

Ansätze zur empirischen Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie in Österreich

Norbert File
Imst

Wolfgang W. Keil
Wien
alle Österreich

Manuel Schabus
Salzburg

Joachim Sauer
Salzburg

Nach einer einleitenden kurzen Übersicht über die bisherige empirische Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie weltweit und über Forschungsansätze im Rahmen der österreichischen Vereinigung ÖGWG¹ werden zwei von der ÖGWG durchgeführte empirische Untersuchungen dargestellt. Die demographisch ausgerichtete Studie 1 sollte eine Bestandsaufnahme der Klientenzentrierten Therapie in Österreich ermöglichen. Dabei konnten in die statistische Erhebung 2028 KlientInnen und 68 (von 468 angeschriebenen) TherapeutInnen einbezogen werden. Nach Ausschluss von 50 Datensätzen von Lehrtherapien ergaben sich u. a. als häufigste Diagnosen Anpassungsstörungen (F43; 24 %), Depression (F32, F33; 22 %) und Angststörungen (F40, F41; 12 %), während 9 % kein krankheitswertiges Therapiemotiv aufwiesen. Bei Studie 2, eine Prozess- und Outcome-Evaluation, sollten sowohl Symptomveränderungen als auch Veränderungen im emotionalen Erleben untersucht werden. Dazu wurden zu drei Messzeitpunkten (Beginn, 15. Stunde und Ende der Therapie) das Brief Symptom Inventory (BSI) und die „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (SEE) verwendet. Bei 44 evaluierten Datensätzen von KlientInnen ergaben sich u. a. signifikante Veränderungen bei allen Skalen des BSI sowie positive Veränderungen beim SEE bereits bis zur 15. Therapiestunde. Zum Therapieende weisen v. a. die BSI-Daten auf eine, nicht nur statistisch signifikante, sondern auch klinisch bedeutsame Veränderung der betreffenden KlientInnen hin.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychotherapieforschung, Brief Symptom Inventory (BSI), Skala zum Erleben von Emotionen (SEE)

Attempts to Research in Client-Centered Psychotherapy in Austria. After giving a short overview about empirical research on client-centered psychotherapy world-wide and about research in the Austrian association for person-centered psychotherapy (ÖGWG¹) we are going to focus on two recent ÖGWG research projects. Study 1¹ was focused towards demographic data and was intended to provide a snapshot of client-centred therapies in Austria today. We acquired statistical from 2028 clients as well as 68 (out of 468 contacted) ÖGWG psychotherapists. After excluding 50 data sets from ÖGWG psychotherapy candidates (training therapy) the most prevalent diagnoses included adjustment disorder (F43; 24 %), depression (F32, F33; 22 %) and anxiety disorder (F40, F41; 12 %) while 9 % did not have a clinical indication. In “study 2”, evaluating psychotherapy process and outcome, we focused on changes in clinical symptoms as well as in emotional experiencing. Specifically, we used the “brief symptom inventory” (BSI) and the “Scales for Experiencing Emotions” (SEE) at three sampling points, at the beginning of therapy, after about 15 hours and at the end of therapy. Significant changes after only 15 hours (N = 44) were found across all BSI symptom scales as well as across most SEE scales. At the end of psychotherapy specifically the BSI measurements do not only indicate statistically significant but also clinically relevant changes.

Keywords: Client-Centered Therapy, Psychotherapy Research, Brief Symptom Inventory (BSI), Scales for Experiencing Emotion (SEE)

Norbert File, Mag., 1966, freiberuflicher Klientenzentrierter Psychotherapeut in Imst und Innsbruck, Psychologe, E-Mail: norbert.file@aon.at

Wolfgang W. Keil, Prof., Mag., 1937, freiberuflicher Psychotherapeut in Wien, Lehrgangsleiter für den Universitäts-Lehrgang der ÖGWG an der Donau-Universität Krems, E-Mail: wolfgang@keil.or.at

Joachim Sauer, a.o.Univ.-Prof. i. R., Dr., 1944, freiberuflicher Klientenzentrierter Psychotherapeut, Klinischer- und Gesundheitspsychologe, Supervisor/Coach (ÖVS), E-Mail: joachim.sauer@tele2.at

Manuel Schabus, Ass.-Prof., Dr., Priv.-Doz., 1977, freiberuflicher Klientenzentrierter Psychotherapeut, Psychologe, BASKET-Therapeut (Bindungsbasierte Ambulante auf Säuglinge, Kinder und Eltern bezogene Therapie) bei TAF Salzburg, E-Mail: manuel.schabus@sbg.ac.at

1 Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung.

1. Überblick über die empirische Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie

Der Klientenzentrierte Ansatz kann wahrscheinlich die – nach der Verhaltenstherapie – umfangreichste Forschung zur Psychotherapie vorweisen. Rogers hat, beginnend in den 1940er Jahren, vor allem viele Therapieprozesse in ihren Zusammenhängen mit verschiedenen Prozessvariablen und mit den Therapieergebnissen untersucht und damit die „process-outcome“-Forschung in der Psychotherapie begründet. Es seien hier beispielsweise die mittels Q-sort-Methode durchgeführten Untersuchungen zur Veränderung des Real-Selbst und des Ideal-Selbst oder die Untersuchungen zur Prozessskala, die Rogers die Formulierung seiner bekannten „Prozessgleichung“² erlaubt haben, erwähnt. Einzigartig ist auch die Analyse und das öffentliche Zur-Verfügung-Stellen von Therapieskripten, etwa des gesamten Therapieverlaufs mit Herbert Bryan (Rogers, 1942/1972) oder die Analyse der fehlgeschlagenen Therapie mit Mr. Bebb (Rogers & Dymond, 1954). Auch das ausführliche Untersuchungsprojekt über die Therapien mit stationären schizophrenen Patienten in Wisconsin sollte hier genannt werden. Es ist bedauerlich, dass der umfangreiche Bericht über diese Forschung (Rogers et al., 1967) nicht in deutscher Sprache zur Verfügung steht. Für eine ausführliche Darstellung der gesamten Forschungstätigkeit von Rogers wird auf die in PERSON erschienene kritische Würdigung von Korunka, Nemeskeri und Sauer (2001) verwiesen.

Unter den vielen weiteren Studien finden sich u. a. die geläufigen Untersuchungen zur Einschätzung des Therapeutenverhaltens (Grundhaltungen) und der Selbstexploration des Klienten unter Verwendung diverser Einschätzskalen für geschulte Rater oder unter Verwendung diverser Klienten-Fragebögen (etwa das Relationship Inventory von Barrett-Lennard, woraus Eckert, Höger und Kollegen die gebräuchlichen Klienten-, Therapeuten und Gruppen-Erfahrungsbögen entwickelt haben). Die Mehrheit aller Studien belegt die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Therapie, die therapeutische Beziehung erwies sich dabei als größter Wirkfaktor. Unter diesen Studien findet sich übrigens auch die „berühmte“ Studie von Kirtner & Cartwright (1958), die belegt, dass Klienten, die von Beginn an keinen Kontakt zu ihrem inneren Erleben haben, dies auch durch Klientenzentrierte Therapie nicht erreichen. Rogers begegnete der Enttäuschung seiner Mitarbeiter über dieses Ergebnis mit dem mittlerweile klassisch gewordenen Diktum „Die

Tatsachen sind freundlich!“³ Diese Studie war aber auch der Hintergrund, dass Gendlin mit seinen Mitarbeitern das Focusing entwickelte, als Methode, zu lernen, sich dem eigenen Experiencing zuzuwenden. Zum Focusing und zur focusing-orientierten Therapie gibt es ebenfalls reichhaltige Forschung; eine diesbezügliche Übersicht von Marion Hendricks (2000) liegt auch in deutscher Sprache vor. Des Weiteren entwickelten Gary Prouty et al. die Prä-Therapie, ein Personzentriertes Verfahren, das Klienten/-innen mit spezifischen „Kontaktreflexionen“ unterstützt, in Kontakt mit sich und ihrem Körpererleben zu kommen. Dekeyser, Prouty & Elliott (2008) haben die empirischen Forschungen dazu zusammengefasst.

Nach den zunächst meist amerikanischen Forschungen entwickelte sich auch in Deutschland (einschließlich der ehemaligen DDR) eine reiche Forschungskultur zur Gesprächspsychotherapie. Ein Schwerpunkt dabei lag bei Prof. Tausch in Hamburg, dessen Untersuchungsprogramme z. T. auch weit über den Bereich der Psychotherapie hinaus die Charakteristika förderlicher Kommunikation in vielen pädagogischen und Alltagsbereichen erfasste. Erwähnt werden sollen auch einige der in Deutschland durchgeführten Vergleichsstudien wie der Vergleich von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie (Grawe, 1976; Plog, 1976) mit phobischen Menschen, die große Hamburger Kurzzeit-Psychotherapie-Studie, ein Vergleich von psychoanalytischer Kurztherapie und Gesprächspsychotherapie, oder auch ein analoger Vergleich von stationären Gruppenpsychotherapien von Eckert & Biermann-Ratjen (1985). Die Vergleiche ergaben großteils gleiche quantitativ fassbare Effekte, jedoch mit qualitativen Unterschieden; bei der Hamburger Kurzzeit-Psychotherapie-Studie erwies sich die Gesprächspsychotherapie als überlegen. Die relativ gleiche Wirksamkeit von verschiedenen Therapieverfahren wird von fast allen Vergleichsstudien bestätigt, so etwa auch bei einer großen Untersuchung, bei welcher im Rahmen des britischen National Health Service durchgeführte kognitiv-behaviorale Therapie, Personzentrierte Therapie und psychodynamische Therapie verglichen wurden. Ein kurzer Bericht dazu kann in PERSON nachgelesen werden (Stiles et al., 2007). Eine der umfassendsten Metaanalysen verschiedenster Therapieformen wurde in den 1990er Jahren von Grawe, Donati & Bernauer (1994) vorgelegt. Hier dominiert vollkommen die Verhaltenstherapie, doch meinen die Autoren. „Vergleicht man die Ergebnistabellen (...) zu den meisten anderen Therapieformen, dann muss man der

2 “The more the client perceives the therapist as real or genuine, as empathic, as having an unconditional regard for him, the more the client will move away from a static, unfeeling, fixed, impersonal type of functioning and the more he will move toward a way of functioning which is marked by a fluid, changing, acceptant experiencing of differentiated personal feelings.” (Rogers, 1970, p. 201)

3 Rogers (1961/1973, S. 41) hat im Rückblick dazu gemeint: „Während ich es weiterhin hasse, (...) alte Formen des Wahrnehmens und der Begriffsbildung aufzugeben, so erkenne ich doch auf einer tieferen Ebene, dass diese schmerzlichen Neuorganisationen das sind, was man *Lernen* nennt, und dass sie, obwohl sie schmerzlich sind, immer zu einer befriedigenderen, weil etwas genaueren Ansicht des Lebens führen.“

Gesprächspsychotherapie eine sehr überzeugend nachgewiesene Wirksamkeit bescheinigen. Die Ergebnisse sind bemerkenswert, wenn man an das Spektrum an Störungen denkt, auf die Gesprächspsychotherapie angewandt wurde, und an die relativ kurze Therapiedauer, in der die Effekte erreicht wurden.“ (a. a. O., S. 134). Eckert (1996) merkt dazu an, dass in die Metastudie von Grawe nur Gesprächspsychotherapien mit einer kurzen Dauer (meist bis 20 Stunden) einbezogen waren. Da dies nur ein Viertel der üblichen Behandlungsdauer⁴ darstellt, kann angenommen werden, dass die mögliche Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie hier bei weitem noch nicht ausgeschöpft worden ist. Was die störungsbezogene Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie und deren sozialrechtlich relevante Nützlichkeit angeht, konnte Frohburg (2009) aus der Untersuchung mehrerer professioneller Expertisen den Schluss ziehen, „dass Gesprächspsychotherapie ein wirksames Verfahren zur Beseitigung bzw. Verminderung krankheitswertiger psychisch bedingter Störungen mit einem breiten Indikationsbereich ist.“ (a. a. O., S. 111) Dies wird auch schon in einem Überblicksartikel zur Wirksamkeit der klientenzentrierten Psychotherapie von Sauer (1993) angemerkt.

Ein außerordentlich produktives Forschungs-Zentrum für unseren Ansatz hat sich beginnend mit Laura Rice und dann vor allem bei Les Greenberg in Kanada entwickelt. Aus diesen Untersuchungen ist weitgehend die heutige Emotionsfokussierte Therapie entwickelt worden; die emotionsfokussierte Paartherapie ist überhaupt die erste Therapieform, die zur Gänze von der empirischen Forschung her konzeptualisiert wurde. Im Rahmen von vergleichenden Studien zur Therapie von Depression wurde hier auch festgestellt, dass emotionsfokussierte Therapie einer klassischen Personzentrierten Therapie in einigen Prozessmerkmalen (Tiefe des Experiencing u. ä.) überlegen ist, dass jedoch die Therapieeffekte durchaus vergleichbar sind (Greenberg & Watson, 1998; Pos et al., 2003; Goldman et al., 2006).

Seit etwa 1980 sind in der Psychotherapieforschung Metaanalysen gebräuchlich geworden, bei denen die in vielen einzelnen Studien erfassten Veränderungen rechnerisch zusammengefasst und in „Effektstärken“ angegeben werden. Für unseren Ansatz sind inzwischen mindestens sechs solcher Metaanalysen durchgeführt worden. Elliott, Greenberg & Lietaer (2004) haben für die 5. Auflage von Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change 112 Untersuchungen von Personzentrierten (einschließlich emotionsfokussierter) Therapien

analysiert und eine Effektstärke von .86 errechnet. In der in der 6. Auflage dieses Handbuchs erschienenen Metaanalyse von Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire (2013) wurde eine Effektstärke von .95 bei 199 Untersuchungen von Humanistischen Psychotherapien festgestellt. Dies ist den Ergebnissen der kognitiv-behavioralen Therapie vergleichbar, die Ergebnisse fallen jedoch unterschiedlich aus, wenn einzelne Störungen gesondert betrachtet werden. Hier zeigt sich eine leichte Überlegenheit der Personzentrierten und Emotionsfokussierten Therapie bei Depression oder bei Paarkonflikten, während sie bei Angst- und Panikstörungen der Verhaltenstherapie unterlegen ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Wirksamkeit (effectiveness) der Personzentrierten Therapie gut belegt ist und immer wieder neu bestätigt wird. Allerdings liegen dazu nur wenige Untersuchungen vor, die dem so genannten „Goldstandard“ der empirischen Forschung entsprechen. Dies sind randomisierte kontrollierte Studien, bei denen unter Laborbedingungen manualisiertes therapeutisches Vorgehen bei isolierten psychischen Störungen auf seine Effektivität (efficacy) hin untersucht werden kann. Es ist klar, dass eine solche, an die medizinische und Pharmaforschung angelehnte Forschung für ein Verfahren, das ein humanistisches Menschenbild und Therapieverständnis betont, nicht adäquat ist (vgl. Auckenthaler & Helle, 2001). Dafür hat unser Ansatz aber eine Vielzahl von Studien zur Wirksamkeit (vgl. auch die Übersicht von Elliott & Freire, 2010), zur Prozess-Ergebnis-Forschung (vgl. Watson, Greenberg & Lietaer, 2010), zur Forschung über Klientenbeiträge zur Selbstheilung (vgl. Bohart & Tallman, 2010) und schließlich zahlreiche Untersuchungen zur Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (vgl. Hölldampf, Behr & Crawford, 2010) hervorgebracht. Abschließend sei noch auf ein in PERSON erschienenes detailliertes Review aller Wirksamkeitsuntersuchungen im Personzentrierten Ansatz im Zeitraum von 1992 bis 2006 verwiesen (File et al., 2008).

2. Forschungsansätze in der ÖGWG

Eine einzelne therapeutische Vereinigung wie die ÖGWG hat leider nicht die Ressourcen, umfassende empirische Untersuchungen selbstständig durchzuführen. Notwendig und unverzichtbar ist in jeder Therapieschule jedoch die Analyse und Reflexion der eigenen therapeutischen Tätigkeit. In der ÖGWG geschah dies – wie in anderen Vereinigungen auch – u. a. in Form von Abschlussarbeiten, in denen eigene Therapieverläufe analysiert und reflektiert werden. Aus Gründen der Verschwiegenheit und des Klientenschutzes können diese Arbeiten allerdings nicht veröffentlicht werden. Im Rahmen der Kooperation mit der Donau-Universität Krems besteht inzwischen die Möglichkeit, auch mit einer wissenschaftlichen Theorie- oder

⁴ Eine Untersuchung von Eckert & Wuchner (1994) in Deutschland ergab eine durchschnittliche Dauer von 70 Stunden, die österreichische Untersuchung von Korunka, Keil & Eskevig (2003) eine solche von 61 Stunden im Durchschnitt.

Forschungsarbeit in Form einer Masterthesis abzuschließen. Hier liegen mittlerweile einige aussagekräftige Arbeiten, u. a. etwa über Paranoia aus klientenzentrierter Sicht (Kniener, 2010), über die Prozesse vor plötzlichem Therapieabbruch (Schouweiler 2012), über das Selbst und die Selbstentwicklung in der Psychotherapie (Keil, 2007) über das Ich bei Gendlin (Lindenbauer, 2013) oder über den Umgang mit erotischem Erleben in der Therapie (Zach, 2013).

Eine größere Untersuchung v. a. über die Therapiedauer Klientenzentrierter Therapien in Österreich wurde im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Wien durchgeführt (Korunka, Keil & Haug-Eskevig, 2003). Ausgewertet wurden bei einer Rücklaufquote von 16 % aller ÖGWG-Mitglieder die Angaben von 92 Therapeutinnen und Therapeuten über 175 abgeschlossene Einzeltherapien mit Erwachsenen. Demnach umfasst die Dauer einer Klientenzentrierten Therapie durchschnittlich 61 Stunden; die häufigsten Diagnosen sind dabei neurotische Störungen (46 %), affektive Störungen (28 %), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (8 %) sowie Persönlichkeitsstörungen (8 %). Der Anteil der Frauen auf Therapeut(inn)enseite betrug 70 %, auf Klient(inn)enseite 68 %. Zum Zeitpunkt der Untersuchung stellten die (der ÖGWG zugeordneten) Klientenzentrierten 13,4 % und die (der APG⁵ und der VRP⁶ zugeordneten) Personenzentrierten 3,3 % aller eingetragenen österreichischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.⁷

In den letzten sieben Jahren hat die mittlerweile wieder reaktivierte Wissenschaftskommission der ÖGWG große Anstrengungen unternommen, eigene Forschungsaktivitäten in der ÖGWG zu ermöglichen, zu planen und durchzuführen. Die beiden ersten aktuellen Forschungsprojekte der ÖGWG Wissenschaftskommission sollen nun im Folgenden dargestellt werden. Es handelt sich dabei zum einen um eine demographische Erhebung an 2028 KlientInnen die von 68 ÖGWG TherapeutInnen begleitet wurden (Studie 1), und zum anderen um eine Prozess-Ergebnisforschung mit drei Erhebungszeitpunkten (Therapiebeginn, ca. 15. Stunde und Therapieende) mit 44 KlientInnen (Studie 2).

3. Die ersten beiden empirischen Forschungsprojekte der ÖGWG

Dieser Abschnitt verweist auf zwei durchgeführte Studien. Studie 1 betrifft eine demographische Bestandsaufnahme der in Österreich durch ÖGWG-PsychotherapeutInnen behandelten KlientInnen in einem bestimmten Zeitraum, während es sich bei Studie 2 um eine Therapieverlaufsstudie bei 44 KlientInnen zu 2 Messzeitpunkten und bei einer kleinen Stichprobe von 12 KlientInnen zu 3 Messzeitpunkten handelt.

3.1 Methode

3.1.1 Studie 1 – Demographische Erhebung

Insgesamt wurden im Zeitraum März 2011 bis November 2012 zu zwei Zeitpunkten 468 Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen (337 Frauen, 131 Männer) – davon 77 TherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision – zur Teilnahme an der ersten empirischen Untersuchung der ÖGWG-Wissenschaftskommission eingeladen. Ziel dieser Erhebung war, erstmalig eine Bestandsaufnahme der österreichweit behandelten KlientInnen durch ÖGWG-PsychotherapeutInnen zu ermöglichen. Zudem können die Daten wichtige Information für eventuelle zukünftige berufspolitische Diskussionen liefern.

Die TherapeutInnen

Insgesamt nahmen 68 Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen (Altersmittelwert 51,25, Standardabweichung [SD] = 10,06, Range: 31–75) bzw. 2028 KlientInnen an der ersten ÖGWG-Erhebung teil, wobei 64,7 % (n = 44) der TherapeutInnen weiblich, und 35,3 % (n = 24) männlich waren. Dies bedeutet einen Gesamttrücklauf von den angeschriebenen PsychotherapeutInnen von 14,50 % Prozent.

Die TherapeutInnen (Th.), die an der Erhebung teilnahmen, waren im Schnitt seit 15,5 Jahren (SD= 10,20) therapeutisch tätig. Die Th. kommen dabei aus der Bundeshauptstadt Wien (n = 21), Salzburg (11), OÖ (12), Steiermark (10), Kärnten (5), Tirol (6), sowie NÖ, Burgenland und Vorarlberg (je 1). Die TherapeutInnen gaben dabei die demographischen Daten der KlientInnen in einer von der ÖGWG-Wissenschaftskommission angelegten Datenbank ein und beurteilten dabei auch den subjektiven Therapieerfolg aus ihrer Sicht.

Die KlientInnen

Wenn von den 2.028 KlientInnen die Ausbildungs- bzw. Lehrtherapien ausgeschieden werden, verbleiben 1.978 Datensätze zur weiteren Verrechnung. 63,1 % (n = 1.248) der KlientInnen, die an der Studie teilnahmen, waren Frauen, 36,9 % (n = 729) der Klienten waren männlich.

58,2 % (1152) der KlientInnen waren ohne pharmakologische

5 Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision, die in 2 Sektionen geteilt ist: APG-Forum (Personenzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung) und APG-IPS (Institut für personenzentrierte Studien)

6 Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

7 Derzeit lauten diese Sätze 8,02 % und 4,87 %; d. h. 12,89 % aller österreichischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügen über den Zusatztitel Klientenzentrierte oder Personenzentrierte Psychotherapie. (<http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>)

Behandlung während der Psychotherapie, 8.4 % (167) phasenweise und 33.1 % (655) ständig unter Einnahme psychoaktiver Substanzen. Bezüglich Ausbildungsgrad ergab sich folgende Verteilung: Noch in Ausbildung 10.9 % (215), Keine/Angelernt 8.5 % (168), Lehre/Berufsschule 21 % (415), Fachschule 9.2 % (182), berufsbildende höhere Schule 16.8 % (332), Fachakademie/Fachschule 10.6 % (210) und akademischer Abschluss 21.4 % (424). Bezüglich der Finanzierung zeigte sich folgende Aufteilung: Selbstzahler 20.3 % (401), Selbstzahler mit 21.80 € Zuschuss 39.5 % (781), überwiegend durch die Krankenkassen finanziert 25.6 % (506), über Institutionen finanziert 13.7 % (271).

Die Behandlungsform

In allen Fällen wurde die Klientenzentrierte Psychotherapie als Behandlungsform angewandt. Die meisten der Klienten hatten wöchentliche (55,9 %) oder zweiwöchentliche (27 %) Therapiesitzungen. Das Therapiesetting war dabei überwiegend ein klassisches Einzelsetting (88,2 % Einzelsetting vs. 3,7 % Paar-, 5,8 % Gruppen-, 1,5 % Familien-Setting).

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 68,1 % ($n = 1.347$) der Therapien noch nicht abgeschlossen, sowie 631 Therapien (31,9 %) beendet. Die Therapiezufriedenheit bei den abgeschlossenen Therapien wurde dabei mit insgesamt 69,1 % – „sehr zufrieden“ (36,5 %) bzw. „zufrieden“ (32,6 %) – aus der Sicht der TherapeutInnen angegeben.

Bezüglich der durchschnittlichen Therapiedauer: Der weniger auf Ausreißer anfällige „5 % getrimmte Mittelwert“ weist mit 36,2 Therapiestunden (laufende Therapien) bzw. 28,6 (abgeschlossene Therapien) einen bereinigten und glaubwürdigen mittleren Richtwert aus. Frühzeitige Therapieabbrüche (<4 Stunden) sowie außerordentlich lange Therapien (>400 Stunden) wurden gänzlich von dieser Berechnung ausgenommen. Wird die Dauer aller 1978 Therapien nach Kategorien aufgeteilt ergibt sich folgende Verteilung: 1–5 Stunden 14,9 % (295 Fälle), 6–15 Stunden 28,7 % (568), 16–25 Stunden 15,2 % (301), 26–50 Stunden 16,8 % (333) und mehr als 51 Stunden 24,3 % (480). Zu beachten ist dabei, dass zum Zeitpunkt der Datenerhebung nur 31,9 % (631 Therapien) abgeschlossen waren.

3.1.2 Studie 2: Therapieverlaufsstudie

KlientInnen:

In die Auswertung wurden nur Klientinnen einbezogen, die während der Therapieeingangsphase (Messzeitpunkt 1) nach Franke (2000) als „psychisch auffällig belastet“ galten. Demnach gilt ein Proband als psychisch auffällig belastet, wenn der Global Severity Index des BSI einen T-Wert über 62 aufweist oder wenn in mindestens 2 BSI-Skalen ein Wert von 63 erreicht oder überschritten wird. 3 (von 47) KlientInnen wurden nach diesem Kriterium als von Anfang an „gesund“ von der weiteren Auswertung ausgeschlossen.

Insgesamt wurden Daten von 44 KlientInnen mit mindestens 2 Messzeitpunkten (im Abstand von etwa 15 Stunden, $M = 14.75$, $SD = 2.45$) erhoben.

Das Alter der Probanden lag zwischen 20 und 65 Jahren ($M = 40.80$; $SD = 11.16$). 29 Probanden der Stichprobe waren dabei weiblich ($M = 38.87$, $SD = 9.28$) und 15 männlich ($M = 44.53$; $SD = 13.70$); es fällt also ein gewisser Altersunterschied zwischen den Geschlechtern auf. Die häufigsten Störungsbilder waren depressive Störungen ($n = 15$), Anpassungsstörungen ($n = 13$), Angststörungen ($n = 11$) und Sonstige ($n = 5$).

Zum jetzigen Zeitpunkt haben 23 KlientInnen die Therapie abgeschlossen, 11 davon innerhalb der ersten 15 Stunden, was bedeutet dass bei diesen 11 Klienten die Messzeitpunkte 2 (15. Stunde) und 3 (Therapieende) identisch sind. Von insgesamt 12 KlientInnen liegen Daten zu allen 3 Messzeitpunkten vor. Therapiebeender unterscheiden sich bezüglich der Diagnose-Verteilung statistisch nicht signifikant ($\text{Chi-Quadrat} = 1.0$, $p = 0.78$, $df = 3$) von KlientInnen, die sich noch in Therapie befinden. Die durchschnittliche Dauer der im Rahmen dieser Untersuchung abgeschlossenen Therapien ($n = 23$) betrug 23,57 Stunden ($SD = 11.81$) verteilt auf 41,78 Wochen ($SD = 20.57$). Da es sich um einen Zwischenbericht handelt, sind die kürzer dauernden Therapien überrepräsentiert. Therapien, die noch nicht beendet sind (längere Therapieverläufe), werden die durchschnittliche Therapiedauer nach oben korrigieren.

TherapeutInnen:

Insgesamt haben 9 Therapeuten und 4 Therapeutinnen an der Untersuchung teilgenommen. Sie sind im Durchschnitt seit 24,31 Jahren ($SD = 9.18$) als TherapeutInnen tätig. Bemerkenswert ist, dass mehr als zwei Drittel von ihnen (69,23 %) ihr wöchentliches Arbeitspensum als Psychotherapeuten mit über 20 Stunden angeben. Die meisten TherapeutInnen (92,3 %) sind als Ausbilder für klientenzentrierte Psychotherapie tätig.

Untersuchungsdesign:

In dieser Studie steht die klinische Brauchbarkeit („effectiveness“) klientenzentrierter Psychotherapie im psychotherapeutischen Alltag im Vordergrund (Hahlweg, 2000, S. 46). Untersucht wird die Wirksamkeit von Psychotherapie in der täglichen klinischen Praxis von niedergelassenen PsychotherapeutInnen. Die Untersuchung hat den Zweck, mögliche Veränderungen zwischen dem Beginn (Messzeitpunkt 1, Stunde 1–3), nach etwa der 15ten Stunde (MZ2; $M = 14.75$, $SD = 2.45$) und dem Ende (MZ3; $M = 31.00$, $SD = 10.80$) von Klientenzentrierten Psychotherapien zu erheben. Es geht dabei um Veränderungen bezüglich körperlicher und psychischer Beschwerden der KlientInnen sowie um Veränderungen in der Wahrnehmung eigener Gefühle. Erstere werden mittels des „Brief Symptom

Inventory“ (BSI; Franke, 2000), letztere mittels der „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (SEE; Behr & Becker, 2004) erhoben. Das Brief Symptom Inventory (BSI) ist ein international anerkanntes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erhebung psychischer Belastungen. Neben 9 Subskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus) lässt sich ein Globalwert (Global Severity Index) errechnen, der die grundsätzliche psychische Belastung misst.

Nach Hutterer (2005, S. 142) ist der Fragebogen SEE ein therapie- und fachspezifisches Instrumentarium, in dem klientenzentrierte Kategorien und Konstrukte operationalisiert wurden, um sie der Forschung zugänglich zu machen. „Die Skalen zum Erleben von Emotionen stellen ein theoriegeleitetes multidimensionales Instrument zur Erfassung zentraler Konstrukte der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie ... dar“ (Behr & Becker, 2004, S. 7). Sie zählen zu den Persönlichkeitsfragebögen und messen daher stabilere Persönlichkeitsstrukturen und bestehen aus 7 Subskalen (Akzeptanz eigener Emotionen, Erleben von Emotionsüberflutung, Erleben von Emotionsmangel, körperliche Symbolisierung von Emotionen, imaginative Symbolisierung von Emotionen, Erleben von Emotionsregulation und Erleben von Selbstkontrolle). In einer kanadischen Studie von Watson & Lilova (2011) wurden für den SEE eine gute Reliabilität und eine ausgezeichnete Validität empirisch bestätigt mit gewissen nationalen Unterschieden (z. B. verwendeten die kanadischen Versuchspersonen weniger Träume und Imaginationen zum Verstehen von Gefühlen und hatten insgesamt ein geringeres Bedürfnis, ihre Gefühle zu verstecken als die deutsche Stichprobe).

Alle Klientenfragebögen wurden mit einem persönlichen Code versehen und von den TherapeutInnen den KlientInnen direkt übergeben. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in einem verschlossenen Kuvert den behandelnden TherapeutInnen retourniert. Die Auswertung erstellte Norbert File automatisiert über das Hogrefe Test-System.

3.2 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den beiden Studien dargestellt.

3.2.1 Ergebnisse der Studie 1

Die Auswertung der diagnostischen Erhebung erfolgte nach ICD-10 (2010).

In der Folge (siehe Tabelle 1) sind die häufigsten der von den Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen angegebenen ICD-10 Hauptdiagnosen dargestellt. Zur besseren Übersicht wurden die Diagnosen dabei in Diagnosegruppen zusammengefasst.

Die meisten der behandelten Fälle sind dabei als Anpassungsstörungen (F43), depressive Störungen (F32, F33) oder Angststörungen (F40, F41) ausgewiesen.

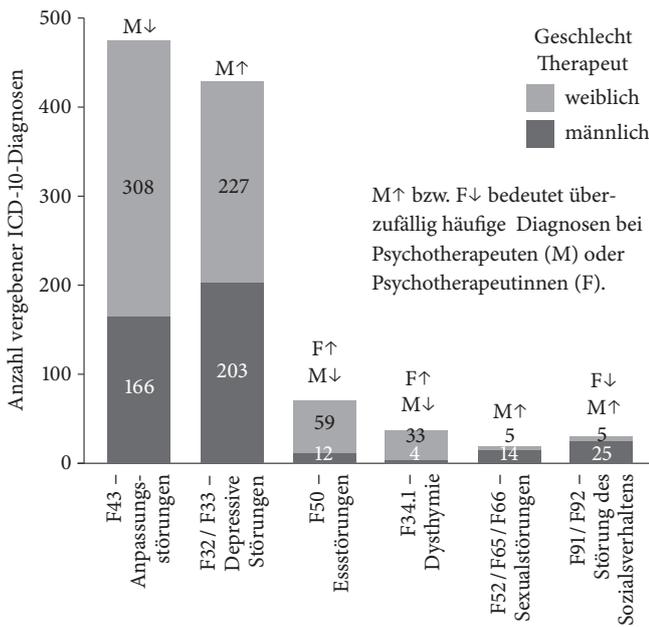
Tabelle 1. ICD-10 Hauptdiagnosen bei ÖGWG Psychotherapien.

ICD-10 Hauptdiagnose Gruppen	Häu- figkeit	Valide %
F43 – Anpassungsstörungen	474	24,0
F32 & F33 – Depressive Störungen	430	21,7
F40 & F41 – Angststörungen	240	12,1
nicht klinisch indiziert (Selbsterfahrung, ...)	180	9,1
F60 & F61 – Persönlichkeitsstörungen	151	7,6
F50 – Essstörungen	71	3,6
F3 & F30 & F31 & F34 – Affektive Störungen	53	2,7
F45 – Somatoforme Störungen	51	2,6
F2 – Schizophrene Störungen	51	2,6
F48 – Neurasthenie	41	2,1
F34.1 – Dysthymie	37	1,9
F42 – Zwangsstörung	32	1,6
F91 & F92 – Störungen des Sozialverhaltens	30	1,5
F10 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	20	1,0
F11 & F19 – Psychische und Verhaltensstörungen durch anderwärtigen Substanzgebrauch	20	1,0
F52 & F65 & F66 – „Sexualstörungen“	19	1,0
F93 & F94 & F95 & F98 – „Kindheitsstörungen“	18	0,9
Sonstige Diagnosen	60	3,0
Total	1978	100,0

Insgesamt wurden 1978 Hauptdiagnosen von Th. angegeben. Die Gruppierung in ICD Diagnosegruppen erlaubt die übersichtliche Darstellung und erfasst 1918 der 1978 vergebenen Einzeldiagnosen. Lehrtherapien wurden für die Darstellung ausgeschlossen. „Nicht klinisch indiziert“ umfasst Therapien mit Fokus auf Selbstreflexion und Selbstentwicklung.

Untersucht man nun den geschlechtsspezifischen Zusammenhang von Therapeuten bzw. Therapeutinnen mit den am häufigsten vergebenen Hauptdiagnosen (hier zusammengeführt in größere ICD-10-Diagnosegruppen), so zeigt sich eine Ungleichverteilung (Chi-Quadrat = 87,6, $p < 0,001$). Im Detail zeigt sich eine unterzufällige Diagnosehäufung von Anpassungsstörungen (F43), und eine überzufällige Diagnosehäufung von depressiven Störungen (F32, F33) bei Psychotherapeuten, sowie eine statistisch überzufällige Häufung von F50-Diagnosen (Essstörungen) bei Psychotherapeutinnen sowie eine Unterrepräsentation bei Psychotherapeuten. Des Weiteren häuft sich die Behandlung von Dysthymie (F34.1) bei Therapeutinnen und ist dagegen bei Therapeuten unterrepräsentiert. Die Behandlung von Sexualstörungen (F52, F65, F66) sowie Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92) häufen sich ebenso bei Psychotherapeuten und sind weniger bei Psychotherapeutinnen vertreten (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1. Zusammenhang von Therapeutengeschlecht und Hauptdiagnosen.



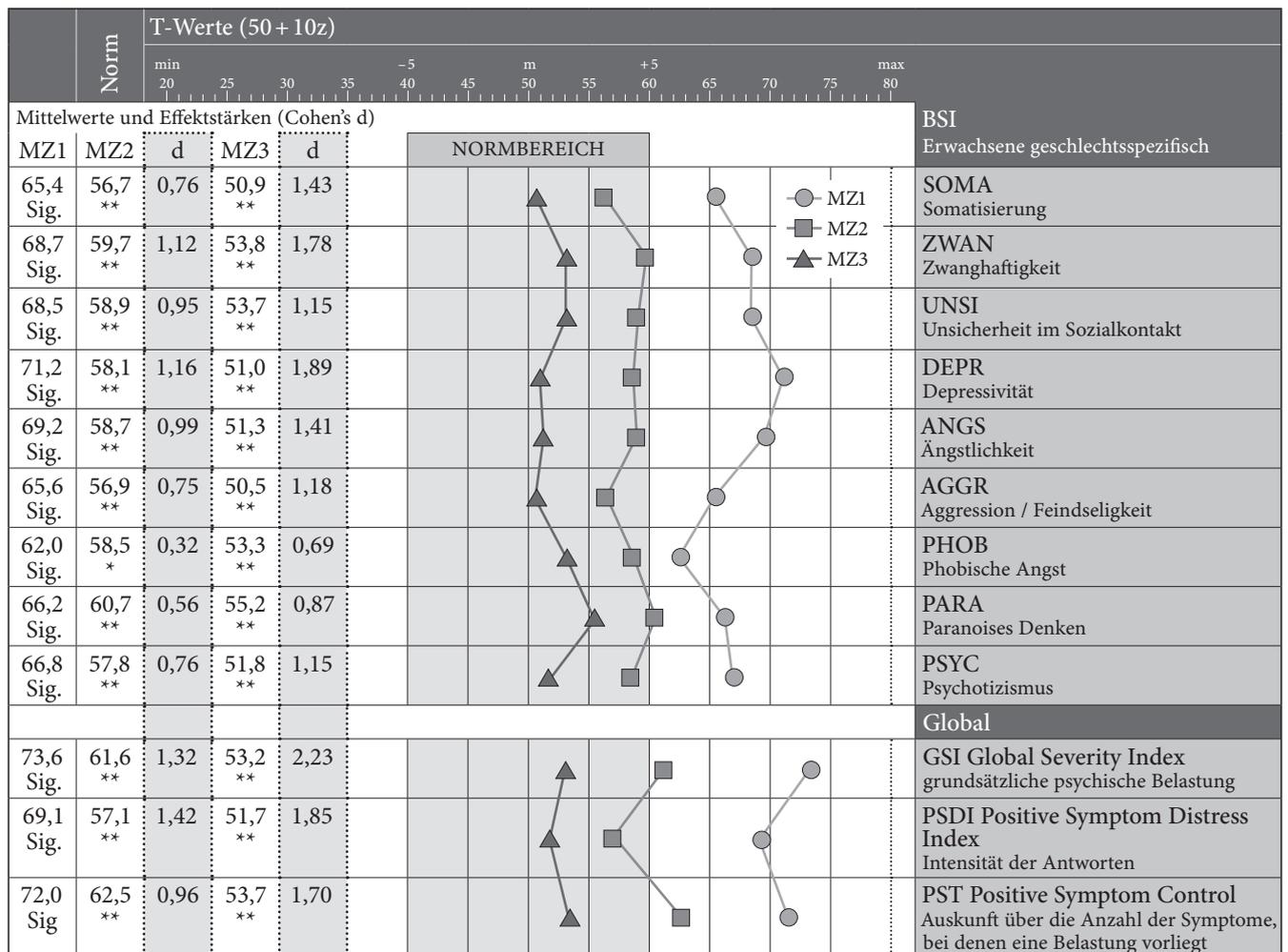
3.2.2 Ergebnisse der Studie 2

Veränderungen nach dem Brief Symptom Inventory (BSI) – Vergleiche auf Gruppenebene

Abbildung 2 veranschaulicht die systematischen Veränderungen von MZ1 zu MZ2. Dabei zeigen sich signifikante Veränderungen sowohl für die 3 BSI Globalskalen (GSI, PSDI, PST) als auch für sämtliche Subskalen (siehe auch Tabelle 2). Obwohl die größten Veränderungen also von MZ1 zu MZ2 angezeigt werden, so zeigen sich von MZ2 zu MZ3 noch weitere Veränderungen in positivem Sinne in den Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobische Angst, Paranoies Denken und Psychotizismus. Ebenso zeigen die 3 Globalskalen (von MZ2 zu MZ3) weitere signifikante Verbesserungen (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2 unterstreicht die deutlichen Veränderungen auf Symptomebene, die bereits in den ersten 15 Stunden der Psychotherapie auftreten und sich im Laufe der Therapie fortsetzen. Praktiker können dies im Einzelfall auch zur Evaluation

Abbildung 2. Veränderung im „Brief Symptom Inventory“ über den Therapieverlauf.



Zu beachten sind die zu Therapiebeginn (MZ1; n = 44) außerhalb des Normbereichs (grau schattiert) liegenden Werte, welche sich nach MZ2 (ca. 15 Therapiestunden; n = 44) und MZ3 (Therapieende; n = 23) verbessern und im Normbereich liegen. Man beachte, dass 11 der 23 Probanden mit MZ3 (Therapieabschluss) die Therapie bereits zu MZ2 beendet hatten. Die Effektstärke (Cohen's d) wird für Mz1 zu Mz2 sowie Mz1 zu Mz3 angegeben.

Tabelle 2. Mittelwertvergleiche für die Skalen des „Brief Symptom Inventory“ (BSI)

BSI Skalen MZ1-MZ2 Vergleich	M _{MZ1} (SD)	M _{MZ2} (SD)	t	p	Cohen's δ
Somatisierung	65,41 (10,19)	56,73 (12,26)	4,99	< 0,001**	0,76
Zwanghaftigkeit	68,66 (8,85)	59,68 (11,79)	7,06	< 0,001**	1,12
Unsicherheit im Sozialkontakt	68,48 (9,70)	58,89 (12,40)	6,10	< 0,001**	0,95
Depressivität	71,18 (7,48)	58,11 (11,64)	7,36	< 0,001**	1,16
Ängstlichkeit	69,23 (8,98)	58,66 (12,13)	6,37	< 0,001**	0,99
Aggressivität/Feindseligkeit	65,64 (10,98)	56,86 (11,29)	4,93	< 0,001**	0,75
Phobische Angst	62,02 (12,52)	58,50 (13,00)	2,09	0,043*	0,32
Paranoides Denken	66,20 (11,02)	60,70 (10,87)	3,73	0,001**	0,56
Psychotizismus	66,80 (11,79)	57,80 (11,77)	5,02	< 0,001**	0,76
GSI Global Severity Index	73,55 (7,08)	61,55 (12,13)	7,83	< 0,001**	1,32
PSDI Positive Symptom Distress Index	69,14 (7,43)	57,05 (10,89)	8,85	< 0,001**	1,42
PST Positive Symptom Total	71,95 (8,45)	62,48 (13,11)	5,88	< 0,001**	0,96
BSI Skalen MZ2-MZ3 Vergleich	M _{MZ2} (SD)	M _{MZ3} (SD)	t	p	Cohen's δ
Somatisierung	56,08 (13,61)	51,83 (9,32)	1,93	0,080	0,66
Zwanghaftigkeit	61,75 (8,78)	54,17 (8,38)	3,12	0,010*	0,90
Unsicherheit im Sozialkontakt	60,67 (9,83)	55,92 (9,92)	1,94	0,079	0,56
Depressivität	57,50 (10,27)	50,08 (8,13)	3,27	0,008**	0,97
Ängstlichkeit	59,83 (7,60)	53,00 (8,69)	3,48	0,005**	1,01
Aggressivität/Feindseligkeit	57,00 (10,61)	52,92 (8,03)	1,68	0,122	0,50
Phobische Angst	62,75 (13,49)	55,92 (9,79)	2,43	0,033*	0,75
Paranoides Denken	61,08 (11,45)	57,42 (10,06)	1,97	0,074	0,58
Psychotizismus	58,25 (10,83)	51,25 (7,86)	2,35	0,038*	0,70
GSI Global Severity Index	63,08 (11,95)	54,08 (11,74)	4,13	0,002**	1,19
PSDI Positive Symptom Distress Index	57,83 (9,20)	52,42 (7,27)	3,19	0,009**	0,97
PST Positive Symptom Total	64,08 (13,11)	55,00 (13,08)	3,39	0,006**	0,98

Erläuterungen:

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t = T-Test für abhängige Stichproben; p = probabilität; ** p < .01; * p < .05; Cohen's δ = Effektstärke
MZ1–MZ2 Vergleiche: MZ1 (n = 44), MZ2 (n = 44); MZ2–MZ3 Vergleiche: MZ2 (n = 12), MZ3 (n = 12).

des Therapieerfolges heranziehen und die Ergebnisse den KlientInnen im Therapieprozess zur Verfügung stellen.

Die Vergleiche auf Gruppenebene für alle Skalen des BSI sind im Folgenden (Tabelle 2) ausgewiesen; dabei gilt für MZ1–MZ2: n = 44 und für MZ2–MZ3: n = 12.

Die durchschnittliche Effektstärke von Psychotherapie wird in der Metaanalyse von Smith, Glass & Miller (1980) mit .85 angegeben (insgesamt wurden 475 Studien in die Metaanalyse miteinbezogen). Lipsey & Wilson (1993) ermittelten einen durchschnittlichen Behandlungseffekt bei 156 Metaanalysen (!) von .47 (vergleiche auch Lambert, 2013, S. 169 ff.). In unserer Studie ließen sich Symptomverbesserungen mit großen Effektstärken bereits innerhalb der ersten 15 Stunden bei den Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit und den drei Gesamtwerten (GSI, PSDI und PST) nachweisen. Mittlere Effektstärken zwischen .56 und .76 zeigten sich bei den Skalen Somatisierung, Aggressivität/Feindseligkeit und Paranoides Denken. Auf der Skala Phobische Angst

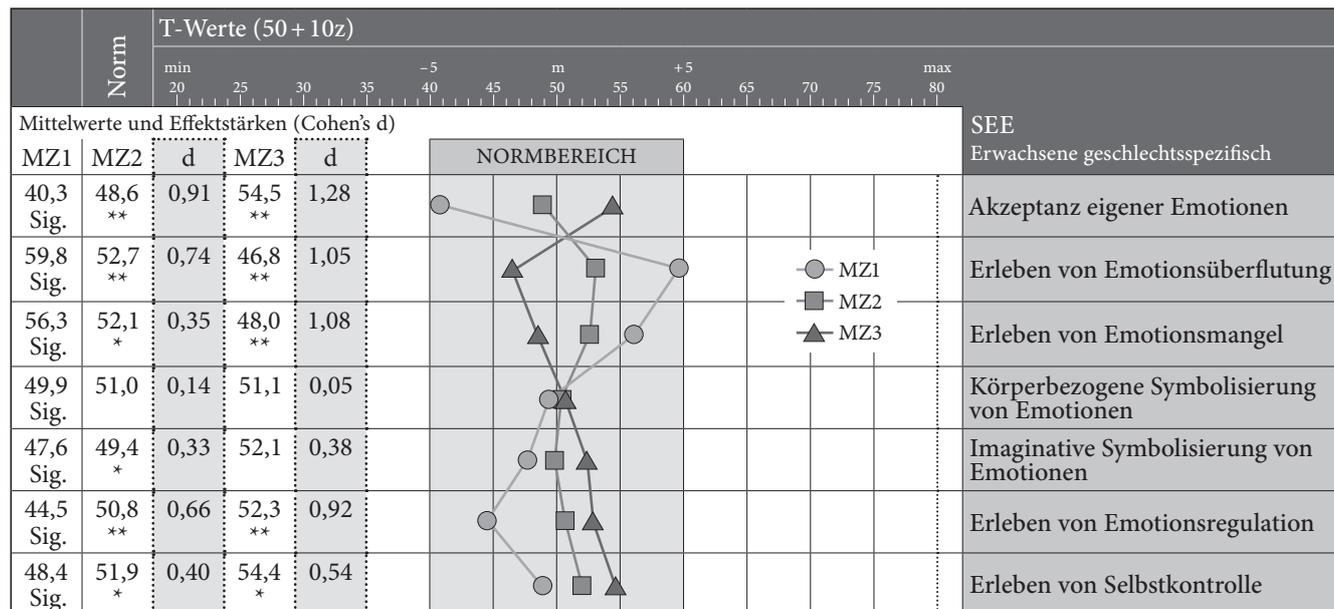
konnte nach 15 Stunden Psychotherapie mit .32 nur eine geringe Effektstärke erreicht werden.

Der Vergleich der psychischen Belastung zu Therapiebeginn und deren Veränderung zu Therapieende weist bei allen Skalen des BSI außer Phobische Angst (.69) große Effektstärken zwischen .87 (Paranoides Denken) und 2.23 (Global Severity Index) aus (siehe Vergleich MZ1–MZ3 in Abbildung 2).

Es wird hervorgehoben, dass am Ende der Therapie (MZ3) alle Mittelwerte des BSI im Normbereich (T = 40–60) liegen.

Veränderungen nach dem SEE – Vergleiche auf Gruppenebene
Beim SEE fallen die Veränderungen erwartungsgemäß geringer als beim BSI aus, da es sich beim SEE um einen Persönlichkeitstest handelt, der zeitüberdauernde Persönlichkeitsdimensionen abbildet. Beim SEE zeigen sich positive Veränderungen (MZ1 zu MZ2) hin zu besseren emotionalen Kompetenzen in allen Skalen ausgenommen der „körperbezogenen Symbolisierung von Emotionen“. Nach etwa der 15. Therapiestunde (MZ2)

Abbildung 3. Veränderung in den Skalen zum Erleben von Emotionen über den Therapieverlauf.



Zu beachten ist, dass sich beim SEE bereits zu Therapiebeginn (MZ1; n = 44) alle Skalen im Normbereich bewegen (schattiert). Nach ca. 15 Therapiestunden (MZ2; n = 44) bzw. zum Therapieende (MZ3; n = 23) kommt es jedoch zu weiteren Verbesserungen innerhalb der Skalen (im Normbereich). Man beachte, dass 11 der 23 Probanden mit MZ3 (Therapieabschluss) die Therapie bereits zu MZ2 beendet hatten. Die Effektstärke (Cohen's d) wird für Mz1 zu Mz2 sowie Mz1 zu Mz3 angegeben.

kommt es allerdings nur noch in den Skalen „Erleben von Emotionsüberflutung“ und „Erleben von Emotionsmangel“ zu weiteren signifikanten (bei der Skala „Akzeptanz eigener Emotionen“ als Trend $p = 0.065$) Verbesserungen.

Bei den Ergebnissen des SEE ist zu beachten dass sich die KlientInnen auch zu Therapiebeginn bereits häufig (z. B. Skala 1 „Akzeptanz eigener Emotionen“ 22 von 44 innerhalb der Norm) im Normbereich bewegen, und aufgrund der Therapie nur weitere „Verbesserungen“ innerhalb dieser Normen möglich sind (siehe Abb. 3). Im Gegensatz zum BSI, bei dem Durchschnittswerte auf Symptombefreiheit hinweisen, können beim SEE durchaus überdurchschnittliche Werte z. B. bei der „Akzeptanz eigener Emotionen“ positiv bewertet werden.

Zwischen MZ1 und MZ2 zeigen sich statistisch signifikante Veränderungen für die Skalen „Akzeptanz eigener Emotionen“, „Erleben von Emotionsüberflutung“, „Erleben von Emotionsmangel“, „imaginative Symbolisierung von Emotionen“, „Erleben von Emotionsregulation“ und „Erleben von Selbstkontrolle“. All diese Veränderungen entsprechen Verbesserungen im Sinne des „besseren“ Umgangs mit eigenen Emotionen (für Details und weitere Vergleiche siehe Tab. 3). Die Skalen 1 („Akzeptanz eigener Emotionen“), 2 („Erleben von Emotionsüberflutung“) und 3 („Erleben von Emotionsmangel“) stehen nach Behr & Becker (2004, S. 20) mit dem klientenzentrierten Konzept der Kongruenz in Verbindung. Die beobachteten Veränderungen (höhere Werte bei Skala 1 und niedrigere Werte bei den Skalen 2 und 3) weisen somit auf eine erhöhte Kongruenz über den Verlauf der Psychotherapie hin und bestätigen nach

Rogers die Entwicklung der Persönlichkeit durch eine gelungene Psychotherapie in Richtung der „fully functioning person“. Die höchsten Effektstärken beim SEE bei Therapieende (Vergleich MZ1 – MZ3, siehe Abbildung 3) fanden sich bei den Skalen Akzeptanz eigener Emotionen (1.28), Erleben von Emotionsüberflutung (1.05), Erleben von Emotionsmangel (1.08) und Erleben von Emotionsregulation (0.92). Die Veränderungen auf den ersten drei Skalen belegen die Entwicklung der KlientInnen hin zu höherer Kongruenz. Bei der Skala Erleben von Selbstkontrolle ergab sich mit .54 eine mittlere Effektstärke, während die Effektstärken bei der körperbezogenen bzw. imaginativen Symbolisierung von Emotionen als sehr gering einzuschätzen sind. Die Mittelwertvergleiche und Effektstärken zwischen MZ1 – MZ2 und MZ2 – MZ3 sind in Tabelle 3 dargestellt.

Für die Effektstärken-Berechnung wurde Cohen's δ herangezogen; die Berechnung sowohl für BSI als auch für SEE erfolgte nach der folgenden Formel von Morris & DeShon (2002, S. 109):

$$\delta_{\text{Messwiederholung}} = \frac{AM_{\text{post}} - AM_{\text{prä}}}{\frac{SD_{\text{post}} + SD_{\text{prä}}}{2} \sqrt{2 * (1 - \text{corr}_{(\text{prä}, \text{post})})}}$$

Effektstärken von .50 deuten dabei mittlere, während solche von .80 große Effekte andeuten.

Zur Erläuterung: Die Effektstärke bezeichnet ein (standardisiertes) statistisches Maß, das die (relative) Größe eines Effektes angibt. Ein Effekt (oder auch Wirkung) liegt vor, wenn in einem (zugehörigen) statistischen Test die Nullhypothese

Tabelle 3. Mittelwertsvergleiche in den Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)

SEE Skalen MZ1-MZ2 Vergleich	M _{MZ1} (SD)	M _{MZ2} (SD)	t	p	Cohen's δ
Akzeptanz eigener Emotionen	40,30 (14,14)	48,55 (11,52)	- 5,79	< 0,001**	- 0,91
Erleben von Emotionsüberflutung	59,75 (10,50)	52,68 (11,19)	4,88	0,001**	0,74
Erleben von Emotionsmangel	59,75 (10,50)	52,11 (11,36)	2,32	0,025*	0,35
Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen	49,89 (8,06)	51,00 (9,98)	- 0,89	0,376	- 0,14
Imaginative Symbolisierung von Emotionen	47,61 (8,84)	49,41 (9,37)	- 2,15	0,037*	- 0,33
Erleben von Emotionsregulation	44,48 (10,12)	50,77 (10,64)	- 4,37	0,001**	- 0,66
Erleben von Selbstkontrolle	48,39 (12,03)	51,93 (10,08)	- 2,61	0,012**	- 0,40
SEE Skalen MZ2-MZ3 Vergleich	M _{MZ2} (SD)	M _{MZ3} (SD)	t	p	Cohen's δ
Akzeptanz eigener Emotionen	50,92 (10,12)	55,25 (7,09)	- 2,05	0,065	- 0,64
Erleben von Emotionsüberflutung	52,92 (9,23)	46,50 (7,43)	3,43	0,006**	1,02
Erleben von Emotionsmangel	52,67 (12,79)	45,25 (7,76)	2,31	0,041*	0,73
Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen	56,17 (8,88)	54,00 (8,52)	0,83	0,424	0,24
Imaginative Symbolisierung von Emotionen	54,00 (9,09)	55,50 (11,61)	- 0,61	0,553	- 0,18
Erleben von Emotionsregulation	51,58 (14,60)	54,33 (9,65)	- 0,82	0,430	- 0,26
Erleben von Selbstkontrolle	55,00 (8,67)	55,92 (7,68)	- 0,49	0,632	- 0,14

Erläuterungen:

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t = T-Test für abhängige Stichproben; p = probability; ** p < .01; * p < .05; Cohen's δ = Effektstärke
MZ1-MZ2 Vergleiche: MZ1 (n = 44), MZ2 (n = 44); MZ2-MZ3 Vergleiche: MZ2 (n = 12), MZ3 (n = 12).

(= kein Effekt) abgelehnt wird. Die Effektstärke kann zur Verdeutlichung der praktischen Relevanz von signifikanten Ergebnissen herangezogen werden. Zum Beispiel führen bei steigenden Stichprobenumfängen immer kleinere Effekte zur Ablehnung der Nullhypothese und somit zu statistisch signifikanten Effekten. In der empirischen Psychotherapieforschung interessiert jedoch nicht nur, ob ein Effekt vorhanden ist (Ablehnung der Nullhypothese), sondern auch wie groß der Effekt ist.

Einschätzung der klinisch bedeutsamen Veränderungen – Einzelfallanalyse

Neben der rein statistischen Berechnung der Ausmaße von Veränderungen, wurde auch analysiert, ob und wie weit es sich dabei um klinisch relevante Veränderungen handelt. Die derzeit verbreitetste Vorgehensweise, um klinische Veränderungen auf ihre Bedeutsamkeit zu prüfen, besteht nach Ogles (2013, S. 155) und Lambert (2013, S. 176) aus 2 Kriterien: erstens muss die Veränderung nicht nur statistisch signifikant, sondern auch in ihrer Größe bedeutsam sein („reliable change“), und zweitens muss der Klient nach der Behandlung als „geheilt“ eingestuft werden können. In unserem Fall kann als „geheilt“ gelten, wenn jemand beim Global Severity Index (GSI) des BSI einen T-Wert von weniger als 63 erzielt und zugleich der T-Wert von höchstens einer der weiteren Skalen über 62 liegt. Der Reliable Change Index (RCI) gilt als sehr konservatives und restriktives

Kriterium, d. h. im Vergleich zu Effektstärke und Standardfehler ist die Schätzung von Behandlungseffekten mit dem RCI wesentlich vorsichtiger (Lambert, 2013, S. 177).

Berechnet wurde der RCI nach folgender Formel (Jacobson & Truax, 1991):

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

Als Reliabilität wurde 0.9 angenommen (Franke, 2000, S. 36). Mit dieser Formel wird die individuelle statistische Signifikanz (d. h. für jede Klientin/jeden Klienten einzeln) der Differenz zwischen Prä- (Skalenwert zu Behandlungsbeginn) und Postwert (Skalenwert am Ende der Therapie) berechnet. Diese Veränderung muss nicht nur statistisch signifikant (dies könnte auch bei kleinen Effekten der Fall sein), sondern auch in ihrer Größe bedeutsam sein.

Zum MZ2 zeigen 30 von 44 Klienten klinisch bedeutsame Veränderungen. 16 Klienten erfüllen beide Kriterien nach Jacobson & Truax (1991) und weisen zu MZ2 keine psychisch auffälligen Belastungen mehr auf (BSI < 63 und T_{2Skalen} < 63). Beim MZ3 weisen alle Probanden nicht nur eine statistisch signifikante, sondern auch eine klinisch bedeutsame Veränderung auf (RCI > 1.96). 14 (von 23) Klienten können als „geheilt“ (bzw. nicht mehr psychisch auffällig belastet) eingestuft werden (BSI < 63 und T_{2Skalen} < 63). 14 Klienten erfüllen beide Kriterien nach Jacobson & Truax (1991).

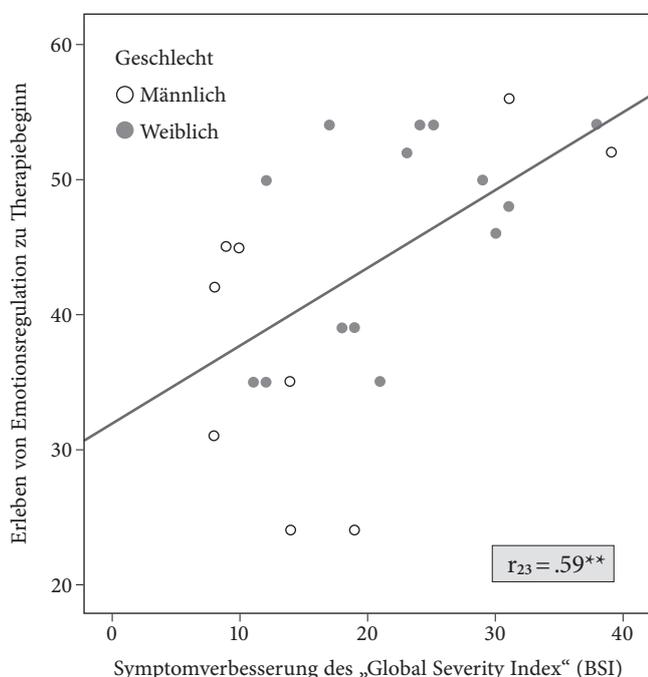
Tabelle 4. Klinisch bedeutsame Veränderungen auf Symptomebene (BSI) nach (Jacobson & Truax, 1991).

	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2	Messzeitpunkt 3
N	44	44	23
$T_{GSI} \geq 63$ oder $T_{2Skalen} \geq 63$	44 (100 %)	28 (64 %)	9 (39 %)
GSI < 63 und weniger als 2 Skalen > 62	0 (0 %)	16 (36 %)	14 (61 %)
RCI > 1.96	—	30 (68 %)	23 (100 %)

In die Berechnung einbezogen wurden nur die KlientInnen, die nach gebräuchlichen wissenschaftlichen Kriterien zu Beginn als psychisch erkrankt gelten können. Hervorzuheben ist daher die „Normalisierung“ auf BSI Symptomebene ($T_{GSI} \geq 63$ bzw. 2 beliebige Skalen $T \geq 63$) sowie die klinisch bedeutsame Veränderung (Jacobson & Truax, 1991) von 68 % der Klienten innerhalb der ersten etwa 15 Stunden bzw. aller Patienten bis Therapieende.

In unserer Untersuchung zeigte sich, dass KlientInnen, die zu Therapiebeginn einen höheren Wert bei Skala 6 des SEE („Erleben von Emotionsregulation“) aufwiesen, in der Folge viel deutlicher von der Therapie profitierten ($r = .59, p = .003$; Partielle Korrelation mit Kontrollvariable $GSI_{Therapiebeginn}$). Diese Personen können also mit höherer Wahrscheinlichkeit als Therapie-Responder angesehen werden. Weitere Untersuchungen werden zeigen, ob die Emotionsregulation zukünftig

Abbildung 4. Zusammenhang von Emotionsregulation zu Therapiebeginn und Symptomverbesserung.



Die Abbildung zeigt den Zusammenhang zwischen den Werten bei Emotionsregulation zu Beginn der Therapie (Skala 6 des SEE: Erleben von Emotionsregulation) und den Symptomverbesserungen des *Global Severity Index* des BSI. Der Zusammenhang gilt dabei für Frauen und Männer in gleichem Maße.

als Prädiktorvariable für Therapie-Responder herangezogen werden kann.

3.3 Diskussion

3.3.1 Studie 1 – Demographische Erhebung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit 1.978 Datensätzen von KlientInnen bereits eine beachtliche Anzahl von PsychotherapeutInnen der ÖGWG gesammelt werden konnte. Diese Daten (von 68 der insgesamt 468 Mitglieder der ÖGWG) erlauben somit einen ersten Einblick in die – von ÖGWG-PsychotherapeutInnen getätigte – klientenzentrierte Arbeit in Österreich. Besonders interessant erscheinen dabei zunächst der generelle Umfang klientenzentrierter psychotherapeutischer Arbeit durch Mitglieder der ÖGWG in Österreich sowie die überwiegend behandelten Störungsbilder.

Wenn man davon ausgeht, dass grob geschätzt etwa 100 000 Personen sich in Österreich im Lauf eines Jahres in einer Psychotherapie befinden (etwa die Hälfte davon von den Kassen mitfinanziert)⁸, und derzeit etwa 8 % der rund 7900 eingetragenen PsychotherapeutInnen⁹ klientenzentrierte PsychotherapeutInnen sind, lässt sich vermuten, dass in Österreich zurzeit mehr als 8000 KlientInnen bei klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Behandlung sind. Davon würden, wenn man die Daten unserer Studie 1 hochrechnet, 2000 KlientInnen unter Anpassungsstörungen (F43), 2000 unter depressiven Störungen (F32, F33), etwa 1000 KlientInnen an Angststörungen (F40, F41), 700 an Persönlichkeitsstörungen (F60) und etwa 400 an Essstörungen (F50) leiden. Bei dieser Berechnung wurde davon ausgegangen, dass etwa ein Sechstel dieser KlientInnen von den 61 von unserer Studie erfassten ÖGWG Mitglieder behandelt wird.

Interessant erscheinen auch erste Analysen, die andeuten, dass depressive KlientInnen überzufällig männliche ÖGWG Psychotherapeuten aufsuchen, wogegen sich KlientInnen mit Essstörungen überzufällig häufig an Psychotherapeutinnen für die Behandlung wenden. Gründe für derartige Häufungen können zum jetzigen Zeitpunkt nur spekuliert werden, deuten jedoch das Potenzial der erhobenen demographischen Daten für mögliche weitere Fragestellungen an.

Es ist erfreulich, dass für die demographische Erhebung der ÖGWG (Studie 1) doch zahlreiche Psychotherapeutinnen und

8 In einer Präsentation von Frau Dr. Mückstein vom ÖBVP über die psychotherapeutische Versorgung in Österreich bei einer Podiumsdiskussion des BSA im Mai 2012 in Wien wurde referiert, dass etwa 900 000 Österreicher sich im Lauf eines Jahres wegen psychischer Probleme (bei mehr als 200 000 in schwerem Ausmaß) in Behandlung begeben, davon sind etwa 65 000 in einer Psychotherapie, die bei 35 000 von den Kassen mitfinanziert wird. Diese Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2009.

9 7871 eingetragene PsychotherapeutInnen lt. <http://psychotherapie.chealth.gov.at> Abruf 6. 2. 2014

Psychotherapeuten begeistert werden konnten und diese somit einen tatkräftigen Beitrag zum Beleben der alten klientenzentrierten Forschungstradition geleistet haben.

3.3.2 Studie 2: Prozess-Ergebnis Forschung

Mit der darauf folgenden Studie 2 wurde versucht, einen nächsten Schritt in Richtung systematischer, begleitender Psychotherapieprozess- und Outcomeforschung zu setzen und der empirisch-wissenschaftlichen Forschungstradition klientenzentrierter Psychotherapie neue Impulse zu geben.

Diese Studie zielte darauf ab, zusätzlich zu den rein demographischen Kennwerten von KlientInnen und TherapeutInnen, zu erheben, wie die Veränderungen der Symptomatik (BSI) und des emotionalen Erlebens (SEE) auf Seiten der KlientInnen wahrgenommen werden, und ob sich diese Veränderungen statistisch belegen lassen.

Wie die Ergebnisse zeigen, stellen sich auf Symptomebene bereits deutliche Verbesserungen nach 15 Stunden Klientenzentrierter Psychotherapie bei 68 % der KlientInnen ein. Am Ende der Therapie zeigen alle KlientInnen bedeutsame Veränderungen ($RCI > 1.96$) und knapp zwei Drittel der KlientInnen (61 %) sind in ihren Belastungswerten nicht mehr von der Durchschnittsbevölkerung zu unterscheiden und können als „geheilt“ eingestuft werden.

Beim SEE fallen die Veränderungen erwartungsgemäß geringer aus, da der SEE ein Persönlichkeitsfragebogen ist, der seinen Fokus auf Persönlichkeitsstrukturveränderungen hat. Dennoch lassen sich auch auf Persönlichkeitsebene Entwicklungen zu mehr Kongruenz (Skalen 1, 2 und 3) und der Stärkung emotionaler Kompetenzen nachweisen (Skalen 6 und 7).

Weitere Forschungsbemühungen sollten der Frage nachgehen, warum KlientInnen, die ihre Emotionen selbst besser regulieren können (höhere Werte bei Skala 7), mehr von klientenzentrierter Psychotherapie profitieren und eher zu den „Therapie-Respondern“ werden. Sollten sich diese empirischen Befunde weiter belegen lassen, könnte Emotionsregulation als Prädiktorvariable für Therapieerfolg herangezogen werden.

Das Fehlen einer klinischen Kontrollgruppe muss als Limitation genannt werden, da das vorliegende Studiendesign nicht Spontanremissionen oder Placebo-Effekte kontrolliert und diese ebenso dem Therapieerfolg in der jetzigen Studie zugeschrieben werden könnten.

Eine weitere Limitation für die vorliegenden Studien ist sicherlich auch der selektive Rücklauf von Fragebögen. Es ist zu vermuten, dass nur eine spezielle Gruppe von an empirischer Wissenschaft begeisterten TherapeutInnen ihren KlientInnen die Wichtigkeit der Untersuchung vermittelt bzw. die Fragebögen zeitgerecht ausgibt bzw. einsammelt.

Es haben in unserer Studie beeindruckende 44 KlientInnen ihre Daten sowohl für Messzeitpunkt (MZ) 1 wie für MZ2

(Erhebung zur etwa 15. Stunde) zur Verfügung gestellt. Hingegen ist die kleine Stichprobengröße von 12 Probanden, die sowohl MZ2 (ca. Stunde 15) als auch MZ3 (Therapieende) beschrieben haben, als kritisch für die statische Analyse zu erwähnen.

Im Sinne der Qualitätssicherung wäre es sehr zu begrüßen, auch weitere quantitative Messinstrumente in der täglichen psychotherapeutischen Praxis einzusetzen und den Nutzen für die KlientInnen im Verlauf einer Psychotherapie zu vermitteln und anschaulich zu machen – ganz im Sinne von Carl Rogers, für den immer die KlientInnen die „Grunddaten“ für die Entwicklung des personenzentrierten Ansatzes gesetzt haben – sowie verstärkt in die Ausbildung von PsychotherapeutInnen zu integrieren. Explizit sei an dieser Stelle allen teilnehmenden PsychotherapeutInnen und KlientInnen für ihre Unterstützung der beiden Studien und ihre Forschungsfreude gedankt, obgleich es – wie einleitend erwähnt – schwer ist, im Rahmen einer einzelnen psychotherapeutischen Vereinigung Studien mit höherem Auflösungsgrad durchzuführen. Die vorgestellten Studien bedurften der vollen Anstrengung der Wissenschaftskommission der ÖGWG über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

Literatur

- Auckenthaler, A. & Helle, M. (2001). Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 393–411). Wien: Facultas.
- Behr, M. & Becker, M. (2004). *Skalen zum Erleben von Emotionen. SEE*. Göttingen, Bern [u. a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (2010). Clients as active self-healers: implications for the person-centered approach. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 91–131). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Dekeyser, M., Prouty, G., & Elliott, R. (2008). Pre-Therapy process and outcome: A review of research instruments and findings. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7, 37–55.
- Eckert, J. (1996). Wie effektiv ist die Gesprächspsychotherapie wirklich? Über die Bedeutung des Faktors Zeit in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift* 102, 35–38.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1985). *Stationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse Effekte Vergleiche*. Springer: Berlin.
- Eckert, J. & Wuchner, M. (1994). Frequenz-Dauer-Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil I: Einzeltherapie bei Erwachsenen. *GwG-Zeitschrift* 95, 17–20.
- Elliott, R. & Freire, E. (2010). The effectiveness of person-centered and experiential therapies: a review of the meta-analyses. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 1–15). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493–539). New York: Wiley.

- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., 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. 495–537). New York: Wiley.
- File, N., Hutterer, R., Keil, W. W., Korunka, C. & Macke-Bruck, B. (2008). Forschung in der Klienten- bzw. Personenzentrierten und Experientialen Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review. *PERSON*, 12 (2), 5–32.
- Franke, G. H. (2000): Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis; BSI; (Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.
- Frohburg, I. (2009). Wirksamkeitsprüfungen der Gesprächspsychotherapie. Kommentierte bibliographische Synopse. zu den sozialrechtlichen Nutzenbeurteilungen. *Gesprächspsychotherapie u. Personenzentrierte Beratung*, 40 (2), 1002–111
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16 (5), 537–549.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship, conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210–224.
- Grawe, K. (1976). *Differentielle Psychotherapieforschung I: Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Menschen*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hahlweg, K. (2000). Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie. In H. J. Freyberger, G. Heuft & D. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 43–71). Stuttgart: Schattauer.
- Hendricks, Marion N. (2000). Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Überblick über Theorie, Forschung und Praxis mit Beispielen aus therapeutischen Sitzungen. *Focusing Journal spezial, Juli 2000*.
- Hölldampf, D., Behr, M., & Crawford, I. (2010). Effectiveness of person-centered and experiential psychotherapies with children and young people: a review of outcome studies. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (16–44). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Hutterer, R. (2005). Handhabung und Verwendung der Diagnostik aus Sicht fachspezifischer Methoden: Personenzentrierte und klientenzentrierte Psychotherapie (PP & KP). In H. Bartuska, M. Buchsbaumer, G. Mehta, G. Pawlowsky & S. Wiesnagrotzki (Hrsg.), *Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard* (S. 133–137). Wien: Springer.
- Jacobson N. S. & Truax P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), S.12–19.
- Keil, S. (2007). *Selbst und Selbstentwicklung in der Psychotherapie. Eine qualitative Einzelfallstudie zur Weiterentwicklung der Theorie des Selbst im klientenzentrierten Konzept*. Masterthesis Donau-Universität Krems
- Knienider, P. (2010). *Paranoia – Klientenzentriertes Verständnis und Klientenzentrierte Psychotherapie*. Masterthesis Donau-Universität Krems
- Kirtner, W.L. & Cartwright, D.S. (1958). Success and failure in client-centered therapy as a function of initial in-therapy behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 329–333
- Korunka, C., Keil, W. W. & Haug-Eskevig, K. (2003). Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich – Eine Bestandsaufnahme aus praxeologischer Sicht. *PERSON*, 7 (1), 70–80.
- Korunka, C., Nemeskeri, N. & Sauer, J. (2001). Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung. *PERSON*, 5 (2), 68–89.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp.169–218). NewYork: Wiley.
- Lindenbauer, K. (2013). *Das Ich bei Eugene T. Gendlin*. Masterthesis Donau-UniversitätKrems
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181–1209.
- Meyer, A. E. (1981). The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35 (2–3), 77–212.
- Morris S. B. & DeShon R. P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods* (7), S. 105–125.
- Ogles, B. J. (2013). Measuring Change in Psychotherapy Research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp.134–166). NewYork: Wiley.
- Plog, U. (1976). *Differentielle Psychotherapie II. Der Zusammenhang von Lebensbedingungen und spezifischen Therapieeffekten im Vergleich von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N. & Korman L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6), 1007–1016.
- Rogers, C. R. (1942/1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler; ab 1985 Frankfurt/M.: Fischer-Tb. (Orig. ersch. 1942 Counseling and psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett (Orig. ersch.: 1961 On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (Ed.) with the collaboration of E. T. Gendlin, D. J. Kiesler, D. & J. Truax (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press
- Rogers, C. R. (1970). The process equation of psychotherapy. In J. T. Hart & T. M. Tomlinson (Eds.), *New directions in client-centered therapy* (pp. 190–205). Boston: Houghton Mifflin.
- Sauer, J. (1993). Zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 1, 67–80.
- Schouweiler, M. (2012). *Wenn sich Klienten wortlos von ihren Therapeuten trennen*. Masterthesis Donau-Universität Krems
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark J. & Cooper, M. (2007). Wirksamkeit Personenzentrierter Therapie im Vergleich zu kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapien, wie sie im Rahmen des britischen National Health Service praktiziert werden. (G. Stumm, D. Höger & U. Diethardt, Hrsg.) *PERSON*, 11 (2), 105–113.
- Watson, J. C, Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2010). Relating process to outcome in person-centered and experiential psychotherapies: the role of the relationship conditions and clients experiencing. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 132–163). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Watson, J. C. & Lilova, S. (2011). Testing the reliability and validity of the Scale for Experiencing Emotion with a Canadian sample. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8 (3), 189–207
- World Health Organization (2010). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 10th ed.
- Zach, B. (2013). *Goldmine und Minenfeld. Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im psychotherapeutischen Prozess*. Masterthesis Donau-Universität Krems.