

Auf der Suche nach der verlorenen Zukunft Ist Rogers' Gesprächspsychotherapie antiquiert oder die Therapieforschung ihr inadäquat?

Mark Galliker & Margot Klein

Die sinnvollen Errungenschaften Rogers' zu bewahren, bedeutet nicht „Dogmatismus“, sondern ist die Voraussetzung für die Weiterentwicklung einer humanistischen Psychotherapie, die nicht nach Maßgabe wissenschaftlich fragwürdiger Klassifikationssysteme und Therapieforschungen instrumentell ausgerichtet wird. Aufgrund der sogenannten Evidenzbasierten Therapieforschung ist es nicht möglich, die Effektivität therapeutischer Verfahren adäquat zu evaluieren, diese Verfahren eingehend zu untersuchen oder sie gar zu verbessern, was jedoch im Jubiläumsartikel sowie vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ausgeblendet wurde.

Schlüsselwörter: Therapieforschung, Prozess-Forschung, Prozess-Analyse, RCT-Studien, Meta-Analyse

Searching for our lost future. Is Rogers' conversational psychotherapy antiquated or can therapy research not do it justice? It is not “dogmatic”, to preserve Rogers' useful achievements, but lays the foundation for further development of a humanist psychotherapy which is not instrumentally based on epistemologically questionable classification systems and therapeutic research. Due to the current scientific state of the art of the so-called evidence-based therapy research, it is not yet possible to adequately evaluate, thoroughly research or even improve the effectiveness of therapeutic treatments. These elementary epistemological findings were left out by the authors of the anniversary article as well as by the scientific advisory board for psychotherapy.

Keywords: Therapy research, process research, process analysis, RCT studies, meta-analysis

Die Autoren und Autorinnen der Antworten auf die im Jubiläumsartikel angeführten „Sieben Herausforderungen der Zukunft“ (Behr, Finke und Gahleitner, 2016a) explizit (gegenüber Schmid, 2017) oder implizit (gegenüber Galliker und Klein, 2016) des Dogmatismus zu bezichtigen (vgl. Behr, Finke & Gahleitner, 2017, S. 76f.), ist wissenschaftlich betrachtet unverständlich. So wurde der Begründer des Personenzentrierten Ansatzes (PZA) aus der Perspektive einer möglichen Weiterentwicklung dieses Ansatzes kritisiert, freilich ohne dessen epochemachende Errungenschaften anzuzweifeln oder gar rückgängig machen zu wollen. Beispielsweise wurde in komprimierter Form die mit einem dialogischen Selbst nicht leicht zu vereinbarende einseitige Axiomatik im Sinne der Aktualisierungstendenz

beanstandet (vgl. Rogers, 1959/2009). Eine Aufhebung derselben wäre auch eine Voraussetzung dafür, um von der von Staemmler (2015) und eigentlich schon von Hermans (2014) monierten „schwachen Relationalität“ des PZA zu einer „starken Relationalität“ und damit zu einem dialogischen Selbst i. e. S. zu gelangen (siehe in diesem Heft Hermans, S. 13–22, und insb. Staemmler, S. 43–46).

Der mehrmalige Verweis auf Wissenschaftlichkeit der Verfasser und Verfasserinnen des Jubiläumsartikels (vgl. u. a. Behr, Finke und Gahleitner, 2017, S. 77) ist indes für eine Zeitschrift mit einem wissenschaftlichen Anspruch begrüßenswert und sicherlich relevant. Die von der Evidenzbasierten Medizin (EbM) übernommenen Konzepte wie „Evidenzbasierung“ oder auch „EbM-Forschung“ beinhalten ursprünglich neben der „Evidenz“ (Offensichtlichkeit) respektive „evidence“ (Beweis, Beleg, Zeugnis) auch die Bewertung der Evidenz (u. a. „Evidenzhierarchien“) sowie auf dieser Basis „patientenorientierte Entscheidungen“. Allerdings blendet der aktuelle EbM-Begriff wie ein „weißer Schimmel“, besteht doch Wissenschaft an und für sich darin, ihre Aussagen bestmöglichst mit Tatsachen zu „bezeugen“ oder unmittelbar „offensichtlich“ zu machen (wie z. B. in der klassischen Geometrie).

Mark Galliker, Prof. em. Dr., studierte an der Universität Bern Psychologie und Philosophie. Eidg. anerkannter Psychotherapeut pca.acp/FSP. Forschungsgebiete: Wissenschaftstheorie, Geschichte der Psychologie, Sprachpsychologie.

Margot Klein, Dipl.-Soz., Leitung der Beratungsstelle Viva für ältere Menschen und ihre Angehörigen in Mannheim. Fortbildnerin für Beratung und Kommunikation mit älteren und verwirrten Menschen und Angehörigen. Mitglied der GwG.

Das Konzept der EbM und der Verfahrensweisen, die sich ausdrücklich auf die sogenannte Evidenzbasierung berufen, wurde von verschiedenen Seiten kritisiert (u. a. Weßling, 2012). So wurde die Heterogenität der Untersuchungsgegenstände problematisiert, auf die minimalen Publikationschancen von Befunden, die keine oder negative Effekte ausweisen, hingewiesen, sowie die Relevanz von Meta-Analysen (MA), die immer häufiger, mehr oder weniger direkt, von der Pharmaindustrie finanziert werden, in Frage gestellt.

Den an sich schon wissenschaftstheoretisch problematischen Begriff der EbM vom medizinischen auf den psychosozialen Bereich zu übertragen, ist ein fragwürdiges Unterfangen (vgl. u. a. Bellmann & Müller, 2011). So sind im psychotherapeutischen Bereich doppelblinde klinische Studien aus sachlichen sowie ethischen Gründen kaum realisierbar. Wenn man Bezug nimmt auf sogenannte „Evidenzbasierung“ (vgl. u. a. Behr, Finke und Gahleitner, 2016b, S. 101), müssten bei der Vorstellung eines Messinstrumentes (z. B. einer Ratingskala) neben dem Hinweis auf die Reliabilität, dem Inbegriff der *Beobachterzentriertheit*, auch die wichtigsten anderen Gütekriterien (insbesondere die Gültigkeit) wenn nicht abgeklärt, so doch wenigstens ansatzweise erörtert werden, was jedoch selten geschieht (vgl. u. a. Hüsson und Behr, 2017).

Diagnostische Klassifikationssysteme

Schmid (2017) wandte sich in seiner Kritik des Jubiläumsartikels gegen die Übernahme des Krankheitskonzeptes durch Behr, Finke und Gahleitner, die ihren Ausgangspunkt von einem explizit störungsspezifischen Zugang nehmen und wie selbstverständlich unterstellen, dass bestimmte Klienten oder Klientinnen „unübersehbar krank“ sind, und vor einer „Dämonisierung des Pathologischen“ warnen (vgl. ebd., S. 73). Er wies darauf hin, dass inzwischen genügend Literatur produziert und Praxis erlebt worden ist, die aufzeigt, „dass störungs- oder krankheitszentriert genau nicht *personenzentriert* ist, d. h. nicht den ganzen Menschen in den Blick nimmt, sondern seine Krankheit“ (vgl. ebd., S. 73; Hervorhebung von Schmid).

Auf die Kritik an diagnostischen Klassifikationssystemen (insb. die traditionellen psychopathologisch ausgerichteten: ICD und DSM) wurde schon oft hingewiesen (vgl. u. a. Freyberger und Schneider, 2001; Stieglitz und Freyberger, 2013). Diese Zuschreibungssysteme und Etikettierungsinstrumente vermögen den wissenschaftlichen Ansprüchen nicht zu genügen (u. a. Objektivität, Reliabilität, Validität). Die Symptome werden isoliert und abstrahierend vom Prozess-Geschehen, dem sozialen Kontext sowie von den intra- und interpersonellen Befindlichkeiten zu erfassen versucht. Sie werden weder person- noch therapieorientiert erhoben (vgl. u. a. Hahlweg

und Ehlers, 1997). Zum problematischen Verhältnis zwischen Kategorisieren und Verstehen sei auf Eggert-Schmid Noerr et al. (2016) verwiesen. Positive Aspekte der Phänomene wie der Ressourcen (nicht zuletzt der Symptome selbst) werden nicht beachtet (vgl. u. a. Flückiger und Wüsten, 2014).

In der Version 2.8 des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2010) wird wie selbstverständlich fast für den gesamten psychosozialen Bereich das Krankheitskonzept vorausgesetzt und die herrschende psychopathologische Systematik als wissenschaftliche präsupponiert, ohne auch nur auf die wichtigsten Probleme (u. a. auch auf die mangelnde Trennschärfe) hinzuweisen. In dieser Beziehung wird vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) lediglich darauf aufmerksam gemacht, dass bei fehlender eindeutiger Zuordnung zu einem der 18 Anwendungsbereiche (vgl. S. 17) auch Studien mit Patienten und Patientinnen mit „komplexen Störungen“ angenommen werden können (vgl. S. 18). Auch Verbesserungsvorschläge, die aufgrund negativer Erfahrungen mit den bisherigen psychopathologischen Systemen (z. B. DSM 5) formuliert wurden, werden nicht erörtert (vgl. u. a. Frances, 2014).

Nach Biermann-Ratjen und Eckert (2017) werden in der Gesprächspsychotherapie (GPT) „nicht bestimmte Symptome behandelt, sondern der Umgang mit der Erfahrung, die zu Inkongruenzen [...] und als deren Ausdruck zu Symptomen führt“ (vgl. ebd., S. 122). Krankheitswertige Phänomene sind i. S. der GPT durch die Diagnostik der Inkongruenzdynamik erfassbar (Näheres in S. Keil, 2014). Während der Therapie sind die kongruenten nicht-akzeptierenden und nicht-verstehenden Reaktionen der Therapeuten und Therapeutinnen auf die Klienten und Klientinnen hinsichtlich des Verständnisses von deren Inkongruenzen besonders relevant (W. Keil, 1997). Vom WBP wurde indessen ausschließlich das sogenannte differenzierte Inkongruenzmodell (DIM) von Speierer (1994) von Seiten des PZA überhaupt in Betracht gezogen (vgl. ebd., S. 19).

Prozess-Analyse

Behr, Finke und Gahleitner (2016b) weisen in ihrer Replik auf Eckerts (2016) Kritik des Jubiläumsartikels zurecht auf die Bedeutung von „Einzelstudien“ und „Fallskizzen“ in der Therapieforschung hin (vgl. ebd., S. 101). In den vier Themenheften der PERSON zur Kinder- und Jugendpsychotherapie (vgl. PERSON, 2/2006, 1/2012, 2/2012, 1/2017) finden sich u. a. solche Studien oder Skizzen.

So wird in einem PERSON-Artikel zu einer GPT mit einer Klientin (18), also einer mündigen jungen Frau, die von der Gesprächspsychotherapeutin „als noch nicht mündig“ eingeschätzt wird, für Verständnis dafür geworben, dass sie von der „Person“ der Klientin deren „Verhalten“ unterschieden hat.

Selbstverständlich könne der Person als solcher „bedingungs-freie Wertschätzung“ entgegengebracht werden; indessen sei sie vor ihrem riskanten Verhalten zu schützen. Mit welcher Konsequenz? Gegen den ausdrücklichen Willen der jungen Frau wurden deren Eltern einbezogen, zu denen die Klientin in einem problematischen Verhältnis stand, welches das riskante Verhalten der Klientin geradezu mitbedingt hatte. Wenn das Verhalten der Therapeutin noch mit deren Kongruenz begründet wird und deren Agieren *nicht* auf ihre Inkongruenz zurückgeführt wird, scheint sich die Widersprüchlichkeit der Argumentation sowie die Inkongruenz der Therapeutin noch fortzusetzen (vgl. Holzer, 2006, 173f.).

Manchmal eröffnen Einzelfalldarstellungen unmittelbare Einblicke in das tatsächliche therapeutische Geschehen. So ermöglichen diese Darstellungen auch Einsichten, die Fragen und Verbesserungsmöglichkeiten betreffen. Bei den meisten handelt es sich indessen noch nicht um Falldarstellungen, die den Ansprüchen einer Prozess-Analyse entsprechen (vgl. PERSON, 1/2009 u. insb. 1/2015).

Im Zentrum der Prozess-Analyse stehen nicht einzelne therapeutische Interventionen oder herausgegriffene Äußerungen von Personen, mit denen Theorie oder therapeutische Vorgehensweisen vorgeführt und punktuell „bestätigt“ werden (sogenannte „Rosinenpickmethode“); vielmehr wird i. S. einer beidseitig person- bzw. klienten- sowie hier auch therapeuten-zentrierten Vorgehensweise versucht, einzelne wichtige Phasen detailgenau nachzuvollziehen und zugleich immer auch den Bezug zum Gesamtprozess zu berücksichtigen.

Präzise Prozess-Forschung im Einzelfalldesign wird seit Jahren gefordert (vgl. u. a. Tschuschke und Kächele, 1998, S. 157). Im Verlaufe der Zeit gelangten immer mehr Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen zu der Überzeugung, dass sich die Therapieforschung vermehrt um das spezifische Vorgehen *in* der Therapie zu kümmern habe. Ihrer Meinung nach sind nicht besondere therapeutische Verfahren per se erfolgreich, sondern primär konkrete Psychotherapeuten und -therapeutinnen sowie deren Beziehungen zu den Klienten und Klientinnen (vgl. u. a. auch Strupp, 1997). Die Persönlichkeit des Therapeuten oder der Therapeutin scheint demnach mindestens so relevant zu sein wie das psychotherapeutische Verfahren. Insbesondere auch aus humanistisch-therapeutischer Perspektive betrachtet scheint „die konkrete Interaktion zwischen einem Therapeuten und einem Patienten“ entscheidend für den Therapieerfolg zu sein (vgl. Maragos, 2017, S. 152).

Die Therapie in ihrem Prozess betrachtet, stellen sich Fragen wie die folgenden:

Wie verlief der Veränderungsprozess? Welche Veränderungsschritte entstanden zu welchem Zeitpunkt? Durch welche Faktoren oder Beziehungskonstellationen wurden sie nahegelegt oder erleichtert? Welche Risiken und mögliche

Nebenwirkungen sind in einem therapeutischen Prozess zu beachten (vgl. u. a. Strauß, 2010)?

Schon vor zwei Jahrzehnten wurde festgestellt: „Statt der Illusion einer immer weiter zu perfektionierenden Einheits-technik hinterherzulaufen, sollte sich die Psychotherapieforschung verstärkt auch den im Therapeuten gelegenen Bedingungen des Scheiterns zuwenden“ (Fischer, Frommer und Klein, 1998, S. 176).

Ein Ziel der Prozess-Analyse ist das Lernen aus negativen Verläufen. Es gilt, den therapeutischen Prozess ohne Beschönigung darzustellen. Meistens kommen Defizite auf *beiden* Seiten der Interaktion zum Vorschein und beeinflussen das Therapieergebnis (vgl. u. a. Castonguay et al., 2010). Unzureichende oder gescheiterte Behandlungsverläufe sind nicht nur auf eine inadäquate Anwendung der Verfahrensweise oder Methode zurückzuführen, sondern insbesondere auch die (inter-)subjektive Seite des therapeutischen Prozesses ist zu berücksichtigen.

Die auf Rogers, Swildens und Gendlin zurückgehende Prozessorientierung der GPT wird im Jubiläumsartikel kaum wahrgenommen. Artikel, die hierzu in der PERSON publiziert wurden (u. a. von der Basler Autorin Brossi, 2015, und vom Zürcher Autor Gutberlet, 2015), sowie praktische Prozess-Analysen, die auf deren Hintergrund erfolgten (PERSON, 1/2009 u. 1/2015, u. a. auch von Finke, 2015a), wurden in der Rückschau nicht beachtet.

Grundlage für eine Weiterentwicklung der Prozess-Analyse ist in methodologischer Hinsicht die „Erste-Person-Wissenschaft“ (i. U. zur „Dritte-Person-Wissenschaft“) von Gendlin (vgl. u. a. Gendlin nach Wiltshko, 2008, S. 152ff.) und in theoretischer Hinsicht Gendlins (1997/2016) Vorstellung eines Prozess-Modells. Finke (2015b) ist sicherlich zuzustimmen, wenn er darauf hinweist, dass es in einer GPT nicht um ein „Besser-Verstehen“ durch Professionelle gehen kann, aber dennoch ein Ziel des therapeutischen Prozesses darin bestehen könne, „zunächst Unverständliches verständlich werden zu lassen“ (vgl. ebd., S. 188). Zu den elementaren Voraussetzungen einer der GPT adäquaten Therapieforschung, die dem interpersonalen Geschehen im therapeutischen Prozess entspricht, gehören die Bestimmung einer interpersonalen Untersuchungseinheit (vgl. u. a. Klein und Galliker, 2007) sowie das detailgenaue Vorgehen bei der Explikation des Impliziten (vgl. u. a. Gendlin, 1997/2016).

RCT-Studien

Eckert (2016), der in seiner Kritik des Jubiläumsartikels u. a. fehlendes wissenschaftliches Engagement vieler Vertreterinnen und Vertreter des PZA moniert, betrachtet es als eine der wirklichen Herausforderungen der Zukunft, dafür zu sorgen, dass die empirische Forschung nicht weiterhin stagniert (vgl. ebd.,

S. 97). Behr, Finke und Gahleitner (2016b) stimmen in diesem Punkt Eckert im Wesentlichen zu, doch fragen sie sich *an dieser Stelle* auch, „ob wir uns im personenzentrierten Ansatz vorwiegend der EbM-Forschung anschließen oder uns nicht eher für eine moderne, auf einer breiteren Forschungsmethodologie angelegten Evidenzbasierung aussprechen wollen“ (ebd., S. 101). Bei diesem Hinweis auf den derzeitigen Stand der Therapieforschung beziehen sie sich allerdings nicht auf die empirische Vergleichsforschung (insb. RCT-Studien), sondern verweisen auf die „Einzelfallstudien“ (s. o.) sowie auf sogenannte Mixed-method-Designs, in die selbst noch Gruppendiskussionen mit Experten und Expertinnen einbezogen und als „Daten“, „Erhebungsmethode“ oder „Untersuchung“ qualifiziert werden (vgl. Gahleitner et al., 2014, S. 7).

Bei den sogenannten RCT-Studien (Methodik randomisierter kontrollierter Untersuchungen) innerhalb der Mainstream-Therapieforschung handelt es sich um quasi-experimentelle Gruppenvergleiche. In den meisten Fällen wird eine therapeutisch behandelte Gruppe mit einer nicht therapeutisch behandelten Gruppe verglichen und die Effektivität – oder in einigen wenigen Fällen unter Berücksichtigung des Aufwandes (Anzahl der Sitzungen) – die Effizienz überprüft. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um eine Kontrollgruppe, zu der mittels statistischer Verfahrensweisen versucht wird, eine signifikante Differenz zur Versuchsgruppe nachzuweisen.

Die Kontrollgruppen werden aus Gruppen von Patienten und Patientinnen gebildet, die (noch) keine Psychotherapie erhalten, also aus sogenannten Wartegruppen. Entweder werden den „Wartenden“ keine Medikamente verabreicht (echte Wartegruppen) oder sie werden weiterhin mit Medikamenten versorgt. Insbesondere bei den in psychiatrischen Kliniken durchgeführten Untersuchungen, in denen die Rekrutierung von Vergleichsgruppen vergleichsweise leicht fällt, bleibt oft unklar, ob auch den Personen der Therapiegruppe (teilweise) weiterhin Medikamente verabreicht werden.

Ein Großteil der häufigen RCT-Studien behavioraler und kognitiv-behavioraler Therapien insbesondere im englischsprachigen Raum wurde in Kliniken durchgeführt, wobei der Vergleich mit einer Wartegruppe erfolgte, deren Mitgliedern ausschließlich Medikamente verabreicht wurden (vgl. u. a. Hollon und Beck, 2013, S. 393ff.). Bei den Untersuchungen depressiver Patienten und Patientinnen bestand der tatsächliche Befund nicht selten ausschließlich darin, dass KVT ebenso effektiv ist wie „antidepressant medications“ (vgl. u. a. DeRubeis et al., 2005). Da keine weitere Kontrollgruppe etabliert wurde, ist *nicht* feststellbar, ob dieser Effekt wirklich auf die KVT zurückzuführen ist oder auf die Tatsache, dass nur die Personen der einen Gruppe in den Genuss regelmäßiger persönlicher Gespräche mit Gesprächspartnern oder -partnerinnen kamen. Möglicherweise spielte es also gar keine Rolle, ob es sich bei denselben

um Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder gar um solche der kognitiv-behavioralen Richtung handelte.

Diese RCT-Studien genügen nicht, um den *spezifischen* Effekt einer Psychotherapie und im Besonderen einer KVT zu fokussieren, wäre es doch denkbar, dass sich die Befunde auf rein kommunikative Effekte reduzieren. Deshalb müssten neben den eigentlichen Wartegruppen auch (letztlich: diverse) aktive Vergleichsgruppen etabliert werden, deren Mitglieder Gelegenheit haben oder erhalten, regelmäßige Gespräche mit „Laien“ (mit Freunden, Bekannten und/oder „kommunikativen“ Außenstehenden ohne besondere Ausbildung) zu führen.

Ließen es die Verfasser und Verfasserinnen des Jubiläumsartikels in ihrer Antwort auf Eckert (2016) noch offen, ob sich der PZA der EbM-Forschung anschließen oder sich einer auf eine breitere Forschungsmethodologie hin angelegten Evidenzbasierung annähern soll (s. o.), verwiesen sie ein Semester später nur noch darauf, dass es relevant sei, „auf der Höhe der fachlichen Entwicklung“ zu sein, „moderne Fachlichkeit“ aufzunehmen und „Konzepte, Praxis und Forschung“ weiterzuentwickeln (vgl. ebd., S. 76). Bei einem nicht fundamentalistischen, nicht dogmatischen Verständnis moderner Wissenschaft ergibt sich indes eine Reihe wissenschaftstheoretischer, methodologischer und methodischer Fragen. So werden bei den meisten RCT-Studien die wichtigsten Gütekriterien nicht beachtet, entweder überhaupt nicht berechnet und/oder nicht ausgewiesen.

Bei einer Beurteilung der aktuellen Vorgehensweise in der Therapieforschung wäre u. a. auch auf das Problem der Repräsentativität selektionierter Gruppen, mithin auf jenes der Relevanz dieser Untersuchungen hinzuweisen. Bei den meisten Evaluationsstudien außerhalb und oft auch innerhalb der Klinik liegen zu kleine Stichproben vor. Beispielsweise ist bei einer KVT im Bereich Essstörungen der Effekt fragwürdig, wenn die Anzahl der Patientinnen (Anorexia nervosa) in der Gruppe KVT (N = 18) sowie der Gruppe Ernährungsberatung (N = 15) rein statistisch gesehen nicht ausreichend ist (vgl. Pike et al., 2003, S. 2003). Bei zu kleinen Stichproben kann ein signifikant positives Ergebnis leicht durch relativ wenige „Ausreißerwerte“ zustandekommen, auch wenn bei der Mehrzahl der Fälle keine Veränderung oder gar eine Verschlechterung des Befindens bewirkt wird (vgl. Fischer, Frommer und Klein, 1998, S. 174).

In den meisten RCT-Studien der Psychotherapieforschung werden statistische Verfahren eingesetzt, welche auf Voraussetzungen beruhen, die in diesen quasi-experimentellen Studien kaum je erfüllt sind. Die meisten statistischen Tests setzen nicht nur Zufallsstichproben, sondern auch normalverteilte Effektgrößen, Varianzhomogenität in den verschiedenen Gruppen, Unabhängigkeitsannahmen und normalkardinal skalierte Effektgrößen voraus. In der Psychologie lassen sich die Messgrößen indes kaum i. S. von Intervall- oder gar Verhältnisskalen

verstehen, allenfalls als Nominal- oder höchstens als Ordinalskalen. Schon die Berechnung von Mittelwerten setzt Intervallskalenniveau voraus, das zwar bei Zeitmessungen, nicht aber bei „Messungen“ im emotionalen Bereich gegeben ist. Auch die Voraussetzungen für die meisten Signifikanztests sind nicht gegeben (allenfalls jene für topologische Variablen wie den Chi-Quadrat-Test), was jedoch in der Therapieforschung meistens zugunsten mehr wissenschaftlich imponierender statistischer Tests und Darstellungsformen (Kurven) übersehen wird (vgl. u. a. Kriz, 1973).

In der Therapieforschung wie generell innerhalb der akademischen Psychologie stellt sich das Problem der Operationalisierung von Konzepten und Konstrukten. Die Probleme beginnen schon bei scheinbar harmlosen Problemen: Welche Skalen werden verwendet, und welche Kategorien werden in ihnen berücksichtigt? Dürfen beispielsweise nur mehr oder weniger positive und negative Wirkungen abgefragt werden (vgl. u. a. Gahleitner et al., 2014, S. 8) oder müsste (i. U. zur forced choice) zumindest noch die Kategorie „unentschieden“ angefügt werden, um den Prägnanzeffekt und massive Verzerrungen der Befunde auszuschließen, können doch die Klienten oder Klientinnen „den Erfolg“ oft selbst nicht beurteilen oder schwanken zwischen positiven und negativen Beurteilungen im Verlaufe der Zeit und/oder je nach Gesprächspartner oder -partnerinnen (u. a. Angehörige, Nachbarn, Freunde).

Was ist unter einem bestimmten psychotherapeutischen Verfahren zu verstehen? Dies ist nicht so leicht zu bestimmen, wie es vielleicht den Anschein macht. Als Beispiel kann die Humanistische Psychotherapie (HPT) angeführt werden. Offenbar weicht die Meinung des WBP darüber erheblich vom Selbstverständnis in der HPT ausgewiesener Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen ab. Die Folge dieser Nichtübereinstimmung ist, dass relativ viele Studien, die sich auf die HPT beziehen, vom WBP nicht als solche anerkannt werden (s. u.). Bei der HPT handelt es sich sicherlich nicht um ein homogenes Verfahren, so wie auch die (kognitiv-)verhaltenstherapeutischen und die tiefenpsychologischen Verfahren in manchen Aspekten nicht übereinstimmend sind (vgl. Kriz, 2018b, S. 44f.).

Was ist unter einem „richtigen Patienten“, was unter einer „ausgebildeten Therapeutin“ zu verstehen (u. a. i. U. zu den manchmal immer noch herangezogenen Studierenden oder wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen im universitären Therapieforschungsbereich)? Lässt sich überhaupt jemals bei der Bildung der Versuchsgruppen zwischen den verschiedenen Individuen einer Gruppe Homogenität herstellen? Oft sind auch die behandelten Symptome (z. B. „psychosomatische Störung“) in Wirklichkeit heterogen, so dass die betreffenden Untersuchungen, die auch Gemeinsamkeiten unterstellen, wo in Wirklichkeit keine sind, ihren wissenschaftlichen Wert einbüßen (vgl. u. a. Stuhr, 1998, S. 88).

Oft wird die Homogenität sogar im relativ unproblematischen quantitativen Bereich nicht eingehalten. In der Studie von Cottraux et al. (2000) *Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia* wurden beim ersten Verfahren insgesamt 18 Stunden in 12 Wochen und beim zweiten Verfahren insgesamt 3 Stunden in ebenfalls 12 Wochen (alle 2 Wochen eine halbe Stunde) geboten. Dennoch wurden positive Befunde zugunsten des ersten Verfahrens vom WBP (vgl. Heuft & Esser, 2017, S. 25) nicht in Frage gestellt, während bei den Untersuchungen zur HPT auch in dieser Beziehung ein strengerer Maßstab angelegt wurde (s. u.). Ein solche vorgängige „Einstellung“ kann sicherlich als „Bewertung-Bias des WBP“ betrachtet werden (vgl. Kriz, 2018b, S. 44).

Was ist unter einer „Beziehung“ zu verstehen, was unter einer „therapeutischen Beziehung“? Es stellt sich die Frage, ob Letztere weniger, etwa gleich ausgeprägt oder mehr als eine alltägliche Beziehung (auch) eine „Zweckbeziehung“ ist (vgl. u. a. Finke, 2005, S. 51). Gibt es überhaupt eine „Beziehung im Allgemeinen“, eine „alltägliche Beziehung i. A.“ oder auch eine „therapeutische Beziehung i. A.“? Lässt sich *die* therapeutische Beziehung i. S. der HPT und der GPT auf ein „Arbeitsbündnis“ i. S. der KVT reduzieren? (Vgl. hierzu auch die kritische Bemerkung von Biermann-Ratjen und Eckert, 2017, S. 37).

Bei intrapersonalen Einschätzungen wird die Operationalisierung noch schwieriger als bei interpersonalen: „Wenn etwa bei einem Item zum Erfassen von depressivem Erleben 5 Patienten den gleichen Skalenpunkt angekreuzt haben, so zeigt sich in einem persönlichen Gespräch oder Interview, dass sie 5 unterschiedliche Bedeutungen mit diesem Skalenpunkt verbunden haben, die günstigenfalls einen gemeinsamen Schwerpunkt in der vom Testkonstrukteur intendierten Grundbedeutung aufweisen“ (Fischer, Frommer & Klein, 1998, S. 171).

Bei den Operationalisierungen in der Kognitiven Psychologie ergibt sich das prinzipielle Problem der Übersetzung aus einem kognitiven oder auch nur rein logisch verstandenen Bereich in den Bereich des Verhaltens. Die sogenannte Konstruktvalidität wird – um dem Problem auszuweichen – auf die konvergente oder auf die diskriminante Validität reduziert, die sich auf Korrelationen zwischen den Ergebnissen verschiedener Verfahren (u. a. Tests) bezieht. Hierbei handelt es sich um eine logisch-zirkuläre Vorgehensweise.

Psychometrische Skalen strukturieren den Gegenstand rückwirkend und in der Folge auch im Voraus. Bestimmte Merkmale werden selektiv hervorgehoben und andere in den Hintergrund gerückt. Die explizite oder zumindest implizite Ausrichtung der therapeutischen Verfahrensweise beeinflusst das Postsession-Outcome. Wenn beispielsweise der Erfolg der kognitiven Depressionstherapie mit einem Fragebogen gemessen wird, dessen Items während der Behandlung mehr oder weniger intensiv „trainiert“ werden, resultieren i. d. R. auch die

gewünschten starken Effekte. In den meisten Fällen geschieht dies nicht so offensichtlich, doch ist anzunehmen, dass Psychotherapien, in denen man sich direkt nach der Zielsymptomatik richtet und sich nicht zuletzt auch mehr oder weniger bewusst an entsprechenden Messungen ausrichtet, in kürzerer Zeit zumindest eine kurzfristige Reduzierung der Zielsymptome erreichen als therapeutische Verfahren, welche die Zielsymptome überhaupt nicht ins Auge fassen oder höchstens indirekt angehen (vgl. Fischer und Fäh, 1998, S. 41).

Die GPT, in welcher der Therapeut oder die Therapeutin dazu beiträgt, die Behinderung der Aktualisierungstendenz zu beheben resp. die Entfaltung der Persönlichkeit zu unterstützen, lässt sich weniger leicht in das überkommene Paradigma der akademischen Klinischen Psychologie zwingen, während ihm die [K]VT von vorneherein weitgehend in Theorie und Praxis entspricht. Wenn die Messung der Therapieeffekte in der etablierten Therapieforschung auf die Veränderungen zugeschnitten ist, die durch die angewendete [K]VT-Methode angestrebt wird, findet die Testung sozusagen beständig „zuhause“ statt, während die GPT oder auch andere Verfahren wie beispielsweise die Psychoanalyse (PA) nicht oder viel weniger direkt symptomorientiert sind und somit beständig „auswärts“ geprüft werden. Sie sind von vorneherein benachteiligt, weil sie an Kriterien geprüft werden, die in der Therapie nicht (direkt) berücksichtigt werden und oft sogar hinsichtlich der Entwicklung der Persönlichkeit und des Wohlbefindens der Person gegenstandslos sind. Was bliebe von der [K]VT wohl übrig, wenn man sie beständig an den Kriterien der PA oder des PZA messen würde?

Bis heute wurde vom WBP nur eine einzige Studie zu einer personenzentrierten Kinder- oder Jugendtherapie als evidenzbasierter Nachweis ihrer Wirksamkeit bewertet (vgl. u. a. Heuft und Esser, 2017, S. 30). Schmid (2017) wandte sich dann auch in seiner Replik auf den Jubiläumsartikel direkt an die für diesen Artikel Verantwortlichen, indem er sie fragte: „Schon vergessen, dass euch die ganze Anpasserei in Bezug auf die sozialrechtliche Anerkennung nichts genützt hat?“ (ebd., S. 73f.).

Meta-Analysen

In einer MA werden unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren miteinander verglichen. Eine solche Untersuchung basiert auf einer „Gesamtstichprobe“, deren Umfang das Ensemble der einzelnen Stichprobenumfänge ist. In einen meta-analytischen Befund gehen die Testergebnisse der berücksichtigten RCT-Studien gewichtet nach deren Umfang ein. MA-Studien wurden in erster Linie durchgeführt, um die Effektivität verschiedener therapeutischer Verfahren im Verhältnis zueinander zu bestimmen. Dabei handelte es sich i. d. R.

um auf Konkurrenz hin angelegte Studien (vgl. Fiedler, 2012, S. 152).

Bei den MA-Studien wird davon ausgegangen, dass die Erfahrungen der Therapeutinnen und Therapeuten, die Art der Patienten bzw. Klientinnen, deren Symptomatik und Ansprüche, die Therapiedauer, die Erfolgsmaße sowie eine Reihe weiterer Bedingungen vergleichbar sind. Indessen handelt es sich schon bei den Einzelstudien im Vergleich mit Untersuchungen in anderen Fachbereichen um *sehr heterogene* Gegebenheiten, die oft nicht nur quantitative Differenzen, sondern sogar auch qualitative „Sprünge“ in sich bergen. So wird beim Versuch eines Nachweises der Effektivität der KVT bei Adoleszenten mit einer BDD (Body Dysmorphic Disorder) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe der wissenschaftliche Wert der Studie beträchtlich reduziert, wenn die Spannbreite des Alters der berücksichtigten Personen (N = 30) quasi „über die Pubertät hinweg“ ununterschieden von 12 bis 18 Jahren reicht (vgl. Turner und Cadman, 2017).

Die Verwendung von sogenannten wissenschaftlichen „Güteprofilen“ der Einzelstudien bei der Auswahl derselben ist sicherlich sinnvoll, da man annehmen kann, dass auf diese Weise die methodisch fragwürdigsten Untersuchungen weniger Eingang in die MA finden. Allerdings kann von der unterschiedlichen Qualität dieser Studien nicht auf jene von deren Gegenstand, nicht auf die mit einer bestimmten Studie untersuchte besondere Therapieform geschlossen werden. Grawe, Donati und Bernauer (1994) verwendeten indes die Güteprofile der zur Verfügung stehenden Studien „fast direkt zur Beurteilung der Qualität und Möglichkeiten der zugrundeliegenden psychotherapeutischen *Behandlungsform*“, obwohl sie eigentlich lediglich „die durchschnittliche *wissenschaftliche Substanz*“ beurteilten, was durchaus die inadäquate Einschätzung nahelegen kann, „es handele sich um eine Bewertung der *Behandlungsform*“ (vgl. Tschuschke und Kächele, 1998, S. 143; Hervorhebungen von Tschuschke und Kächele).

Grawes MA und auch einige seiner anderen Arbeiten weisen schwerwiegende methodologische und methodische Mängel sowie auch Denkfehler auf. Sie haben schon früh eine Reihe kritischer Stellungnahmen und Gegendarstellungen hervorgerufen (vgl. u. a. Mertens, 1994, Kächele, 1995, Kaiser, 1995, Leichsenring, 1996). Grawes seinerzeit ebenso medienwirksame wie massive Übergeneralisierungen (u. a. Verhaltenstherapie ist besser als psychodynamische Therapie; Kurztherapien sind ausreichend) mussten zurückgewiesen werden (vgl. u. a. auch Fäh & Fischer, 1998). Allerdings wird auch heute noch manchmal Grawe zumindest in bestimmten Bereichen zugestimmt, v. a. von kognitiven Verhaltenstherapeutinnen und Grawe-Schülern (vgl. u. a. Lutz, 2010), aber nur sehr selten von Therapeuten und Wissenschaftlerinnen anderer Richtungen (u. a. von Gahleitner et al., 2014, S. 6).

Neuere Meta-Analysen (vgl. u. a. Cuijpers et al., 2008) sind zwar meistens wissenschaftlich zureichender als jene von Grawe, doch beruhen sie nach wie vor auf letztlich uneinholbaren Voraussetzungen (wie u. a. die Homogenität, die nach wie vor i. A. sehr viel geringer ist als bei anderen psychologischen Untersuchungen oder gar bei psychologischen Experimenten im Labor). Dennoch erlangten sie die Bedeutung quasi „letzinstanzlicher Gerichtsentscheidungen“ über die Wirkung und den Wert therapeutischer Verfahren, auch unbeachtet dessen, dass sie letztlich auf problematischen RCT-Studien (s. o.) basieren (vgl. u. a. auch Lambert, 2013, S. 206).

Die Autorinnen und Autoren des Jubiläumsartikels stellen die herrschende empiristische Therapieforschung nicht in Frage. Sie monieren lediglich gegenüber Schmid und anderen „Dogmatikern“, dass es nicht darum gehe, den Schritt in die „Vor-Rogers-Zeit“ zu vollziehen, sondern den PZA „für die Herausforderungen der aktuellen Lebensverhältnisse passfähig [zu machen]“ und diesen Ansatz „vor dem Museum [zu bewahren]“ (ebd., S. 76).

Aufzählung von Therapieforschungsbefunden

Im Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2010) wird zur Berücksichtigung von Therapieforschungen, die hinsichtlich der sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren relevant sind, neben der Diagnose einer „Störung mit Krankheitswert“ (Kriterium 1) auch gefordert, dass der mit dieser Forschung nachweisbare therapeutische Effekt intersubjektiv feststellbar und replizierbar (Kriterium 2) sowie intern (Kriterium 3) und extern (Kriterium 4) valide ist (vgl. ebd., S. 6f.). Später im Text erfolgt durch den WBP eine etwas andere Darstellung der Gütekriterien, in welcher indes bezeichnenderweise die Replizierbarkeit *fehlt* (vgl. ebd., 6f.). Insgesamt werden ca. fünfzig sicherlich beeindruckende Kriterien genannt, doch schließlich bleiben nur 7 (eigentlich zählende) „Ausschlusskriterien“ übrig (vgl. S. 30–35).

Im Laufe der Zeit veränderte der WBP die Zulassungskriterien von Arbeiten der Therapieforschung; zuletzt mit dem Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der HPT. Kriz (2018a) schreibt in seiner Stellungnahme zur Ablehnung dieses therapeutischen Verfahrens: „Es ist eher ein ‚Hase-und-Igel-Spiel‘. Egal wie viele weitere Wirkstudien noch vorgelegt werden, man kann immer wieder neue ‚Kriterien‘ ersinnen, mit denen sich selbst bereits wissenschaftlich anerkannte Studien nun ablehnen lassen“ (ebd., S. 2). Schließlich wurden von 300 Wirksamkeitsstudien nur 29 als Wirksamkeitsnachweise anerkannt. Offenbar wurde die HPT aufgrund eines einzigen fehlenden Nachweises im Bereich Angststörungen nicht als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren bewertet

und damit auch nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung von Psychotherapeuten empfohlen. Die Frage drängt sich auf, ob nun alle psychotherapeutischen Verfahren und Methoden i. S. der neuen, höher gesetzten „Hürden“ neu bewertet werden.

Die moderne empiristische Therapieforschung geht weitgehend „theorieilos“ (i. S. elaborierter Theorien) vor, wodurch das für eine Überprüfung notwendige Verhältnis zwischen Theorie und Erfahrung von vornherein ausgeschlossen wird (vgl. u. a. Gadenne, 1984) und damit eigentliche Experimente und Falsifikationsmöglichkeiten (u. a. angenommener Wirkgrößen) von vornherein nicht in Betracht gezogen werden (Näheres in Galliker, 2016). Um den Nachweis von Effektivität auf Beobachtungen „gründen“ oder „verifizieren“ zu können, bräuchte es ein Induktionsprinzip, das es indes als seinem Anspruch nach realisierbares nicht gibt, nicht geben kann (vgl. u. a. Albert, 1968/1969, S. 27).

Wie sollte es denn möglich sein, mit Feststellungen wie beispielsweise „In der Klinik K hat im Zeitraum Z die Behandlung mit KVT ebenso viel für die Patientengruppe A erbracht wie die Behandlung mit Medikamenten für die Patientengruppe B“ (s. o.) irgend etwas auszusagen über die Effektivität der KVT i. A.? Wie können Aussagen wie „die meisten psychischen Störungen [lassen sich] gut behandeln“ (vgl. Barnow, 2013, S. 90) oder gar „die grundsätzliche Wirksamkeit psychotherapeutischer Hilfen [steht] nicht mehr infrage“ (vgl. Gahleitner et al., 2014, S. 6) verstanden und als sinnvolle anerkannt werden?

Allsätze wie „Psychotherapien sind hilfreich“ „Psychotherapien mindern seelisches Leid“ oder auch i. S. der sogenannten Nullhypothese der experimentellen Psychologie zugerichtete Aussagen wie „[K]VT, PA, GPT unterscheiden sich in ihrer Effektivität nicht signifikant“ kann man, wenn man will, sicherlich als eine Art („Mini“)-Theorien betrachten und selbst ein Satz wie „KVT ist effektiver als GPT“ kann als minimale Theorie aufgefasst werden. Dieser Satz ist äquivalent mit dem universellen Es-gibt-nicht-Satz „Es gibt keine GPT, die effektiver als KVT ist“. Dabei handelt es sich um eine Aussage, die empirisch überprüfbar ist. Ein der Erfahrung entsprechender singulärer Es-gibt-Satz „Die GPT ist weniger effektiv als die KVT am Ort O zur Zeit Z“ würde vorläufig die „Theorie“ bestätigen. Demgegenüber würde der singuläre Satz „Die GPT ist effektiver als die KVT am Ort O zur Zeit Z“ dieselbe falsifizieren. Dabei ist es wissenschaftslogisch betrachtet unerheblich, wie viele bestätigende singuläre Es-gibt-Sätze gefunden werden könnten: die Bestätigung wird immer nur vorläufig sein. Andererseits sind zur Widerlegung dieser „Theorie“ mindestens zwei Basissätze der zweiten Form (i. S. einer Replikation) notwendig (s. o.).

Hingegen ist ein – soweit dies überhaupt möglich ist – „theorieilos“ formulierter universeller Es-gibt-Satz wie „Es gibt effektive KVT“ ausschließlich „verifizierbar“. Dies ist nicht nur

dann der Fall, wenn hierzu Dutzende Beispiele angeführt werden können, sondern auch dann, wenn nur zwei Beispiele, ein Beispiel oder vorläufig auch gar kein Beispiel auffindbar wäre. Wenn wir uns auf den Weg machen und die ganze Welt nach einer wirklich effektiven KVT absuchen, besteht bei dieser raumzeitlichen Offenheit immer auch die Chance, wenigstens eine einzige erfolgreiche KVT zu treffen. Umgekehrt ist die auf kein ausgezeichnetes Koordinatensystem bezogene Aussage „Es gibt effektive KVT“ durch *keinen* besonderen Basissatz falsifizierbar. Demnach handelt es sich bei dieser Aussage um eine nicht-empirische Aussage, die klarerweise als „metaphysisch“ bezeichnet werden muss (vgl. Popper, 1935/1989, S. 40).

Natürlich gilt auch für universelle Es-gibt-Sätze wie beispielsweise „Effektive GPT existiert“ das Gleiche. Diese allgemeine Aussage hat keinen empirischen Gehalt. Und mögliche Aussagen wie „Es gibt am Ort O zur Zeit Z eine effektive GPT“ oder „Es gibt am Ort O zur Zeit Z Gesprächspsychotherapien, die effektiver sind als gleicherorts und gleichzeitig durchgeführte Kognitive Verhaltenstherapien“, sind in ihrer Aussagekraft sehr beschränkt. Sie vermögen zwar Allsätze wie „Die KVT ist effektiver als die GPT“ zu falsifizieren (oder realiter zu relativieren), doch vermögen sie nicht die Effektivität der GPT zu begründen oder gar in einem empirischen Sinne definitiv zu bestätigen.

Aufgrund der bisherigen Therapieforchung kann letztlich nur festgestellt werden, dass es nicht nur effektive KVT gibt, sondern eben auch effektive GPT, so gut wie es nicht nur weiße Schafe gibt, sondern auch schwarze (und u. E. auch braune, möglicherweise auch graue und vielleicht sogar gelbe, wer weiß). Indes kann festgestellt werden (oder zumindest besser überprüft werden), dass (resp. ob) bisher mehr [K]VT-Studien durchgeführt wurden als GPT-Studien und dass (resp. ob) es sich dabei meistens um Studien mit dem Nachweis positiver Effektivität handelte, dies zumindest bei den publizierten. Dabei resultiert jedoch nicht die Feststellung relativer Verhältnisse, sondern es ergeben sich bestenfalls relativ zuverlässige absolute Zahlen, die hinsichtlich der Qualität besonderer therapeutischer Verfahren nicht aussagekräftig sind.

Im Falle „effektiver Therapien“ oder auch „nicht effektiver Therapien“ sowie deren Verhältnis zueinander müsste zudem berücksichtigt werden, dass nicht im gleichen Sinne auf eine Grundgesamtheit geschlossen werden kann, wie dies etwa bei der Überprüfung eines Allsatzes wie „Männer sind größer als Frauen“ der Fall sein mag (zumindest i. S. von Foppa, 1986, Typikalitätslogik), weil diese Grundgesamtheit noch gar nicht vorgängig besteht, sondern erst Schritt für Schritt aufgebaut wird mit jeder neuen Studie, in der die KVT und die GPT miteinander verglichen werden.

Von der Quantität „verifizierender RCT-Studien“ kann niemals auf die Qualität des Untersuchungsgegenstandes bzw. der

Psychotherapie geschlossen werden. Das Gleiche gilt auch für die Qualität der RCT-Studien. Ein solcher Schluss ist ein Fehlschluss, vergleichbar jenem, den Grawe in seiner Meta-Studie zumindest nahelegt (s. o.) – mit all seinen verheerenden Folgen für die psychosoziale Versorgung in den deutschsprachigen Ländern.

Im deutschsprachigen Bereich wird nach wie vor ein großer Teil der Therapieforchung in verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz durchgeföhrt. Es gibt Dutzende von psychologischen Instituten an den Universitäten, in deren Klinischen Abteilungen Therapieforchung meistens i. S. der [K]VT betrieben und von den Bürgern und Bürgerinnen finanziert wird. Andere therapeutische Verfahren (wie z. B. die GPT) genießen in keiner staatlichen Institution vergleichbare Privilegien.

Leider gibt es kaum offizielle Berichte über die Erfolgs-, Misserfolgs- und Abbruchquoten der an den Psychologischen Instituten der Universitäten durchgeföhrt Psychotherapien. Meistens wurden nur „erfolgversprechende“ Studien publiziert. Und auch die jeweiligen Abbruchquoten werden in kaum einer publizierten Studie den interessierten Lesern und Leserinnen mitgeteilt. Indessen befassen sich inzwischen einige wenige *separate* Studien mit dem Problem der Therapie-Misserfolge und -Abbruchquoten in der vor allem auf die [K]VT ausgerichteten Hochschulambulanz (vgl. u. a. Jacobi, Uhmann & Hoyer, 2011).

Schluss

1. Die gegenwärtigen Standards zur Evaluierung von Psychotherapie unterstehen der methodologischen Hegemonie des kognitiven Wissenschaftsparadigmas, durch das oft eher fragwürdige Konstruktionen produziert werden. Artefakte gilt es kritisch-rational zu dekonstruieren. Andernfalls würden die Öffentlichkeit und insbesondere die Personen, die auf Psychotherapie angewiesen sind, nicht richtig informiert.
2. Die [K]VT kann bis heute nicht besser legitimiert werden als andere therapeutische Verfahren und umgekehrt dieselben auch nicht besser als die [K]VT. Wissenschaftstheoretisch verantwortbar lässt sich ausschließlich festhalten, dass bislang keine seriösen Aussagen bezüglich der Qualität der verschiedenen therapeutischen Verfahren möglich sind.
3. Gesprächspsychotherapeuten und -therapeutinnen orientierten sich am humanistischen Paradigma, das dem kognitiven in mehrerer Hinsicht widerspricht (u. a. in Bezug auf das unterstellte Menschenbild, vgl. u. a. Galliker, 2018). Sie sympathisierten bisher wohl eher selten mit der quantitativen Therapieforchung, ließen es aber zu, sich in deren Sinne beurteilen zu lassen, anstatt die bestehenden Dominanzverhältnisse aufzuzeigen und sich mehr um alternative

- wissenschaftliche Vorgehensweisen zu kümmern, die ihren psychotherapeutischen Verfahren mehr entsprechen.
4. Ein erster Schritt in Richtung einer sinnvollen Therapiefor- schung ist die Praxis der Prozess-Analyse, mit der er- sichtlich wird, was eine Therapie fördert und was sie behin- dert. Einsichten in den therapeutischen Prozess werden von einer Vorgehensweise erwartet, die von den unmittelbaren Phänomenen ausgeht, dieselben in ihrem Prozess an ihres- gleichen misst und resultierende Differenzen sich wieder voraussetzt. Im Bereich des hermeneutisch-phänomenolo- gischen Forschungsparadigmas finden sich erste konkrete Forschungsansätze (vgl. z. B. Längle, 2015).
 5. Weder Dogmatismus noch Revisionismus dienen dem PZA. Die Reklamation gefährdeter Personenzentriertheit kann nicht mit der Annahme, dass sich „Wissen und Möglichkeiten in Beratung und Therapie [...] seit Rogers' Zeit ganz erheblich [weiterentwickelt hat]“, als „puristisch“ abqualifiziert werden (vgl. Behr, Finke und Gahleitner, 2017, S. 76).

Literatur

- Albert, H. (1968/1969). *Traktat über kritische Vernunft*. Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).
- Barnow, S. (2013). *Therapie wirkt! So erleben Patienten Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Behr, M., Finke, J. & Gahleitner, S. B. (2016a). Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. 20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers' Tod. *PERSON*, 20(1), 14–30.
- Behr, M., Finke, J., & Gahleitner, S. B. (2016b). Entwicklung ist Offenheit – Antworten an Jochen Eckert. *PERSON*, 20(2), 101.
- Behr, M., Finke, J. & Gahleitner, S. B. (2017). Personzentriert-Sein gehört in die psycho-sozialen Hilfesysteme und nicht ins Museum. Antworten an Mark Galliker, Margot Klein & Peter Schmid. *PERSON*, 21(1), 76–77.
- Bellmann, J. & Müller, T. (Hrsg.) (2011). *Wissen, was wirkt. Kritik evidenz- basierter Pädagogik*. Wiesbaden: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, E. (2017). *Gesprächspsychotherapie. Ur- sprung – Vorgehen – Wirksamkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brossi, R. (2015). Prozessanalysen – Juwelen aus der psychotherapeuti- schen Praxis. *PERSON*, 19(1), 7–15.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. E., Constantino, M. M., Goldfried, M. R. & Hill, C. E. (2010). Training of harmful effects of psychological treat- ments. *American Psychologist*, 65, 34–49.
- Cottraux, J., Note, I., Albuissou, E. et al. (2000). Cognitive behavior ther- apy versus supportive therapy in social phobia: a randomized con- trolled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 137–146.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psy- chotherapy for depression in adults: A meta-analysis of compara- tive outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909–922.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M. & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs. medica- tions in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409–416.
- Eckert, J. (2016). Hat die Gesprächspsychotherapie/Personzentrierte Psy- chotherapie eine Zukunft? Eine Stellungnahme zu dem Beitrag von Behr, M., Finke, J., Gahleitner, S. B. (2016). Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. *PERSON*, 20(2), 97–100.
- Eggert-Schmid Noerr, A., Finger-Trescher, U., Gstach, J. & Kathenbach, D. (Hrsg.) (2016). *Zwischen Kategorisieren und Verstehen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fäh, M. & Fischer, G. (Hrsg.) (1998). *Sinn und Unsinn der Psychothera- pieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und For- schungsmethoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fiedler, P. (Hrsg.) (2012). *Die Zukunft der Psychotherapie. Wann ist end- lich Schluss mit der Konkurrenz?* Berlin/Heidelberg: Springer.
- Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und stö- rungsbezogene Behandlungspraxis der Personzentrierten Psychothe- rapie. *PERSON*, 9, 51–64.
- Finke, J. (2015a). Prozessanalyse einer Psychotherapie mit Märchen. *PER- SON*, 19, 49–57.
- Finke, J. (2015b). Hermeneutik als Theorie des Verstehens. In: M. Gal- liker & U. Wolfrath (Hrsg.). *Kompendium psychologischer Theorien* (S. 185–188). Berlin: Suhrkamp.
- Fischer, G. & Fäh, M. (1998). Zur Kritik der empirischen Vernunft in der Psychotherapie(forschung). In: M. Fäh & G. Fischer (Hrsg.). *Sinn und Unsinn in der Therapiefor- schung* (S. 29–50). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fischer, G., Frommer, J. & Klein, B. (1998). Zukunftsperspektiven der Psychotherapie(forschung): Qualitative Kriterien zur Bewertung des Psychotherapieerfolgs. In: M. Fäh & G. Fischer (Hrsg.). *Sinn und Un- sinn in der Therapiefor- schung* (S. 29–50). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Flückiger, C. & Wüsten, G. (2014). *Ressourcenorientierung*. Göttingen: Hogrefe.
- Foppa, K. (1986). „Typische Fälle“ und der Geltungsbereich empirischer Befunde. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 45, 151–163.
- Freyberger, H. J. & Schneider, W. (2001). *ICD-10-Diagnostik in der Psy- chotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Gadanne, V. (1984). *Theorie und Erfahrung in der Psychologischen For- schung*. Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).
- Gahleitner, S. B., Gerlich, K., Hinterwallner, H. & Koschier, A. (2014). Risiken und Fehlerquellen in der Psychotherapie konstruktiv wen- den – ein Plädoyer für personzentriertes Vorgehen? *PERSON*, 18, 5–17.
- Galliker, M. (2016). *Ist die Psychologie eine Wissenschaft?* Wiesbaden: Springer.
- Galliker, M. (2018). *Menschenbild und Lebensform*. Gießen: Psychoso- zial-Verlag.
- Galliker, M. & Klein, M. (2016). Personzentriert sein – revidieren? Stel- lungnahme zum Jubiläumsartikel *Personzentriert sein – Sieben He- rausforderungen der Zukunft* von Behr, Finke & Gahleitner (2016). *PERSON*, 20, 102–110.
- Gendlin, E. (1997/2016). *Ein Prozess-Modell*. Freiburg: Karl Alber.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gutberlet, M. (2015). Der therapeutische Prozess und dessen Bedeutung im Personzentrierten Ansatz – Das Wiedergewinnen von Vertrauen in den Organismus. *PERSON*, 19(1), 16–25.
- Hahlweg, K. & Ehlers, A. (Hrsg.) (1997). *Psychische Störungen und ihre Behandlungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hermans, H. J. M. (2014). Self as a society of I-positions: A dialogical ap- proach to counseling. *Journal of Humanistic Counseling*, 53, 134–159.
- Heuft, G. & Esser, G. (2017). *Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie*. [http://www.wbpsychotherapie.de/ downloads/Gutachten-HPT.pdf](http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Gutachten-HPT.pdf) (12. 2. 17)
- Hollon, S. D. & Beck, A. T. (2013). Cognitive and Cognitive-Behavioral Ther- apies. In: M. J. Lambert (Ed.). *Handbook of Psychotherapy and Behav- ior Change* (pp. 393–442). Hoboken (New Jersey): John Wiley & Sons.

- Holzer, A. (2006). Jugendliche in der Personenzentrierten Psychotherapie. Eine Reflexion der Praxis. *PERSON*, 10 (2), S. 164–175.
- Hüsson, D. & Behr, M. (2017). Interaktionsresonanz in der Personenzentrierten Spielpsychotherapie – Eine Ratingskala. *PERSON*, 21(1), 42–49.
- Jakobi, F., Uhmann, St. & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 246–256.
- Kaiser, E. (1995). Der psychotherapeutische Weltgeist zu Bern. *Psyche*, 49, 493–507.
- Kächele, H. (1995). Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession. *Psyche*, 49, 481–492.
- Keil, S. (2014). Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID). *PERSON*, 18, 31–43.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON*, 1, 5–13.
- Kriz, J. (1973). *Statistik in den Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Kriz, J. (2018a). *WBP-Bewertung tendenziös und voller Mängel*. http://www.aghpt.de/texte/2018-01-22_kriz-WPB-Kritik.pdf (8. 2. 18)
- Kriz, J. (2018b). Gutachten zur Humanistischen Psychotherapie tendenziös und voller Mängel. Wie der „Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie“ gegen zentrale Standards der Wissenschaft verstößt. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 49, 42–46.
- Klein, M. & Galliker, M. (2007). Der Dreischritt als Untersuchungseinheit der Therapieforschung – Zu einer gegenstandsangemessenen Evaluation Personenzentrierter Psychotherapie, veranschaulicht am Gespräch von Rogers und Gloria. *PERSON*, 11(2), S. 127–139.
- Lambert, M. J. (Ed.) (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Hoboken (New Jersey): John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: M. J. Lambert. (pp. 169–218). Hoboken (New Jersey). John Wiley & Sons.
- Längle, S. (2015). Methode zur Praxis hermeneutisch-phänomenologischer Forschung. *Existenzanalyse*, 32, 64–70.
- Leichsenring, F. (1996). Zur Meta-Analyse von Grawe und Mitarbeitern. *Gruppentherapie und Gruppendynamik*, 32, 205–234.
- Lutz, W. (Hrsg.) (2010). *Lehrbuch Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Maragos, M. (2017). *Gestalttherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (1994). *Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe*. Berlin: Quintessenz.
- Pike, K. M., Walsh, B. T., Vitousek, K., Wilson, G. T. & Bauer, J. (2003). Cognitive behavior therapy in the posthospitalisation treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2046–2049.
- Popper, K. (1935/1989). *Logik der Forschung*. Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).
- Rogers, C. R. (1959/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Schmid, P. F. (2017). Personenzentriert sein – die Zukunft liegt nicht in der Vergangenheit. Anmerkungen zum Aufsatz „Personenzentriert sein – Sieben Herausforderungen für die Zukunft“ von M. Behr, J. Finke und S. Gahleitner in *PERSON* 1/2016. *PERSON*, 21 (1), S. 72–75.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. *Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Kongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Stieglitz, R.-D. & Freyberger, H. J. (2013). *DSM-5 und ICD-10. Was kommt auf uns zu?* Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Stammmler, F.-M. (2015). *Das dialogische Selbst. Postmodernes Menschenbild und psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Strauß, B. (2010). Risiken, Nebenwirkungen und Fehlbehandlungen in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 9, 196–198.
- Strupp, H. H. (1997). The Tripartite Model and the Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 53, 1017–1024.
- Stuhr, U. (1998). Die Meyer-Grawe-Kontroverse über die Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungsverfahren bei psychosomatischen Störungen. In M. Fähr & G. Fischer (Hrsg.). *Sinn und Unsinn in der Therapieforschung* (S. 29–50). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Tschuschke, V. & Kächele, H. (1998). In: M. Fähr & G. Fischer (Hrsg.). *Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden* (137–162). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Turner, C. & Cadman, J. (2017). When Adolescents Feel Ugly: Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder in Youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 31(4), 242–254.
- Weßling, H. (2012). *Theorie der klinischen Evidenz. Versuch einer Kritik der Evidenzbasierten Medizin*. Münster: LIT Verlag.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2010). *Methodenpapier nach § 11 PsychThG – Version 2.8*. <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/methodenpapier28.pdf> (12. 3. 18).
- Wiltschko, J. (Hrsg.) (2008). *Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens*. Wien: Facultas.