen höheren Wert als 62 aufweist (Normalitätskriterium). Hier wurden sehr strenge und restriktive Kriterien angelegt.

Dennoch können nach der Therapie zwei Drittel der KlientInnen (67,5 Prozent) als geheilt gelten. Die oft gestellte Frage „Bin ich nach der Therapie wieder normal?“ können wir bei 27 von 40 KlientInnen mit einem eindeutigen „Ja“ beantworten. Die Befindlichkeit von weiteren 27 Prozent ist aufgrund der Therapie „sehr verbessert“ bzw. „verbessert“. Nur bei zwei KlientInnen führte die Personzentrierte Psychotherapie zu keiner Veränderung in ihrer Befindlichkeit.

Auf der Abbildung 15 ist diese „Erfolgsbilanz“ durch Personzentrierte Psychotherapie noch einmal grafisch veranschaulicht.

Abbildung 15: Erfolgsbilanz durch Personzentrierte Psychotherapie



In der Untersuchung von Stiles et al. (2008a, S. 682) konnten 58,3 Prozent (von 4.954 KlientInnen) der Kategorie „geheilt“ (reliable und klinisch signifikante Verbesserung) zugeordnet werden. „Verbessert“ (reliable change) zeigten sich 19,4 Prozent und bei 21,1 Prozent der KlientInnen war keine Verbesserung nachweisbar. Eine Verschlechterung trat bei 1,2 Prozent der Behandelten auf.

Statistisch wurde zur Signifikanzprüfung ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Zum Ausgleich der Zellenbesetzung wurden drei Gruppen gebildet: „Geheilt“, „sehr verbessert“ und die KlientInnen „verbessert“ und „unverändert“ wurden zu einer Gruppe zusammengefasst.

Der Chi-Quadrat-Test ergab ein sehr signifikantes Ergebnis (Chi-Quadrat = 21,05,  $df = 2$ ,  $p < 0,001$ ). Daher kann die Alternativhypothese angenommen werden.

Die empirische Effektgröße  $w^2$  gibt beim Chi-Quadrat-Test die Größe der Abweichung zwischen den erwarteten und beobachteten Häufigkeiten in standardisierter Form an. Konventionen für die Effektstärke nach Cohen (1988) und Rasch et al. (2014, S. 118): kleiner Effekt  $w^2 = 0,01$ ; mittlerer Effekt  $w^2 = 0,09$ ; großer Effekt  $w^2 = 0,25$ .

Beim Chi-Quadrat-Test ergab sich eine Effektstärke von  $w^2 = 0,53$ , also eine sehr große (dies entspricht einem Cohens  $\delta$  von 2,1).

### 5.6.8 Ergebnisse zu Hypothese 7

Alternativhypothese 7: Signifikant mehr KlientInnen sind den Kategorien „kongruent“ und „erhöhte Kongruenz“ zuzuordnen als der Kategorie „unverändert“ bzw. „verschlechtert“ (Prüfung mit Chi-Quadrat-Test). Betrachten wir die Kongruenzentwicklung (Skalen 1 bis 3 des BSI) der KlientInnen, zeigen sich bei sehr vielen Personen Veränderungen in eine positive Richtung. 24 KlientInnen (60,0 Prozent) haben sich in ihrer Kongruenz nicht nur statistisch, sondern auch bedeutsam verändert (klinische Relevanz). Bei weiteren 17,5 Prozent hat sich die Kongruenz sehr erhöht. 22,5 Prozent blieben unverändert, zwei KlientInnen davon haben sich in ihrer Kongruenz eher verschlechtert. Leider gibt es dazu keine Vergleichsdaten aus anderen Studien.

Tabelle 21: Veränderung der Kongruenz im Therapieverlauf

Kongruenz	Anzahl	Prozent
Kongruent	24	60,0
Sehr erhöht	7	17,5
Unverändert	9	22,5
GESAMT	40	100,0

Zieht man allerdings in Betracht, dass es sich bei den SEE um einen Persönlichkeitsfragebogen handelt, sind diese Veränderungen aus meiner Sicht als sehr bemerkenswert zu beurteilen, da sie ein weiterer Hinweis sind, dass Personenzentrierte Psychotherapie auch zu längerfristigen Persönlichkeitsveränderungen führt. Dies ist für die Späteffekte, die sich nach der Therapie noch ergeben können, sehr wichtig.

Statistisch wurde die Kongruenz mit dem Chi-Quadrat-Test bei drei Gruppen getestet (Gruppe 1: „kongruent“, Gruppe 2: „sehr erhöht“, Gruppe 3: „unverändert“). Auch bei der Kongruenz ergab der Chi-Quadrat-Test ein sehr signifikantes Ergebnis (Chi-Quadrat = 12,95,  $df = 2$ ,  $p = 0,001$ ). Die Effektstärke ergab mit  $w^2 = 0,32$  eine große Effektstärke (dies entspricht einem Cohens  $\delta$  von 1,4).

## 5.7 Diskussion der Ergebnisse

In dieser naturalistischen Studie wurde die Effektivität von Personenzentrierter Psychotherapie in der Alltagspraxis von PsychotherapeutInnen untersucht. In die Stichprobe aufgenommen wurden 40 „psychisch auffällig belastete“ KlientInnen mit Daten zu drei Messzeitpunkten (Beginn der Therapie, nach der 15. Stunde, Ende der Therapie). Neben den erhobenen soziodemografischen Daten kamen zwei standardisierte Fragebögen zum Einsatz, und zwar der Brief Symptom Inventory (BSI) zur Einschätzung der Veränderung der psychischen Belastung der KlientInnen. Als Persönlichkeitsfragebogen mit Personenzentriertem theoretischem Hintergrund wurden den KlientInnen die Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) vorgelegt.

Vier Alternativhypothesen wurden auf Stichprobenebene varianzanalytisch (t-Test für abhängige Stichproben und Varianzanalyse mit Messwiederholung) geprüft und konnten ausnahmslos bestätigt werden. Es konnte gezeigt werden, dass Personenzentrierte Psychotherapie sowohl in den ersten 15 Stunden, als auch von der 15. Stunde bis Therapieende zu signifikanten Verbesserungen der psychischen Belastung bei KlientInnen aber auch zu signifikanten Veränderungen bezüglich der Kongruenz der KlientInnen führte. Selbst wenn man die Effektstärken relativiert, da es keine Vergleichsgruppe gab, sind diese als immens groß einzuschätzen.

Hypothese 5 prüfte korrelationsstatistisch den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Kongruenz. Zu allen drei Messzeitpunkten waren sehr signifikante negative Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und Kongruenz festzustellen.

Die statistische Einzelfallanalyse (Hypothesen 6 und 7) kam zu dem Ergebnis, dass zwei Drittel der KlientInnen nach der Therapie als „geheilt“ gelten können (sind in ihren Werten nicht mehr von der statistischen Durchschnittsbevölkerung zu unterscheiden).

Bei 60 Prozent zeigte sich eine reliable und klinisch bedeutsame Entwicklung hin zu Kongruenz, weitere 17 Prozent zeigten eine Erhöhung der Kongruenz ( $RCI > 1,28$  und  $< 1,96$ ).

Die Hypothesen 6 und 7 konnten mit dem Chi-Quadrat-Test ebenfalls mit einer sehr großen Effektstärke bestätigt werden.

## 5.8 Einschränkungen

Leider war es nicht möglich, eine Vergleichsgruppe, sei es als Wartegruppenbedingung oder als Therapiegruppe mit einer anderen Behandlungsform zu finden. Eine Anfrage an eine Burn-out Klinik, die eine mehrmonatige Wartezeit hat, wurde abschlägig beschieden. Angestrebte Kooperationen mit anderen Vereinen und Ausbildungseinrichtungen, die am Rande von Kongressen andiskutiert wurden, kamen nicht zustande.

Kritisch zu bewerten ist die relativ niedrige Anzahl der KlientInnen für eine naturalistische Studie. Statistisch ist dies nicht so sehr von Bedeutung, da die Teststärke genügend hoch war. Allerdings hätte diese Studie sehr an Qualität gewonnen, wenn es gelungen wäre, mehr PraktikerInnen zur Mitarbeit zu gewinnen. Vor allem naturalistische Studien sind ohne die Bereitschaft von niedergelassenen PsychotherapeutInnen, sich an wissenschaftlichen Untersuchungen zu beteiligen, nicht durchzuführen.

Persönlich erlaube ich mir festzustellen, dass es oft ernüchternd und zermürend war, über die Jahre entsprechende Motivationsarbeit mit bescheidenem Erfolg zu leisten. Erschreckt hat mich dabei auch immer wieder, auf großes Misstrauen bzw. offene Ablehnung gegenüber der quantitativen Herangehensweise an Fragestellungen zu stoßen. Leider scheint mir das Klima teilweise wissenschaftsfeindlich zu sein (vgl. auch den Beitrag der Wissenschaftskommission in Zentriert, 2016). Hier wünsche ich mir ein durchaus kritisches, aber auch offenes Verhältnis zu den verschiedenen methodischen Zugängen. Persönlich bin ich davon überzeugt, dass die Zukunft den sogenannten „mixed methods“ gehört, einer sinnvollen Integration von quantitativer und qualitativer Herangehensweise.

Dieser Studie fehlt außerdem eine weitere Untersuchung, und zwar einige Monate nach der therapeutischen Behandlung. Diese Katamnese-Zeiträume wären wichtig, um die Aufrechterhaltung der positiven Wirkungen der Psychotherapie zu untersuchen. In vielen Katamnese-Studien zeigte sich gerade die Personzentrierte Psychotherapie in ihren Langzeiteffekten eher noch positiver. Dennoch muss dies kritisch angemerkt werden, da Katamnese-Zeiträume Bestandteil von Untersuchungsdesigns sein sollten.

Ursprünglich war vorgesehen, diagnosespezifische Untergruppen zu bilden. Aufgrund der geringen Stichprobengröße war dies nicht möglich. Dies ist ein weiterer Kritikpunkt an der vorliegenden Arbeit. Es ist aber nach meinem Erachten längst an der Zeit, auch mehr störungsspezifische Untersuchungen quantitativer und qualitativer Natur durchzuführen. Einerseits sehe ich dies als Notwendigkeit an, um im internationalen Bereich präsent zu sein. Andererseits verstehen wir uns als Psychotherapie mit störungsspezifischer Theorie und Behandlung. Beides impliziert, auch störungsspezifische wissenschaftliche Forschung zu forcieren.

An dieser Stelle sei noch einmal auf das umstrittene Thema Qualitätskontrolle verwiesen, das uns meiner Einschätzung nach in den nächsten Jahren zunehmend begleiten wird. Persönlich wünsche ich mir, dass wir uns vereinsintern damit auseinandersetzen, bevor es von dritter Seite (Ministerium, Krankenkassen) dazu entsprechende Vorgaben gibt. Aus ethischer Sicht empfinde ich es außerdem als Notwendigkeit, aus Respekt unseren KlientInnen gegenüber, diesem Thema noch mehr Raum zu geben.

## 6 Zusammenfassung

Diese Arbeit ging der Frage nach, wie effektiv und wirksam Personzentrierte Psychotherapie im Bereich von Symptomveränderungen und im emotionalen Erleben von KlientInnen ist.

Im theoretischen Teil werden, ausgehend von Dodos Verdikt, „alle [Therapien] haben gewonnen, alle müssen einen Preis erhalten“, die Grundzüge der Kontroverse zwischen allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie und speziellen schulenspezifischen Techniken skizziert und diskutiert.

Die Ergebnisse der einflussreichsten Wirksamkeitsstudien aus dem angloamerikanischen und dem deutschsprachigen Raum werden dargestellt und in Bezug auf ihre internationalen Auswirkungen analysiert. Besondere Bedeutung kommt dabei den Effektstärken der humanistischen Studien im Vergleich mit anderen anerkannten Verfahren zu.

Kapitel 4 skizziert die Verbreitung von psychischen Störungen und deren Behandlungsangebote in Österreich. Der Bedarf und das Angebot an psychotherapeutischer Versorgung werden gegenübergestellt. Den Abschluss dieses Kapitels bildet die Ausbildungssituation in den Propädeutika und Fachspezifika. Die ÖGWG wird im Vergleich zu anderen Ausbildungsorganisationen hinsichtlich ihrer Bedeutung verortet.

Der empirische Teil untersucht die Veränderungen durch Personzentrierte Psychotherapie nach 15 Stunden und am Ende der Therapie auf der Belastungsebene mit dem Brief Symptom Inventory (BSI) und im emotionalen Bereich mit den Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) anhand einer Stichprobe mit 40 KlientInnen, die an Depressionen (42,5 Prozent), Angst- (30,0 Prozent) und Belastungsstörungen (20,0 Prozent) litten und zu drei Messzeitpunkten untersucht wurden (Beginn der Therapie, nach 15 Stunden und am Ende der Therapie). Personen, bei denen zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, wiesen eine signifikant höhere Stundenanzahl und Therapiedauer auf (Varianzanalyse).

Anhand von drei Hypothesen wird auf Stichprobenebene die Veränderung bezüglich der Symptombelastung nach 15 Stunden beziehungsweise am Ende der Therapie geprüft (Methode: t-Test für abhängige Stichproben bzw. Varianzanalyse mit Messwiederholung). Ebenso werden die Veränderungen von der 15. Stunde bis zum Ende der Therapie analysiert. Alle drei Alternativhypothesen konnten empirisch bestätigt werden.

Hypothese 5 prüft den vermuteten und bestätigten korrelativen Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Kongruenz (über die SEE operationalisiert).

Die Veränderung im emotionalen Erleben (SEE) auf Stichprobenebene prüft Hypothese 4. Eine Entwicklung zu höherer Kongruenz durch Personzentrierte Psychotherapie konnte empirisch bestätigt werden.

Ausführlich mit der Einzelfallanalyse von jeder Klientin und jedem Klienten beschäftigen sich die Hypothesen 6 und 7. Sowohl bezüglich der psychischen Belastung als auch der Kongruenzentwicklung konnten sehr positive Entwicklungen nachgewiesen werden (Chi-Quadrat-Test).

Nach dem strengen Erfolgskriterium nach Jacobson und Truax (1991) können bezüglich der Belastung 67,5 Prozent (27 Personen) der KlientInnen als „geheilt“ gelten (RCI: statistische Veränderung in bedeutsamem Ausmaß und nicht mehr von der Normalbevölkerung zu unterscheiden).

24 KlientInnen (60 Prozent) können nach der Therapie als kongruent ( $RCI > 1,96$ ) eingeschätzt werden, bei weiteren sieben KlientInnen hat sich die Kongruenz sehr erhöht.

Auf die Notwendigkeit weiterer wissenschaftlicher Studien wird hingewiesen. Wünschenswert wäre, störungsspezifische Forschungsvorhaben zu forcieren und die Auszubildenden mehr in den Forschungsprozess zu integrieren.



## 7 Literatur

- Altenhöfer, Astrid (2005). *Wirksamkeit von zeitlich limitierter Gesprächspsychotherapie bei Anpassungsstörungen*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Angus, Lynne; Watson, Jeanne C.; Elliott, Robert; Schneider, Kirk & Timulak, Ladislav (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25 (3), S. 330–347. doi: 10.1080/10503307.2014.989290
- APA Presidential Task Force (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61 (4), S. 271–285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- Auckenthaler, Anna (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In Matthias Hermer & Bernd Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (S. 1195–1211). Tübingen: Dgvt Verlag.
- Auckenthaler, Anna (2012). *Kurzlehrbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie. Grundlagen, Praxis, Kontext*. Stuttgart: Thieme.
- Auszra, Lars; Herrmann, Imke & Greenberg, Leslie S. (2017). *Emotionsfokussierte Therapie. Ein Praxismanual* (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Backhaus, Klaus; Erichson, Bernd; Plinke, Wulff & Weiber, Rolf (Hrsg.) (2000). *Multivariate Analysemethoden*. Heidelberg: Springer.
- Barth, Jürgen; Munder, Thomas; Gerger, Heike; Nüesch, Eveline; Trelle, Sven; Znoj, Hansjörg; Jüni, Peter; Cuijpers, Pim & Tsai, Alexander C. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10 (5), e1001454. doi: 10.1371/journal.pmed.1001454.
- Bartuska, Heinrich; Buchsbaumer, Manfred; Mehta, Gerda; Pawlowsky, Gerhard & Wiesnagrotzki, Stefan (Hrsg.) (2005). *Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard*. Wien: Springer.
- Beelmann, Andreas & Schneider, Norbert (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), S. 129–143. doi: 10.1026//1616-3443.32.2.129.
- Behr, Michael & Becker, Martina (2002). Congruence and experiencing emotions: Self-report scales for the person-centered and experiential theory of personality. In Jeanne C. Watson, Goldman Rhonda N. & Margaret S. Warner (Hrsg.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21<sup>st</sup> century* (S. 150–167). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Behr, Michael & Becker, Martina (2004). *SEE - Skalen zum Erleben von Emotionen. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Benishek, Lois A.; Hayes, Catherine; Bieschke, Kathleen J. & Stöffelmayr, Bertram (1998). Exploratory and confirmatory factor analyses of the brief symptom inventory among substance abusers. *Journal of Substance Abuse*, 10, S. 103–114.
- Bergin, Allen E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis* (S. 217–270). New York: Wiley.
- Bergin, Allen E. & Garfield, Sol L. (Hrsg.) (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Bergin, Allen E. & Garfield, Sol L. (Hrsg.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> edition). New York: Wiley. [Diese Ausgabe war folgenden drei Forschern gewidmet: „This fourth edition is dedicated to three distinguished pioneers who taught us how to study therapeutic change: Albert Bandura, Jerome D. Frank, Carl R. Rogers]
- Bergin, Allen E. & Lambert, Michael J. (1978). The evaluation of therapeutic outcome. In Sol L. Garfield & Allen E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis* (2<sup>nd</sup> edition, S. 139–189). New York: Wiley.

- Berglar, Jessica; Cramer, Aureliano; Wyl, Agnes von; Koemeda-Lutz, Margit; Köhler, Miriam; Staczan, Pia; Schulthess, Peter & Tschuschke, Volker (2016). Therapist effects on treatment outcome in psychotherapy: A multilevel modelling analysis. *International Journal of Psychotherapy*, 20 (2), S. 61–80.
- Bergmann, Jörg & Elliott, Robert (2014). Die Wirksamkeit der humanistisch-experienziellen Psychotherapie. In Werner Eberwein & Manfred Thielen (Hrsg.), *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (S. 241–266). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Beutler, Larry E. (2002). The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), S. 30–34. doi: 10.1093/clipsy.9.1.30.
- Beutler, Larry E.; Engle, David; Mohr, David; Daldrup, Roger J.; Bergan, John; Meredith, Keith & Merry, William (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (59), S. 333–340.
- Binder, Hans Jörg; Binder, Ute; Kratzsch, Siegbert & Schmalzriedt, Lilo (1979). Behandlungsdauer bei klientenzentrierter Psychotherapie: Eine kritische Analyse. *GwG-info*, 36, S. 1-21.
- Bischkopf, Jeannette (2013). *Emotionsfokussierte Therapie. Grundlagen, Praxis und Wirksamkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Borenstein, Michael; Hedges, Larry V.; Higgins, Julian P. T. & Rothstein, Hannah R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Chichester: Wiley.
- Bortz, Jürgen & Döring, Nicola (2010). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag.
- Bozhard, Jerold D. (2002). Empirically supported treatments: Epitome of the ‚spezifity myth‘. In Jeanne C. Watson, Rhonda N. Goldman & Margaret S. Warner (Hrsg.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21<sup>st</sup> century* (S. 168–181). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Broda, Michael & Senf, Wolfgang (Hrsg.) (2012). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Bruhn, Manfred; Schwab, Reinhold & Tausch, Reinhard (1980). Die Auswirkungen intensiver personenzentrierter Gesprächsgruppen bei Klienten mit seelischen Belastungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9 (4), S. 266–280.
- Buchinger, Reinhard (2016). *Gesundheit Österreich - Jahresbericht 2015*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Cain, David J.; Keenan, Kevin & Rubin, Shawn (Hrsg.) (2016). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice (2<sup>nd</sup> edition)*. Washington: American Psychological Association.
- Cain, David J. & Seeman, Julius (Hrsg.) (2001). *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Carey, Timothy A. & Stiles, William B. (2016). Some problems with randomized controlled trials and some viable alternatives. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23 (1), S. 87–95. doi: 10.1002/cpp.1942.
- Carroll, Lewis (1865/2011). *Alice im Wunderland* (Vollständige Ausgabe). Köln: Anaconda. (Original: 1865, Alice’s adventures in wonderland).
- Carscaddon, David M. (1990). Predicting psychiatric symptoms in rural community mental health clients. *Psychological Reports*, 66, S. 561–562.
- Castelnuovo, Gianluca (2010). Empirically supported treatments in psychotherapy. Towards an evidence-based or evidence-biased psychology in clinical settings? *Frontiers in psychology*, 1 (27), S. 1–10. doi: 10.3389/fpsyg.2010.00027.
- Chambless, Dianne L. (2002). Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, S. 13–16.
- Chambless, Dianne L. & Hollon, Steven D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), S. 7–18. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.7.

- Chiles, Jeremy A.; Lambert, Michael J. & Hatch, Arlin L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset. A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6 (2), S. 204–220. doi: 10.1093/clipsy.6.2.204.
- Cohen, Jacob (1988/2009). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> edition). Hoboken: Taylor and Francis.
- Cooper, Harris; Hedges, Larry V. & Valentine, Jeffrey C. (2009). *Handbook of research synthesis and meta-analysis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cooper, Mick (2012). Existentially informed person-centred therapy. In Pete Sanders (Hrsg.), *The tribes of the person-centred nation. An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach* (2<sup>nd</sup> edition, S. 131–160). Monmouth: PCCS Books.
- Cooper, Mick; O'Hara, Maureen; Schmid, Peter F. & Bohart, Arthur C. (Hrsg.) (2013). *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2<sup>nd</sup> edition). Hampshire: Palgrave MacMillan.
- Cooper, Mick; Watson, Jeanne C. & Hölldampf, Dagmar (Hrsg.) (2010). *Person centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cramer, Aureliano (2016). Outcome. In Agnes von Wyl, Volker Tschuschke, Aureliano Cramer, Margit Koemeda-Lutz & Peter Schulthess (Hrsg.), *Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren* (S. 121–139). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Cramer, Aureliano; Koemeda, Margit; Tschuschke, Volker; Schulthess, Peter & Wyl, Agnes von (2014). Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie: Ergebnisse aus der Grundversorgung der Schweiz. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 2, S. 96–107.
- Cramer, Aureliano; Schuetz, Christopher; Andrae, Andreas; Koemeda, Margit; Schulthess, Peter; Tschuschke, Volker & Wyl, Agnes von (2016). The brief symptom inventory and the outcome questionnaire-45 in the assessment of the outcome quality of mental health interventions. *Psychiatry Journal*, 2016, S. 1–14. doi: 10.1155/2016/7830785.
- Creelius, Verena & Hiller, Wolfgang (2014). Die Evaluation von Therapieeffekten bei sozialen Angststörungen in einer Hochschulambulanz mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43 (2), S. 112–120. doi: 10.1026/1616-3443/a000256.
- Crits-Christoph, Paul (1997). Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122, S. 216–220.
- Cuijpers, Pim; Smit, Filip; Bohlmeijer, Ernst; Hollon, Steven D. & Andersson, Gerhard (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression. Meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of Psychiatry*, 196 (3), S. 173–178. doi: 10.1192/bjp.bp.109.066001.
- Dekeyser, Mathias; Prouty, Garry & Elliott, Robert (2014). Pre-therapy process and outcome: A review of research instruments and findings. In Peter Pearce & Lisbeth Sommerbeck (Hrsg.), *Person-centred practice at the difficult edge* (S. 206–222). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Derogatis, Leonard R. & Melisaratos, Nick (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, S. 595–605.
- Diethardt, Ulrike; Korbei, Lore & Pelinka, Brigitte (Hrsg.). *Klientenzentrierte Psychotherapie - quo vadis? Festschrift zum 75. Geburtstag von Prof. Mag. Wolfgang W. Keil*.
- Driessen, Ellen; Cuijpers, Pim; Hollon, Steven D. & Dekker, Jack J. M. (2010). Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (5), S. 668–680. doi: 10.1037/a0020570.
- Eberwein, Werner & Thielen, Manfred (Hrsg.) (2014). *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Eckert, Jochen (Hrsg.) (1995). *Forschung zur klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse*. Köln: GwG-Verlag.
- Eckert, Jochen (1995). Wie effektiv ist Gesprächspsychotherapie wirklich? Über die Bedeutung des Faktors Zeit in der Psychotherapie. In Jochen Eckert (Hrsg.), *Forschung zur klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse* (S. 185–192). Köln: GwG-Verlag.
- Eckert, Jochen (2001). Zwölf Perspektiven zur Aktualität von Rogers aus heutiger Sicht. Zur Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapieforschung. *Person*, 5 (2), S. 27-31.
- Eckert, Jochen (2012). *Ignorieren, manipulieren und andere Wege, die jeweils anderen Therapieverfahren zu verdammten - Auf dem Wege zu einer psychotherapeutischen Monokultur. (Workshop auf dem 9. Hamburger Symposium Persönlichkeitsstörungen)*. Zugriff am 14.08.2017. Verfügbar unter <http://www.aghpt.de/index.php/texte/41-ignorierenmanipulieren-2>
- Eckert, Jochen & Biermann-Ratjen, Eva-Maria (1985). *Stationäre Gruppenpsychotherapie: Prozesse, Effekte, Vergleiche*. Berlin: Springer.
- Eckert, Jochen & Biermann-Ratjen, Eva-Maria (1990). Client-centered therapy versus psychoanalytic therapy, reflections following a comparative study. In Germain Lietaer, Jan Rombauts & Richard van Balen (Hrsg.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (S. 457–468). Leuven: University Press Leuven.
- Eckert, Jochen & Wuchner, M. (1995). Frequenz-Dauer-Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil 1: Einzeltherapie bei Erwachsenen. *GwG-Zeitschrift*, 95, S. 17–20.
- Eggerth, Alexander; Bednar, Waltraud & Hagleitner, Joachim (2010). *Versorgung mit Psychotherapie 2009. Eine Iststand-Erhebung mit einem Sonderkapitel zu Psychopharmaka*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Einsle, Franziska & Härting, Samia (2015). Die Erforschung der Psychotherapie: Aktueller Stand und Themen für die Zukunft. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 5 (1), S. 38-50.
- Elliott, Robert (1996a). Are client-centered/experiential therapies effective? A Meta-analysis of outcome research. In Ulrich Esser, Hans Pabst & Gert-Walter Speierer (Hrsg.), *The power of the person centered approach. New challenges, perspectives, answers* (S. 125–137). Köln: GwG-Verlag.
- Elliott, Robert (1996b). Sind klientenzentrierte Erfahrungstherapien effektiv? Eine Meta-Analyse zur Effektforschung. *GwG-Zeitschrift*, 101, S. 29-36.
- Elliott, Robert (2001). The Effectiveness of Humanistic Therapies: A Meta-Analysis. In David J. Cain & Julius Seeman (Hrsg.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (S. 57–81). Washington: American Psychological Association.
- Elliott, Robert (2013). Research. In Mick Cooper, Maureen O'Hara, Peter F. Schmid & Arthur C. Bohart (Hrsg.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2<sup>nd</sup> edition, S. 468–482). Hampshire: Palgrave MacMillan.
- Elliott, Robert (2016). Research on person-centred/experiential psychotherapy and counselling: Summary of the main findings. In Colin Lago & Divine Charura (Hrsg.), *The person-centred counselling and psychotherapy handbook. Origins, developments and current applications* (S. 223–232). Maidenhead: Open University Press.
- Elliott, Robert & Freire, Elisabeth (2010). The effectiveness of person-centered and experiential therapies: A review of the meta-analyses. In Mick Cooper, Jeanne C. Watson & Dagmar Hölldampf (Hrsg.), *Person centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (S. 1–15). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Elliott, Robert; Greenberg, Leslie L.; Watson, Jeanne C.; Timulak, Ladislav & Freire, Elisabeth (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In Michael J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>th</sup> edition, S. 495-538). Hoboken: John Wiley.
- Elliott, Robert; Greenberg, Leslie S. & Lietaer, Germain (2004). Research on experiential psychotherapies. In Michael J. Lambert, Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Hrsg.), *Bergin and*

- Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> edition, S. 493–539). New York: Wiley.
- Esser, Ulrich; Pabst, Hans & Speierer, Gert-Walter (Hrsg.) (1996). *The power of the person centered approach. New challenges, perspectives, answers*. Köln: GwG-Verlag.
- Esterbauer, Reinhold & Rinofner-Kreidl, Sonja (Hrsg.) (2009). *Emotionen im Spannungsfeld von Phänomenologie und Wissenschaften*. Frankfurt am Main: P. Lang.
- Eysenck, Hans Jürgen (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, S. 319–324.
- Feindt, Karen (1978). *Überprüfung des Therapieerfolgs und Untersuchung von Gesprächspsychotherapien mit Klienten geringer Schulbildung*. Dissertation, Universität Hamburg.
- File, Norbert; Hutterer, Robert; Keil, Wolfgang W.; Korunka, Christian & Macke-Bruck, Brigitte (2008). Forschung in der Klienten- bzw. Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 1991-2008. Ein narrativer Review. *Person*, 12 (2), S. 5–32.
- File, Norbert; Keil, Wolfgang W.; Schabus, Manuel & Sauer, Joachim (2014). Ansätze zur empirischen Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie in Österreich. *Person*, 18 (1), S. 18–30.
- File, Norbert; Schabus, Manuel & Sauer, Joachim (2014), 26.09.2014. *Klientenzentrierte Psychotherapie*, Ö1 Interview, Dimensionen – die Welt der Wissenschaft.
- File, Norbert; Schabus, Manuel; Sauer, Joachim & Keil, Wolfgang W. (2013). Symptom- und Persönlichkeitsveränderungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie. In Gabriele Rieß (Hrsg.), *Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung: Tagungsband zum Workshop 2012* (Anhang, S. 90). Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Franke, Gabriele Helga (2000). *Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Freyberger, Harald J.; Heuft, Gereon & Ziegenhagen, Dieter J. (Hrsg.) (2000). *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung*. Stuttgart: Schattauer.
- Frohburg, Inge (2004a). Empirische Ergebnisse zur verfahrensspezifischen Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 4, S. 269-277.
- Frohburg, Inge (2004b). Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (3), S. 196–208. doi: 10.1026/1616-3443.33.3.196.
- Frohburg, Inge (2011). Gesprächspsychotherapie an deutschen Universitäten. In Inge Frohburg & Jochen Eckert (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie heute. Eine Bestandsaufnahme* (S. 63–113). Köln: GwG-Verlag.
- Frohburg, Inge & Eckert, Jochen (Hrsg.) (2011). *Gesprächspsychotherapie heute. Eine Bestandsaufnahme*. Köln: GwG-Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Behr, Michael; Hufnagel, Gerhard & Zülw, Carola von (2003). Zum Stand der Wirksamkeitsforschung in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 4, S. 197-206.
- Garfield, Sol L. & Bergin, Allen E. (Hrsg.) (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis* (2<sup>nd</sup> edition). New York: Wiley.
- Garfield, Sol L. & Bergin, Allen E. (Hrsg.) (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>rd</sup> edition). New York: Wiley.
- Garfield, Sol L. & Bergin, Allen E. (Hrsg.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> edition). New York: Wiley.
- Geisheim, Clarissa; Hahlweg, Kurt; Fiegenbaum, Wolfgang; Frank, Monika; Schröder, Brigitte & Witzleben, Ines von (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48 (1), S. 28–36. doi: 10.1026//0012-1924.48.1.28.

- Glatz, Waltraud & Schaffenberger, Eva (2002). *Bedarf und Angebot an Psychotherapie. Expertise*. Wien: ÖBIG.
- Goldman, Rhonda N.; Greenberg, Leslie S. & Angus, Lynne (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16 (5), S. 537–549. doi: 10.1080/10503300600589456.
- Grawe, Klaus (1987). Die deutschsprachige Psychotherapieforschung ist besser als ihr Ruf. *Bulletin der Schweizer Psychologen*, S. 325–333.
- Grawe, Klaus (1988). Psychotherapeutische Verfahren im wissenschaftlichen Vergleich. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 33, S. 153–167.
- Grawe, Klaus (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, S. 132–162.
- Grawe, Klaus (1997). Research-Informed Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7 (1), S. 1–19. doi: 10.1080/10503309712331331843.
- Grawe, Klaus & Braun, Urs (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23 (4), S. 242–267.
- Grawe, Klaus; Donati, Ruth & Bernauer, Friederike (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (5. Auflage, 2001). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, Klaus & Plog, Ursula (1976). *Differentielle Psychotherapie* (Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik): H. Huber.
- Greenberg, Leslie L. & Watson, Jeanne C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8 (2), S. 210–224.
- Greenberg, Leslie S.; Elliott, Robert & Lietaer, Germain (1994). Research of experiential psychotherapies. In Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> edition, S. 509–539). New York: Wiley.
- Greenberg, Leslie S. & Kloosterziel, Rita (2016). *Emotionsfokussierte Therapie* (2. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Groddeck, Norbert (2011). *Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie* (3. unveränderte Auflage). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Grummon, Donald L. (1954). Design, procedures, and subjects for the first block. In Carl R. Rogers & Rosalind F. Dymond (Hrsg.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. (6. Auflage, 1969, S. 35–52). Chicago: The University of Chicago Press.
- Hahlweg, Kurt (2000). Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie. In Harald J. Freyberger, Gereon Heuft & Dieter J. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 43–71). Stuttgart: Schattauer.
- Hattie, John; Yates, Gregory & Beywl, Wolfgang (2015). *Lernen sichtbar machen aus psychologischer Perspektive. Überarbeitete deutschsprachige Ausgabe von "Visible Learning and the Science of How We Learn"*. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Hautzinger, Martin (2001). Die Plazebokontrollgruppe in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie*, 6 (2), S. 199–204.
- Heber, Elena; Lehr, Dirk; Riper, Heleen & Berking, Matthias (2014). Emotionsregulation. Überblick und kritische Reflexion des aktuellen Forschungsstandes. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43 (3), S. 147–161. doi: 10.1026/1616-3443/a000265.
- Helm, Johannes (1979). *Gesprächspsychotherapie. Forschung - Praxis - Ausbildung*: Springer.
- Hentze, Karl-Otto (2011). Die Gesprächspsychotherapie in der Gesundheits- und Berufspolitik. In Inge Frohburg & Jochen Eckert (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie heute. Eine Bestandsaufnahme* (S. 11–15). Köln: GwG-Verlag.

- Herman, Steven M. (1997). The relationship between therapist-client modality similarity and psychotherapy outcome. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7 (1), S. 56–64.
- Hermer, Matthias & Röhrle, Bernd (Hrsg.) (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Tübingen: Dgvt Verlag.
- Hoffmann, Sven O. & Margraf, Jürgen (2001). Anforderungen des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie an den Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsnachweis und der Mangel an entsprechenden Studien. *Psychotherapie*, 6 (2), S. 188–191.
- Höger, Diether (1995). Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. Überlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 100, S. 47-54.
- Hollon, Steven D. & Ponniah, Kathryn (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27 (10), S. 891–932. doi: 10.1002/da.20741.
- Hutterer, Robert (2005). Handhabung und Verwendung der Diagnostik aus Sicht der fachspezifischen Methoden: Personenzentrierte und klientenzentrierte Psychotherapie (PP & KP). In Heinrich Bartuska, Manfred Buchsbaumer, Gerda Mehta, Gerhard Pawlowsky & Stefan Wiesnagrotzki (Hrsg.), *Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard* (S. 139–145). Wien: Springer.
- Jacobi, Frank & Preiß, Stephanie (2012). Epidemiologie psychischer Störungen, Behandlungsbedarf und Versorgungssituation. In Michael Broda & Wolfgang Senf (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 16–25). Stuttgart: Thieme.
- Jacobson, Neil S.; Follette, William C. & Revenstorf, Dirk (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapist*, 15, S. 336–352.
- Jacobson, Neil S. & Truax, Paula (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), S. 12–19. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12.
- Jagsch, Reinhold (2015). *Evaluierung des arbeitsbezogenen Therapieerfolgs der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen des Projekts „fit2work“*. Endbericht, Universität Wien. Wien.
- Keil, Wolfgang W. & Stumm, Gerhard (Hrsg.) (2002). *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Kiesler, Donald J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65 (2), S. 110–136.
- King, Michael; Marston, Louise & Bower, Peter (2014). Comparison of non-directive counselling and cognitive behaviour therapy for patients presenting in general practice with an ICD-10 depressive episode: A randomized control trial. *Psychological Medicine*, 44 (9), S. 1835–1844. doi: 10.1017/S0033291713002377.
- Kirschenbaum, Howard (2007). *The life and work of Carl Rogers*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Kirschenbaum, Howard & Henderson, Valerie L. (1989). *The Carl Rogers reader*. Boston: Houghton Mifflin.
- Koemeda-Lutz, Margit; Cramer, Aureliano; Schulthess, Peter; Wyl, Agnes von & Tschuschke, Volker (2016). Specificity and Pace Variability of Therapists' Interventions under Naturalistic Conditions. *International Journal of Psychotherapy*, 20 (1), Article 03. Verfügbar unter [http://psychotherapieforschung.ch/downloads/2015\\_Therapists\\_Interventions\\_Koemeda.pdf](http://psychotherapieforschung.ch/downloads/2015_Therapists_Interventions_Koemeda.pdf) Zugriff am 14.08.2017.
- Koemeda-Lutz, Margit; Cramer, Aureliano; Tschuschke, Volker; Schulthess, Peter & Wyl, Agnes von (2016). Therapists' Interventions in Different Psychotherapy Approaches: Category and Temporal Aspects. *International Body Psychotherapy Journal: The Art and Science of Somatic Praxis*, 15 (2), S. 37–65.

- Köhler, Thomas (2008). *Statistische Einzelfallanalyse. Eine Einführung mit Rechenbeispielen* (1. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Kohnen, Ralf & Heinrich, Claus R. (2001). Aufwands- und Kosten-Kalkulation für eine Placebo- und Pharmakotherapie-Kontrollierte Studie zum Nachweis der Wirksamkeit und Verträglichkeit einer Psychotherapie: Die Perspektive der Forschungspraxis. *Psychotherapie*, 6 (2), S. 219–228.
- Kolden, Gregory B.; Klein, Marjorie H.; Wang, Chia-Chiang & Austin, Sara B. (2011). Congruence/Genuineness. In John C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2<sup>nd</sup> edition, S. 187–202). New York: Oxford University Press.
- Kordy, Hans & Hannover, Wolfgang (2000). Die Evaluation von Psychotherapie und das Konzept der „Klinisch bedeutsamen Veränderungen“. In Anton-Rupert Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 477–495). Wien: Springer.
- Korunka, Christian; Keil, Wolfgang W. & Haug-Eskevig, Kristin (2003). Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich. Eine Bestandsaufnahme aus praxeologischer Sicht. *Person*, 7 (1), S. 70-80.
- Korunka, Christian; Nemeskeri, Nora & Sauer, Joachim (2001). Carl Rogers als Psychotherapieforscher - Eine kritische Würdigung. *Person*, 5 (2), S. 68–89.
- Kosfelder, Joachim; Michalak, Johannes; Vocks, Silja & Willutzki, Ulrike (Hrsg.) (2005). *Fortschritte der Psychotherapieforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, Günter & Perrez, Meinrad (2015). Publikationsschwerpunkte der Klinischen Psychologie und Psychotherapieforschung im deutsch- versus angloamerikanischen Bereich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 44 (3), S. 181–196. doi: 10.1026/1616-3443/a000320.
- Kriz, Jürgen (1996). Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 4 (3), S. 163–168.
- Kriz, Jürgen (2001). Zwölf Perspektiven zur Aktualität von Rogers aus heutiger Sicht. Rogers' Verhältnis zur Wissenschaft. *Person*, 5 (2), S. 23-26.
- Kriz, Jürgen (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (Anwendung Psychologie, 6. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Kriz, Jürgen & Längle, Alfred (2012). A European perspective on the position papers. *Psychotherapy*, 49 (4), S. 475–479. doi: 10.1037/a0028027.
- Kuerbis, Alexis; Armeli, Stephen; Muench, Frederick & Morgenstern, Jon (2014). Profiles of confidence and commitment to change as predictors of moderated drinking. A person-centered approach. *Psychology of addictive behaviors*, 28 (4), S. 1065–1076. doi: 10.1037/a0036812.
- Lago, Colin & Charura, Divine (Hrsg.) (2016). *The person-centred counselling and psychotherapy handbook. Origins, developments and current applications*. Maidenhead: Open University Press.
- Laireiter, Anton-Rupert (1995). Auf dem Weg zur Professionalität: Qualität und Qualitätssicherung für die Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 3 (4), S. 175–185.
- Laireiter, Anton-Rupert (Hrsg.) (2000). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Lambert, Jessica E. & Alhassoon, Omar M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62 (1), S. 28–37. doi: 10.1037/cou0000048.
- Lambert, Michael J. (2013a). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In Michael J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>th</sup> edition, S. 169–218). Hoboken: John Wiley.
- Lambert, Michael J. (2013b). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50 (1), S. 42–51. doi: 10.1037/a0030682.
- Lambert, Michael J. (Hrsg.) (2013). *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>th</sup> edition). Hoboken: John Wiley.



- Lambert, Michael J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In John C. Norcross & Marvin R. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy integration* (S. 94–129). New York: Basic Books.
- Lambert, Michael J. & Bergin, Allen E. (1994). The effectiveness of Psychotherapy. In Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> edition, S. 143–189). New York: Wiley.
- Lambert, Michael J.; Bergin, Allen E. & Garfield, Sol L. (Hrsg.) (2004). *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> edition). New York: Wiley.
- Lambert, Michael J.; Fidalgo, Louise G. & Greaves, Madeline R. (2016). Effective humanistic psychotherapy processes and their outcome. In David J. Cain, Kevin Keenan & Shawn Rubin (Hrsg.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (2<sup>nd</sup> edition) (S. 49-79). Washington: American Psychological Association.
- Lambert, Michael J.; Hannöver, Wolfgang; Nisslmüller, Kerstin; Richard, Matthias & Kordy, Hans (2002). Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (1), S. 40–47. doi: 10.1026//1616-3443.31.1.40.
- Lambert, Michael J. & Ogles, Benjamin M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Michael J. Lambert, Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Hrsg.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> edition, S. 139–193). New York: Wiley.
- Lambert, Michael J.; Shapiro, David A. & Bergin, Allen E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In Sol L. Garfield & Allen E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>rd</sup> edition, S. 157–211). New York: Wiley.
- Lang, Hermann (2004). *Was ist Psychotherapie und wodurch wirkt sie?* Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Leucht, Stefan; Hierl, Sandra; Kissling, Werner; Dold, Markus & Davis, John M. (2012). Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective. Review of meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*, 200 (2), S. 97–106. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096594.
- Lietaer, Germain (2016). The research tradition in person-centered/experiential psychotherapy and counseling: Bibliographical survey 1940–2015. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 15 (2), S. 95–125. Doi: 10.1080/14779757.2016.1139503 Zugriff am 14.08.2017.
- Lietaer, Germain; Rombauts, Jan & van Balen, Richard (Hrsg.) (1990). *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: University Press Leuven.
- Lin, Yung-Wei & Bratton, Sue C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93 (1), S. 45–58. doi: 10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x.
- Linden, Michael & Zubrägel, Doris (2001). Multizentrische Psychotherapiestudien in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten. *Psychotherapie*, 6 (2), S. 205–210.
- Lipsey, Mark W. & Wilson, David B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48 (12), S. 1181–1209. doi: 10.1037//0003-066X.48.12.1181.
- Lohmann, Marlis; Tausch, Anne-Marie; Langer, Inghard & Tausch, Reinhard (1987). Die Vorstellung des eigenen Sterbens im entspannten Zustand und personenzentrierte Gespräche. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6, S. 59–71.
- Luborsky, Lester; Diguier, Louis; Cacciola, John; Barber, Jacques P.; Moras, Karla; Schmidt, Kelly & DeRubeis, Robert J. (1996). Factors in outcomes of short-term dynamic psychotherapy for chronic vs. nonchronic major depression. *Journal for Psychotherapy Practice and Research*, 5 (3), S. 152–159.
- Luborsky, Lester; Rosenthal, Robert; Diguier, Louis; Andrusyna, Tomasz P.; Berman, Jeffrey S.; Levitt, Jill T.; Seligman, David A. & Krause, Elizabeth D. (2002). The dodo bird verdict is alive

- and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), S. 2–12. doi: 10.1093/clipsy.9.1.2.
- Lutz, Wolfgang (2011). Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40 (4), S. 221–223. doi: 10.1026/1616-3443/a000119.
- Lutz, Wolfgang; Böhnke, Jan R.; Köck, Katharina & Bittermann, André (2011). Diagnostik und psychometrische Verlaufsrückmeldungen im Rahmen eines Modellprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40 (4), S. 283–297. doi: 10.1026/1616-3443/a000125.
- Maitland, Daniel W. M. & Gaynor, Scott T. (2016). Functional analytic psychotherapy compared with supportive listening. An alternating treatments design examining distinctiveness, session evaluations, and interpersonal functioning. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16 (2), S. 52–64. doi: 10.1037/bar0000037.
- Mankell, Henning (2003). *Die Brandmauer [im Englischen Firewall]*. Roman (Kindle Edition). Wien: Zsolnay.
- McCarthy, Kevin S. & Barber, Jacques P. (2009). The multitheoretical list of therapeutic interventions (MULTI). Initial report. *Psychotherapy Research*, 19 (1), S. 96–113. doi: 10.1080/10503300802524343.
- McNeilly, Cheryl L. & Howard, Kenneth I. (1991). The effects of psychotherapy: a reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research*, 1 (1), S. 74–78.
- Mearns, Dave & Thorne, Brian (2011). *Person-centred therapy today. New frontiers in theory and practice*. Los Angeles: Sage.
- Meltzoff, Julian & Kornreich, Melvin (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton. (First paper back edition, 2008, New Brunswick: AldineTransaction).
- Messer, Stanley B. & Wampold, Bruce E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), S. 18–22.
- Meyer, Adolf-Ernst (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19 (4), S. 287–291.
- Meyer, Adolf-Ernst & Wirth, Ulrich (1988). Die Beeinflussung affektiver Störungen durch psychodynamische und durch Gesprächspsychotherapie. Ergebnisse einer empirischen Vergleichsstudie. In Detlev von Zerssen (Hrsg.), *Affektive Störungen. Diagnostische, epidemiologische, biologische und therapeutische Aspekte* (S. 243–258). Berlin: Springer-Verlag.
- Minsel, Wolf-Rüdiger; Bommert, Hanko; Bastine, Reiner; Langer, Inghard; Nickel, Horst & Tausch, Reinhard (1972). Weitere Untersuchung der Auswirkung und Prozesse klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1, S. 232–250.
- Morris, Scott B. (2008). Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organizational Research Methods*, 11 (2), S. 364–386. doi: 10.1177/1094428106291059.
- Morris, Scott B. & DeShon, Richard P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods*, 7 (1), S. 105–125. doi: 10.1037//1082-989X.7.1.105.
- Norcross, John C. (Hrsg.) (2011). *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2<sup>nd</sup> edition). New York: Oxford University Press.
- Norcross, John C. & Goldfried, Marvin R. (Hrsg.) (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Norcross, John C. & Lambert, Michael J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In John C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2<sup>nd</sup> edition, S. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Norcross, John C. & Wampold, Bruce E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. In John C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2<sup>nd</sup> edition, S. 423–430). New York: Oxford University Press.

- ÖGWG (Hrsg.) (2016). *Zentriert*.
- Orlinsky, David E. & Howard, Kenneth I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In Sol L. Garfield & Allen E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>rd</sup> edition, S. 311–381). New York: Wiley.
- Paivio, Sandra C.; Jarry, Josée L.; Chagigiorgis, Helen; Hall, Imogen & Ralston, Margaret (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research*, 20 (3), S. 353–366. doi: 10.1080/10503300903505274.
- Paivio, Sandra C. & Nieuwenhuis, James A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (1), S. 115–133.
- Pearce, Peter & Sommerbeck, Lisbeth (Hrsg.) (2014). *Person-centred practice at the difficult edge*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Pekarik, Gene (1983). Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 39 (6), S. 909–913.
- Pekarik, Gene & Wolff, Christian B. (1996). Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment, and clinical significance. *Professional Psychology Research and Practice* (27), S. 202–208.
- Pfammatter, Mario & Tschacher, Wolfgang (2016). Klassen allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapietechniken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 45 (1), S. 1–13. doi: 10.1026/1616-3443/a000331.
- Piribauer, Franz (1995). Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten. *Psychotherapie Forum*, 3 (4), S. 186–196.
- Prinz, Ulrich; Nutzinger, Detlev O.; Schulz, Holger; Petermann, Franz; Braukhaus, Christoph & Andreas, Sylke (2013). Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry*, 13 (1), S. 104–113. doi: 10.1186/1471-244X-13-104.
- Prouty, Garry; van Werde, Dion & Pörtner, Marlis (2015). *Prä-Therapie* (Fachbuch Klett-Cotta, 5. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rasch, Björn; Friese, Malte; Hofmann, Wilhelm & Naumann, Ewald (2014). *Quantitative Methoden 2. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. (4. überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag.
- Rieß, Gabriele (Hrsg.) (2013). *Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung: Tagungsband zum Workshop 2012*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Robinson, Leslie A.; Berman, Jeffrey S. & Neimeyer, Robert A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108 (1), S. 30–49.
- Rogers, Carl R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (18. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen: 1961, *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, Carl R. & Dymond, Rosalind F. (Hrsg.) (1954). *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. (6. Auflage, 1969). Chicago: The University of Chicago Press.
- Rosenzweig, Saul (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6 (3), S. 412–415. doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x.
- Rudolf, Gerd (1996). Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapie Forum*, 4 (3), S. 124–134.
- Rudolph, Jürgen; Langer, Inghard & Tausch, Reinhard (1980). Prüfung der psychischen Auswirkungen und Bedingungen von personenzentrierter Einzel-Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9, S. 23–33.

- Rüger, Bernhard (1996). Fragen und Anmerkungen zu einigen statistischen Methoden in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 4 (3), S. 135-143.
- Sachse, Rainer (2000a). Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie. In Anton-Rupert Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 165–178). Wien: Springer.
- Sachse, Rainer (2000b). Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie*, 5 (2), S. 282–292.
- Sachse, Rainer; Schirm, Sandra & Kiszkenow-Bäker, Stefanie (2015). *Klärungsorientierte Psychotherapie in der Praxis*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Sachse, Rainer; Schirm, Sandra & Kramer, Ueli (2015). *Klärungsorientierte Psychotherapie systematisch dokumentieren. Die Skalen zur Erfassung von Bearbeitung, Inhalt und Beziehung im Therapieprozess (BIBS)* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Sacks, Oliver W. (2016). *Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte* (38. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. (Original: 1985, *The man who mistook his wife for a hat*, New York: Summit books).
- Sagerschnig, Sophie & Tanios, Aida (2016a). *Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Statistik der Berufsgruppen 1991-2015*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Sagerschnig, Sophie & Tanios, Aida (2016b). *Ausbildungsstatistik 2016. Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Sander, Klaus; Langer, Inghard; Bastine, Reiner; Tausch, Anne-Marie; Tausch, Reinhard & Wiczerowski, Wilhelm (1973). Gesprächspsychotherapie bei 73 psychoneurotischen Klienten mit alternierenden Psychotherapeuten ohne Abwahlmöglichkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 21, S. 218–229.
- Sanders, Pete (2012). History of client-centered therapy and the person-centered approach: Events, dates and ideas. In Pete Sanders (Hrsg.), *The tribes of the person-centred nation. An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach* (2<sup>nd</sup> edition, S. 1–20). Monmouth: PCCS Books.
- Sanders, Pete (Hrsg.) (2012). *The tribes of the person-centred nation. An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach* (2<sup>nd</sup> edition). Monmouth: PCCS Books.
- Sanders, Pete (2013). The ‚family‘ of person-centred and experiential therapies. In Mick Cooper, Maureen O'Hara, Peter F. Schmid & Arthur C. Bohart (Hrsg.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2<sup>nd</sup> edition, S. 46–65). Hampshire: Palgrave MacMillan.
- Schabus, Manuel; File, Norbert; Sauer, Joachim & Keil, Wolfgang W. (2013). Demographische Erhebung der ÖGWG. In Gabriele Rieß (Hrsg.), *Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung: Tagungsband zum Workshop 2012* (Anhang, S. 89). Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Schmitz, Norbert & Davies-Osterkamp, Susanne (1997). Klinische und Statistische Signifikanz - diskutiert am Beispiel der Symptom Check List (SCL-90-R). *Diagnostica*, 43 (1), S. 80–96.
- Schulte, Dietmar (2001). Messung und Sicherstellung der Manualtreue (treatment-integrity) in kontrollierten Studien. *Psychotherapie*, 6 (2), S. 193–198.
- Shahar, Ben (2014). Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: An overview of the model and a case description. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21 (6), S. 536–547. doi: 10.1002/cpp.1853.
- Siev, Jedidiah; Huppert, Jonathan D. & Chambless, Dianne L. (2009). The dodo bird, treatment technique, and disseminating empirically supported treatments. *Behavior Therapist*, 32 (4), S. 69–76.
- Smith, Mary Lee; Glass, Gene V. & Miller, Thomas I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Söllner, Wolfgang (1996). Psychotherapie im Krankenhaus: Bedarf und Kostenschätzung für die psychotherapeutische Versorgung in den öffentlichen Krankenanstalten am Beispiel des Landes Tirols. *Psychotherapie Forum*, 4 (1), S. 33–40.
- Stangier, Ulrich; Schramm, Elisabeth; Heidenreich, Thomas; Berger, Matthias & Clark, David M. (2011). Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68 (7), S. 692–700.
- Statistik Austria (Hrsg.) (2017). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015*. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011). *Ich glaube nur der Statistik... Was Winston Churchill über Zahlen und die Statistik gesagt haben soll - und was er wirklich sagte*. (6. Auflage). Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Stettler, Peter; Stocker, Désirée; Gardiol, Lucien; Bischof, Severin & Künzi, Kilian (2013). *Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz. Angebot, Inanspruchnahme und Kosten*. Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG.
- Stiles, William B.; Barkham, Michael; Mellor-Clark, John & Connell, Janice (2008a). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38 (05), S. 677–688. doi: 10.1017/S0033291707001511.
- Stiles, William B.; Barkham, Michael; Mellor-Clark, John & Connell, Janice (2008b). Routine psychological treatment and the Dodo verdict. A rejoinder to Clark et al. (2007). *Psychological Medicine*, 38 (6), 905-910. doi: 10.1017/S0033291708002717.
- Stiles, William B.; Barkham, Michael; Twigg, Elspeth; Mellor-Clark, John & Cooper, Mick (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36 (4), S. 555–566. doi: 10.1017/S0033291706007136.
- Stiles, William B.; Barkham, Michael; Twigg, Elspeth; Mellor-Clark, John & Cooper, Mick (2007). Wirksamkeit personenzentrierter Therapie im Vergleich zu kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapien, wie sie im Rahmen des britischen National Health Service praktiziert werden. *Person*, 11 (2), S. 105-113.
- Stiles, William B.; Hill, Clara E. & Elliott, Robert (2015). Looking both ways. *Psychotherapy Research*, 25 (3), S. 282–293. doi: 10.1080/10503307.2014.981681.
- Strauß, Bernhard & Wittmann, Werner W. (2012). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In Michael Broda & Wolfgang Senf (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 125-145). Stuttgart: Thieme.
- Stuhr, Ulrich; Meyer, Adolf-Ernst & Bolz, Waltraud (1981). Outcome results in psychological tests. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35, S. 138–198.
- Stumm, Gerhard & Keil, Wolfgang W. (Hrsg.) (2014). *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Tausch, Reinhard (1988). Schädigungen von Klienten durch Psychotherapie und Möglichkeiten ihrer Verminderung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik*, 13 (1), S. 4–13.
- Tausch, Reinhard (2002). 100 Jahre Carl Rogers: Person - Werk und Aufgaben der Zukunft. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 33 (3), S. 211–220.
- Tausch, Reinhard & Tausch, Anne-Marie (1990). *Gesprächspsychotherapie. Hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben* (9. Auflage). Göttingen: Hogrefe. (1. Auflage 1960).
- Teegen, Frauke (1975). *Überprüfung der Effekte von Gesprächspsychotherapie mit telefonischer Durchführung*. Dissertation, Universität. Hamburg.
- Terhart, Ewald (2014). *Die Hattie-Studie in der Diskussion. Probleme sichtbar machen*. Seelze: Friedrich.

- Timulak, Ladislav & McElvaney, James (2016). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46, S. 41–52. doi: 10.1007/s10879-015-9310-7.
- Traynor, Wendy (2014). An investigation of the effectiveness of person-centered therapy for ‚psychotic‘ processes in adult clients. In Peter Pearce & Lisbeth Sommerbeck (Hrsg.), *Person-centred practice at the difficult edge* (S. 189–205). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Tschuschke, Volker (2014). *Abschlussbericht mit Katamnese und Sitzungsratings der „Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)“ der Institute der Schweizer Charta für Psychotherapie* (Schriftenreihe der Schweizer Charta für Psychotherapie Forschung, Psychotherapie, Bd. 4). Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie.
- Tschuschke, Volker; Schlegel, Mario & Koemeda, Margit (2014). *PAP-S-Rating-Manual (PAP-S-RM). Rating Manual zur objektiven Einschätzung therapeutischer Interventionen von Psychotherapeuten unterschiedlicher schultheoretischer Konzepte* (Schriftenreihe der Schweizer Charta für Psychotherapie Forschung, Psychotherapie, Bd. 2). Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie.
- Tschuschke, Volker; Wyl, Agnes von; Koemeda-Lutz, Margit; Cramer, Aureliano; Schlegel, Mario & Schulthess, Peter (2016). Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute. Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung. *Psychotherapeut*, 61 (1), S. 54–65. doi: 10.1007/s00278-015-0067-y.
- Vandenberghe, Luc & de Sousa, Ana Carolina Aquino (2005). The dodo-bird debate, empirically supported relationships and functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1 (4), S. 323–328.
- Walendzik, Anke; Rabe-Menssen, Cornelia; Lux, Gerald; Wasem, Jürgen & Jahn, Rebecca. *Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010*. Universität Duisburg-Essen.
- Wampold, Bruce E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62 (8), S. 857–873. doi: 10.1037/0003-066X.62.8.857.
- Wampold, Bruce E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49 (4), S. 445–449. doi: 10.1037/a0027113.
- Wampold, Bruce E. (2013). The good, the bad, and the ugly. A 50-year perspective on the outcome problem. *Psychotherapy*, 50 (1), S. 16–24. doi: 10.1037/a0030570.
- Wampold, Bruce E. & Imel, Zac E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work* (2<sup>nd</sup> edition). New York: Routledge.
- Watson, Jeanne C.; Goldman, Rhonda N. & Warner, Margaret S. (Hrsg.) (2002). *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21<sup>st</sup> century*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Watson, Jeanne C.; Gordon, Laurel B.; Stermac, Lana; Kalogerakos, Freda & Steckley, Patricia (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), S. 773–781. doi: 10.1037/0022-006x.71.4.773.
- Watson, Jeanne C.; Greenberg, Leslie L. & Lietaer, Germain (2010). Relating process to outcome in person-centered and experiential psychotherapies: The role of the relationship conditions and clients experiencing. In Mick Cooper, Jeanne C. Watson & Dagmar Hölldampf (Hrsg.), *Person centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (S. 132–163). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Watson, Jeanne C. & Lilova, Svetlana (2009). Testing the Reliability and Validity of the Scales for Experiencing Emotion with a Canadian Sample / Test der Reliabilität und Validität für Skalen zu emotionalem Erleben mit einer kanadischen Stichprobe. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8 (3), S. 189–207. doi: 10.1080/14779757.2009.9688488.
- Westermann, Birgit; Schwab, Reinhold & Tausch, Reinhard (1983). Auswirkungen und Prozesse personzentrierter Gruppenpsychotherapie bei 164 Klienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 12 (4), S. 273–292.

- Wilkins, Paul & Mitchell-Williams, Zinnia (2002). The theory and experience of person-centered research. In Jeanne C. Watson, Rhonda N. Goldman & Margaret S. Warner (Hrsg.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21<sup>st</sup> century* (S. 291–302). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Winter, David; Bradshaw, Siobhan; Bunn, Frances & Wellsted, David (2013). A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide. 1. Quantitative outcome and process studies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13 (3), S. 164–183. doi: 10.1080/14733145.2012.761717.
- Wise, Edward A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82 (1), S. 50–59.
- Wissenschaftskommission der ÖGWG (2016). Zur Bedeutsamkeit von psychotherapeutischer Forschung in der ÖGWG. In ÖGWG (Hrsg.), *Zentriert* (Bd. 2, S. 10–11).
- Wittmann, Werner W. & Matt, Georg E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, S. 20–40.
- Wittmann, Werner W.; Steffanowski, Andrés; Kriz, David; Glahn, Esther M.; Völkle, Manuel C.; Böhnke, Jan R.; Köck, Katharina; Bittermann, André & Ruprecht, T. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Wnuk, Susan M.; Greenberg, Leslie S. & Dolhanty, Joanne (2015). Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 23 (3), S. 253–261. doi: 10.1080/10640266.2014.964612.
- Wyl, Agnes von; Cramer, Aureliano; Koemeda, Margit; Tschuschke, Volker & Schulthess, Peter (2013). Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S): Studiendesign und Machbarkeit. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 3 (1), S. 1–21.
- Wyl, Agnes von; Tschuschke, Volker; Cramer, Aureliano; Koemeda-Lutz, Margit & Schulthess, Peter (Hrsg.) (2016). *Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Xu, Hui & Tracey, Terence J. G. (2016). Cultural congruence with psychotherapy efficacy: A network meta-analytic examination in China. *Journal of Counseling Psychology*, 63 (3), S. 359–365. doi: 10.1037/cou0000145.
- Zerssen, Detlev von (Hrsg.) (1988). *Affektive Störungen. Diagnostische, epidemiologische, biologische und therapeutische Aspekte*. Berlin: Springer-Verlag.

## 8 Anhang

Tabelle 22: Vergleich BSI Skalen MZ1 – MZ2 (Beginn– 15. Stunde)

BSI Skalen (MZ1-MZ2-Vergleich)	M <sub>MZ1</sub> (SD)	M <sub>MZ2</sub> (SD)	t	p	Cohens $\delta$
Somatisierung	65,25 (11,75)	58,05 (12,05)	3,93	< 0,001**	0,62
Zwanghaftigkeit	69,25 (8,11)	63,43 (10,23)	3,61	< 0,001**	0,58
Unsicherheit im Sozialkontakt	68,03 (10,41)	62,78 (10,24)	3,34	0,001**	0,53
Depressivität	70,50 (8,11)	60,53 (11,50)	5,33	< 0,001**	0,87
Ängstlichkeit	70,39 (8,37)	58,85 (12,57)	5,84	< 0,001**	0,96
Aggressivität/Feindseligkeit	66,63 (8,69)	58,43 (8,66)	5,11	< 0,001**	0,81
Phobische Angst	65,48 (13,09)	62,43 (13,09)	1,86	0,069	0,29
Paranoides Denken	66,88 (10,78)	63,08 (10,82)	2,96	0,005**	0,47
Psychotizismus	65,55 (11,63)	59,55 (10,78)	3,45	< 0,001**	0,55
GSI Global Severity Index	74,10 (6,34)	65,10 (11,04)	5,43	< 0,001**	0,92
PSDI Positive Symptom Distress Index	69,68 (7,09)	60,30 (9,90)	6,06	< 0,001**	0,99
PST Positive Symptom Total	72,53 (7,74)	65,18 (12,18)	4,14	< 0,001**	0,70

Tabelle 23: Vergleich BSI Skalen MZ2 – MZ3 (15. Stunde – Ende der Therapie)

BSI Skalen (MZ2-MZ3-Vergleich)	M <sub>MZ2</sub> (SD)	M <sub>MZ3</sub> (SD)	t	p	Cohens $\delta$
Somatisierung	58,05 (12,05)	50,43 (9,25)	5,07	< 0,001**	0,83
Zwanghaftigkeit	63,43 (10,23)	51,98 (11,67)	6,01	< 0,001**	0,96
Unsicherheit im Sozialkontakt	62,78 (10,24)	53,95 (9,53)	5,40	< 0,001**	0,85
Depressivität	60,53 (11,50)	50,88 (10,12)	4,86	< 0,001**	0,77
Ängstlichkeit	58,85 (12,57)	52,55 (9,86)	3,03	0,004**	0,49



<b>BSI Skalen (MZ2-MZ3-Vergleich)</b>	<b>M<sub>MZ2</sub> (SD)</b>	<b>M<sub>MZ3</sub> (SD)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>Cohens <math>\delta</math></b>
<b>Aggressivität/Feindseligkeit</b>	58,43 (8,66)	51,15 (9,03)	4,09	< 0,001**	0,65
<b>Phobische Angst</b>	62,43 (13,09)	53,93 (11,20)	5,57	< 0,001**	0,90
<b>Paranoides Denken</b>	63,08 (10,82)	55,93 (10,67)	4,59	< 0,001**	0,73
<b>Psychotizismus</b>	59,55 (10,78)	52,33 (9,70)	4,38	< 0,001**	0,69
<b>GSI Global Severity Index</b>	65,10 (11,04)	52,70 (12,19)	6,65	< 0,001**	1,06
<b>PSDI Positive Symptom Distress Index</b>	60,30 (9,90)	52,85 (10,42)	4,41	< 0,001**	0,70
<b>PST Positive Symptom Total</b>	65,18 (12,18)	53,15 (13,93)	5,88	< 0,001**	0,94

Tabelle 24: Vergleich BSI Skalen MZ1 – MZ3 (Beginn – Ende der Therapie)

<b>BSI Skalen (MZ1-MZ3-Vergleich)</b>	<b>M<sub>MZ1</sub> (SD)</b>	<b>M<sub>MZ3</sub> (SD)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>Cohens <math>\delta</math></b>
<b>Somatisierung</b>	65,25 (11,75)	50,43 (9,25)	9,22	<0,001**	1,49
<b>Zwanghaftigkeit</b>	69,25 (8,11)	51,98 (11,67)	9,57	<0,001**	1,57
<b>Unsicherheit im Sozialkontakt</b>	68,03 (10,41)	53,95 (9,53)	7,01	<0,001**	1,11
<b>Depressivität</b>	70,50 (8,11)	50,88 (10,12)	10,69	<0,001**	1,71
<b>Ängstlichkeit</b>	70,39 (8,37)	52,55 (9,86)	10,57	<0,001**	1,68
<b>Aggressivität/Feindseligkeit</b>	66,63 (8,69)	51,15 (9,03)	8,09	<0,001**	1,28
<b>Phobische Angst</b>	65,48 (13,09)	53,93 (11,20)	5,76	<0,001**	0,92
<b>Paranoides Denken</b>	66,88 (10,78)	55,93 (10,67)	5,99	<0,001**	0,95
<b>Psychotizismus</b>	65,55 (11,63)	52,33 (9,70)	6,79	<0,001**	1,08
<b>GSI Global Severity Index</b>	74,10 (6,34)	52,70 (12,19)	10,97	<0,001**	1,87
<b>PSDI Positive Symptom Distress Index</b>	69,68 (7,09)	52,85 (10,42)	10,18	<0,001**	1,67
<b>PST Positive Symptom Total</b>	72,53 (7,74)	53,15 (13,93)	8,73	<0,001**	1,47

Tabelle 25: Mittelwertsvergleiche in den Skalen zum Erleben von Emotionen  
(Beginn der Therapie - Ende der Therapie)

SEE Skalen (MZ1-MZ3 Vergleich)	M <sub>MZ1</sub> (SD)	M <sub>MZ3</sub> (SD)	t	p	Cohens $\delta$
<b>Akzeptanz eigener Emotionen</b>	41,18 (10,87)	55,60 (10,12)	-7,86	< 0,001**	1,25
<b>Erleben von Emotionsüberflutung</b>	59,05 (8,36)	43,00 (8,20)	9,99	< 0,001**	1,58
<b>Erleben von Emotionsmangel</b>	54,90 (10,67)	46,08 (8,04)	4,83	< 0,001**	0,78
<b>Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen</b>	48,30 (8,22)	51,90 (10,82)	-2,14	0,039*	0,35
<b>Imaginative Symbolisierung von Emotionen</b>	47,40 (10,51)	51,35 (12,00)	-2,38	0,022*	0,38
<b>Erleben von Emotionsregulation</b>	43,60 (10,80)	55,83 (10,21)	-5,68	< 0,001**	0,90
<b>Erleben von Selbstkontrolle</b>	51,45 (11,34)	58,43 (7,99)	-4,44	< 0,001**	0,73

Tabelle 26: Mittelwertsvergleiche in den Skalen zum Erleben von Emotionen  
(Beginn der Therapie - nach der 15. Stunde)

SEE Skalen (MZ1-MZ2 Vergleich)	M <sub>MZ1</sub> (SD)	M <sub>MZ3</sub> (SD)	t	p	Cohens $\delta$
<b>Akzeptanz eigener Emotionen</b>	41,18 (10,87)	46,98 (11,29)	-3,80	< 0,001**	-0,60
<b>Erleben von Emotionsüberflutung</b>	59,05 (8,36)	53,00 (10,47)	3,45	< 0,001**	0,55
<b>Erleben von Emotionsmangel</b>	54,90 (10,67)	52,10 (10,39)	1,47	0,149	0,23
<b>Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen</b>	48,30 (8,22)	49,13 (11,75)	-0,52	0,606	-0,09
<b>Imaginative Symbolisierung von Emotionen</b>	47,40 (10,51)	49,18 (9,59)	-1,74	0,089	-0,28
<b>Erleben von Emotionsregulation</b>	43,60 (10,80)	48,25 (11,58)	-2,99	< 0,005**	-0,47
<b>Erleben von Selbstkontrolle</b>	51,45 (11,34)	54,55 (9,46)	-2,33	0,025*	-0,38

Tabelle 27: Mittelwertsvergleiche in den Skalen zum Erleben von Emotionen  
(15. Stunde - Ende der Therapie)

SEE Skalen (MZ2-MZ3 Vergleich)	M <sub>MZ1</sub> (SD)	M <sub>MZ3</sub> (SD)	t	p	Cohens $\delta$
<b>Akzeptanz eigener Emotionen</b>	46,98 (11,29)	55,60 (10,12)	-5,29	< 0,001**	-0,84
<b>Erleben von Emotionsüberflutung</b>	53,00 (10,47)	43,00 (8,20)	6,47	< 0,001**	1,04
<b>Erleben von Emotionsmangel</b>	52,10 (10,39)	46,08 (8,04)	3,55	0,001**	0,57
<b>Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen</b>	49,13 (11,75)	51,90 (10,82)	-1,60	0,118	-0,25
<b>Imaginative Symbolisierung von Emotionen</b>	49,18 (9,59)	51,35 (12,00)	-1,44	0,157	-0,23
<b>Erleben von Emotionsregulation</b>	48,25 (11,58)	55,83 (10,21)	-3,99	< 0,001**	-0,63
<b>Erleben von Selbstkontrolle</b>	54,55 (9,46)	58,43 (7,99)	-2,79	0,008**	-0,45

## Autorenverzeichnis

- Angus 24, 81, 86  
Auckenthaler 14, 34  
Auszra 13  
Barkham 24  
Barth 20  
Bastine 27  
Becker 48, 50, 51, 52, 53, 60  
Bednar 36  
Behr 48, 50, 51, 52, 53, 60  
Benishek 48, 81  
Bergin 5, 13, 18, 26  
Bergmann 20, 23  
Berman 5  
Bernauer 28, 29  
Beutler 13  
Biermann-Ratjen 30  
Bieschke 48, 81  
Binder 29  
Bischof 41  
Borenstein 65, 68  
Buchinger 37, 55  
Carey 13, 22  
Carroll 11  
Carscaddon 48, 82  
Chambless 7, 11, 12, 13, 24, 82, 92  
Churchill 2  
Cohen 20, 25, 65, 68, 76  
Connell 24  
Cooper 24  
Cramer 33, 48, 56, 64  
Crits-Christoph 13  
Davis 5  
de Sousa 11  
Derogatis 48, 50, 83, 85  
Dold 5  
Donati 28, 29  
Dymond 17, 29  
Eckert 5, 28, 30, 46  
Eggerth 36, 37  
Elliott 9, 11, 13, 18, 20, 22, 23, 24  
Eysenck 5, 27  
Feindt 27  
Fenichel 26  
Fidalgo 13  
File 31, 32, 56, 57  
Franke 48, 50, 53, 59, 72  
Freire 9, 84  
Frohburg 29, 30, 46  
Gardiol 41  
*Garfield* 13, 18, 26  
Geisheim 48, 85  
Glass 5  
Glatz 35, 36, 37  
GÖG 36, 37  
Grawe 15, 28, 29  
Greaves 13  
Greenberg 9, 13, 18, 20, 22, 23  
Groddeck 8  
Grummon 17  
Hagleitner 36  
Hahlweg 58  
Hannöver II, 33, 88, 89  
Haug-Eskevig 29  
Hayes 48, 81  
Hedges 65, 68  
Hentze 45

- Hermann 13  
Hierl 5  
Higgins 65, 68  
Hill 11  
Hollon 7, 12, 24  
Huppert 13  
Hutterer 31, 52  
Imel 11  
Jacobi 35  
Jacobson 59, 61, 72, 74  
Jagsch 48, 67  
Keil 29, 31, 47, 56  
Kiesler 30  
Kissling 5  
Klosterziel 13  
Kordy II, 33, 88, 89  
Korneich 5, 17, 18  
Korunka 9, 29, 31  
Krampen 21  
Kratzsch 29  
Kriz 8, 9  
Künzi 41  
Lambert 5, 13, 14, 18, 33  
Langer 27, 28  
Leucht 5  
**Lietaer** 20, 24, 84, 86, 89, 94  
Lipsey 5  
Lohmann 28  
Luborsky 11  
Lutz 48, 64  
Macke-Bruck 31  
Melisaratos 48, 83  
Mellor-Clark 24  
Meltzoff 5, 17, 18  
Meyer 29  
Miller 5  
Neimeyer 5  
Nemeskeri 9  
Nisslmüller II, 33, 89  
Norcross 13  
Ogles 5  
ÖGWG 3, 4, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 47  
Pekarik 48  
Perrez 21  
Plog 29  
Preiß 35  
Rasch 68, 76  
Richard II, 33, 84, 89, 90  
Robinson 5  
Rogers 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 17, 29  
Rothstein 65, 68  
Rudolph 27  
Sagerschnig 39, 40, 43, 44  
Sander 27  
Sauer 9, 47, 56  
Schabus 47, 56  
Schaffenberger 35, 36, 37  
Schmalzriedt 29  
Schneider 24, 81, 86  
Schulthess 64  
Siev 13  
Smith 5, 18, 20, 22  
Statistik Austria 38  
Stettler 41  
Stiles 11, 13, 22, 24, 25, 71, 75  
Stocker 41  
Stöffelmayr 48, 81  
Strauß 11, 12, 23  
Tanios 39, 40, 43, 44  
Tausch 27, 28  
Tchuschke 14  
Teegen 27

- 
- Thorndike 8  
Timulak 9, 24, 81, 84, 94  
Truax 61, 72, 74  
Tschuschke 11, 15, 64  
Twigg 24  
Vandenberghe 11  
von Wyl 64  
Wampold 5, 11, 13  
Watson 9, 13, 24, 81, 82, 83, 84, 86, 94, 95  
Wieczerowski 27  
Wilson 5  
Wirth 29  
Wise 72  
Wittmann 11, 12, 23, 33, 35, 64  
Wolff 48  
Wuchner 28