

„The facts are always friendly“ – Wirksamkeit Personenzentriert-Experienzieller Psychotherapie und Beratung¹

Zusammenfassung: Sowohl vergleichende Primärstudien, als auch große Metaanalysen belegen, dass die großen Psychotherapieverfahren alle ähnlich wirksam sind. Insbesondere die Personenzentriert-experienzielle Psychotherapie (PCEP) schneidet ähnlich gut ab wie Kognitiv-behaviorale Psychotherapie (CBT), vor allem wenn die Studien die Forscher-Zugehörigkeit rechnerisch berücksichtigen. Dies zeigen auch viele Studien der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Personenzentriert-experienzielles Arbeiten schneidet im Vergleich zu puristischem noch etwas günstiger ab. Qualitative Studien bestätigen die Personenzentrierte Theorie über Klientenprozesse und relativieren den ausschließlichen Blick auf Symptome. Gleichwohl gibt es inzwischen so viele störungsspezifische Personenzentrierte Wirksamkeitsstudien, dass auch Metaanalysen störungsspezifische Wirksamkeitsmaße angeben können. Auch in benachbarten Anwendungsfeldern wie der Filialtherapie, dem Motivational Interviewing, dem Gordon-Training und insgesamt im schulisch-erzieherischen Feld belegen Metaanalysen signifikante Wirksamkeit Personenzentrierten Vorgehens. Empirische Psychotherapieforschung ist schon historisch mit Rogers und dem Personenzentrierten Konzept untrennbar verbunden. Sein Bon-Mot „the facts are friendly“ weisen ihn als unbestechlichen Forscher aus. Freundlich sehen auch die meisten CBT Forschenden PCEP. Limitierungen der metaanalytischen Methode, vor allem bei der Auswahl der eingeschlossenen Studien, führen in Einzelfällen aber zu fachlich unbegründeten Artefakten, eine Methode sei überlegen.

Schlüsselworte: Wirksamkeit, Metaanalyse, klientenzentrierte Psychotherapie, Forschung, Effektivität

Wie effektiv ist Personenzentriert-Experienzielle (PZE) Beratung und Psychotherapie? Gleicht oder übertrifft sie andere Vorgehensweisen? Hilft sie bei allen psychosozialen Problemlagen und Störungen und bei allen Arten von Hilfesuchenden oder gibt es Unterschiede? Fragen wie diese muss jedes Therapie- oder Beratungsverfahren immer wieder von neuem beantworten. Dieser Text will Personenzentrierten Fachkräften Argumente und Sicherheit geben, wie ihre Arbeit ausgesprochen wirksam ist (vgl. auch Cooper, Watson & Hölldampf, 2010). Er blickt vor allem auf Metaanalysen, die die Wirksamkeit der PZE-Arbeit, gerade auch im Vergleich zu anderen Verfahren, besonders eindrücklich berichten.

Wenn helfende Interventionen, (Therapien, Maßnahmen oder Förder-Programme usw.), ihre Wirksamkeit belegen, führen Primärstudien meist Vorher-Nachher-Vergleiche bei einer Gruppe von Teilnehmenden durch. Die Vergleiche beruhen auf Testungen bzw. Zahlenwerten über wichtige Zielgrößen, z.B. der Selbstwert, Lebensqualität, Symptome, Verlaufscharakteristika oder psychosoziale Folgen. Die Vorher-Nachher Veränderung wird außerdem mit einer Kontrollgruppe verglichen, die entweder keine oder eine andere Intervention erhalten hat. Damit die jeweiligen Gruppen sich zu Beginn nicht systematisch unterscheiden, sollten die Teilnehmenden per Los zugewiesen werden. Diesen Vorgang nennt man Randomisierung.

In der medizinischen Forschung sind randomisierte kontrollierte Studien (*randomized controlled trials, RCTs*), auch Labor-Studien genannt, spätestens seit den 1980-er Jahren zum Standard geworden (Chambless & Hollon, 1998). Sie haben jedoch auch Nachteile. RCTs erfordern eine lange Vorbereitungszeit, sind teuer und erfassen durch viele Ein- und Ausschlusskriterien nur einen Teil der der Patienten, für die eine Behandlung gedacht ist, dies beschädigt ihre externe Validität. Wegen der meist kurzen Studiendauer lassen sich Langzeiteffekte nicht messen, und bei Langzeitverläufen nehmen auch andere Faktoren als die Behandlung Einfluss (Frieden, 2017). Diese Nachteile spielen in der Psychotherapieforschung eine noch größere Rolle (Wampold u.a., 2017). Gefordert werden daher auch Wirksamkeitsstudien, die im natürlichen Umfeld und unter Alltagsbedingungen durchgeführt werden. Diese werden als *naturalistische Studien* bezeichnet.

Eine der größten naturalistischen Psychotherapie-Wirksamkeitsstudien der Welt stammt von Stiles, Barkham, Mellor-Clark, und Connell (2006; 2007). Sie verglichen die Wirksamkeit Personenzentrierter, Kognitiv-Behavioraler und Psychodynamischer Therapien im britischen National Health Service bei mehreren tausend Klienten. Das Ergebnis ist so einfach wie verblüffend: *Alle Therapieformen sind gleich wirksam*. Wenige Studien dieser Welt sind so seriös, verlässlich, übertragbar und ein Abbild der tatsächlichen Behandlungsrealität (z.B.: Mehrere Tausend Teilnehmende, Forscherzugehörigkeit zu den verschiedenen therapeutischen Paradigmen, Replikation, d.h. Wiederholung der Studie). Tabelle 1 berichtet die Kennwerte (scores), insbesondere Cohens' d je Therapieform, bei der Replikationsstudie. Die Unterschiede der Effektstärken je Behandlungsgruppe waren nicht signifikant.

1) Der Text ist ein Vorabdruck eines Kapitels aus dem voraussichtlich in 2019 erscheinenden Band 2 des Buches: Behr, M., Hüsön, D., Luderer H.J. & Vahrenkamp, S.: Gespräche hilfreich führen – Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personenzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie. Weinheim: Beltz-Juventa. Das Vorliegende ist eine gekürzte Version. Das – vollständige – Original dieses Artikels erscheint in der PERSON, voraussichtlich in Heft 2-2019. Quelle des Titelzitats „the facts are always friendly“: Rogers, 1961, p. 25. Deutsch.: 2009, S. 40f. Ich danke den Herausgebern, drei anonymen Reviewern, Hans-Jürgen Luderer, Dorothea Hüsön und Michael Barg für hilfreiche Anmerkungen zu einer früheren Fassung.

Fachlicher Hintergrund: Welche Maße für Effektivität gibt es und was bedeuten sie?

Am gebräuchlichsten ist *Cohens' d*. Fast identisch sind *Hedges' g* und *Class' d (delta)*. Das Prinzip: Die Vorher-Nachher-Differenz der Belastungs-Mittelwerte bei einer Störung wird durch die *Standardabweichung* dividiert. *Cohens' d* sagt, um welchen Bruchteil der Standardabweichung sich die Kennwerte der Störungsbelastung verändern.

Beispiel: Eine Gruppe Depressiver hat vor der Therapie im Mittel 18 Symptome, die Anzahl streut natürlich innerhalb der Gruppe, die *Standardabweichung sd* sei 6, d.h. zwei Drittel aller Teilnehmenden liegen im Intervall von +/- 6 Symptomen um den Mittelwert herum, also zwischen 12 und 24 Symptomen. Nach der Therapie sei der Mittelwert der Symptome 13. Die Vorher-Nachher-Differenz ist 18 minus 13 = 5. Sie wird nun durch diese *Standardabweichung sd* dividiert: 5 durch 6 = 0,83. Dies ist *Cohens' d* = .83

Eine Limitierung dabei ist die Standardabweichung: Als Nenner bzw. Divisor beeinflusst sie *Cohens' d* deutlich: Eine Klientengruppe mit ähnlich starken Störungsbelastungen, z.B.

hoch-ängstliche Klienten in einer Klinik, ist sehr homogen und hat eine geringe Standardabweichung; eine Gruppe verschieden stark belasteter Klienten, z.B. aus Ambulanzen oder freien Praxen, hat eine hohe Standardabweichung. *Cohens' d* ist in diesem Fall dramatisch niedriger als bei der Klinikgruppe, selbst wenn die mittlere Veränderung gleich ist. Wer bei Rechtfertigungsfor-

schung oder aus politischen Motiven hohe Effektstärken sucht, mag die Standardabweichung durch Auswahl homogener Klientengruppen „elegant“ klein halten. Die Standardabweichung wird meist aus den Teilstichproben (vor-, nachher; Versuchs-, Kontrollgruppen) gemittelt und Korrekturformeln unterworfen, darin unterscheiden sich *Cohens' d*, *Hedges' g* und *Class' delta* geringfügig. Diese Korrekturformeln senken den Wirksamkeits-Kennwert bei größeren Unterschieden der Teilstichproben bzgl. Standardabweichung oder Klientenzahl.

Werte um d = .20 gelten als mitteilenswert, aber klein, um d = .50 als mittelstark, und ab .80 als hoch (Cohen, 1988).

Tabelle 1. Effektstärken nach Cohen's d bei 5613 Psychotherapien je nach Therapieform in der Studie von Stiles, Barkham, Mellor-Clark and Connell (2007, p.3). Die Symptombelastung wurde mit dem *Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE-OM)* gemessen.

Behandlungsgruppe	n	Pre/post Differenzen beim CORE-OM		Effektstärke
		Mittelwert	Standardabweichung	
Kognitiv-Behaviorale Therapie	1045	8.7	6.8	1.38
Personzentrierte Therapie	1709	8.8	7.0	1.39
Psychoanalytische Therapie	261	8.2	7.1	1.29
Kognitiv-Behaviorale Therapie +1	1035	8.9	6.2	1.40
Personzentrierte Therapie +1	1033	9.0	6.4	1.43
Psychoanalytische Therapie +1	530	9.0	6.2	1.42

Anmerkungen: CORE-OM = Clinical Outcomes in Routine Evaluation.

+1 = die Therapeuten gaben an, mit ihrer Grundorientierung noch ein weiteres Verfahren kombiniert zu haben.

Fast alle Psychotherapie-Wirksamkeitsstudien haben allerdings deutlich geringere Teilnahmerzahlen. Für umfassende Aussagen werden eine Vielzahl von solchen Primärstudien in Metaanalysen zusammengefasst. Dies geschieht heute oft, und ihre Ergebnisse geben die klarsten und validesten Aussagen über eine Interventionsmethode, trotz ihrer Limitierungen, s. Abschnitt 7.

Fachlicher Hintergrund: Die Metaanalyse und das Dodo-bird-verdict

Metaanalysen fassen Ergebnisse von Einzeluntersuchungen zusammen und drücken dies mit einer Zahl aus, der Effektstärke. Sie berichten Wirksamkeitswerte vieler Studien zu einem vom Forschungsteam definierten Interventionstyp, z.B. Personzentrierte Psychotherapie. Dazu müssen die Wirksamkeitswerte der Primärstudien so umgerechnet werden, dass alle vom selben Typ sind, meist *Cohen's d* oder *Hedges' g*. So werden sie vergleichbar. Es können dann mittlere Wirksamkeitswerte errechnet werden und diese auch für bestimmte Klientengruppen heruntergebrochen werden, z.B. nach Geschlecht oder Diagnose, usw. Außer-

dem werden Korrekturformeln angewandt, um manchen Studien mehr Gewicht zu geben, z.B. bei größeren Teilnahmerzahlen.

Glass (1977) führte die Methode ein. Seine ersten Analysen (Smith & Glass, 1977) belegten schon da die Gleichwertigkeit der etablierten Psychotherapieverfahren. Diese firmiert als *Dodo-bird-verdict* („Everybody has won and all must have prizes.“, Lewis Carroll: Alice im Wunderland) in der Psychotherapieforschung, seit Luborsky diese Metapher einführte (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman & Krause 2002).

1. Die Wirksamkeit Personzentriert-Experienzieller Psychotherapie (PCEP)

Die größte Metaanalyse zur Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie stammt vom Forschungsteam um Elliott (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak, & Freire, 2013, p. 499): *Sie untersuchten 181 Primärstudien und fand eine mittlere Effektstärke von $g = .95$. Bei follow-up Untersuchungen steigt sie sogar noch, auf $g = .1.05$ (nach weniger als 1 Jahr, bei 77 Studien), und auf $g = 1.11$ (über ein Jahr später, 52 Studien).*

Für die *Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* stammen die jüngsten drei Metaanalysen von Lin und Bratton (2015), Jensen, Biesen und Graham (2017) und von Nuding (2018).

- Lin und Bratton (2015, p.49) fanden bei 52 englischsprachigen Primärstudien eine mittlere Effektstärke von $g = .47$.
- Jensen, Biesen und Graham (2017) fanden bei 100 englischsprachigen Primärstudien eine mittlere Effektstärke von $d = .44$.
- Nuding (2018, p.108, 171) fand bei 78 englisch und deutschsprachigen Primärstudien eine mittlere Effektstärke von $g = .51$.

Jensen, Biesen und Graham (2017) kamen somit zu einem fast gleichen Ergebnis. Dies ist bemerkenswert, da die Autoren Verhaltenstherapeuten sind und immer damit gerechnet werden muss, dass die Schulenzugehörigkeit der Forscher Einfluss auf die Methodik und damit auf das Ergebnis der Berechnungen nimmt (siehe Abschnitt unten).

Auf den Punkt gebracht:

Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie mit Erwachsenen erreicht hohe Effektstärke-Werte um die 1; Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mittlere Effektstärke-Werte um die .50. Verhaltenstherapeuten wie Jensen, Biesen und Graham (2017) kritisierten zwar die Methodik der Metaanalyse von Lin & Bratton (2015), kamen aber selbst zu sehr ähnlichen Ergebnissen.

2. Die Wirksamkeit Personzentriert-Experienzieller Psychotherapie(PCEP) im Vergleich zu anderen großen Verfahren

Die beiden naturalistischen Studien von Stiles u.a. (2006; 2007), s.o., belegen die Äquivalenz aller großen Verfahren, so wie die Arbeiten von Smith & Glass, (1977), Luborsky, Singer & Luborsky, 1975, und Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman & Krause (2002). Die Metaanalyse von Elliott u.a. (2013, p. 500), s.o., kommt auch zu diesem Ergebnis. Bei einem Vergleich mit CBT fanden die Autoren 65 RCT Studien, die PCE und CB Therapien vergleichen: *die*

Effektstärke-Differenz war bei CBT geringfügig besser ($g = .14$). Dieser Unterschied sinkt auf .02, wenn die Forscher-Zugehörigkeit kontrolliert wird. Gegenüber Nicht-CBT Therapien kommt PCEP in 48 RCT-Vergleichsstudien zu geringfügig besseren Ergebnissen ($g = .15$), nach Kontrolle der Forscherzugehörigkeit verschwand auch dieser Unterschied.

Fachlicher Hintergrund: die Forscherzugehörigkeit (researcher allegiance)

Die psychotherapeutische Orientierung Forschender beeinflusst die Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien (Miller, Wampold & Vahely, 2008). Forscher, welche die Interventionsmethode beforschen, der sie sich selbst zugehörig fühlen oder die sie gar selbst mit entwickelt haben, erzielen bessere Ergebnisse als neutrale Forscher. Diese Effekte müssen bei Metaanalysen kontrolliert und so gut wie möglich herausgerechnet werden. Wirksamkeitsforschung ist selten neutral, es sei denn die Forschungsteammitglieder sind keine Psychotherapeuten wie Beilmann und Schneider (2003), s. unten, oder sie gehören verschiedenen Verfahren an (Stiles et al., 2006; 2007, s. u.). Die Studie von Beilmann und Schneider (2003) ist insofern eine große Ausnahme. Sie fanden denn auch ebenfalls und ohne Korrekturformeln die Äquivalenz von PZEP und CBT.

Für die Psychodynamische Psychotherapie und die Systemische Psychotherapie gibt es 2 jüngere Metaanalysen, die jedoch ihre Werte nicht mit anderen Therapieverfahren vergleichen, anders als Elliott u.a. (2013).

- Pinquart, Oslejsek und Teubert (2016) fanden für die *Systemische Therapie (ST)* 37 RCT Studien mit einer mittleren Effektstärke von .55 bei Langzeit- und .51 bei Kurzzeittherapien.
- Leichsenring und Rabung (2008) fanden für die *Psychodynamische Therapie (PDT)* bei allerdings nur 11 RCT Studien eine mittlere Effektstärke von .94. Bei 12 weiteren nicht-RCT-Studien von .99.

In der *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* gibt es weltweit fünf große, die Verfahren *vergleichende* Metaanalysen, siehe Tabelle 2. Je nach researcher allegiance weisen die Kognitiv-behaviorale (CBT) oder die Personzentrierte Psychotherapie (PZE) gegenüber dem je anderen Verfahren höhere Werte auf, die researcher allegiance bleibt hier aber unberücksichtigt. Die Wirksamkeits-Werte der Psychodynamischen Psychotherapie (PDT) sind niedrig, die systemische Therapie wurde bei keiner Studie eingeschlossen.

Tabelle 2. Effekte (Cohen's d bzw. Hedge's g) von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie differenziert nach Verfahren. In Klammern die Anzahl der berücksichtigten Studien.

Studie	Psycho-dynamisch	Personzentriert-Experienziell	Kognitiv Behavioral	Eltern Training	Filial Therapie
Casey & Berman (1985)	.21 (5)	.49 (20)	.91 (37)	-	-
Weisz et al. (1987)	.01 (3)	.56 (20)	.88 (126)	-	-
Weisz et al. (1995)	.31 (9)	.15 (6)	.76 (197)	-	-
Beelman & Schneider (2003)	-	.55 (7)	.55 (33)	.37 (4)	-
Bratton et al. (2005)	-	.92 (73)	.71 (12)	1.15 (22)	1.15 (22)

*) Die Systemische Therapie wurde in keiner der Studien inkludiert.

Für das Motivational Interviewing (Miller & Rollnik, 2015) kann nur ein Vergleich bei Suchtproblemen gezogen werden. Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson und Burke (2010) fanden bei 119 Studien den zwar kleinen mittleren Effekt von .22, der aber dem anderer Behandlungsverfahren gleicht. Die Behandlung von Suchterkrankungen zeitigt über alle Verfahren hinweg keine besseren Ergebnisse.

Auf den Punkt gebracht:

Drei der großen vier Psychotherapieverfahren belegen eine ähnliche Wirksamkeit in naturalistischen Studien: Personzentriert-Experienzielle, Kognitiv-Behaviorale und mit Abstrichen auch Psychodynamische Psychotherapie. Die Systemische Therapie kann diesen Nachweis nur begrenzt erbringen. Bei einer einzigen, nur die Erwachsenentherapie betrachtenden Metaanalyse liegen die Wirksamkeits-Werte nur knapp über .50, und es gibt keine Vergleichsstudien (Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007).

Auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erscheinen Vorgehensweisen als geringfügig wirksamer, die das puristisch Personzentrierte Vorgehen erweitern. Anders als bei den direkten Vergleich von Elliott et al. (2013) wurden hier verschiedene Studien zu Gruppen zusammengefasst.

Auf den Punkt gebracht:

Bislang sieht jede empirische Wirksamkeitsforschung, die die puristische Form mit erweiterten Formen der Personzentrierten Psychotherapie vergleicht, letztere als geringfügig wirksamer. Dies ist aber nicht immer signifikant. Weitere Forschung ist nötig.

3. Vergleiche zwischen Sub-Orientierungen der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie

Elliott u.a. (2013, p. 502f) fanden 9 Studien, die ein experienzielles prozessleitendes Vorgehen (insbesondere Emotion-Focused Therapy) mit einem puristisch Personzentrierten Vorgehen vergleichen. Die mittlere Effektstärke war beim experienziellen Vorgehen geringfügig, d.h. um .14 besser als beim puristischen. Nuding (2018, p. 214f) kommt zu ähnlichen Ergebnissen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, siehe Tabelle 3.

Tabelle 3. Mittlere Effektstärken von Studien über PCE Suborientierungen nach Nuding (2018).

Sub-Orientierung	Anzahl der Studien	Effektstärke
Puristisch nicht-direktiv, klientenzentriert	59	.42 ***
Humanistisch, mit direktiven Elementen	11	.67 ***
Personzentriert-Experienziell	3	.47 **
Focusing	1	.53 n.s.

4. Qualitative Wirksamkeitsforschung

Im Vergleich zu quantitativer Wirksamkeitsforschung gibt es deutlich weniger qualitative Studien. State-of-the-art ist die Meta-Analyse von Timulak und Creaner (2010), die neun qualitative Studien zusammenfasst, in denen insgesamt 106 Klienten über das Ergebnis ihrer Personenzentriert-Experienziellen Therapien interviewt wurden. Verkürzt gesagt ordnen qualitative Interview-Studien die einzelnen Angaben der Teilnehmenden in inhaltliche Kategorien. Die Meta-Analyse setzt dies fort: sie verwendet die Kategorien der Primärstudien als Daten und schafft so wieder Kategorien auf höherer Ebene. Timulak und Creaner (2010, p 74-79) kommen so zu elf „Meta-Kategorien“, die sie nochmals auf drei Haupt-Meta-Kategorien aufteilen. Tabelle 4 berichtet daneben auch in Stichworten die Ergebnisse der Primärstudien, welche die Meta-Kategorien inhaltlich speisen, und so die Kategorien umschreiben (eigene Übersetzung mit freundlicher Genehmigung der Autoren).

Tabelle 4. Qualitative Outcomes / Effekte, die in den Primärstudien gefunden wurden.

Haupt Meta-Kategorien	Meta-Kategorien	Ergebnisse der Primärstudien
Selbsterfahrungen schätzen	Sanfteres und gesünderes emotionales Erleben	Hoffnungsvoll sein (Klein & Elliott, 2006), Frieden und Stabilität (Klein & Elliott, 2006), emotionales Wohlbefinden, mehr Gefühl für Energie (Klein & Elliott, 2006); ruhiger, friedvoller (Elliott, 2002a; Lipkin, 1954); bessere Stimmung, Optimismus (Elliott et al., 1990); generelle Offenheit für eigene Gefühle (Elliott et al., 1990); Fähigkeit Gefühle ausdrücken und eindämmen zu können (Dale et al., 1998); sich freier und einfacher fühlen ‚leichter und lebendiger (Lipkin, 1954) (4/8; 3 aus 8 Studien über Einzeltherapie)
	Verletzbarkeit schätzen	Sich erlauben den Schmerz zu fühlen (Rodgers, 2002); Transparenz (Blockaden und Abwehr aufgeben (Rodgers, 2002); Ehrlich mit sich selbst sein (Rodgers, 2002; Elliott, 2002a); offen für Veränderung (Elliott, 2002); Bewusstsein alt zu sein, Prozess des Trauerns, trauern, trauern verhindert problematischen Ärger/ Trauer (Elliott, 2002); selbst-Akzeptanz existenzieller Isolation (Dale et al., 1998) toleranter gegenüber Schwierigkeiten und Rückschlägen (Elliott et al., 2009) (4/8)
	Erleben von Selbst-Mitgefühl	Selbst-Wertschätzung, Selbst-Sorge (Klein & Elliott, 2006), verbesserte Selbst-Wertschätzung (Elliott et al., 1990); Sich um sich selbst kümmern (sich von innen heraus unterstützt fühlen) (Rodgers, 2002); sich selbst schätzen (Dale et al., 1998) (4/8)
	Erleben von Resilienz	Sich restrukturieren (schlechte Dinge recyceln) (Rodgers, 2002); Einsicht erst schmerzhaft dann sich besser fühlen (Lipkin, 1954) (2/8)
	Sich selbstwirksam fühlen	Selbstsicher, innere Stärke (Rodgers, 2002; Klein & Elliott, 2006; Lipkin, 1954); generelles Gefühl von Wohlbefinden: Gesundheit, Energie, Aktivitäten (Klein & Elliott, 2006), neue oder verbesserte Fähigkeiten zu handeln (Klein & Elliott, 2006); verbessertes Coping im Alltag (Dale et al., 1998); sich für Leistungen belohnen, neue Sachen probieren, lesen (Elliott, 2002); verbesserte Bewältigungsfähigkeiten (Elliott et al., 1990); sich darauf vorbereiten wie Probleme zu lösen sind (Elliott et al., 1990); spezifische Wünsche/Einstellungen bestärkt (Elliott et al., 1990); sich entscheiden können, Kontrolle über das Leben gewinnen (Timulak et al., 2009; Lipkin, 1954; Rodgers, 2002); für sich einstehen können, mehr Initiative statt Angst zu handeln (Lipkin, 1954) (7/8)
	Symptome beherrschen	Kann Brücken überqueren, kann fliegen (Elliott et al., 2009); Symptome besserten sich Stück für Stück, plötzliche Besserung (Lipkin, 1954) (2/8)
	Änderungen von Lebensumständen genießen	Verbesserte Lebensumstände unabhängig von Beziehungen oder der Therapie (Elliott et al., 1990; Elliott, 2002a) (2/8)
Selbsterfahrungen bei der Beziehung zu anderen schätzen	Sich unterstützt fühlen	Sich von den Kindern respektiert fühlen, eine Selbsthilfegruppe suchen (Klein & Elliott, 2006) Andere sehen Veränderungen der eigenen Person (Elliott et al., 1990); Leute sagen mir ich bin eine nettere Person (Elliott et al., 2009) in vielen Studien werden die Therapie/Therapeut als Unterstützer erlebt. (3/8)
	Zwischenmenschliche Begegnungen genießen	Besseres interpersonelles Funktionieren (gesamt, romantisch, Familie) (Klein & Elliott, 2006); Beziehungen neuordnen (Dale et al., 1998); mit den Reaktionen anderer umgehen können (Timulak et al., 2009); unabhängiger /durchsetzungsfähiger (Elliott et al., 1990); mehr positive Offenheit (Elliott et al., 1990); verbesserte Beziehungen (Elliott et al., 1990); bessere Beziehungen zu meiner Frau, toleranter (Elliott et al., 2009) (5/8)
Andere Sicht des Selbst/von Anderen	Selbst-Einsicht und Selbst-Wahrnehmung	Die Bedeutung und das Verstehen von Missbrauch entwickeln, von der Therapie lernen (Dale et al., 1998; Lipkin, 1954); bewusster und ehrlicher mit mir selbst (Klein & Elliott, 2006); sich selbst realer sehen (Elliott et al., 1990); erleuchtet (die Probleme fügen sich wie in einen Handschuh ein), sich selbst besser verstehen (ich bin nicht im Dunkeln, ich kann etwas ändern), Muster sehen (Lipkin, 1954) (4/8)
	Veränderte Sicht Anderer	Andere Standpunkte sehen (Klein & Elliott, 2006); sich mehr für Andere interessieren (Timulak et al., 2009); Änderungen in des Klienten Sicht und Haltungen zu Anderen (Elliott et al., 1990); Fehler der Eltern akzeptieren (Timulak et al., 2009) (3/9)“

Auf den Punkt gebracht:

Vor allem drei Dinge sind bemerkenswert:

1. Die Tn schildern Veränderungen im Selbst-Erleben, wie sie von der Personzentrierten Theorie als Ergebnis einer Psychotherapie vorhergesagt werden. Dies bestätigt das Personzentrierte Konzept auch aus der Klienten-Perspektive eindrücklich.
2. Die Tn schildern auch positive Veränderungen, die schwerpunktmäßig andere Psychotherapieverfahren anzielen: nämlich, dass Symptome beherrschbar werden (KVT) und hilfreiche Selbst-Einsicht (PDT). Dies unterstützt Sichtweisen wie die von Grawe (1998), dass verfahrenstreues Vorgehen weniger Bedeutung habe als generelle Wirkfaktoren von Psychotherapie (siehe auch weiter unten).
3. Die Tn schätzen ein neues, tieferes Erleben ihre Verletzbarkeit als positives Therapieergebnis. Dies unterstreicht, wie komplex Therapiegeschehen und wie wenig eindimensional, z.B. als Symptom-Reduktion, es gesehen werden muss.

Eine frühere Meta-Synthese qualitativer Outcomestudien von Elliott (2002) sowie eine jüngere Analyse von Fallstudien (Stephen, Elliott & Macleod, 2011) kommen zu ähnlichen Ergebnissen.

5. Störungsspezifische Wirksamkeit

In den vergangenen Jahrzehnten wurde an die an Psychotherapieverfahren zunehmend die Forderung gestellt, ihre Wirksamkeit störungsspezifisch zu belegen und dafür unter anderem auch die Symptombelastung bzw. die Symptomkontrolle als Erfolgswert heranzuziehen. Obwohl dies schon 1966 vom Rogers-Mitarbeiter Kiesler eingebracht wurde, fordert es das traditionelle Personzentrierte Psychotherapieverständnis heraus, das sich auf das Gesamte der Person und nicht auf einzelne Symptome bezieht. Diese werden, ähnlich wie in den psychodynamischen und systemischen Ansätzen, als Folge innerer Konflikte gesehen. (Rogers 1959; Behr, Hüsson, Luderer & Vahrenkamp, 2017, S. 11-37). Indessen lassen sich viele Symptome nicht oder nicht ausschließlich als Folge innerer Konflikte erklären (Speierer, 1994). Sie können z.B. sowohl Ursache als auch Folge der Symptome sein. Die Personzentrierte Wirksamkeitsforschung trägt dem Rechnung. Eine ganze Reihe von Primärstudien befasst sich mit spezifischen Störungsbildern entsprechend dem ICD bzw. DSM. Die jüngeren Meta-Analysen können so die Wirksamkeit der Personzentriert-Experienziellen Therapie auch diagnose-spezifisch herunterschreiben und diskutieren (Elliott et al., 2013, p 503-510; Nuding, 2018, p 195-200).

6. Benachbarte Arbeitsfelder

6.1. Filialtherapie / Eltern-Kind-Beziehungs-Therapie

Eine Variante der Personzentrierten Spieltherapie ist die Filialtherapie (Guernsey, 1964; vanFleet, 1994; Goetze, 2013) oder synonym Parent-Child-Relationship-Therapie (PCRT) (Bratton & Landreth, 2006). Eltern erhalten ein Kurztraining in Spieltherapie, um mit dem eigenen Kind Spielstunden nach den Prinzipien der Personzentrierten Spieltherapie durchzuführen. Dies wird eine Zeit lang mit Supervision unterstützt. Vor allem die Eltern-Kind-Beziehung soll sich so verbessern. Dies geschieht mit hoher Wirksamkeit, wie die Meta-Analyse von Bratton, Ray, Rhine & Jones (2005) mit einem Gesamtscore von Cohen's $d = 1,15$ eindrücklich belegt. Dieses Ergebnis wurde allerdings nicht repliziert. Wyatt, Kaminski und Valle (2008) untersuchen in ihrer Metaanalyse 77 Elterntrainingsstudien mit unterschiedlichen theoretischen Orientierungen. Dabei ermitteln Sie eine Gesamteffektstärke von $.30$ ($n = 58$) auf kindbezogene (0-7 Jährige Kinder) und eine Gesamteffektstärke von $.43$ ($n = 54$) auf elternbezogene Outcomevariablen. Die Metaanalyse von Hölldampf, Crawford, Härtel & Behr (2012) klärt diese Diskrepanz zum Teil auf. Zum Sichern klinischer Relevanz begrenzt sie sich auf 14 Studien mit Risikokindern nach den Kriterien von Rutter (1987, 1989). Je nach Behandlungsziel und Messinstrument zeigen sich nun vollkommen unterschiedliche Wirksamkeits-Werte. Symptome (mit dem CBCL gemessen) verbessern sich um Cohen's $d = .43$ – das Selbstkonzept des Kindes (JPPST) verbessert sich um $.89$ - Elterliche Empathie (MEACI) um 2.56 – elterliche Akzeptanz (PPAS) um 1.23 - und elterlicher Stress (PSI) sinkt um $.75$. Diese Unterschiede zeigen, wie sehr das Therapieziel und entsprechende Messinstrumente die Werte beeinflussen. Die mittlere Gesamteffektstärke liegt bei $.85$.

Auf den Punkt gebracht:

Filialtherapie wird im deutschen Sprachraum zu Unrecht ignoriert. Sie ist sehr ökonomisch (Gruppentraining der Eltern, ca. 10 Sitzungen, dann Supervision), verbessert die Eltern-Kind-Beziehung und vermindert die Symptombelastung der Kinder fast in gleichem Maße wie professionelle Therapien.

6.2 Schule und Bildung

Bewirken Lehrkräfte günstigere Prozesse bei Kindern und Jugendlichen, wenn sie sich Personzentriert verhalten? Die Metaanalyse von Cornelius-White (2007; Cornelius-White & Motschnig-Pitrik, 2010; 2014) analysiert 119 Studien aus dem amerikanischen (oft von Aspy und Roebuck) und deutschen Sprachraum (oft von den Arbeitsgruppen um Reinhard Tausch) Sie beleuchten den Zusammenhang des Personzentrierten Beziehungsangebotes der Lehrkräfte (Empathie, Wertschätzung, Echtheit, Nondirektivität) mit Schüler-Merkmalen, insbesondere deren sozial-emotionales Verhalten und deren Schulleistung. Die

mittlere Gesamteffektstärke liegt bei .65. Sie ist bei sozial-emotionalen Variablen und der Leistungsmotivation etwas höher, bei kognitiven/ leistungsbezogenen Merkmalen etwas niedriger, aber immer noch signifikant und mittelstark.

6.3 Das Gordon-Eltern-Training

Strukturiert aufgebaute Elternkurse überführen das Personenzentrierte Beziehungsangebot in ein Kommunikationstraining. Verkürzt gesagt schulen sie Eltern, empathische Reaktionen und selbstöffnende Statements zu formulieren, und dann mit Kindern/Jugendlichen Familienkompromisse zu erzielen (Gordon, 1970; 1972). Zwei Metaanalysen zeigen positive aber inkonsistente, also zueinander nicht passende Ergebnisse. Cedar und Levant (1990) errechnen bei 26 Studien inkonsistente Effekte von .33 bis .81. Müller, Hager & Heise (2001) errechneten aus 15 anderen, methodisch besseren, meist später und zum Teil in Deutsch erschienen Studien deutlich höhere Effektstärken: im Mittel 1.47, beim follow-up 2.06. Übereinstimmend finden beide Metaanalysen: ältere Kinder profitieren mehr als jüngere, Follow-up Effekte sind höher als post-treatment Effekte.

7. Limitierungen der Wirksamkeitsforschung

Personenzentriert-Experienzielle Psychotherapie sieht empirische Forschung, insbesondere auch Wirksamkeitsforschung, als positiv. Sie ist grundlegend mit empirischer Forschung verbunden. Rogers und sein Team waren die ersten in der Welt der Psychotherapie, die solche Forschung betrieben und nachwiesen, dass und wie ihre Therapie wirkte.

Dies gilt bis heute. Ohne manifeste Belege der Wirksamkeit verschwindet ein Verfahren, und die Personenzentriert-Experienzielle Psychotherapie verdankt es allein ihrer lebendigen Forschung, dass sie nach wie vor zu den großen vier Verfahren dieser Welt zählt. Die folgenden Limitierungen kritisieren darum nicht die empirische Psychotherapieforschung oder Metaanalysen an sich, auch nicht das ‚Gros‘ der CBT-Forschung, deren Vertreter der Personenzentriert-Experienziellen Arbeit fast immer mit Wertschätzung gegenüber stehen. Sie plädieren aber für Wachsamkeit, Sorgfalt und wissenschaftliche Seriosität.

Limitierung 1: diagnosespezifische Wirksamkeits-Scores

Insbesondere die Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) vertritt die Position, zur Messung der Wirksamkeit vor allem Zahlenwerte über die Reduzierung von Symptomen zu nehmen, und nennt diese Primär-Maße (primary measures). Dies wird dem Klienten nicht voll gerecht und entspricht nur dem Therapieverständnis der CBT. Die anderen drei großen Therapieverfahren sehen in der Regel innere und soziale Konflikte als primäre Störungsquelle, Symptome entwachsen daraus sekundär. Neben Symptomen müssen seriöserweise auch Klientenziele wie z.B. Selbstwert, Lebenszufriedenheit, innere Klarheit, Beziehungsfähigkeit, oder Resilienz als Wirksamkeitsmaße verwendet werden. Caspi et al. (2014) vertreten, einen generellen Psychopathologiefaktor im Rahmen der Struktur psychiatrischer Störungen anzunehmen, den „p-factor“. Ihre Analysen plädieren für einen störungsunspezifischen Anteil beim verstehen psychischer Belastungen.

Aus der Geschichte: Psychotherapieforschung in den frühen Jahren der Personenzentrierten Beratung und Psychotherapie

Carl Rogers war der erste Psychotherapeut, der ein neues Verfahren entwickelte und dessen Wirksamkeit empirisch untersuchte. Rogers & Dymond (1954), Truax & Carkhuff (1967) sowie Truax & Mitchell (1971) fanden bei insgesamt über 2000 Psychotherapieklienten Verbesserungen, wenn die behandelnden Personen ein hohes Ausmaß an Empathie, positiver Wertschätzung und Echtheit verwirklichten.

Luborsky und Mitarbeiter (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Luborsky, Rosenthal, Diguer, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman & Krause, 2002) zählten aus, in wie vielen methodisch befriedigenden Vergleichsstudien ein Therapieverfahren besser, gleich gut oder schlechter abgeschnitten hatte als ein anderes. Sie stellten fest, dass die Unterschiede zwischen den großen Verfahren gering waren und brachten dieses Ergebnis mit dem schon oben zitierten DoDo-Bird Verdict auf den Punkt. Mit dieser Untersuchung schien die Frage der Wirksamkeit von Psychotherapien geklärt. Psychotherapien sind wirksam, und die verschiedenen großen Ansätze der Psychotherapie unterscheiden sich in

ihrer Wirksamkeit kaum.

In den folgenden Jahren und bis heute gibt es allerdings immer wieder Metaanalysen, die eine leichte Überlegenheit der Verhaltenstherapie, vor allem bei Symptom-Maßen ausweisen. (z.B. Smith, Glass & Miller, 1980, Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Heute zeigen Belege (Wampold et al., 2017), dass dies vor allem an unberücksichtigter researcher-allegiance, am Focus auf Symptom-Maßen und an den Limitierungen der metaanalytischen Methodik liegt.

Offene Fragen waren für Carl Rogers immer eine Herausforderung. Er war ein leidenschaftlicher Psychotherapeut, aber auch ein leidenschaftlicher Forscher. Dies gipfelte in der häufig zitierten Aussage: „The facts are always friendly, every bit of evidence one can acquire, in any area, leads one much closer to what is true.“ (‘Die Tatsachen sind immer freundlich, ... jedes bisschen Beweismaterial, das man bekommen kann, führt einen um eben so viel näher an die Wahrheit heran.‘) (Rogers, 1961, p. 25. Dt.: 2009, S. 40f.).

Auf den Punkt gebracht:

Diagnosebasierte Wirksamkeitsforschung ist nur begrenzt valide. Sie bildet die Klientenrealität, die Forschungslage zur Komorbidität und die eingeschränkte Diagnose-Reliabilität nur unzureichend ab. Wenn sie sich auf Symptom-Maße begrenzt, benachteiligt sie gegenüber CBT alle anderen Therapieverfahren, die die Person des Klienten vollständiger sehen. Es ist bemerkenswert, dass PZE Therapie sich selbst in Vergleichsstudien, deren Forschungs-Standards CBT begünstigen, durchweg als gleichwirksam zeigt.

Limitierung 2: manipulieren quantitativer empirischer Daten

Die beliebtesten Methoden sind:

- *Manipulation der Statistik:* Indem die Forschenden die Teilnehmenden-Gruppe an einer Studie strickt homogen halten, halten sie die Standardabweichung der Störungsmaße künstlich klein, was Cohen's d aufbläst, vgl. Box 1 oben. Wie einzelne Metaanalysen triviale Unterschiede tendenziell interpretieren, zeigt die Analyse von Wampold et al. (2017) für drei aus CBT Perspektive erstellten vergleichenden Metaanalysen.
- *Eine Placebo-Behandlung als Therapieverfahren bezeichnen:* Forschende geben der Kontrollgruppe einer Vergleichsstudie eine „Intend-to-fail“ / Placebo Behandlung, benennen dieses Placebo mit einem Verfahrensnamen und weisen es als „Behandlung“ aus.
- *In Meta-Analysen vornehmlich solche Primär-Studien inkludieren, die das gewünschte Ergebnis der Forschenden stützen.* Wampold u.a. (2017) belegen solches detailliert.
- *Studien ausschließen.* Dies pflegt der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie der deutschen Bundespsychotherapeutenkammer und Bundesärztekammer (2010) mit einem Punktesystem mit seitenlangen, extrem kleinteiligen Kriterienlisten.

Limitierung 3: beliebige Verfahrensdefinitionen, z. B. Forschende ordnen einzelne therapeutische Vorgehensweisen nach Belieben einem Verfahren zu oder nicht, je nach gewünschtem Ergebnis, Wampold u.a. (2017) belegen das im Einzelnen.

Auf den Punkt gebracht:

PZE Beratung und Therapie steht in direkter Tradition der empirischen Psychotherapieforschung, die Rogers mit begründete. Sie ist unverzichtbar, wenn wir Wahrheiten darüber finden wollen, was Klienten hilft. PZE Therapie braucht empirische Psychotherapieforschung geradezu, denn „the facts are always friendly“, wie Rogers (1961, p.25) betonte. Die PZE community muss seriös, kreativ und kompetent forschen, sie muss den politischen Verdrängungsversuchen die Fakten entgegenstellen.

Fachlicher Hintergrund: Psychotherapeutische Wirkfaktoren anstelle von Psychotherapieverfahren

Grawe (1998) hielt aufgrund seiner Wirksamkeitsforschung das Denken in psychotherapeutischen Schulen für obsolet und sah die Wirkung von Psychotherapie durch fünf Wirkfaktoren bestimmt, ohne direkten Bezug zu therapeutischen Verfahren.

- **Therapeutische Beziehung:** Die Beziehungsqualität zwischen Fachkraft und Klient.
- **Ressourcenaktivierung:** Alle Klienten verfügen über Motivation, Interessen, Fähigkeiten, Persönlichkeit, die den Therapieerfolg stützen.
- **Problemaktualisierung:** Klienten erleben die mit ihren Anliegen verbundenen Gefühle und Motive unmittelbar in der Therapiesitzung. Etwa durch empathische Gespräche, Rollenspiele, In-vivo-Expositionen, Entspannungs- und Imaginationsübungen.
- **Motivationale Klärung:** Klienten gewinnen Einsicht in innere Konflikte, Motive, Erleben, deren lebensgeschichtliche Zusammenhänge und aktuelle Einflüsse.
- **Problembewältigung:** Unterstützung der Klienten beim Finden und Umsetzen von Lösungen zur Bewältigung konkreter Probleme.

Messer und Wampold (2002) argumentieren aus amerikanischer Perspektive in gleicher Weise. Fröhlich-Gildhoff (2008) übertrug dies auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

8. Fazit

Alle etablierten Psychotherapieverfahren sind im Mittel gleich wirksam. Das wissen wir seit den ersten Metaanalysen von Smith und Glass Ende der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts, und es wurde immer wieder bestätigt. Viel interessanter als die Wertigkeit von Verfahren sind Analysen von Wirkfaktoren, was vor allem von Grawe (1998) belegt wurde, interessanterweise ein CBT-affiner Forscher. Es ist ineffektiv und tragisch, wieviel Energie in Rechtfertigungsforschung zum Stützen von Verfahren gegeben wird, im Vergleich zum Erforschen von Prozessen in der Psychotherapie.

Wenn wir uns aber im Rahmen der Wirksamkeitsforschung bewegen, benötigen die nicht-CBT-Verfahren andere, allen Verfahren gegenüber faire Standards – und diese müssen sie wahrscheinlich selbst entwickeln. Und auch eine andere Sprache, z. B. für „Gold-Standard“ (Chambless & Hollon, 1998) oder „Primär-Maße“. Der sogenannte „Gold-Standard“ ist ein Labor-Modell, das in psychotherapeutischer Praxis fast undurchführbar ist, allenfalls in Spezial-Kliniken. Also wäre es angebrachter, andere Begriffe zu benutzen, z.B. „Labor-Standard“. Sogenannte „Primär-Maße“, wenn schon ein solcher Begriff, sollten Maße sein, die im Zusammenhang mit inneren und sozialen Konflikten stehen und andere Maße, die die Person in ihrer Gesamtheit an-

sprechen. Maße im Sinne von Folgeerscheinungen/Symptomen, könnten eher als „Symptom-Maße“ bezeichnet werden.

„The facts are always friendly“ – Diesem Rogers’schen Leitsatz können alle PCE Fachkräfte im therapeutisch-psycho-sozialen Feld vertrauen. Die empirische Forschung ist auf unserer Seite: die Person als Ganze sehen, ihr emotionales Erleben entfalten, die Beziehung zum Ausgangspunkt aller Hilfe machen; dies wirkt, immer, und mindestens so viel wie anderes.

Literatur:

Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, (2), 129-143.

Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy with Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390. DOI: 10.1037/0735-7028.36.4.376

Behr, M., Hüsson, D., Luderer H.J. & Vahrenkamp, S. (2017). Gespräche hilfreich führen – Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie - personenzentriert - erlebnisaktivierend - dialogisch. Weinheim: Beltz-Juventa.

Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Moffin, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119- 137. doi:10.1177/2167702613497473

Cedar, B. & Levant, R.F. (1990). A meta-analysis of the effects of Parent Effectiveness Training. *American Journal of Family Therapy*, 18, 373-384.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd Edition). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. doi.org/10.1177/1049731509347850.

Cooper, M., Watson, J.C., & Hölldampf, D. (2010). Person-centered and Experiential Therapies Work. A Review of the Research on Counseling, psychotherapy and related practices. Ross-on-Wye: PCCS-Books.

Cornelius-White, J. H. D. (2007). Learner-centered teacher-student relationships are effective: A meta-analysis. *Review of Educational Research*, 77, 113-143.

Cornelius-White, J.H.D., Motschnig-Pitrik, R. (2010). Effectiveness beyond Psychotherapy: The person-centered, experiential paradigm in Education, parenting, and management. In Mick Cooper, Jeanne C. Watson, & Dagmar Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 65–90). Llangarron, Ross-on-Wye: PCCS Books.

Cornelius-White, J.H.D., Motschnig-Pitrik, R. (2014). Effektivität Personenzentrierter Förderung von Bildung, Bindung, Elternschaft und Entwicklung. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding, & C. Wakolbinger, *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien – Personenzentrierte Beiträge aus 2 Jahrzehnten*. (S. 17-23). Wien: Facultas.

Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, 1-20.

Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield’s Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 495-538). New York: Wiley

Frieden, T.R. (2017). Evidence for Health Decision Making — Beyond Randomized, Controlled Trials. *New England Journal of Medicine* 377 (5), 465–475, DOI: 10.1056/NEJMra1614394.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2008). Effective Factors in Child and Adolescent Therapy: Considerations for a meta-concept. In M. Behr & J. Cornelius-White (Eds.), *Facilitating Young People’s Development: International perspectives on person-centred theory and practice*. (pp. 25-39). Ross-on-Wye: PCCS-Books.

Glass, G. V. (1976). Primary, Secondary and Meta-Analysis of Research. In: *Educational Researcher* 5, 3–8.

Goetze, H. (2013). *Familien spielend helfen*. Weinheim: Beltz-Juventa.

Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training: The “no-lose” program for raising*

responsible children

New York: Peter H. Wyden.

Gordon, T. (1972). *Familienkonferenz*. München: Heyne.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Guernsey, B.G. (1964). Filial therapy: Description and Rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 376-390.

Hölldampf, D., Crawford, I., Härtel, J. & Behr, M. (2012). Wirksamkeit Filialtherapeutischer Elterntrainings bei Eltern von Risikokindern. In S. Kägi & U. Stenger (Hrsg.), *Forschung in der Frühpädagogik – Grundlagen-, Professionalisierungs- und Evaluationsforschung*. (S. 302-320). Hohengehren: Schneider Verlag.

Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.

Jensen, S.A., Biesen, J.N. & Graham E.R. (2017). A Meta-Analytic Review of Play Therapy with Emphasis on Outcome Measures. *Professional Psychology: Research and Practice* 48 (5), 390-400.

Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65(2), 110-136. <http://dx.doi.org/10.1037/h0022911>

Landreth, G.L. & Bratton, S.C. (2006). *Child-Parent-Relationship (C-P-R) Therapy: A 10-session filial therapy model*. New York: Routledge.

Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy – A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300 (13), 1551 – 1565.

Lin, Y.-W., & Bratton, S. C (2015). A Meta-Analytic Review of Child-Centered Play Therapy Approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 45-58. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x

Luborsky L., Rosenthal R., Diger L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Seligman D.A. & Krause E.D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 1, 2-12.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice* 20 (2), 137-160.

Messer, S.B. & Wampold, B.E. (2002). Let’s Face Facts: Common Factors are More Potent than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 1, 18-22.

Miller, R. M. & Rollnik, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Auflage). Freiburg: Lambertus.

Miller, S., Wampold, B., & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1): 5-14. DOI: 10.1080/10503300701472131

Müller, T. C., Hager, W. & Heise, E. (2001). Zur Effektivität des Gordon-Eltern-Trainings (PET) – eine Meta-Evaluation. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 32 (3), 339-364.

Nuding, D. (2018). *Effekts of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling with Children and Young People: Review and Meta-Analysis*. Köln: GwG-Verlag.

Pinquart, M., Oslejsek, B. & Teubert, D. (2016). Efficacy of Systemic Therapy on Adults with Mental Disorders: A Meta-analysis. *Psychotherapy Research* 26 (2), 241-257.

Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. NY: Houghton Mifflin. Dt.: (2009) *Entwicklung der Persönlichkeit* (17. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rogers, C.R. & Dymond, R.F. (1954). *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. Chicago: The University of Chicago Press.

Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.

Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752- 760.

Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Stephen, S., Elliott, R. & Macleod, R. (2011). Person-centred therapy with a client experiencing social anxiety difficulties: A hermeneutic single case efficacy design. *Counselling & Psychotherapy Research*, 11, 55-66.

Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. & Connell, J. (2007). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centered, and psychodynamic therapies in UK prima-

ry-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 37, 1-12.

Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centered, and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555-566.

Sydow, K. von, Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Timulak, L. & Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred and experiential psychotherapies. In Mick Cooper, Jeanne C. Watson, & Dagmar Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 65-90). Llangarron, Ross-on-Wye: PCCS Books.

Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1967.

Truax, C.B., Mitchell, M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In: Bergin AE, Garfield SL (eds): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, 1971, pp 299-344

Van Fleet, R. (1994). *Filial therapy: Strengthening parent-child relationships through play*. Sarasota: Professional Resource Press.

Wampold, B.E., Flückiger, C., 3, Del re, A.C., Yulish, N.E., Frost, N.D., Pace, B.T., Goldberg, S.B., Miller, S.D., Baardset, T.P., Laska, K.M., & Hilsen Roth, M.J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy, *Psychotherapy Research*, 27, (1- 2), 14-32. doi.org /1 0.1080/10503307 .2016.1249433

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. (2010). *Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. Download vom 16.4.2014: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>



Prof. Dr. Michael Behr, seit 1984 praktisch tätig als personzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder / Supervisor für Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenentherapie, Mitbegründer des Ausbildungsinstituts IGB, langjährige Tätigkeit als Professor für Pädagogische Psychologie, Beratung und Intervention an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd; Autor und Herausgeber diverser Bücher, Mitherausgeber von

Person-centered and Experiential Psychotherapies und von *PERSON*; Gastdozenturen an den Universitäten Wien, Antwerpen, Gent, Glasgow und Stuttgart; Gastausbilder für Psychotherapieverbände im UK, Österreich und Belgien.

Kontakt:

michael.behr@igb-stuttgart.de