

Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen?

Horst Kächele¹ und Bernhard Strauß²

Die Gegenwart und die Zukunft der Psychotherapie

„Nichts ist schwieriger vorher zusagen als die Zukunft“ war ein Lieblingsspruch von A.E. Meyer (1925 - 1995), der in Hamburg wirkenden Doyen der empirischen Psychosomatik und Psychotherapie. Es ist dagegen nicht so schwierig festzustellen, dass in der Psychotherapie nichts mehr so ist, wie es war, nachdem das *Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, PsychThG*, die Psychotherapie-Szene nachhaltig beeinflusst hat.

Nicht nur weil sich die Zahlenverhältnisse zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten dramatisch verändert haben (im Moment liegt das Verhältnis ärztlicher zu psychologischen Psychotherapeuten zwischen 1:4 und 1:5, Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2006; vgl. auch Schulz et al. 2008), sondern weil mit dem Gesetz auch ein Gremium, der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP), etabliert werden musste, das nun die „Wissenschaftlichkeit“ von psychotherapeutischen Verfahren überprüfen und die Landesbehörden beraten soll, bevor ein Verfahren berufsrechtlich anerkannt wird.

Da nun aber auch der Gemeinsame Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (G-BA), Rechtsnachfolger des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, eine Überprüfung nach Kriterien einer (sicher einseitig interpretierten) evidenzbasierten Medizin zur Grundlage der sozialrechtlichen Anerkennung macht, ist eine weitere Verschärfung der Zulassungsbedingungen von Psychotherapieverfahren in die real existierende Versorgung zu erwarten, wie dies am Beispiel der Auseinandersetzungen zur Gesprächspsychotherapie in den letzten Jahren eindrücklich zu erleben war (Eckert, 2007). Nachdem der WBP zu der Auffassung gelangt war, die Gesprächspsychotherapie sei wissenschaftlich fundiert und als Verfahren für die vertiefte Ausbildung von Psychotherapeuten geeignet, wies der G-BA diese Einschätzung als unbegründet zurück. Auch eine Expertise im Auftrag der Bundespsychotherapeutenkammer (Strauß et al., 2008) hat hier zu keinem Sinneswandel führen können. Die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie bleibt also für die Gesprächspsychotherapeuten weiterhin ein Traum und sie müssen mit der Einschätzung leben, dass nach Meinung des G-BA die Mehrzahl aller zu diesem Verfahren durchgeführten Studien nicht im Ansatz dessen Kriterien für Wissenschaftlichkeit genügen. Allenfalls für den Indikationsbereich „Affektive Störungen“ wird die Situation positiver beurteilt. Zu

bedenken ist dabei, dass mittlerweile auch der WBP die Kriterien für die Bewertung der Qualität wissenschaftlicher Studien deutlich verändert und erheblich strenger gestaltet hat als es zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Wissenschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie noch der Fall war (vgl.

www.wbpsychotherapie.de/downloads/WB_psychotherapie_methodenpapier_22112007.pdf).

Psychotherapie: Forschung und Praxis

Lange Zeit hatten praktisch relevantes psychotherapeutisches Handeln und die Psychotherapieforschung nur wenig Berührungspunkte (Talley, Strupp & Butler, 1994). Vor fast 40 Jahren kommentierte der damals schon sehr angesehene amerikanische Psychotherapieforscher Lester Luborsky (1969) die Ergebnisse einer Erkundungsstudie zur Lage der psychotherapeutischen Forschung, die seine Kollegen Bergin und Strupp 1969 im Auftrag des National Institute of Mental Health in den USA durchgeführt hatten und die 1972 publiziert wurde. Schon der Titel von Luborskys Stellungnahme transportierte die skeptische Botschaft: „*Research cannot yet influence practice*“. In der Einleitung zu seinem 1984 erschienenen Lehrbuch der expressiv-supportiven Psychotherapie vermittelte Luborsky allerdings bereits eine veränderte Auffassung: Hinweise auf praktische Konsequenzen der Therapieforschung seien durchaus möglich, wobei zwischen allgemeinen und speziellen Hinweisen unterschieden werden müsse.

Bei dem Versuch einer Übertragung von Forschungsbefunden auf die Praxis muss allerdings nach wie vor das besondere Verhältnis von Praxis und Forschung in der Psychotherapie berücksichtigt werden: Die Psychotherapie ist immer noch in ein komplexes System der Medizin eingebaut, deren Eigenarten nicht nur von Psychotherapeuten bestimmt, sondern von vielen gesellschaftlichen Institutionen und Personen gestaltet werden (vgl. z. B. Strauß, 2006; Duttweiler, 2007). In diesem System scheinen die Rollen von Wissenschaftlern und Praktikern klar verteilt. Und doch ist - wie in anderen Ländern, allen voran den USA - mit großer Sicherheit eine Durchdringung aller Aspekte von Psychotherapie durch wissenschaftlich evaluierte Methoden zu erwarten (Chambless & Ollendiek, 2001).

Wir werden – ausgehend von den wissenschaftspolitisch die öffentliche Meinung bestimmenden Fachvertretern – einen zunehmenden Trend dahin erleben, dass eine korrekte diagnostische Klassifikation einer Störung die Grundvoraussetzung einer

Behandlung wird, auch wenn mit dieser Klassifikation genau genommen nur selten eindeutige therapeutische Implikationen verbunden sind. Zum Beispiel ergibt sich aus der Diagnose einer depressiven Störung keineswegs zwingend die Wahl eines kognitiv-behavioralen Therapieansatzes, zumal auch für die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) oder psychodynamische Therapien Evidenz (und der Gesprächspsychotherapie[!], siehe oben) für die Wirksamkeit bei der Behandlung von Depressionen vorliegt (Leichsenring 2001). Gleiches gilt z. B. für die Diagnose einer Borderline-Störung: Ist hier eine DBT nach Linehan, die TFP nach Kernberg, die MBT nach Bateman u. Fonagy, die Strukturbezogene Therapie nach Rudolf oder gar die Schema-Therapie nach Giesen-Bloo indiziert (Levy, 2008)?

Die nahe liegende Frage nach weiteren Kriterien, welche bei der Auswahl einer passenden Therapie hilfreich sein könnten, wird immer noch zu wenig gestellt (Beutler u. Clarkin 1990; Kächele u. Kordy 2003); es wird großer Anstrengungen bedürfen, solche differentiellen Kriterien herauszuarbeiten, anstatt sie nur berufspolitisch zu beantworten (Clarkin & Levy, 2004). Die meisten Forschungsprojekte fokussieren immer noch zu sehr und primär auf die generelle Wirksamkeit von Interventionen und zu wenig auf differenzielle (Prozessergebnis-) Zusammenhänge.

Verfahren, Methoden, Techniken

Wir werden in der Psychotherapie zunehmend mit weit reichenden Veränderungen konfrontiert: Das derzeitige System der Richtlinienpsychotherapie basiert auf einer Unterscheidung von Verfahren und Methoden, die sich auf psychotherapeutische *Grundorientierungen* beziehen lassen. Dieses Konzept aus dem sog. "Forschungsgutachten" (Meyer et al. 1991) wurde durch theoretische Hintergrundannahmen fundiert, denen sich unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren zuordnen lassen. In einer Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie wurden dazu folgende Erläuterungen gegeben: „Typischerweise handelt es sich um ein spezifisches, d.h. eigenständiges und differenziertes Theoriesystem, das eine spezifische Nosologie (Krankheits-, Störungs-) und Gesundheitslehre mit einer ätiologisch orientierten Behandlungstheorie verbindet. Eine möglichst weitgehende empirische Validierung solcher Hintergrundannahmen ist anzustreben“ (www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.16; Glossar). Als

Beispiele werden das behavioristische Modell, das psychoanalytische oder das humanistische Modell aufgeführt.

Unter dem Dach solcher Grundannahmen definiert der WBP „*Psychotherapeutische Verfahren*“ (vgl. Methodenpapier): „Ein zur Krankenbehandlung geeignetes Psychotherapie-Verfahren ist gekennzeichnet durch eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung beziehungsweise verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoretischer Grundannahmen, und eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen, und darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung“.

Davon abgegrenzt werden „Psychotherapeutische Methoden“ und „Techniken“ (Methodenpapier): „Eine zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete *Psychotherapiemethode* ist gekennzeichnet durch eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung, Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung, die Beschreibung der Vorgehensweise und die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte“.

„Eine *psychotherapeutische Technik* ist eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren erreicht werden sollen, z. B. im Bereich des psychodynamischen Verfahrens: die Übertragungsdeutung zur Bewusstmachung aktualisierter unbewusster Beziehungsmuster, oder in der Verhaltenstherapie: Reizkonfrontation in vivo“.

Unsere bisherigen Erfahrungen mit der Erarbeitung von Stellungnahmen im Wissenschaftlichen Beirat führen uns zu der Behauptung, dass die Unterscheidung von Verfahren als Grundorientierung und Methode bzw. Technik als Anwendung im Rahmen einer Grundorientierung zunehmend unscharf wird. Strikte Zuordnungen von Methoden zu Verfahren und oder zu Grundorientierungen werden immer schwieriger oder gehen vielleicht bald ganz verloren.

Verschwindende Grenzen – *horribile dictu* ?

Laut einer mündlichen Mitteilung von Dietmar Schulte, dem derzeitigen ersten Vorsitzenden des WBP, sei zur Verhaltenstherapie jede empirisch geprüfte Form von Psychotherapie zu zählen!¹ Mit der Feststellung, dass der Begriff Verhalten jegliches Handeln, Denken, Fühlen und die Wahrnehmung eines Menschen umfasst, wird der Verhaltenstherapie naturgemäß ein weites Feld eröffnet. Das Konzept des operanten Lernens reicht mit Sicherheit nicht mehr aus, um die Vielfalt von Lernprozessen abzudecken. Listigerweise wurden längst Erweiterungen dieses Ansatzes eingeführt, wie die Plananalyse (Caspar 2007) und die Schemaanalyse (Giesen-Bloo et al. 2006), die hierarchische Konzeptionen vertreten, die eine ganz deutliche Nähe zu psychodynamischen, auf Repräsentanzen basierenden Fallkonzeptionen erkennen lassen. Der Schemabegriff, der schon 1932 von Bartlett eingeführt wurde, beschreibt ursprünglich dynamische, sich stetig entwickelnde Grundstrukturen, die das individuelle Verhalten formen.

Am Beispiel der Interpersonellen Therapie (IPT) lässt sich diese Entwicklung gut charakterisieren. Die IPT dürfte wohl kaum zur Verhaltenstherapie gezählt werden²; sie wurde auch dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nicht als solche vorgelegt. Die IPT ist ein modernes Hybrid, eine wohl ausgewogene Mischung aus verschiedensten Elementen. Ursprünglich am Yale Psychiatric Institute (USA) für Sozialarbeiter zur Mitbehandlung bei affektiven Störungen entwickelt (Klermann et al. 1984), wurde die Methode dann in Pittsburgh von Ellen Frank und ihren Mitstreitern als eigenständige Psychotherapiemethode weiter ausdifferenziert. Initial als störungsspezifisches Verfahren zur Behandlung affektiver Störungen entwickelt, ist absehbar, dass IPT nicht nur bei der Bulimie wirkt, sondern auch bei anderen Störungen kurzfristig wirksam sein dürfte, die vorrangig durch interpersonelle Probleme aufrechterhalten werden (also den meisten!).

Lorna Benjamins (2003) „Interpersonal reconstructive therapy“ zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zeigt die zu erwartende weitere Entwicklung: Ein Zitat aus

¹ Im Kontext der Tendenz, alle möglichen Theorieelemente und Interventionstechniken in die kognitive Verhaltenstherapie zu integrieren, wurde von uns die Metapher des „Strandguts“ benutzt, um zu beschreiben, dass die zahlreichen „Wellen“, die über die Verhaltenstherapie einbrechen, alle möglichen nützlichen Konzepte an den Strand spülen, die bereitwillig in das Gesamtsystem integriert werden. Es fehlt wohl nur noch eine kräftige emotional-interpersonale Welle, ehe die Verhaltenstherapie dem gleicht, was Grawe (1998) als „Psychologische Psychotherapie“ bezeichnet hat.

² IPT wird aber in einem neueren Lehrbuch der verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie abgehandelt (Rief et al. 2006).

der Ankündigung eines Workshops „Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen“ mit L. Benjamin in Düsseldorf:

„Auf der Grundlage ihrer Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) entwickelte L Benjamin die Interpersonale Rekonstruktive Psychotherapie (IRT), die alle klinischen Essentials der Psychoanalyse, der kognitiven Verhaltenstherapie und der Gesprächstherapie vor dem Hintergrund der Bindungstheorie zu einem hochgradig aktiven Ansatz vereinigt“ (*Psychotherapeutenjournal* 2007, S. 335).

Man möchte sagen, dass hier alles was gut und teuer ist, agglutiniert wird. Anstelle einer einstmals lebendigen Diskussion über Eklektizismus und Integration (Kächele 1986), wird aus einer ursprünglich störungsspezifisch konzipierten Methode durch konzeptuelle Anreicherung ein breit einsetzbares Verfahren.

Was ich oben für das Beispiel IPT gesagt habe, gilt auch für EMDR, die vom WBP nur für eine Störungs-Kategorie (nämlich die Posttraumatische Belastungsstörung) als wissenschaftlich anerkannt wurde. Auch für EMDR ist man schon dabei, eine Ausweitung der Indikation (z.B. bei Angststörungen) zu erproben, indem neue Module hinzugefügt werden. Derzeit wird im WBP die ‚Systemische Therapie‘ als Verfahren behandelt; das Phänomen der fortschreitenden Hybridisierung ist auch bei diesem Verfahren nicht zu übersehen. Mischbildung ist Trumpf. Es ist fast schon grotesk mit zu erleben, wie mehr oder minder bemüht hier versucht wird, bestimmte kontrollierte Studien speziell als Evidenz für die Systemische Therapie zu reklamieren, wenn z. B. der Anteil an verhaltenstherapeutischen Elementen bei der Behandlung unter 50% liegt. Entsprechend skurril ist dann, wenn auch die verhaltenstherapeutischen Vertreter im WBP sich bemühen, systemische Elemente als Teil ihrer Methoden geltend zu machen.

Grundlagentheorien, wie die Bindungstheorie (vgl. Strauß et al. 2002, Strauß & Schwark, 2007), werden von praktisch allen derzeitig praktizierten Methoden in Anspruch genommen; aus einzelnen Bausteinen werden theoretische Klammern gebastelt, denen allerdings für die nüchterne Wirksamkeitsevaluierung nur eine geringe Bedeutung zukommt. Um nochmals das leidige Thema

‚Gesprächspsychotherapie‘ zu bemühen. Der sachliche Streit geht u. a. darum, ob sich eine moderne Gesprächspsychotherapie (Eckert et al. 2006) – im Unterschied zur traditionellen GT (Tausch 1974) - die emotions-aktivierenden, aus der Gestalttherapie stammenden Techniken, wie sie der Kanadier Les Greenberg (1986) so erfolgreich entwickelt hat, auf ihr Verdienstkonto verbuchen darf oder nicht (vgl.

Strauß et al., 2008). Obwohl die Herkunft Les Greenbergs als Schüler von Laura Rice, eindeutig einer Gesprächspsychotherapeutin, unbestritten ist, haben beide den Aufbruch in ein neues Behandlungs- und Forschungsparadigma verkündet (Rice & Greenberg 1984). Greenbergs kontrollierte Studien könnten einen wesentlichen Beitrag zur möglichen Anerkennung der GT als wissenschaftlich anerkannt leisten (Strauß et al., 2008). Auch geht es darum, ob man die ziel-orientierte Gesprächstherapie von Sachse (1992) noch zur eigentlichen Gesprächstherapie zählen darf oder nicht. Das sind die modernen Gretchenfragen, die uns auch zukünftig beschäftigen werden. Der G-BA übrigens hat hierzu eine eindeutig Meinung: Weder die prozess-erlebnisorientierte Behandlung Greenbergs noch die von Sachse propagierte Methode zählt für dieses Gremium zur Gesprächspsychotherapie. Doch aus welchen uns unbekannten Quellen der Weisheit werden solche Entscheidungen begründet?

Angesichts einer wachsenden Zahl von Methoden ist es möglicherweise nur eine Frage der Zeit, dass immer mehr die Hürde der kontrollierten Evidenzermittlung überspringen; dies aber wird sicher von der Frage abhängen, ob sich im Endeffekt harte oder weiche Kriterien für die Evidenzbeurteilung durchsetzen werden. Jüngst publizierte die ‚Musiktherapeutische Umschau‘ eine Meta-Analyse über eine Vielzahl von Störungsbildern aus dem Erwachsenen- und Kinderbereich, die, wenn sie zutreffend sein sollte, den Gang zum WBP nahe legen würde (Pesek, 2007).

Pokorny et al. (1996) haben in ihrer Monographie „Konzentrativer Bewegungstherapie“ (KBT) bereits den Anspruch formuliert, diese nicht nur als Methode, sondern als ein Verfahren mit Bezug auf eine Grundorientierung zu verstehen (in Österreich hat es die KBT – wie 21 (!) andere Modalitäten– bekanntlich längst geschafft, in diesen Status erhoben zu werden).

Die im Kontext des WBP und des G-BA in der BRD geführte Diskussion um die Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie wird mit Sicherheit bald auch auf europäischer Ebene geführt werden, da für den Bereich der Psychotherapie dringender Bedarf nach der Einführung sonst so allgegenwärtiger europäischer Standards besteht. Sowohl die Einbettung von Psychotherapie in das Gesundheitssystem als auch die Anerkennung von Behandlungsverfahren und rechtliche Regelungen bezüglich der Aus- und Weiterbildung sind in den Ländern der EU noch extrem heterogen.

Störungsspezifische oder störungsorientierte Psychotherapie?

Das Konzept störungsspezifischer Therapien scheint seinen Höhepunkt schon wieder überschritten zu haben: Ein brandneues Lehrbuch (Herpertz et al., 2008) wählt mit Bedacht den Titel „Störungsorientierte Psychotherapie“, da mindestens ein Drittel des Buches Beschreibungen allgemeiner Therapiekomponenten ausmachen, welche die störungsspezifische Betrachtungsweise ergänzen.

Es stellt sich die Frage, ob das Konzept der Richtlinien-Psychotherapie den faktischen Entwicklungen noch gerecht wird. Was in der stationären Psychotherapie längst gang und gäbe ist, nämlich die multi-modale Mischung verschiedenster Methoden (vgl. den Beitrag von v. Wietersheim in diesem Heft), wird von Praktikern der Psychotherapie, die in der ambulanten Versorgung tätig sind, auch zunehmend aufgegriffen. Eine puristische Therapeutik, die sich strikt innerhalb der Grenzen der Richtlinien bewegt, scheint - mit Ausnahme der psychoanalytischen Therapie strikter Observanz - zunehmend zu verschwinden. Spätestens seit den Studien von Orlinsky und Mitarbeitern im Rahmen des Collaborative Research Network wissen wir, dass die meisten klinisch arbeitenden Psychotherapeuten auch eher „Methodenmischer“ als Puristen sind (Orlinsky & Ronnestad, 2005).

Allerdings muss man fragen, wie viele Methoden ein Psychotherapeut bereitstellen kann oder welche Methoden mit seiner Persönlichkeit kompatibel sind. Angesichts der gut belegten (also evidenzbasierten) Tatsache, dass die Technik eines Therapeuten nur ca. 10% der Ergebnisvarianz erklären soll (vgl. Abb. 1; Wampold 2001; Lambert & Barley, 2002; Lambert & Ogles 2004; Strauß & Wittmann, 2005), sollte in Zukunft mehr Forschung zur Förderung der Kompetenz einzelner Therapeuten durchgeführt werden.

Empirisch validierte Psychotherapeuten?

Ein solches Denken läuft aber der Auffassung, Psychotherapie analog einem Medikament zu betrachten und sie als solches zu evaluieren, gänzlich entgegen. Dieser unter Praktikern ungerne diskutierte Sachverhalt verweist seit Luborsky et al.'s (1985) erster Übersicht auf einen „dunklen Kontinent“, wie dies Klug et al. (2008) ausgeführt haben. Eine wesentliche Nach-Frage der Wissenschaft sollte doch sein: Gibt es Therapeuten, die konsistent Fehlentwicklungen provozieren und andere, die sie erfolgreich vermeiden?

Okiishi et al. (2006) fanden bei 2000 Patienten an einer Studentenberatungsstelle für Therapeuten, die mit mindestens 15 Patienten an der Studie beteiligt (aber relativ unerfahren) waren, folgendes: Die erfolgreichsten Therapeuten hatten 10 x größere Effekte als die am wenigsten erfolgreichen (bei denen Pat. sich verschlechterten!). Die Wirkung war relativ konsistent über alle Patienten und nicht abhängig von Art und Umfang der Ausbildung, Orientierung und Geschlecht: also müssen andere Variablen verantwortlich sein! Natürlich ist es leicht, die Ergebnisse dieser Studie wegen ihrer beschränkten materialen Basis zu relativieren: Nur Studentenberatung, keine echte Psychotherapie!

Hier ist weitere Forschung dringend nötig. Psychotherapien verlaufen nicht immer problemlos, Therapeuten sind mindestens teilweise ganz klar dafür verantwortlich (Caspar & Kächele 2008; Hoffmann et al. 2008). Hierzu liefern die differentiellen Analysen von Sandell (2007) aus der Stockholmer Psychotherapie-Studie überwältigende Befunde. Er schreibt: „Die Heterogenität von Behandlungsergebnissen legt nahe, dass wir eine andere Art von Fragen stellen müssen als die üblichen und häufig gestellten Stattdessen sollten wir uns die Perspektive der differenziellen Psychologie zu eigen machen und die Variationsbreite der Behandlungsergebnisse samt ihrer Ursachen in den Fokus unserer Forschung stellen“ (S. 462).

Aus seinen – und nicht nur seinen - Untersuchungen könnte der Schluss gezogen werden, dass eine „Führerscheinprüfung“, eine „Diagnostik“ einzelner Therapeuten die Zulassung einer Methode ergänzen müsste (Pfäfflin & Kächele, 2000), dass es um die Identifizierung „empirisch validierter Psychotherapeuten“ (Strauß, 2003) gehen müsste.

Der experimentelle Nachweis einer Wirkung (efficacy) sagt bekanntlich wenig über die Verwirklichung im praktischen Feld (effectiveness) aus. Diese wird durch einen erfahrenen und kompetenten Psychotherapeuten im Zusammenwirken mit seinem Patienten hergestellt. Somit wäre es konsequent, Richtlinien durch Leitlinien abzulösen, die hierfür mehr Spielräume ermöglichen.

Literatur

- Bartlett, F. C. (1932): Remembering: a study in experimental and social psychology. Cambridge, Cambridge University Press
- Benjamin, L. S. (2003). Interpersonal reconstructive therapy. New York - London: The Guilford Press.
- Bergin, A. E., Strupp, H. H. (1972). Changing frontiers in the science of psychotherapy. New York: Aldine.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. (1990): Systematic treatment and selection: Toward targeted therapeutic interventions. New York: Brunner/Mazel
- Caspar, F. M. (2007). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse: 3. Aufl. . Bern: Huber.
- Caspar FM, Kächele H (2008) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: Herpertz, S., Mundt, C., Strauss, B. (Hrsg) Störungsorientierte Psychotherapie. München: Urban u. Fischer, S 729-743
- Chambless D., L., Ollendick, T. H. (2001) Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. Ann Rev Psychol 52: 685-716
- Clarkin, J., Levy, K.N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert, M J. (Hrsg.) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5. Aufl. New York Chichester Brisbane, Wiley, S. @-@
- Duttweiler, St. (2007). Vom Patienten zum Kunden. Psychotherapeut, 52: 121-127.
- Eckert, J. (2007) Zum Bewertungsverfahren der Gesprächspsychotherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Forum Psychotherapeutische Praxis, 7: 67-72.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. M., & Höger, D. (2006). Gesprächspsychotherapie - Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nardort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy. Arch Gen Psychiatry, 63: 649-658.
- Grawe, K (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. J Cons Clin Psychol, 54: 4-9.
- Greenberg, L., Safran, J. (1987). Emotion in psychotherapy. Affect, cognition, and the process of change. New York, London: The Guilford Press.
- Herpertz, S. C., Caspar, F., Mundt, C. (Hrsg.). (2008). Störungsorientierte Psychotherapie. München: Urban u. Fischer.
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Nebenwirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht und Entwurf eines eigenen Modells. Psychotherapeut 53: 4-16
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006) Struktur der Ärztestatistik, Stand 31.12.2004. Köln, KBV
- Kächele, H. (1986) Propädeutik der Therapieindikation: eine kritische Besprechung von H. Arkowitz und S. B. Messer (Eds.) Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy. Z Klin Psychol 15: 263-266
- Kächele, H, Kordy H (2003): Indikation als Entscheidungsprozess. In: Adler, R. H., Hermann, J. M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O. W., Uexküll, Th. von, Wesiack, W. (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl. München, Jena, Urban & Fischer), S. 425-436
- Klermann, G. L., Weissman, M. M., & Rounsaville, B. J. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books.

- Klug G, Henrich G, Kächele H, Sandell R & Huber D (2008). Die
Therapeutenvariable – Immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeut*
53: 83-91
- Lambert, M. J., Ogles, B.M. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy.
In: Lambert, M J. (Hrsg.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and
behavior change*. 5. Aufl. New York Chichester Brisbane, Wiley, S. 139-193
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic
psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic
approach. *Clin Psychol Rev*, 21, 401-419.
- Leichsenring, F, Leibing, E (2003): The effectiveness of psychodynamic therapy and
cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders. *Am J
Psychiatry*, 160: 1223-1232.
- Levy, K. N. (2008) Psychotherapies and lasting change. *Am J Psychiatry* 165: 556-
559
- Luborsky, L. (1969). Critical evaluation of Strupp and Bergin. Research cannot yet
influence clinical practice. *Int J Psychiat*, 7: 135-140.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy*. Basic Books, New
York; dt. (1988). *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Berlin Heidelberg
New York Tokyo: Springer,
- Orlinsky, D. E. und M. H Rønnestad (Eds.) (2005). *How psychotherapists develop: A
study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC:APA Books
- Pesek, U. (2007). Musiktherapiewirkung - eine Meta-Analyse. *Musiktherapeutische
Umschau* 28: 110-135.
- Pfäfflin, F., Kächele, H. (2000). Müssen Therapeuten diagnostiziert werden. *PTT*, 4:
88-94.
- Pokorny, V., Hochgerner, M., Cserny, S. (1996). *Konzentrierte Bewegungstherapie.
Von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren* (Vol.
4). Wien: Facultas-Universitäts-Verlag.
- Rice, L., Greenberg, L. S. (1984). The new research paradigm. In: Rice, L.,
Greenberg, L. S. (Hrsg) *Pattern of change*. Guilford Press, New York, S 7-26
- Rief, W., Exner, C., Martin, A. (2006). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart:
Kohlhammer.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächstherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sandell, R. (2007). Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten und
Therapeuten. Aus der psychoanalytischen Forschung. In: Springer, A., Münch, K.,
Munz, D. (Hrsg) *Psychoanalyse heute?! Psychosozial-Verlag*, Giessen, S 461-481
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische
Versorgung*. Bundesgesundheitsbericht, Heft 41, Berlin, Robert Koch Institut
- Strauß, B. (2003). Empirisch validierte Psychotherapeuten statt empirisch validierter
Psychotherapie? *Psychother Psych Med*, 53: 363.
- Strauß, B. (2006). Psychotherapie® - Über den Warencharakter von
Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 51: 354-362
- Strauß, B., Schwark, B. (2007) Die Bedeutung der Bindungstheorie für die
Psychotherapie. 10 years later. *Psychotherapeut*, 52: 405-425
- Strauß, B., Wittmann, W. W. (2005). Psychotherapieforschung: Grundlagen und
Ergebnisse. In: Senf, W. Broda, M. (Hrsg.) *Praxis der Psychotherapie. Ein
integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Thieme Verlag
- Strauß, B., Buchheim, A., & Kächele, H. (Hrsg.). (2002). *Klinische
Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart, New York:
Schattauer.

- Strauß, B., Hautzinger, M., Freyberger, H.J., Eckert, J., Richter, R., Harfst, T. (2008). Bericht der Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer - Analysen zum medizinischen Nutzen der Gesprächspsychotherapie und Empfehlungen für die Stellungnahme zum „Bericht der Nutzenbewertung Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen“ des G-BA. *Psychodyn Psychoth*, 7: 92-123.
- Talley, P. F., Strupp, H. H., Butler, S. F. (1994). *Psychotherapy: Research and practice: Bridging the gap*. New York: Basic Books.
- Tausch, R. (1974). *Gesprächspsychotherapie*. Verlag für Psychologie., Göttingen: Dr. C. J. Hogrefe.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Westen, D., Novotny, C. M., Thompson-Brenner, H. (2004): The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled trials. *Psych Bull*, 130 (4): 631-663.