

Stellungnahme

**im Auftrag des Berufsverbandes Psychologischer PsychotherapeutInnen
(BDP)**

zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie)

(Stand: Juni 2005)

1. Anliegen

Im Auftrag des BDP wird im Folgenden eine **wissenschaftliche Stellungnahme** abgegeben zur Effektivität und Effizienz (Wirksamkeit in klinischen und randomisiert-kontrollierten Studien) von *Klientenzentrierter (Personzentrierter) Gesprächspsychotherapie*. Hierzu wurden u.a. aktuelle Vergleichsstudien (Suchmaschine *pubmed* unter den Suchworten „client-centered therapy“, „experiential therapy“, „randomized-controlled studies“ und „meta-analysis“) sowie bekannte Handbücher zur Wirksamkeitsforschung in Psychotherapie herangezogen (z.B. die 4. und 5. Ausgaben des *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (1994 und 2004) und das Werk *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice* (2002)).

2. Begriffsklärungen

Die Klientenzentrierte Psychotherapie (*Client-Centered Therapy, CCT*) wird in der Literatur unter verschiedenen Bezeichnungen geführt: als *Gesprächspsychotherapie (GT* nach C.R. Rogers), *Nicht-Direktive Psychotherapie* (inzwischen veraltete Bezeichnung), *Humanistische Therapie* (als Oberbegriff für die Einordnung verschiedener Verfahren), *Erfahrungsbasierte Psychotherapie (Experiential Psychotherapy (EP)* gilt als Weiterentwicklung der *Klientenzentrierten Therapie*), *Prozess-Erfahrungsbasierte (PE)* bzw. *Experience-Focussed Therapy (EFT)* (*Erfahrungsfokussierte Therapie*, Varianten der *Experiential Therapy*), als *Encounter-Sensitivity Groups* bzw. gar als *Gestalttherapie*. Alle Bezeichnungen sind Synonyme - mit Ausnahme der *Sensitivity Groups* (V. Tschuschke, 2001) bzw. *Gestalttherapie*. Entsprechende Studien – ohne *Sensitivity Groups* und *gestalttherapeutische Studien* – werden in diesem Gutachten zur Beurteilung der wissenschaftlich begründeten Effektivität bzw. Effizienz des Verfahrens herangezogen.

3. Metaanalysen zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie

Es liegen zahlreiche Studien zur Wirksamkeit der CCT vor. Man kann mit Fug und Recht behaupten, dass *GT* bzw. *CCT* zu den empirisch abgestütztsten psychotherapeutischen Verfahren überhaupt gehören, was im Folgenden belegt werden soll. Die empirische Psychotherapieforschung hat niemand so früh und und dann vergleichbar intensiv betrieben wie Gesprächspsychotherapeuten (Rogers, Truax und Carkhuff).

Neuere Meta-Analysen beweisen die Wirksamkeit (Effektivität und Effizienz) der *Gesprächspsychotherapie* bzw. *Klientenzentrierten Psychotherapie* (Biermann-Ratjen et al., 2003; Elliott, 2002; Elliott et al., 2004). An 31 kontrollierten Studien (mit Wartelisten-Kontroll- bzw. unbehandelten Patientengruppen) sowie an 41 vergleichenden Outcome-Studien (Elliott, 2002) (die meisten davon untersuchten *Klientenzentrierte* und ein paar *Nicht-Direktive* bzw. *EFP-Therapien*) konnte bei einer durchschnittlichen Dauer von 21.9 Sitzungen eine durchschnittliche Effektstärke von 0.99 in kontrollierten Studien erreicht werden. Direkte Wirkungsvergleiche mit *Kognitiv-Behavioraler Therapie (CBT)* erbrachten keine bedeutsamen Unterschiede, was auf eine vergleichbare Effektivität der *GT/CCT* hinweist. Die bei Grawe und Mitarbeitern berichteten Wirkungsunterschiede (Grawe et al., 1994) können somit von Elliott (2002) nicht bestätigt werden. Der Autor betont die Flüchtigkeit etwaiger Studien-Unterschiede, wenn die Zentren-Zugehörigkeit (researcher allegiance) kontrolliert werde. Dies wird auch andernorts bestätigt, z.B. fand Messer (Messer, 2002), dass ca. 69% der Effekt-Stärken-Variabilität von Studien durch die Zentrums-Zugehörigkeit der Forscher erklärt werden könne, was auf ein gerne vernachlässigtes Problem in der Forschungsliteratur verweist, das im Grunde seit geraumer Zeit bekannt ist (Luborsky et al., 1993; Tschuschke et al., 1998).

Die bei Grawe et al (1994) betonten Wirksamkeits-Unterschiede zwischen *GT-* und *verhaltenstherapeutischen Verfahren* (n = 11 Studien) basieren auf den wissenschaftsmethodischen Substanzen der jeweils heran gezogenen Studien - und die sind nicht nur mager, sondern weitestgehend indiskutabel (Tschuschke et al., 1994; 1997). Wie Biermann-Ratjen und Mitarbeiter hervor heben, handelt es sich um Studien, in denen die *GT* lediglich 10.8 Sitzungen im Schnitt „praktiziert“ wurde, die *VT* dagegen über 15 Sitzungen, was grundsätzlich nicht *gesprächspsychotherapeutischer Praxis* entspricht. Eine kurze Inspektion

der bei Grawe et al. verwendeten Vergleichsstudien enthüllt, dass es sich um ‚Studien‘ handelt, die aus den 60er oder 70er Jahren stammen, veraltet sind (Greenberg et al., 1994), und die an universitären Einrichtungen durchgeführt wurden, so dass den Studienergebnissen jegliche externe Validität fehlt (Tschuschke, 2005). Und dies darüber hinaus bei vermutlich zusätzlich mangelnder interner Validität aufgrund von Zentrumszugehörigkeit und mangelnder Qualifizierung der Therapeuten der Kontrollgruppenbedingung sowie unangemessener Patienten-Repräsentativität und Dosis-Applikationen, wie dies bereits beim Vergleich zwischen *VT*- und *tiefenpsychologischen Therapien* bei Grawe et al. nachgewiesen wurde (Tschuschke et al., 1997; 1998). Die übliche durchschnittliche Sitzungs-dosis von *GT*- und *CCT*-Verfahren liegt bei 69 Sitzungen und erstreckt sich im Schnitt über 25 Monate (Biermann-Ratjen et al., 2003). D.h. konkret, dass die Wirkungen von *GT*, speziell die Langzeitwirkungen, bei Grawe et al. systematisch unterschätzt werden, ganz abgesehen von den sonstigen wissenschaftlichen Defiziten der von Grawe und Mitarbeitern herangezogenen Vergleichsstudien (sh. im Folgenden).

Die Beschreibungen und Vergleiche bei Grawe et al. (1994) bewirken sowohl bezüglich der Vergleiche zur *psychodynamischen* wie auch im Vergleich zu den *GT*-Therapien Fehleinschätzungen und falsche Bewertungen. Es handelt sich in ganz überwiegendem Ausmaße um akademische Studien, deren interessengebundene (in der Regel *VT*-Zentren), weil schulgebundene Motive wissenschaftlich unseriöse Arrangements im Studien-Design bewirkten, in denen jedes mit *VT*-Therapien verglichene alternative therapeutische Verfahren schlechter abschneidet (interessengeleitete Forschungen zugunsten der *VT*-Bedingungen), so dass Schlussfolgerungen aus den Vergleichen fehl gehen mussten und müssen und somit künftig grundsätzlich nicht mehr zitiert werden sollten! Es sollte sich inzwischen herumgesprochen haben, dass zentrumsbedingte Zugehörigkeiten von Forschern kontrolliert gehören, was unmittelbare Auswirkungen dergestalt hat, dass, korrigiert um den Zentrumsfaktor, etwaige Studienwirksamkeits-Unterschiede zwischen verglichenen Schulkonzepten augenblicklich verschwinden (Elliott, 2002)!

Eine neuere Meta-Analyse von Elliott und Mitarbeitern (2004), basierend auf 112 Therapie-Outcome-Studien, 6.569 Patienten bzw. Klienten einbeziehend, weist in 37 kontrollierten Studien (RCT-Studien mit unbehandelten Kontrollen) mit 1.149 Klienten eine gewichtete Effektstärke von .89 nach, in vergleichenden Studien (im Vergleich zu anderen Verfahren) eine ES von .04, was auf Outcome-Äquivalenz verweist.

Die Langzeiteffekte von *GT/CCT* wurden in einer umfangreichen Zusammenstellung von 40 katamnestischen Studien dokumentiert (Frohburg, 2004). Die bei Beendigung der Behandlungen erreichten Effektstärken wurden sogar im Schnitt noch erhöht in der Nachfolgezeit der Behandlung. Sie lagen 12 Monate nach Beendigung der psychotherapeutischen Behandlungen mit 0.80 und 1.20 in sehr zufriedenstellendem und höherem Bereich im Vergleich zum Prä-Post-Effekt.

4. RCT-Studien zur GT bzw. CCT

Wie bereits dargelegt, weisen RCT-Studien mit unbehandelten Kontrollen bzw. Wartelisten-Kontrollen überzeugende Effektsärken auf (Elliott, 2002; Elliott et al., 2004). Darüber hinaus weisen sich *GT/CCT*-Therapien im Vergleich zu *kognitiv-behavioralen Behandlungen* als gleich wirksam aus (Birmaher et al., 2000; Mulder et al., 1994; Teusch et al., 2001). Dies betrifft gleichermaßen den Langzeiteffekt von Gruppenbehandlungen mit HIV-infizierten homosexuellen Männern (Mulder et al., 1994) wie Einzelsitzungen mit schwer depressiven Adoleszenten (Birmaher et al., 2000) oder Einzelbehandlungen mit agoraphobischen Patienten mit Panikstörung (Teusch et al., 2001). Dagegen erwies sich in einer ultrakurzen Behandlungs-Studie *kognitiv-behaviorale Therapie nicht-direktiver Therapie* als überlegen (Craske et al., 1995). Es sollte allerdings hervorgehoben werden, dass vier Sitzungen (4 !) bei Panikstörungen nicht angemessen sein dürften (der Follow-Up lag bei lediglich vier Wochen) und dass die Autoren besonders betonten, dass es sich um unmotivierte Patienten handelte, die speziell pharmakologische Behandlungen gegen ihre Angststörung suchten und die Studie in einem VT-Zentrum durchgeführt wurde! Der Aspekt, dass *GT/CCT* für speziell geeignete Patienten eine spezifische Behandlungsoption sein könnte (Indikations-Kriterium), verweist auf einen sehr wichtigen Punkt, nämlich die *differenzielle Wirkweise gesprächspsychotherapeutischer/klientenzentrierter Psychotherapie*, der nachfolgend behandelt werden soll.

5. Vergleichende Studien zur Wirksamkeit von *GT/CCT*

In 55 vergleichenden Studien mit 1.375 Klienten stellten Elliott und Kollegen meta-analytisch fest, dass Verfahren der *GT* bzw. *CCT* mit einer vergleichenden Effektstärke von $+0.04$ keinen Wirksamkeitsunterschied erbrachten, was sowohl keine Überlegenheit wie aber auch keine Unterlegenheit im Vergleich zu anderen therapeutischen Verfahren (inklusive *kognitiv-behavioralen* oder *tiefenpsychologischen*) bedeutet (Elliott, 2002; Elliott et al., 2004; Meyer et al., 1988). Methodisch anspruchsvolle naturalistische Studien weisen ebenfalls die Wirksamkeit *klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie* nach, z.B. wiesen von ursprünglich 14 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vier Jahre nach einer Gruppenbehandlung mit 100 Sitzungen nur noch zwei Patienten eine entsprechende Diagnose (nach dem *DIB*) auf (Eckert et al., 2000).

Es gibt allerdings Hinweise (s.u.), dass *gesprächspsychotherapeutische/klientenzentrierte* Verfahren bei bestimmten Patienten-Klientelen bessere Ergebnisse erzielen als andere psychotherapeutische Verfahren.

6. Spezifische Wirkungen der GT/CCT

Verschiedene Studien weisen nach, dass bestimmte Patienten besser oder überhaupt nur von GT/CCT-Behandlungen profitieren. Im Vergleich zu *kognitiv-behavioralen* Behandlungen schnitten Patienten mit geringeren Widerständen (bereit für einsichtsorientierte Arbeit) in *gesprächstherapeutisch (FEP)* arbeitenden Gruppentherapien besser ab als Patienten in *kognitiver Gruppentherapie* (in denen widerständige Patienten tendenziell besser abschnitten), wenn der Faktor externe/interne Orientierung kontrolliert wird (Beutler et al., 1991). Die Interaktion „Patient x Behandlung“ weist eindeutig indikative und prognostische Relevanz auf, wie auch differenzielle Ergebnisse weiterer Studien beweisen.

Patienten mit Agoraphobie und Panikstörung schneiden signifikant besser ab im Hinblick auf Verselbstständigung, Stressentlastung und Rückgang psychosomatischer Beschwerden bei ausschließlicher *gesprächspsychotherapeutischer* Behandlung im Vergleich zu *gesprächspsychotherapeutischer plus verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation* (Teusch et al., 2001) wie auch depressive Patienten in einer methodisch sehr anspruchsvollen und aufwändigen Studie in einer *process-experiential* Therapie bessere Reduktionen interpersonaler Problematik als in *kognitiv-behavioraler* Therapie erreichten, bei sonst vergleichbaren Outcomes in anderen Bereichen (Watson et al., 2003), was zugleich die Ergebnisse der 2. Sheffield-Studie bestätigt (Shapiro et al., 1990).

Prozess-Outcome-Studien weisen auf spezifische Wirkfaktoren von *Experiential Treatment*-Ansätzen hin, indem schwer depressive Patienten (major depression) frühzeitig und in späteren Abschnitten der Therapie ‚emotionale Arbeit‘ realisieren (Orientierung an und Symbolisierung von internalem Erleben und Einsatz dieser gefühlten Information zur Lösung der gegebenen psychischen Probleme, erfasst über die *EXP-Scale*), die in statistisch einwandfreiem Zusammenhang mit späteren Therapie-Ergebnissen standen (Pos et al., 2003).

7. Kritische Bewertung von Studien mit RCT-Design in der Psychotherapieforschung

Der so genannte „Goldstandard“ für die Psychotherapieforschung über den Einsatz von randomisiert-kontrollierten Studien (RCT-Studien bzw. *empirically supported treatments* = EST) ist nicht nur zweifelhaft, sondern ein Irrweg (Kriz, 2003; Tschuschke, 2005). Die seit den frühen 90er Jahren von den USA ausgehende Bewegung der *Managed Care* und ihrer DRGs (*Diagnostic Related Groups*) beförderte ein Paradigma isolierter Störungen, die möglichst manualisiert zu behandeln seien, damit vollständig das für die Psychotherapie ungeeignete Paradigma der pharmakologischen Forschung übernehmend (Kriz, 2000; Tschuschke, 2005). Somit wären die Kriterien der *Evidence-Based Medicine* (RCT-Studien, Manualisierung) für die klinische Psychologie und Psychotherapie anwendbar. Die *American Psychological Association (APA), Division 12 (Clinical Psychology)* übernahm unreflektiert dieses Paradigma und propagierte es im Zuge des Wettbewerbs im Medizinsektor, damit das medizinische Modell als der Psychotherapie vollständig fremdes und inadäquates Paradigma andienend (Wampold, 2001).

Die akademische Psychologie, speziell die akademisch verankerte *Verhaltenstherapie*, machte sich diese Sicht zu eigen und propagierte manualisierte, störungsspezifische Behandlungsverfahren, die isolierte, eben spezifische, mono-störungsorientierte Techniken und Konzepte zur Anwendung bringen sollte bei engst umschriebenen diagnostischen Gruppierungen, z.B. Tinnitus. Dies reflektiert offenbar, dass manche VT-Verfahren leichter zu manualisieren sind als *experiential* oder *psychodynamische* Behandlungsformen (Wampold, 2001). Entsprechend viele RCT-Studien mit VT-Verfahren wurden unternommen und publiziert, zumeist mit gar nicht überzeugenden Ergebnissen, sondern – im Gegenteil – unrealistischen Patienten-Klientelen in unrealistischen Behandlungszeiträumen und mit invaliden Schlussfolgerungen für die therapeutische Praxis (Tschuschke, 2005). Der Versuch, diese Untersuchungsergebnisse wiederum an den Resultaten von naturalistischen Studien zu validieren, stellt die eigene Logik auf den Kopf und beweist nur das Gegenteil des Intendierten (Tschuschke, 2005).

Bereits bei Depressionen, Angst und im Grunde fast allen psychischen und psychosomatischen Störungsbildern funktioniert die monosymptomatische Sicht nicht mehr, weil es sie angesichts multipler und komorbider Störungsbilder praktisch nicht gibt und eine

manualisierte Behandlungsweise jeglicher psychotherapeutischer Praxis, weil therapeutische Erfahrung und Expertise flagrant missachtend, Hohn spricht (Kriz, 2000, 2005; Tschuschke, 2005).

Selbst wenn sich die *GT/CCT* bzw. *Experiential Therapy* dem RCT-Paradigma stellen, schneiden diese Verfahren vergleichsweise günstig ab wie jegliche andere Form von Psychotherapie, z.B. *kognitiv-behaviorale*. Auch vergleichende Studien ohne Randomisierung weisen in den erzielten Effekten global vergleichbare Wirksamkeiten nach. Darüber hinaus deuten einzelne Studien auf spezifische Wirksamkeiten von *GT/CCT*-Behandlungen hin.

GT/CCT und *Experiential Therapy* benötigen kein RCT-Forschungsparadigma, wie bei jeder Form psychotherapeutischer Hilfe wäre eine naturalistische, an klinisch-praktischer Realität orientierte Forschung angemessener (mit „echten“ Patienten, in längeren Behandlungszeiträumen als in akademischen Elfenbeintürmen, mit „richtig“ ausgebildeten, erfahrenen Psychotherapeuten), was einen hohen methodischen Aufwand zur Sicherung interner Validität erforderlich machen, aber externe Validität maßgeblich erhöhen würde.

8. Zusammenfassung

Gesprächspsychotherapeutische, klientenzentrierte bzw. unter *Experiential Psychotherapy* firmierende Behandlungen sind, wenn man aktuelle, repräsentative Meta-Analysen und methodisch akzeptable, vergleichende Studien heran zieht, vergleichbar wirksam wie andere psychotherapeutische Verfahren und hochsignifikant keiner Behandlung überlegen.

Im Einzelnen gilt für *GT/CCT* und *EP* bzw. *EFP*:

- in der aktuell verfügbaren relevanten Fachliteratur sind diese Verfahren **hochsignifikant keiner Behandlung überlegen** (RCT-Studien),
- die genannten Verfahren sind im direkten Wirkungsvergleich **vergleichbar effektiv und effizient** wie andere psychotherapeutische Verfahren, z.B. *kognitiv-behaviorale*,
- es gibt demnach, methodisch gesehen, **ausreichend gute Studien zur Wirksamkeit** von *GT/CCT* und *EP* bzw. *EFP*, die die Wirksamkeit dieser Verfahren bei einem üblichen Spektrum psychischer Störungsbilder nachweisen,
- **Wirksamkeitsvergleiche** wie **bei Grawe et al. (1994)** zwischen *GT*- und *VT*-Verfahren stellen unseriöse und wissenschaftlich vollständig obsolete Unterfangen dar, weil veraltete Studien heran gezogen wurden, in denen keine den *humanistischen* Therapieverfahren angemessene Sitzungs-Zahl zur Anwendung kam, die zumeist in *VT*-Zentren durchgeführt wurden (Forscher-Allegiance) und wahrscheinlich weiteren Kriterien eines seriösen Wirksamkeitsvergleiches nicht Stand halten können, wie für den Vergleich *VT* versus *PA* an den Grawe et al.-Studien nachgewiesen (Tschuschke et al., 1994; 1997; 1998). Eine Heranziehung der bei Grawe und Mitarbeitern genannten Studien sowie die dortselbst getätigten Schlussfolgerungen genügen grundsätzlich nicht einer modernen, differenzierten und wissenschaftlich-seriösen Vorgehensweise und mündet deshalb in einseitige, weil gewollte Bevorzugungen von Studien aus *VT*-Forschungszentren. Im Gegensatz zu Grawe et al. kommt jede repräsentative internationale Übersichtsarbeit zum Stand der vergleichenden Psychotherapieforschung zum Ergebnis vergleichbarer Wirkungen zwischen den meist untersuchten psychotherapeutischen Behandlungsverfahren wie *Verhaltenstherapie*, *psychodynamische Verfahren* und *Experiential Psychotherapies* (wobei Studien zur *Person-* bzw. *Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie* oder *Client-Centered Therapy* eingeschlossen sind) (Lambert und Bergin, 1994; Lambert und Ogles, 2004),

- das **Fehlen signifikanter Unterschiede** zwischen den genannten psychotherapeutischen Verfahren dokumentiert methodisch noch keine „gleiche Wirksamkeit“ wie das verglichene Verfahren; umgekehrt belegt dies zugleich auch keine Überlegenheit des anderen Verfahrens über die *GT/CCT* oder *EP*-Verfahren,
- die erzielten **Effektstärken** liegen in anspruchsvollen Studien durchschnittlich mindestens **in vergleichbaren Bereichen** wie andere Therapieverfahren, z.T. darüber,
- speziell wenn **längere Behandlungszeiten** berücksichtigt werden, liegen die **Effektstärken höher** als üblicherweise in der Literatur berichtet (wo allerdings geringere Behandlungsdosen und –zeiten übliche, leider unangemessene, Praxis sind),
- es gibt mehrere Hinweise darauf, dass die genannten Verfahren **differenzielle Validität** haben, indem sie Patienten psychotherapeutisch helfen können, die in anderen Verfahren, z.B. *kognitiv-behavioralen* nicht die berichteten Veränderungen aufweisen. D.h., gute Studien mit ausreichenden Stichproben-Umfängen erbringen parziell eine **spezifische Überlegenheit** der genannten Verfahren, z.B. auch über *kognitiv-behaviorale* Verfahren! Sollten weitere an Prozess-Outcome orientierten zukünftigen Studien ähnliche Ergebnisse erbringen, hätten die genannten psychotherapeutischen Verfahren einen eigenständigen klinischen Wert im Spektrum psychotherapeutischer Verfahren.

Literaturverzeichnis

- Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R.J., Bergan, J., Meredith, K., Merry, W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 333-340.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (9 ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Birmaher, B., Brent, D.A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, B.S., Holder, D., Iyengar, S., Ulloa, R.E. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 29-36.
- Craske, M. G., Maidenberg, E., Bystritsky. (1995). Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(2), 113-120.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M., Wuchner, M. (2000). Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50(3/4), 140-146.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. J. Cain, Seeman, J. (Ed.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. (pp. 57-81). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Elliott, R., Greenberg, L.S., Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed., pp. 493-539). New York: John Wiley & Sons.
- Frohburg, I. (2004). Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie - Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 33 (3), 196-208.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., Lietaer, G. (1994). Research on Experiential Psychotherapies. In A. E. Bergin, Garfield, S.L. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (Vol. 4, pp. 509-539). New York: J. Wiley & Sons.
- Kriz, J. (2000). Perspektiven zur "Wissenschaftlichkeit" von Psychotherapie. In: Hermer, M. (Hrsg.): *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Tübingen: DGVT-Verlag, S. 43-66.
- Kriz, J. (2003). Sonderdruck: Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie. *SBAP*, Mai 2003, S. 1-16.
- Kriz, J. (2005). Von den GRENZEN zu den PASSUNGEN. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 12-20.
- Lambert, M. J., Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin, Garfield, S.L. (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 ed., pp. 143-189). New York: J. Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed., pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Luborsky, L., Docherty, J.P., Miller, N.E., Barber, J.P. (1993). What's here and what's ahead in Dynamic Therapy Research and Practice? In N. E. Miller, Luborsky, L., Barber, J.P., Docherty, J.P. (Ed.), *Psychodynamic Treatment Research* (pp. 536-553). New York: Basic Books.
- Messer, S. B. (2002). Empirically supported treatments: cautionary notes. *Medscape General Medicine*, 4(4), viewarticle/445082.

- Meyer, A.-E., Stuhr, U., Wirth, U., Rüter, P. (1988). 12-year follow-up study of the Hamburg short psychotherapy experiment: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 192-200.
- Mulder, C. L., Emmelkamp, P.M., Antoni. M.H., Mulder, J.W., Sandfort, T.G.M., de Vries, M.J. (1994). Cognitive-behavioral and experiential group psychotherapy for HIV-infected homosexual men: A comparative study. *Psychosomatic Medicine*, 56, 423-431.
- Pos, A. E., Greenberg, L.S., Goldman, R.N., Korman. L.M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 6(1007-1016).
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Hardy, G.E., Morrison, L.A. (1990). The second Sheffield Psychotherapy Project: Rationale, design, and preliminary outcome data. *British Journal of Medical Psychology*, 63(97-108).
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J. (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung. *Nervenarzt*, 39(1), 31-39.
- Tschuschke, V. (2001). Gruppenpsychotherapie - Entwicklungslinien, Diversifikationen, Praxis und Möglichkeiten. *Psychotherapie im Dialog*, 2(1), 3-15.
- Tschuschke, V. (2005). Psychotherapie in Zeiten von Evidence-Based Medicine. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, 4(2), 104-113.
- Tschuschke, V., Bänninger-Huber, E., Faller, H., Fikentscher, E., Fischer, G., Frohburg, I., Hager, W., Schiffler, A., Lamprecht, F., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Rudolf, G., Kächele, H. (1998). Psychotherapieforschung - Wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al. (1994). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48, 430-444.
- Tschuschke, V., Heckrath, C., Tress, W. (1997). *Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapiestudie von Grawe, Donati und Bernauer*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tschuschke, V., Kächele, H., Hölzer, M. (1994). Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut*, 39(5), 281-297.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass., Publishers.
- Watson, J. C., Gordon, L.B., Stermac, L., Kalogerakos, F., Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773-781.