

**Evaluation:
Methodenpapier des
Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP)
Gemäß § 11 PsychThG (Psychotherapeutengesetz)**

Verfasser:

Bruce E. Wampold, Ph.D.

University of Wisconsin, Madison, USA, und Modum Bad Psychiatric Center, Norwegen

15. Februar 2021

Bruce E. Wampold Ph.D., ABPP, ist emeritierter Professor für Beratungspsychologie (Counseling Psychology) an der University of Wisconsin, Madison, USA, Forschungsgruppenleiter (Senior Researcher) des Research Institute am Modum Bad Psychiatric Center in Vikersund, Norwegen, und Leitender Wissenschaftler (Chief Scientist), Theravue.com. Er ist Fellow der Amerikanischen Psychologischen Gesellschaft (American Psychological Association) (Abteilungen 12, 17, 29, 45), ist durch die Amerikanische Kammer für Professionelle Psychologie (American Board of Professional Psychology) kammerzertifiziert in Beratungspsychologie und erhielt 2007 den Preis für herausragende Fachbeiträge zur angewandten Forschung (Distinguished Professional Contributions to Applied Research Award) der Amerikanischen Psychologischen Gesellschaft (American Psychological Association), 2015 den Preis für herausragende Forschungsleistungen im Verlauf des beruflichen Lebens (Distinguished Research Career Award) der Gesellschaft für Psychotherapieforschung (Society for Psychotherapy Research) und 2019 die Goldmedaille für das Lebenswerk in der Psychologieanwendung (Gold Medal Award for Life Achievement in the Application of Psychology) der Amerikanischen Psychologischen Stiftung (American Psychological Foundation). Derzeit wird sein Werk zusammengefasst in „The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work“ (mit Z. Imel, Routledge, 2015), das sich mit dem Verständnis von Psychotherapie aus empirischer, historischer und anthropologischer Perspektive befasst.

Zusammenfassung

Ziel des vorliegenden Papiers ist es, die wissenschaftliche Stichhaltigkeit der im **Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie** (Methodenpapier) dargelegten Kriterien zu untersuchen. Die in dem Methodenpapier enthaltenen Verfahrensweisen und Kriterien wurden entwickelt, um sichere und wirksame Psychotherapieverfahren zu identifizieren, in der Absicht, die Öffentlichkeit zu schützen und den Nutzen von Psychotherapien zu optimieren.

Die wissenschaftlichen Belege für die Wirksamkeit von Psychotherapie und dafür, wie eine Psychotherapie ihren Nutzen bewirkt (Veränderungsmechanismen), werden einer Überprüfung unterzogen, mit Konsequenzen für die Aussagekraft des Methodenpapiers. Diese Überprüfung wird im Folgenden zusammengefasst:

Bereich 1:

Titel: Unterschiedliche Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren und -methoden.

Schlussfolgerung: Es wurde nie nachgewiesen, dass ein bestimmtes Psychotherapieverfahren einer anderen seriösen Psychotherapie überlegen ist, bei keiner Störung (mit einigen möglichen kleineren Ausnahmen).

Bedeutung: Das Methodenpapier ist unzulänglich, da es unterstellt, dass einige Psychotherapieverfahren und -methoden anderen überlegen sind.

Bereich 2:

Titel: Vertrauen auf randomisierte klinische Studien (RCTs)

Schlussfolgerung: Grundsatzentscheidungen, die sich auf Belege aus RCTs stützen oder diesen Priorität einräumen, sind generell fehlerbehaftet, und dies ganz besonders bei psychotherapeutischen RCTs.

Bedeutung: Das Methodenpapier ist unzulänglich, da es Belegen aus RCTs Priorität vor Belegen aus lebensnahen Settings und anderen Belegen einräumt.

Bereich 3:

Titel: Die Suche nach Spezifität in der Psychotherapie

Schlussfolgerung: Es gibt wenige oder keine Belege dafür, dass eine bestimmte Psychotherapie spezifisch für eine Störung ist; das heißt, es ist nicht nachgewiesen, dass die spezifischen Bestandteile und Prozesse zugelassener (wie auch anderer) Psychotherapieverfahren und -methoden notwendig sind, um den Nutzen der verschiedenen Verfahren und Methoden hervorzubringen.

Bedeutung: Das Methodenpapier ist unzulänglich, da es unterstellt, dass für die Anerkennung in Frage kommende Verfahren und Methoden über die spezifischen Bestandteile der jeweiligen Verfahren und Methoden wirken.

Bereich 4:

Titel: Definition von Psychotherapieverfahren und -methoden

Schlussfolgerung: Die Definitionen konkreter Psychotherapieverfahren und -methoden sind mehrdeutig und die unter eine konkrete Verfahrens- oder Methodenbezeichnung fallenden Techniken variieren stark. Außerdem herrscht Uneinigkeit unter Fachleuten darüber, welche Techniken zu einer bestimmten Klasse von Verfahren und Methoden gehören.

Bedeutung: Das Methodenpapier ist unzulänglich, da es davon ausgeht, dass die Zulassung eines bestimmten Verfahrens oder einer bestimmten Methode zur Anwendung eines einheitlichen Verfahrens oder einer einheitlichen Methode bei den Patient:innen führt, während in Wahrheit eine Vielfalt von Techniken in den bestimmten für die Anerkennung in Frage kommenden Verfahren und Methoden enthalten sind und kaum Einigkeit darüber besteht, welche Techniken zu dem bestimmten Verfahren oder der bestimmten Methode gehören.

Bereich 5:

Titel: Belege für ignorierte Faktoren

Schlussfolgerung: Es gibt viele Faktoren, die zu einer wirksamen psychotherapeutischen Behandlung führen und diese Faktoren betreffen Aspekte der Beziehung zwischen Therapeut:in und Patient:in. Die Beziehungsfaktoren sind für das Hervorbringen des Nutzens einer Psychotherapie um ein Vielfaches wichtiger als die spezifischen Faktoren, die zur Anerkennung von Behandlungsverfahren und -methoden herangezogen werden. Darüber hinaus gibt es eine erhebliche Streubreite in der Wirksamkeit aller Verfahren und Methoden, die auf die/den die Behandlung vornehmenden Therapeut:in zurückzuführen ist; das heißt, einige Therapeut:innen sind wirksamer als andere, ungeachtet des Verfahrens oder der Methode.

Bedeutung: Das Methodenpapier ist unzulänglich, da es die Beziehungsfaktoren, die für eine wirksame Psychotherapie unerlässlich sind, größtenteils ignoriert und nicht erkennt, dass diese Faktoren allen Psychotherapieverfahren und -methoden gemein sind. Darüber hinaus geht das Methodenpapier davon aus, dass Therapeut:innen ein anerkanntes Verfahren oder eine anerkannte Methode einheitlich durchführen, und ignorieren die Tatsache, dass einige Therapeut:innen wirksamer sind als andere.

Schlussfolgerung: Die getroffenen Annahmen hinsichtlich der Kriterien in den im Methodenpapier beschriebenen Verfahrensweisen sind unwissenschaftlich, das heißt, sie ignorieren die Belege dafür, was Psychotherapie wirksam macht. Die Verwendung der im Methodenpapier beschriebenen Verfahrensweisen bevorzugt auf unwissenschaftliche Weise bestimmte Behandlungsverfahren und -methoden, schränkt die Wahlmöglichkeiten für Patient:innen ein und hat die Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung nicht verbessert und ist dazu auch nicht in der Lage.

Evaluation: Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Zweck der vorliegenden Evaluation ist die Untersuchung der vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie angewandten Methoden, die im Psychotherapeutengesetz festgelegt sind. Die Evaluation stützt sich auf die Wissenschaft der Psychotherapie sowie auf aktuelle statistische und Designverfahren.

Vorwort

Psychotherapie ist erstaunlich wirksam, eine Tatsache, die in randomisierten klinischen Studien und im klinischen Umfeld festgestellt wurde (Barkham & Lambert, 2021; Minami et al., 2008; Wampold & Imel, 2015). Psychotherapieverfahren sind für die meisten psychischen Störungen so wirksam wie Medikamente, ohne deren Nebenwirkungen und mit länger anhaltender Wirkung (Cuijpers et al., 2013; DeRubeis et al., 2008; Wampold & Imel, 2015).

Trotz des Nutzens der Psychotherapie weist die Psychotherapie aber auch verschiedene Beschränkungen auf. Psychotherapie ist recht zeitaufwendig; sie erfordert typischerweise mindestens eine Stunde pro Woche über einen Zeitraum von mehreren Wochen, zuzüglich Fahrzeit, falls sie von Angesicht zu Angesicht stattfindet. Auch wenn unerwünschte Ereignisse selten sind, kann Psychotherapie für die meisten Patient:innen emotional anstrengend, belastend und mit Mühen verbunden sein. Viele Patient:innen lassen sich nicht auf eine Psychotherapie ein, denn die Abbruchrate ist relativ hoch, besonders nach der ersten Sitzung (Olfson et al., 2009; Swift & Greenberg, 2012). Obwohl nutzbringend, profitieren doch nicht alle Patient:innen von einer Psychotherapie. Die Anzahl der notwendigen Behandlungen (Number Needed to Treat, NNT) beträgt bei der Psychotherapie im Vergleich zu gar keiner Behandlung etwa drei (3), woraus hervorgeht, dass nur eine:r von drei Patient:innen ein besseres Resultat erzielt, als wenn sie/er keine Psychotherapie erhielt (Wampold & Imel, 2015). Man muss sich jedoch vergegenwärtigen, dass die NNT für Psychotherapie besser als viele medikamentöse Interventionen ist, von denen viele sehr teuer sind und ernste Nebenwirkungen haben. Ein weiteres Problem für die Psychotherapie (wie auch die Psychiatrie) ist der Zugang zu Behandlungen der psychischen Gesundheitsversorgung, da vielerorts diejenigen mit diagnostizierbaren psychischen Störungen keinerlei Behandlung der psychischen Gesundheitsversorgung irgendeiner Art erhalten (Kessler et al., 2005; Mojtabai et al., 2011; Wang et al., 2011; Wang et al., 2005).

Als eine Behandlungsform für psychische Störungen ist Psychotherapie eine weltweit allgemein anerkannte Praxis, die von vielen nationalen oder regionalen staatlichen Gesundheitsbehörden und Versicherungen bezahlt wird. Die Bemühungen gehen international dahin, die Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung zu verbessern und zu gewährleisten, dass die Patient:innen wirksame Therapien erhalten. International gibt es bisher drei Wege zur Verbesserung der Psychotherapieversorgung. Der erste beinhaltet die Identifizierung evidenzbasierter Behandlungsverfahren und -methoden und die Anordnung, dass Psychotherapeut:innen diese und nur diese Verfahren und Methoden anwenden. Die zweite Strategie beinhaltet die Überwachung des Patient:innenfortschritts und die Verwendung der sich daraus ergebenden Informationen, um die Versorgung zu verbessern, hauptsächlich indem die Informationen über den Patient:innenfortschritt der/dem Psychotherapeut:in zur Verfügung gestellt werden. Die dritte Strategie konzentriert sich auf die individuellen Kliniker und Möglichkeiten, wie sie ihre Resultate durch Verbessern ihrer therapeutischen Fähigkeiten verbessern können. Die vom

Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) genutzte primäre Strategie besteht darin, evidenzbasierte Behandlungsverfahren und -methoden zu identifizieren und deren Verwendung anzuordnen.

In der vorliegenden Evaluation wird die wissenschaftliche Basis der Strategie evidenzbasierter Behandlungsverfahren und -methoden mit besonderem Augenmerk auf Verfahrensweisen untersucht, die in dem vom WBP veröffentlichten Methodenpapier beschrieben sind. Der WBP geht von mehreren Annahmen aus, die kritisch hinterfragt werden.

Unterschiedliche Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren und -methoden

Die Evidenz

Ein oder mehrere psychotherapeutische Verfahren und Methoden als evidenzbasiert anzuerkennen unterstellt, dass einige psychotherapeutische Ansätze wirksamer sind als andere, allgemein oder für spezifische Störungen. Dies ist eine logische Schlussfolgerung, wenn man davon ausgeht, dass die spezifischen Bestandteile eines konkreten Verfahrens oder einer konkreten Methode für den Nutzen des Verfahrens oder der Methode verantwortlich sind und dass einige spezifische Bestandteile potenter sind als andere. Dies ist jedoch eher eine empirische Frage als eine logische. Es gibt mehrere Modelle, die rund um die Hypothese aufgebaut sind, dass alle stichhaltigen und glaubhaften Behandlungsverfahren und -methoden (d. h. an deren Wirksamkeit Therapeut:in und Patient:in glauben), von Therapeut:innen qualifiziert angewendet, mit einem ähnlichen therapeutischen Fokus auf die Probleme der/des Patient:in, gleichermaßen wirksam sind, und zwar aufgrund dessen, was als die gemeinsamen Faktoren bekannt geworden ist (Frank & Frank, 1991; Garfield, 1995; Orlinsky & Howard, 1986; Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015). Bemerkenswerterweise betonen all diese Modelle, dass an Patient:innen angewendete optimal wirksame Behandlungsverfahren und -methoden ein stichhaltiges, für die Patient:innen glaubhaftes, Grundprinzip für problemfokussierte Arbeit haben (Yulich et al., 2017) und dass das konkrete Verfahren oder die konkrete Methode nicht wichtig ist.

Was die wissenschaftlichen Belege für die unterschiedliche Wirksamkeit von Psychotherapien betrifft, haben sich viele Meta-Analysen mit dieser Hypothese befasst. Die erste Meta-Analyse, die den Nutzen der Psychotherapie untersuchte, stellte kleine Unterschiede zwischen den Therapieverfahren und -methoden fest und diese Unterschiede waren auf die Studiencharakteristika zurückzuführen, nicht auf die Überlegenheit eines bestimmten Therapieverfahrens oder einer bestimmten Methode (Smith & Glass, 1977; Smith et al., 1980). Spätere Meta-Analysen bestätigten die Hypothese, dass alle Behandlungsverfahren und -methoden mit therapeutischer Intention, die auf seriöse Weise angewandt werden, etwa gleich wirksam sind, und zwar allgemein (Marcus et al., 2014; Wampold et al., 1997) und für spezifische Störungen, darunter Depressionen, Ängste, posttraumatische Belastungsstörungen, substanzbezogene Störungen, Störungen bei Kindern und andere (Review von Wampold & Imel, 2015). Wenn Unterschiede zwischen Therapieverfahren und -methoden festgestellt werden, so sind die Unterschiede mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Studiencharakteristika, die Definition der Therapieverfahren, die verwendeten Kontrollbedingungen, die Schulenverbundenheit der Forschenden und das Design der klinischen Studien zurückzuführen (Baardseth et al., 2013; Munder et al., 2012; Munder et al., 2019; Munder et al., 2011; Wampold, Flückiger, et al., 2017). Es gibt mögliche Ausnahmen, darunter einfache Phobien und Zwangsstörungen, doch selbst für diese beiden konkreten Störungen sind die Belege zweifelhaft.

Seriöse Therapieverfahren und -methoden sind nicht nur in klinischen Studien alle gleich wirksam, sondern sie sind auch gleich wirksam, wenn sie auf klinische Bedingungen übertragen werden (Pybis et al., 2017; Stiles et al., 2008). Dies trifft in Systemen wie dem National Health Service (NHS) in England zu, die absichtlich evidenzbasierte Therapieverfahren und -methoden eingeführt haben (Pybis et al., 2017); die evidenzbasierte KVT war in der Praxis nicht in der Lage, gewöhnliche Beratungs- und humanistische Ansätze zu übertreffen (Pybis et al., 2017; Stiles et al., 2008) Mancherorts ist man der unbequemen Tatsache, dass es keine Belege dafür gibt, dass irgendein Therapieverfahren und eine Therapiemethode anderen überlegen ist, durch die Festlegung ausgewichen, dass solchen Verfahren und Methoden Priorität einzuräumen ist, für die es mehr Belege gibt. Das Problem hierbei liegt darin, dass bestimmte Therapieverfahren und -methoden bei der Finanzierung priorisiert werden, hauptsächlich aus politischen Gründen, aber auch, weil sie bereits bevorzugt werden, in Mode sind oder lautstarke Fürsprecher haben – alles Faktoren, die wenig mit ihrer Wirksamkeit zu tun haben. Daher basiert die Bevorzugung typischerweise auf Macht und Finanzausstattung und nicht auf Wirksamkeit. Überdies variiert das, was als evidenzbasiertes Therapieverfahren oder evidenzbasierte Therapiemethode anerkannt ist, von Land zu Land.

Eine der Konsequenzen der Gleichwertigkeit von Verfahren und Methoden mit therapeutischer Intention besteht darin, dass, wann immer ein solches Verfahren oder eine solche Methode untersucht wurde, ihre Wirksamkeit festgestellt wurde, wodurch die ständig länger werdende Liste von Verfahren und Methoden mit Belegen für deren Wirksamkeit noch erweitert wird. Eine Begleiterscheinung dieses Phänomens ist, dass selbst solche Therapieverfahren und -methoden für wirksam befunden werden, die als Kontrollbedingungen intendiert waren, ohne die wirksamen Bestandteile, welche man für Abhilfen bei konkreten Defiziten hielt, aber unter Beibehaltung der Konzentration auf die Probleme der/des Patient:in und angewendet von Therapeut:innen, die glauben, dass das Verfahren oder die Methode wirksam ist. Tatsächlich nahmen einige allgemein bekannte und anerkannte Therapieverfahren und -methoden, die auf offiziellen Listen psychologischer Verfahrenen mit starker Evidenz erscheinen, ihren Anfang als Kontrollbedingungen (d.h. ohne die Erwartung, dass sie wirksam seien). Diese Liste überraschender evidenzbasierter Therapieverfahren und -methoden schließt u. a. Interpersonelle Therapie (IPT) für Depressionen und andere Erkrankungen, Gegenwartzentrierte Therapie (Present-Centered Therapy, PCT) für PTSD, Verhaltensaktivierung (Behavioral Activation, BA) für Depression und eine Anzahl anderer Erkrankungen, und unterstützende Therapie (Supportive Therapy, ST) für Depressionen ein. Der Fall der PCT ist besonders erhellend, da sie dafür konzipiert wurde, die Wirksamkeit der Prolongierten Exposition (Prolonged Exposure, PE), entwickelt und getestet von Edna Foa und Kolleg:innen, und der Cognitive Processing Therapy (CPT), entwickelt und getestet von Patricia Resnick und Kolleg:innen, zu demonstrieren. Die PCT wurde absichtlich so konzipiert, dass auf jede Exposition und kognitive Neustrukturierung – Kern des KVT-Verfahrens für PTSD (und die meisten Angststörungen) – verzichtet wurde, doch in mehr als sechs klinischen Studien war die PCT so wirksam wie PE und CPT, ein Ergebnis, das durch eine Meta-Analyse verifiziert wurde (Frost et al., 2014). Selbst [in] der strengsten Untersuchung der Wirkung von PE, durchgeführt von Foa, war PCT so wirksam wie PE (Foa et al., 2018), bei weniger Abbrüchen (Frost et al., 2014; Imel et al., 2013). Als weiteres Beispiel einer Anomalie wurde nachgewiesen, dass Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR), ein Verfahren, das mit dem Etikett der Pseudowissenschaft versehen wurde (Herbert et al., 2000; McNally, 1999), so wirksam wie KVT für die Behandlung von PTSD ist.

Hunderte verschiedene Psychotherapien wurden in klinischen Versuchen im Vergleich zu Wartelistenkontrollen (Wait-List Controls, WLC) untersucht, und nicht eine war weniger effektiv. Darüber hinaus gibt es keine Belege aus klinischen Studien, dass irgendein psychotherapeutisches Behandlungsverfahren oder irgendeine psychotherapeutische Behandlungsmethode nachweislich schädlich ist (Wampold & Imel, 2015). In diesem Sinne schützt die Identifizierung einiger weniger evidenzbasierter Therapieverfahren und -methoden die Öffentlichkeit nicht vor Schaden.

Bedeutung

Die Belege sprechen sehr für die Hypothese, dass alle psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und -methoden, die von Therapeut:innen vorgenommen werden, die an die Verfahren glauben, und die sich auf die Probleme der/des Patient:in konzentrieren, gleichermaßen wirksam sind. Demzufolge könnte jede:r Forschende die erforderliche Forschung durchführen, die es braucht, um in einer Liste evidenzbasierter Therapieverfahren und -methoden bevorzugt zu werden, solange die nötige Forschung nur durchgeführt wird. Die Durchführung der notwendigen Forschung ist jedoch teuer und erfordert in der Regel eine gewisse staatliche Finanzierung. Dementsprechend hängt die Bevorzugung von der Forschungsfinanzierung ab und ist somit durch die Prioritäten der Geldgeber vorherbestimmt und kann daher keine wirksamen Therapieverfahren und -methoden aus einer Population von Verfahren und Methoden identifizieren.

Vertrauen auf randomisierte klinische Studien

Alle Systeme zur Identifizierung evidenzbasierter Therapieverfahren und -methoden stützen sich auf die Ergebnisse randomisierter klinischer Studien (RCTs), um die benötigten Belege zu erbringen. In der Tat werden derartige Designs häufig als der *Goldstandard* der Psychotherapieforschung bezeichnet. Leider fehlt es den Entscheidungsträgern in der Regel an der Einsicht in die begrenzte Eignung von RCTs für das Treffen von Grundsatzentscheidungen; sie setzen unbegründetes Vertrauen in die Schlussfolgerungen von RCTs und erkennen nicht, wie schwierig es ist, die Ergebnisse der Studien auf lebensnahe Bedingungen zu übertragen. Deaton and Cartwright (2018) haben die gründlichste Kritik von RCTs für die Medizin, Ökonomie und andere Sozialwissenschaften geliefert (übrigens ist Sir Angus Deaton Nobelpreisträger der Wirtschaftswissenschaften; seine und Cartwrights Kritik der RCTs ist also keine Schmähschrift, sondern eine umfassende und fachkundige Kritik). Die Psychotherapie stellt jedoch noch zusätzliche Herausforderungen und man muss sich dieser Fragen bewusst sein, wenn man RCTs als Hauptquelle für die Identifizierung evidenzbasierter Behandlungsverfahren und -methoden anerkennt. Die Hauptprobleme werden hier erörtert.

Ein besonders wichtiger Aspekt von RCTs in der Medizin ist die Doppelverblindung. Das heißt, weder den Patient:innen noch den behandelnden Kliniker:innen ist die Zuordnung der Patient:innen zu den verschiedenen Bedingungen bekannt (im Grunde ist es sogar eine Dreifachverblindung, da die Gutachter:innen/Datenanalyst:innen ebenfalls verblindet sind). Die Verblindung ist eine absolute Notwendigkeit für die Validität von RCTs (in der Medizin würde niemals eine unverblindete Studie als Beleg zugelassen werden), doch alle Psychotherapiestudien sind unverblindet, da die Therapeut:innen die angewendeten Behandlungsverfahren und -methoden kennen und den Patient:innen bewusst ist, was genau in der Therapie gemacht wird. Durch diese Tatsache werden Psychotherapie-RCTs anfällig für viele daraus resultierende Störfaktoren, wie später in diesem Abschnitt erläutert wird.

Ein weiteres Problem bei RCTs ist das Design der RCTs, insbesondere die Wahl und das Design der Kontrollbedingungen. Wer Psychotherapiestudien durchführt, hat die Wahl zwischen

verschiedenen Arten von Kontrollbedingungen, u. a. eine andere seriöse Psychotherapie (die Ergebnisse aus solchen Vergleichen wurden im vorhergehenden Abschnitt besprochen), Wartelistenbedingungen (Wait-List Conditions, WLC), Verfahren wie üblich (Treatment As Usual, TAU) und psychologische Placebos. Die Resultate der Studie hängen von der Wahl der Kontrollgruppe ab (Michopoulos et al., 2021). Auch besteht erhebliche Variabilität innerhalb jeder Art von Kontrollbedingung, was sich auf das Resultat auswirkt (Cuijpers et al., im Druck). Was am wichtigsten ist: Es kann das Resultat beeinflussen, wie die Forschenden die Kontrollbedingungen konzipieren (vgl. Cuijpers et al., 2019; Munder et al., 2018, 2019). Natürlich beantwortet jede Art von Kontrollbedingung eine andere Frage.

Aufgrund der Tatsache, dass so viel Variabilität bei den Kontrollbedingungen besteht, gibt es großen Spielraum für Forschende, um die Resultate von RCTs zu beeinflussen. Tatsächlich ist mittlerweile allgemein bekannt, dass die Schulverbundenheit der Forschenden das Resultat der Studie beeinflusst, insbesondere durch die Art und Weise, wie die Studie konzipiert wird, einschließlich der Konstruktion der Kontrollbedingung (Munder et al., 2013; Munder et al., 2012; Munder et al., 2011). Sogar die behauptete Überlegenheit der KVT bei einigen Störungen ist ein Artefakt des Designs der Kontrollbedingungen, neben anderen Faktoren (Wampold, Flückiger, et al., 2017). Darüber hinaus ließen sich große Effekte für bestimmte Behandlungsverfahren und -methoden niemals wiederholen (Frost et al., 2020), was weitere Bedenken hinsichtlich der Verwendung von RCTs für die Identifizierung wirksamer Therapieverfahren und -methoden aufwirft.

Ein weiteres Problem bei RCTs besteht darin, dass sich die Bedingungen der RCT von denen des klinischen Umfelds unterscheiden, für das die Ergebnisse gelten müssen, damit die Schlussfolgerungen der RCTs das Potenzial haben, die Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung zu verbessern. Generalisierbarkeit für angewandte Settings, oft als externe Validität bezeichnet, ist bei der Psychotherapie recht begrenzt. Die übliche Erwägung für die Generalisierbarkeit ist die Beschaffenheit der Patient:innenstichprobe in der RCT – wie ähnlich ist die in der RCT untersuchte Stichprobe den Patient:innen im klinischen Umfeld? Üblicherweise sind die Patient:innen sehr anders. Beispielsweise werden in klinischen Studien zu Depressionen Patient:innen ausgeschlossen, die Persönlichkeitsstörungen haben, Selbstmordgedanken haben, Substanzen einnehmen, Antidepressiva oder andere psychotrope Medikamente einnehmen, psychotische Merkmale aufweisen oder andere Formen einer Behandlung für die psychische Gesundheit erhalten. Die Charakteristik der Patient:innen ist jedoch nur eine Gefahr für die externe Validität und es gibt eine Reihe anderer, darunter das Umfeld an sich (z. B. eine Klinik an einer Universität im Vergleich zu einem öffentlichen Träger), die Fallbelastung der Therapeut:innen (häufig ist in RCTs die Fallbelastung begrenzt), zusätzliche Ausbildung und Supervision der Therapeut:innen, die Überwachung der Vorgabentreue und Kompetenz der Therapeut:innen, die tatsächlich angewendeten Behandlungsverfahren und -methoden (Therapeut:innen im klinischen Umfeld wenden die Verfahren nicht auf die Art und Weise an, wie sie in einer RCT angewendet werden, ein Problem, das in einem folgenden Abschnitt eingehender erläutert wird). Leider sind es genau diese Elemente, die erforderlich sind, um die interne Validität und Veröffentlichung der Studie zu gewährleisten. Die größte Gefahr für die externe Validität der Studie ist jedoch die Auswahl der Therapeut:innen. In einer RCT findet eine Generalisierung nicht nur in Bezug auf eine Population von Patient:innen statt, sondern die Stichprobe von Therapeut:innen muss auch auf die Population von Therapeut:innen generalisierbar sein (Serlin et al., 2003; Wampold & Serlin, 2000). Die Frage der Therapeut:innen wird im Weiteren erörtert, da sie in der Psychotherapieforschung

und – was wichtig ist – in Programmen zur Identifizierung von evidenzbasierten Therapieverfahren und -methoden ignoriert wird.

Bedeutung

Alle Methoden, um evidenzbasierte Therapieverfahren und -methoden zwecks Verbreitung zu identifizieren, stützen sich hauptsächlich auf RCTs, ohne die Fehler derartiger Designs zu erkennen. Deaton and Cartwright (2018) führten zahlreiche Beispiele dafür an, wie diese Strategie zu schlechten Grundsatzentscheidungen (d. h. zu suboptimalen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Resultaten) in der Medizin und Ökonomie geführt haben, eine Situation, die durch die Probleme bei Psychotherapie-RCTs noch verschärft wird. Fürsprecher:innen konkreter Verfahrensformen können RCTs zum Vorteil der von ihnen bevorzugten Therapieverfahren und -methoden konzipieren (d. h. Schulenverbundenheit der Forschenden, Research Allegiance), ein Phänomen, das dokumentiert worden ist (Wampold, Flückiger, et al., 2017). RCT-Belege können für verschiedene Zwecke nützlich sein, aber sie sind eindeutig problematisch, wenn sie zur Anerkennung bestimmter Therapieverfahren und -methoden als evidenzbasiert verwendet werden, ohne andere Belege (z. B. naturalistische Studien, Prozessstudien) mit einzubeziehen. Beispielsweise haben naturalistische Studien gezeigt, dass Therapeut:innen im klinischen Umfeld, die eine Vielfalt verschiedener Behandlungsverfahren und methoden anwenden, Resultate erzielen, die ebenso gut sind wie Resultate aus Behandlungsverfahren und methoden, die im Kontext klinischer Studien angewendet werden, und das in weniger Sitzungen (Minami et al., 2008), was nahelegt, dass lebensweltliche Belege (von Kliniker:innen erreichte Resultate) gegenüber RCT-Belegen berücksichtigt werden sollten. Angesichts der Tatsache, dass Kliniker:innen anerkanntswerte Resultate erzielen (d. h. durch klinische Studien gesetzte Richtwerte erfüllen), ergibt es wenig Sinn, Kliniker:innen anzuweisen, nur bestimmte Therapieverfahren und -methoden anzuwenden.

Die Suche nach Spezifität in der Psychotherapie

Strategien zur Identifizierung konkreter evidenzbasierter Therapieverfahren und -methoden gehen üblicherweise davon aus – und verlangen in vielen Fällen auch –, dass festgestellt werden muss, dass das Verfahren oder die Methode spezifisch sind. Das heißt, die Bestandteile des Verfahrens oder der Methode müssen nachweislich für den Nutzen der Behandlung verantwortlich sein. Die allgemeine These lautet, dass eine gegebene Psychopathologie das Ergebnis eines konkreten psychologischen Defizits ist (z. B. gestörte oder maladaptive Kognitionen) oder eines konkreten psychologischen Zustands (emotionale Dysregulation) ist und dass die Bestandteile der Therapieverfahren und -methoden das Defizit beheben oder den Zustand beenden. Es gibt eine Anzahl von Möglichkeiten, wie man auf Spezifität eingehen kann (Wampold & Imel, 2015), die hier jeweils kurz erläutert werden.

Die erste Möglichkeit, Spezifität nachzuweisen, ist durch Vergleichen zweier Therapieverfahren und -methoden, sagen wir A und B. Wenn die Bestandteile des Verfahrens oder der Methode A potenter sind als die Bestandteile des Verfahrens oder der Methode B, so wird A wirksamer sein als B. Wie vorstehend erörtert, wurde für kein Therapieverfahren bzw. keine Therapiemethode durchgängig Überlegenheit gegenüber anderen Verfahren oder Methoden bei einer beliebigen Störung gezeigt, und demzufolge wird mit diesem Mittel keine Spezifität für ein Therapieverfahren bzw. eine Therapiemethode ermittelt.

Die zweite Möglichkeit, Spezifität festzustellen, ist die Verwendung eines Komponenten-Designs (Dismantling-Design). Ein Dismantling-Design vergleicht das volle Kompendium des

Therapieverfahrens bzw. der Therapiemethode (alle Komponenten des Verfahrens bzw. der Methode, wie sie im Idealfall durchgeführt werden würden) mit dem Therapieverfahren bzw. der Therapiemethode ohne einen oder mehrere der entscheidenden Bestandteile. Dieses Design kommt der placebo-kontrollierten RCT in der Medizin (d. h. Vergleich der aktiven Medikation mit einem Zustand ohne die aktive Medikation) am nächsten. In einer wegweisenden Studie wurde ein Dismantling-Design verwendet, um die Spezifität von Becks kognitiver Therapie (KT) für Depressionen durch Vergleichen des vollständigen KT-Pakets mit zwei weggelassenen Bedingungen zu zeigen: (a) KT ohne Schemaveränderung und (b) KT ohne Schemaveränderung und ohne kognitive Neustrukturierung (Jacobson et al., 1996). Überraschenderweise (für die Autor:innen) war die KT nicht wirksamer als die Verfahren ohne die beiden wichtigsten Bestandteile. Die Ergebnisse aus Dismantling-Designs für verschiedene Störungen haben ähnliche Ergebnisse erbracht – die spezifischen Bestandteile dieser Therapieverfahren und -methoden sind nicht notwendig, um optimale Ergebnisse hervorzubringen. Dieser Mangel an Spezifität wurde durch zwei Meta-Analysen von Dismantling-Studien bestätigt (Ahn & Wampold, 2001; Bell et al., 2013). Eine dritte Möglichkeit, Spezifität festzustellen, besteht darin, in Beziehung stehende Therapieprozesse und Resultate zu untersuchen, wodurch Veränderungsmechanismen festgestellt würden. Vor etwa einem Jahrzehnt beklagte Alan Kazdin, ein bekannter Verhaltenstherapieforscher, die Tatsache, dass auch nach Jahrzehnten der Psychotherapieforschung das Fachgebiet nicht imstande sei, die Veränderungsmechanismen zu identifizieren (Kazdin, 2007, 2009). Seit dieser Zeit sind statistische Verfahren zur Untersuchung von Längsschnittmodellen entwickelt worden und diese Verfahren können potentiell aufzeigen, in welcher Beziehung verschiedene Prozessvariablen zu den Resultaten im Verlauf einer Therapie stehen (z. B. Curran & Bauer, 2011; Wang & Maxwell, 2015). Dennoch ergeben sich aus diesen Studien keine überzeugenden Belege dafür, dass ein bestimmtes Therapieverfahren oder eine bestimmte Therapiemethode mittels eines anerkannten Veränderungsmechanismus wirkt (siehe Wampold & Imel, 2015, zu einem Review dieser Studie), auch wenn die Anwendung dieser Verfahrensweisen Veränderungsmechanismen aufzeigen könnten, wenngleich diese Mechanismen möglicherweise nicht spezifisch für das Therapieverfahren oder die Therapiemethode sind.

Die abschließende Möglichkeit, die zur Feststellung von Spezifität genutzt worden ist, besteht darin, ein Kontrollbehandlungsverfahren bzw. eine Kontrollbehandlungsmethode ohne jedwede spezifischen Bestandteile zu kreieren, was unter verschiedenen Bezeichnungen bekannt ist, beispielsweise psychologisches Placebo, alternative Behandlungsverfahren und -methoden, unterstützende Beratung u. a. Diese Strategie ist aus vielen Gründen mit schwerwiegenden Fehlern behaftet, wie verschiedene Methodiker erläutert haben (Kirsch, 1997, 2005; Kirsch et al., 2016; Wampold & Imel, 2015). Im Grunde ist die Strategie deshalb unzulänglich, weil die Kontrollbehandlungsverfahren und -methoden der Absicht nach nicht therapeutisch sein sollen, kein/e für die Patient:innen oder die Therapeut:innen überzeugende/s Struktur oder Grundprinzip aufweisen, nicht auf die Probleme der Patient:innen fokussieren (d. h. keine Ziele oder Vereinbarungen über die Therapiearbeit aufweist) und häufig keinerlei Therapieverfahren und -methoden ähneln, die in einem klinischen Umfeld angewendet werden (Yulich et al., 2017). Interessanterweise werden diese Behandlungsverfahren und -methoden, wenn sie so gestaltet werden, dass sie seriösen Therapieverfahren und -methoden stärker ähneln, ebenso wirksam wie evidenzbasierte Verfahren und Methoden (Baskin et al., 2003; Wampold et al., 2010). Der abschließende Beleg gegen eine Spezifität stammt aus Studien, die die Einhaltung des Protokolls und verfahrens- bzw. methodenspezifische Kompetenz in klinischen Studien zu evidenzbasierten Therapieverfahren und -methoden messen. Wenn Verfahrens- bzw.

Methodenbestandteile wichtig wären, wäre zu vermuten, dass die Einhaltung des Protokolls und verfahrens- bzw. methodenspezifische Kompetenz bei der Anwendung der Bestandteile mit besseren Resultaten einhergeht, doch ist dies nicht der Fall. In einer Meta-Analyse der Protokolleinhaltung und Kompetenz stand keines von beiden mit dem Resultat in Beziehung (Webb et al., 2010).

Bedeutung

Angesichts der Evidenzlage ist es nicht gerechtfertigt, einen Nachweis der Spezifität zu fordern, den bisher kein psychotherapeutisches Behandlungsverfahren bzw. keine psychotherapeutische Behandlungsmethode erbracht hat. Wenn man glauben möchte – wie die Belege es nahelegen –, dass die konkreten spezifischen Bestandteile nicht die Veränderungsmechanismen sind, wie es in einem späteren Abschnitt besprochen wird, so würde der Nachweis der Spezifität alle Therapieverfahren und -methoden von der Anerkennung als evidenzbasiert ausschließen.

Definition von Psychotherapieverfahren und -methoden

Wenn in einer klinischen Studie die Medikation mit Antidepressiva (ADM) untersucht wird, ist die Behandlung standardisiert in dem Sinne, dass 40 mg Fluoxetin täglich in einer Studie die gleiche Behandlung darstellt wie 40 mg Fluoxetin in einer anderen Studie und das gleiche wie 40 mg Fluoxetin, die einer/einem Patient:in in einem klinischen Umfeld verabreicht werden. Auch wenn sich viele Faktoren von Studie zu Studie und zwischen den Studien und der klinischen Praxis unterscheiden mögen, ist doch die aktive Behandlung (d. h. 40 mg/Tag) konstant. Die Anwendung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren und -methoden ist vollkommen anders.

Was sind die entscheidenden Merkmale einer Psychotherapie? Für viele ist ein Therapieverfahren bzw. eine Therapiemethode durch das Handbuch definiert, das die Durchführung des Verfahrens bzw. der Methode anleitet, doch Handbücher sind Leitfäden, einige davon detaillierter als andere. Ein Therapieverfahren bzw. eine Therapiemethode nach Handbuch wird von Patient:in zu Patient:in, von Therapeut:in zu Therapeut:in, von einer Klinik zur anderen und auf jeden Fall von klinischen Versuchen zu Praxis-Settings variieren. Es ist allgemein bekannt, dass Therapeut:innen, die in der Durchführung eines Therapieverfahrens bzw. einer Therapiemethode nach Handbuch ausgebildet sind, sich im Laufe der Zeit tendenziell von dem Handbuch entfernen.

Das Variieren von Therapieverfahren und -methoden zwischen Patient:innen, Therapeut:innen, Kliniken und Settings ist nur der Beginn der Probleme. Üblicherweise ist das, was als zugelassene psychotherapeutische Therapieverfahren und -methoden anerkannt wird, jeweils eine Klasse von Therapieverfahren und -methoden, wie etwa kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Es besteht jedoch keine Einigkeit darüber, was KVT definiert und welche konkreten Behandlungstechniken zur Klasse der KVT gehören. In Meta-Analysen variiert das, was als KVT klassifiziert wird, von einer Meta-Analyse zur anderen. Beispielsweise wurde die Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR), die – wie vorstehend erläutert – als Pseudowissenschaft beschrieben wurde, als KVT klassifiziert (Baardseth et al., 2013). Welche verschiedenen Behandlungstechniken unter die Rubrik KVT (wie auch alle anderen Therapieverfahren und -methoden) fallen, ist nicht eindeutig und wirkt sich auf die Schlussfolgerungen über verschiedene Behandlungstechniken aus (siehe Baardseth et al., 2013; Wampold, Flückiger, et al., 2017). Außerdem herrscht erhebliche Uneinigkeit unter den Fachleuten darüber, welche Behandlungstechniken als KVT klassifiziert werden könnten (Baardseth et al., 2013). Überdies ist das Klassifizierungsproblem nicht statisch, da das, was Therapieverfahren und -methoden charakterisiert, sich mit der Zeit verändert und weiterentwickelt (Hofmann &

Asmundson, 2008; Hofmann & Barlow, 2014). Überdies variiert die Wirksamkeit von Therapieverfahren und -methoden im Zeitverlauf; tatsächlich hat die Wirksamkeit der KVT im Laufe der Zeit abgenommen (siehe z. B. Johnsen & Friborg, 2015).

Die Frage, was als Exemplar eines konkreten Therapieverfahrens bzw. einer konkreten Therapiemethode bezeichnet werden kann, das/die als evidenzbasierte/s Therapieverfahren und -methode ermittelt wurde, wurde bereits in dem Abschnitt über RCTs erörtert, doch es ist hilfreich, den Punkt an dieser Stelle nochmals zu betonen. Selbst wenn ein konkretes Therapieverfahren bzw. eine konkrete Therapiemethode gut definiert ist und seine/ihre Wirksamkeit in RCTs festgestellt wurde, kann ein Therapieverfahren bzw. eine Therapiemethode mit dem gleichen Namen wie das geprüfte Verfahren bzw. die geprüfte Methode erheblich vom Prototyp abweichen. In klinischen Studien ist die Einhaltung des Protokolls vorgeschrieben und wird bewertet; tatsächlich wird mangelnde Einhaltung des Protokolls häufig im Nachhinein als Erklärung dafür herangezogen, warum Therapieverfahren bzw. eine Therapiemethode nicht so wie erwartet abgeschnitten hat (Laska et al., 2014). Als beispielsweise KVT humanistische Therapieverfahren im NHS nicht überflügelte, behaupteten Fürsprecher der KVT, die KVT-Therapeut:innen würden die KVT nicht gewissenhaft anwenden (Clark et al., 2008; trotz der Belege dafür, dass Protokolleinhaltung nicht mit den Resultaten in Beziehung steht).

Bedeutung

Es gibt erheblichen Spielraum und erhebliche Ungenauigkeit in der Definition und Klassifizierung konkreter Therapieverfahren und -methoden. Jede Anerkennung eines Therapieverfahrens oder einer Therapiemethode A als evidenzbasiert setzt voraus, dass ein Therapieverfahren bzw. eine Therapiemethode mit dem Namen „A“ eine bekannte und konstante Einheit ist und keine Einheit, die interpretierbar und von einem Umfeld zum anderen oder von Therapeut:in zu Therapeut:in variierbar ist und die sich mit der Zeit verändert, entweder in ihrer Zusammensetzung oder in ihrer Wirksamkeit. Die Anerkennung konkreter Therapieverfahren und -methoden für eine hervorgehobene Stellung ignoriert wichtige konzeptionelle und empirische Aspekte der Psychotherapie.

Evidenz für ignorierte Faktoren

Wie im Vorliegenden erläutert wird, gehen Programme zur Anerkennung von Therapieverfahren und -methoden als evidenzbasierte Therapieverfahren und -methoden von der starken Annahme aus, dass die spezifischen Bestandteile der Therapieverfahren und -methoden kausal für den Nutzen der Verfahren und Methoden sind. Der Mangel an Belegen für spezifische Bestandteile wurde bereits erörtert. Angesichts dessen, dass Psychotherapie eine bemerkenswert effektive Behandlung ist und dass die spezifischen Bestandteile offenbar nicht für den Nutzen verantwortlich sind, stellt sich die logische Frage, was die Komponenten einer wirksamen Psychotherapie sind. Es gibt überzeugende Belege dafür, dass Beziehungsfaktoren kritische Komponenten einer erfolgreichen Psychotherapie sind, unabhängig von den angewendeten Therapieverfahren und -methoden. Jüngst veröffentlichten Norcross und Lambert (2019) einen Band, in dem jedes Kapitel eine Meta-Analyse der Evidenz für verschiedene Beziehungsfaktoren als Einflusswerte für das Resultat einer Psychotherapie war.

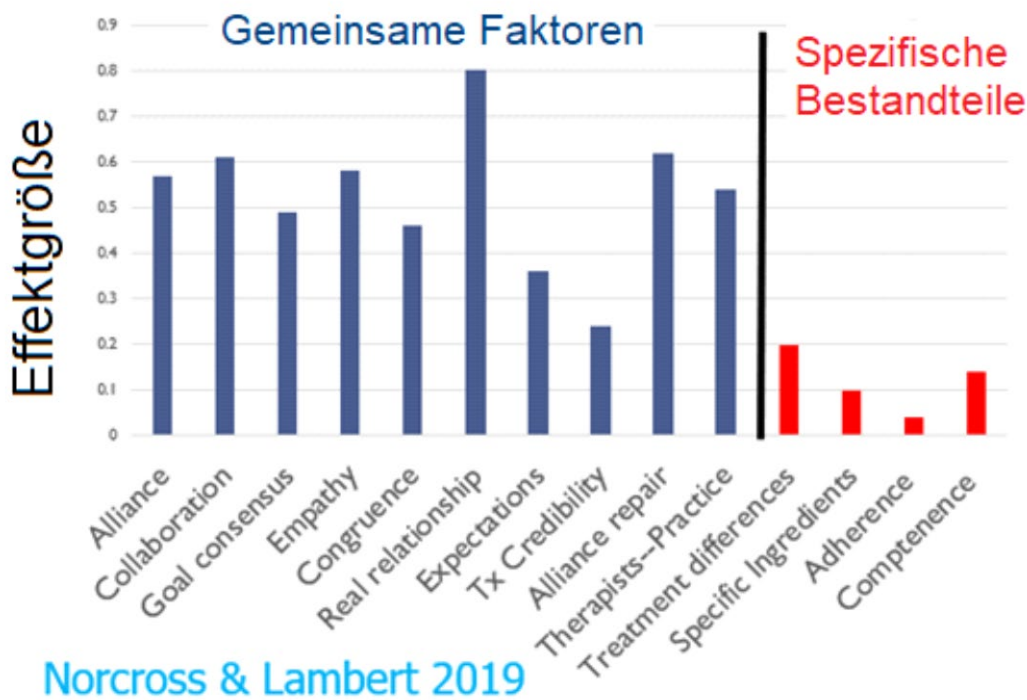


Abbildung 1 zeigt die Effektmaße umgewandelt in standardisierte Mittelwertdifferenzen (Standardized Mean Difference, SMD) für diese Faktoren, wobei zum Vergleich auch die SMDs für Faktoren im Zusammenhang mit Spezifität aufgenommen sind. Wie hier dargestellt ist, weisen viele Beziehungsfaktoren eine starke Assoziation mit dem Resultat auf, darunter die therapeutische Allianz, Wiederherstellung der Allianz, Zusammenarbeit, Zielkonsens, Empathie, Kongruenz, die reale Beziehung, Erwartungen an die erzeugte Veränderung und die gefühlte Verfahrensglaubwürdigkeit. Auch sind die Effekte bei diesen Beziehungsfaktoren signifikant größer (ein Vielfaches größer) als die Effekte bei den spezifischen Bestandteilen, die in Programmen mit evidenzbasierten Therapieverfahren und -methoden betont werden.

Eine Gefahr für die Validität der Beziehungsfaktoren liegt darin, dass die Überlegenheit der Beziehungsfaktoren aus Korrelationsdaten hergeleitet ist. Wie jedoch Deaton and Cartwright (2018) betonen, sollten Grundsatzentscheidungen auf Basis einer Vielfalt von Forschungsmethoden getroffen werden, statt auf Basis von Designs, die sich ausschließlich auf randomisierte Designs stützen. Zweitens sind nach Untersuchung und Ausschluss mannigfaltiger Störfaktoren viele dieser Effekte robust. Beispielsweise basiert die Wichtigkeit einer starken Arbeitsallianz auf einer Meta-Analyse von 295 Studien und über 30.000 Patient:innen, sie ist nicht auf eine frühe Symptomlinderung zurückzuführen, geht der Veränderung von Symptomen im Verlauf der Therapie voraus, ist wichtig bei allen therapeutischen Ansätzen und ist bei allen psychischen Störungen gleichermaßen wichtig (Flückiger et al., 2018; Flückiger et al., 2012; Flückiger, Del Re, et al., 2020; Flückiger, Rubel, et al., 2020). Darüber hinaus ist die Wichtigkeit der Beziehung für die gesundheitlichen Resultate experimentell in der Medizin und in Placebo-Studien festgestellt worden (Wampold, 2018).

Der wichtigste therapeutische Faktor ist derjenige, der in der Forschung üblicherweise ignoriert und in Programmen mit evidenzbasierten Therapieverfahren und -methoden durchgängig übersehen wird, nämlich die Therapeut:innen, die die Verfahren bzw. Methoden anwenden. Therapeut:inneneffekte bezeichnen das Phänomen, dass manche Therapeut:innen regelmäßig bessere Resultate erzielen als andere, unabhängig von den angewendeten Therapieverfahren und -

methoden und von der Charakteristik der Patient:innen. Meta-Analysen haben beträchtliche Therapeut:inneneffekte in lebensnahen Settings, aber auch in klinischen Studien dokumentiert (Baldwin & Imel, 2013; Johns et al., 2019; Wampold & Owen, 2021). Das heißt, einer der wichtigsten Faktoren für den Nutzen der Psychotherapie sind die Therapeut:innen selbst (siehe Abbildung 1). Einige KVT-Therapeut:innen erreichen bessere Resultate als andere KVT-Therapeut:innen, einige psychodynamische Therapeut:innen erzielen bessere Resultate als andere psychodynamische Therapeut:innen und einige humanistische Therapeut:innen erzielen bessere Resultate als andere humanistische Therapeut:innen. Die erstaunliche Schlussfolgerung in Bezug auf Therapeut:innen lautet, dass die/der Therapeut:in wichtiger ist als das Therapieverfahren bzw. die Therapiemethode.

Das Vorliegen von Therapeut:inneneffekten sowohl in RCTs als auch in der klinischen Praxis wirft die Frage auf, was die wirksameren Therapeut:innen charakterisiert. Die Evidenz weist recht deutlich darauf hin, dass es Beziehungskompetenzen sind, die eine:n wirksame:n Therapeut:in ausmachen; wirksamere Therapeut:innen sind in der Lage, stärkere Allianzen über eine Variationsbreite von Patient:innen zu schließen und in schwierigen Situationen einen differenzierteren Satz interpersoneller Fertigkeiten einzusetzen (Schöttke et al., 2017; Wampold, Baldwin, et al., 2017; Wampold & Owen, 2021).

Ein weiterer Aspekt der Psychotherapie, der in evidenzbasierten Praxisprogrammen ignoriert wird, ist, dass die Psychotherapie, um optimal wirksam zu sein, an die Patient:innen angepasst werden muss. Unterschiedliche Arten von Patient:innen profitieren von unterschiedlichen Arten von Therapieverfahren und -methoden oder angepassten Therapieverfahren und -methoden (Norcross & Wampold, 2019). Es gibt deutliche Belege dafür, dass Therapieverfahren und -methoden je nach der Kultur der Patient:innen, der Präferenz der Patient:innen für ein bestimmtes Therapieverfahren bzw. eine bestimmte Therapiemethode, der Religion oder den spirituellen Überzeugungen und Praktiken der Patient:innen, dem Reaktanzniveau, dem Veränderungsstadium und dem Bewältigungsstil der Patient:innen ausgewählt oder angepasst werden müssen (Norcross & Wampold, 2018).

Bedeutung

Evidenzbasierte Praxisprogramme ignorieren die Tatsache, dass Beziehungsfaktoren entscheidend für wirksame Therapeut:innen sind. Ein Therapieverfahren bzw. eine Therapiemethode als wirksam anzuerkennen und anzuordnen, dass dieses konkrete Verfahren bzw. diese konkrete Methode in der Praxis zu nutzen sei, ignoriert die Tatsache, dass die Therapeut:innen, die das Verfahren bzw. die Methode anwenden, ein kritischer Faktor der Wirksamkeit sind und dass es nicht die Einhaltung eines Protokolls oder verfahrens- oder methodenspezifische Kompetenzen sind, die wirksame Therapeut:innen charakterisieren, sondern Beziehungsfertigkeiten. Wie vorstehend erläutert, sind alle Therapieverfahren und -methoden etwa gleich wirksam, und es ist die Beziehungsfähigkeit der Therapeut:innen, die ein konkretes Therapieverfahren bzw. eine konkrete Therapiemethode wirksam werden lässt. Überdies schränkt das Anerkennen eines oder mehrerer Verfahren oder Methoden die Wahlfreiheit für Patient:innen und Therapeut:innen ein. Die Berücksichtigung der Präferenzen der Patient:innen steht im Zusammenhang mit den Resultaten (Swift et al., 2018). Schließlich reagieren verschiedene Typen von Patient:innen auf unterschiedliche Therapieverfahren und -methoden optimal – die Festlegung auf die Verwendung einer oder zweier Therapieverfahren und -methoden unterstellt, dass diese Verfahren und Methoden für alle Patient:innen universell wirksam sind.

Eine weitere Konsequenz der Therapeut:inneneffekte betrifft die Generalisierbarkeit von RCT- Ergebnissen für Praxis-Settings. Wie bereits erwähnt, werden Therapeut:innen in klinischen Studien üblicherweise nach ihrer Qualifikation ausgesucht, erhalten eine spezielle Schulung, werden supervidiert und überprüft. Das heißt, die Therapeut:innen und der Kontext, in dem diese Therapeut:innen arbeiten, schränkt die Generalisierbarkeit von Schlussfolgerungen aus RCTs ein (Serlin et al., 2003; Wampold & Serlin, 2000). Darüber hinaus verbessern Bemühungen, die Kompetenz von Therapeut:innen in der KVT zu verbessern, nicht die Resultate (Branson et al., 2015), was einen zusätzlichen Beleg dafür darstellt, dass es unspezifische Fertigkeiten der Therapeut:innen sind, die eine Psychotherapie wirksam machen.

Schlussfolgerungen

Wie im Vorliegenden dargestellt wurde, bevorzugen Programme mit evidenzbasierten Therapieverfahren und -methoden, u. a. auch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG), bestimmte Therapieverfahren und -methoden in einer Weise, die die wissenschaftliche Evidenz dazu, wie Psychotherapie funktioniert, ignoriert. Das Augenmerk liegt darauf zu ermitteln, welche Therapieverfahren und -methoden den Nutzen der Psychotherapie hervorbringen, basierend auf den in diesen Verfahren und Methoden enthaltenen konkreten therapeutischen Faktoren. Ein derartiges Programm bevorzugt Therapieverfahren und -methoden, für die es Verfahrens- und Methodenhandbücher, Forschungsgelder und spezifischere therapeutische Techniken gibt und ignoriert dabei die Tatsache, dass diese Therapieverfahren und -methoden ihre Überlegenheit gegenüber anderen, weniger strukturierten und eher beziehungsorientierten Therapieverfahren und -methoden nie nachgewiesen haben. Überdies ignoriert die Hervorhebung bestimmter Therapieverfahren und -methoden die bekannte Tatsache, dass es die/der konkrete Psychotherapeut:in ist, die/der die Verfahren und Methoden erfolgreich macht. Überdies verfügen wirksame Therapeut:innen über einen differenzierten Satz interpersoneller Fertigkeiten, die in schwierigen Interaktionen mit den Patient:innen angewendet werden können, und demzufolge ignoriert die Feststellung, ein konkretes Therapieverfahren bzw. eine konkrete Therapiemethode

sei wissenschaftlich anerkannt, auf welche Art und Weise Psychotherapie den Nutzen des Verfahrens bzw. der Methode hervorbringt.

Das Methodenpapier erwähnt die psychotherapeutische Beziehung und die Wirksamkeit der Therapieverfahren und -methoden in der Praxis, doch stehen diese Erwägungen deutlich hinter der kontrollierten Forschung unter künstlichen Bedingungen zurück. Darüber hinaus hat die kontrollierte Forschung, auf die der Schwerpunkt gelegt wird, nie übereinstimmende Belege geliefert, dass ein Therapieverfahren bzw. eine Therapiemethode einem anderen seriösen Therapieverfahren bzw. einer anderen seriösen Therapiemethode überlegen ist oder dass ein konkretes Therapieverfahren bzw. eine konkrete Therapiemethode mittels der behaupteten spezifischen Bestandteile wirkt.

Die Verwendung der in dem Methodenpapier beschriebenen Methoden bevorzugt auf unwissenschaftliche Weise bestimmte Therapieverfahren und -methoden, schränkt die Wahlmöglichkeiten von Patient:innen ein und hat die Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung nicht verbessert und ist dazu auch nicht in der Lage.

Bibliographie

- Ahn, H.-n., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251-257. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., Lindemann, A. M., Kivlighan, D. M., III, Laska, K. M., Del Re, A. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 395-405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.004>
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Finding and methods. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl., S. 258-297). Wiley.
- Barkham, M., & Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7. Aufl.). Wiley.
- Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 973-979.
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 722-736. <https://doi.org/10.1037/a0033004>
- Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behaviour Research and Therapy, 68*, 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.002>
- Clark, D. M., Fairburn, C. G., & Wessely, S. (2008). Psychological treatment outcomes in routine NHS services: A commentary on Stiles et al. (2007). *Psychological Medicine, 38*, 629-634. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001869>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Ebert, D. D. (2019). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*(1), 21-30. <https://doi.org/10.1017/s2045796018000057>
- Cuijpers, P., Quero, S., Papola, D., Cristea, I., & Karyotaki, E. (im Druck). Care-as-usual control groups across different settings in randomized trials on psychotherapy for adult depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons [Artikel]. *World Psychiatry, 12*(2), 137-148. <https://doi.org/10.1002/wps.20038>
- Curran, P. J., & Bauer, D. J. (2011). The disaggregation of within-person and between person effects in longitudinal models of change. *Annual Review of Psychology, 62*, 5833-5619. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100356>
- Deaton, A., & Cartwright, N. (2018). Understanding and misunderstanding randomized controlled trials. *Social Science & Medicine, 210*, 2-21. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.005>
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depressions: Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience, 9*(10), 788-796. <https://doi.org/10.1038/nrn2345>

- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316-340. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 10-17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wlodasch, D., Horvath, A. O., Solomonov, N., & Wampold, B. E. (2020). Assessing the alliance–outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology*, Keine Seitenzahlenangabe-Keine Seitenzahlenangabe. <https://doi.org/10.1037/cou0000424>
- Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A. C., Horvath, A. O., Wampold, B. E., Crits-Christoph, P., Atzil-Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F., Ekeblad, A., Errázuriz, P., Fisher, H., Hoffart, A., Huppert, J. D., Kivity, Y., Kumar, M., Lutz, W., Muran, J. C., Strunk, D. R., Tasca, G. A., Víslá, A., Voderholzer, U., Webb, C. A., Xu, H., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2020). The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(9), 829-843. <https://doi.org/10.1037/ccp0000594>
- Foa, E. B. P., McLean, C. P. P., Zang, Y. P., Rosenfield, D. P., Yadin, E. P., Yarvis, J. S. P., Mintz, J. P., Young-McCaughan, S. R. N. P., Borah, E. V. P., Dondanville, K. A. P., Fina, B. A. M. S. W., Hall-Clark, B. N. P., Lichner, T. P., Litz, B. T. P., Roache, J. P., Wright, E. C. P., & Peterson, A. L. P. (2018). Effect of Prolonged Exposure Therapy Delivered Over 2 Weeks vs 8 Weeks vs Present-Centered Therapy on PTSD Symptom Severity in Military Personnel: A Randomized Clinical Trial. *JAMA, 319*(4), 354.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3. Aufl.). Johns Hopkins University Press.
- Frost, N. D., Baskin, T. W., & Wampold, B. E. (2020). Comparative clinical trials in psychotherapy: Have large effects been replicated? [Artikel]. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29*, 9, Artikel Pii s2045796020000402. <https://doi.org/10.1017/s2045796020000402>
- Frost, N. D., Laska, K. M., & Wampold, B. E. (2014). The evidence for present-centered therapy as a treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 27*, 1-8. <https://doi.org/10.1002/jts.21881>
- Frost, N. D., Laska, K. M., & Wampold, B. E. (2014). The Evidence for Present-Centered Therapy as a Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 27*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1002/jts.21881>
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach*. Wiley & Sons.
- Herbert, J. D., Lilienfeld, S. O., Lohr, J. M., Montgomery, R. W., O'Donohue, W. T., Rosen, G. M., & Tolin, D. F. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review, 20*(8), 945-971.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28*(1), 1-16. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy, 51*.
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 394-404. <https://doi.org/10.1037/a0031474>

- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Price, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304.
- Johns, R. J., Barkham, M., Kellet, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review, 67*, 78-93. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Johansen, T. J., & Friborg, O. (2015). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/bul0000015>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 418-428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B., & Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine, 352*, 2515-2523.
- Kirsch, I. (1997). Specifying nonspecifics: Psychological mechanisms of placebo effects. In A. Harrington (Hrsg.), *The placebo effect: An interdisciplinary exploration* (S. 166-186). Harvard University Press.
- Kirsch, I. (2005). Placebo Psychotherapy: Synonym or Oxymoron? *Journal of Clinical Psychology, 61*(7), 791-803.
- Kirsch, I., Wampold, B., & Kelley, J. M. (2016). Controlling for the placebo effect in psychotherapy: Noble quest or tilting at windmills? *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 3*(2), 121-131. <https://doi.org/10.1037/cns0000065> (The Placebo Effect and Psychotherapy: Implications for Theory, Research, and Practice)
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 467-481. <https://doi.org/10.1037/a0034332> (Common Factors)
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review, 34*(7), 519-530. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.001>
- McNally, R. J. (1999). EMDR and Mesmerism: A comparative historical analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 225-236.
- Michopoulos, I., Furukawa, T. A., Noma, H., Kishimoto, S., Onishi, A., Ostinelli, E. G., Ciharova, M., Miguel, C. K., E., & Cuijpers, P. (2021). Different control conditions can produce different effect estimates in psychotherapy trials for depression. *Journal of Clinical Epidemiology, 132*, 59-70.
- Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Hamilton, E., Brown, G. S., & Kircher, J. (2008). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 116-124.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A., & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine, 41*(8), 1751-1761. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710002291>
- Munder, T., Brüttsch, O., Leonhart, R., Gerger, H., & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clinical Psychology Review, 33*(4), 501-511. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.02.002>

- Munder, T., Flückiger, C., Gerger, H., Wampold, B. E., & Barth, J. (2012). Is the allegiance effect an epiphenomenon of true efficacy differences between treatments? A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*(4), 631-637. <https://doi.org/10.1037/a0029571>
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2018). Let's distinguish relative and absolute efficacy to move psychotherapy research forward. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 65*, 178-182. <https://doi.org/https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.178>
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2019). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*(3), 268-274. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- Munder, T., Gerger, H., Trelle, S., & Barth, J. (2011). Testing the allegiance bias hypothesis: A meta-analysis. *Psychotherapy Research, 21*(6), 670-684. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.602752>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Hrsg.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1. Evidence-based therapist contributions* (3. Aufl.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (Hrsg.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed., Vol. 2). Oxford University
- Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N. A., Hwang, I., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A., & Kessler, R. C. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatric Services, 60*(7), 898-907. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.60.7.898>
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3. Aufl., S. 311-381). Wiley.
- Pybis, J., Saxon, D., Hill, A., & Barkham, M. (2017). The comparative effectiveness and efficiency of cognitive behaviour therapy and generic counselling in the treatment of depression: evidence from the 2 nd UK National Audit of psychological therapies. *BMC Psychiatry, 17*, 13.
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research, 6*, 642-652.
- Serlin, R. C., Wampold, B. E., & Levin, J. R. (2003). Should providers of treatment be regarded as a random factor? If it ain't broke, don't "Fix" it: A comment on Siemer and Joorman (2003). *Psychological Methods, 8*, 524-534.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. The Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine, 38*(5), 677-688.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1889-1906. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22680>

- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547-559.
<https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update [Article]. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. (2018). The therapeutic value of the relationship for placebo effects and other healing practices: Part II. In L. Colloca (Hrsg.), *Neurobiology of the placebo effect* (Bd. 139). Academic Press.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Hrsg.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (S. 37-53). American Psychological Association, Washington, DC. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0000034-003>
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research, 27*(1), 14-32. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. Aufl.). Routledge.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., Del Re, A. C., Baardseth, T. P., & Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 923-933. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.005>
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". *Psychological Bulletin, 122*, 203-215.
- Wampold, B. E., & Owen, J. (2021). Therapist Effects: History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. In L. G. Castonguay, M. Barkham, & W. Lutz (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (7. Aufl.). Wiley.
- Wampold, B. E., & Serlin, R. C. (2000). The consequences of ignoring a nested factor on measures of effect size in analysis of variance. *Psychological Methods, 5*, 425-433.
- Wang, L., & Maxwell, S. E. (2015). On disaggregating between-person and within-person effects with longitudinal data using multilevel models. *Psychological Methods, 20*(1), 63-83.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/met0000030>
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Schoenbaum, M., Üstün, T. B., Kessler, R. C., Bruffaerts, R., Borges, G., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., Kostyuchenko, S., Masféty, V. K., Levinson, D., Matschinger, H., Mneimneh, Z., Browne, M. O., Ormel, J., Posada-Villa, J., Seedat, S., Tachimori, H., & Tsang, A. (2011). Assessing mental disorders and service use across countries: The WHO World Mental Health Survey Initiative. In D. A. Regier, W. E. Narrow, E. A. Kuhl, & D. J. Kupfer (Hrsg.), *The conceptual evolution of DSM-5* (S. 231-266, Kapitel xxix, 359 Seiten). American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, Virginia.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 629-640.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 200-211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Yulish, N. E., Goldberg, S. B., Frost, N. D., Abbas, M., Oleen-Junk, N. A., Kring, M., Chin, M. Y., Raines, C. R., Soma, C. S., & Wampold, B. E. (2017). The importance of problem-focused treatments: A meta-analysis of anxiety treatments. *Psychotherapy, 54*(4), 321-338.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/pst0000144>

Bestätigungsvermerk

Als vom Präsidenten des Oberlandesgerichts Dresden öffentlich bestellte und allgemein beeidigte Übersetzerin für die englische Sprache bestätige ich: Vorstehende Übersetzung des mir im Original vorgelegten, in englischer Sprache abgefassten Dokuments ist richtig und vollständig.

Radebeul, 8. Juni 2021