

Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK

Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz

Evaluation of the Effectiveness of Body-Psychotherapy in Out-Patient Settings (EEBP)
A Multi-Centre Study in Germany and Switzerland

Autoren

Margit Koemeda-Lutz¹, Martin Kaschke², Dirk Revenstorf³, Thomas Scherrmann⁴, Halko Weiss⁵, Ulrich Soeder⁶

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

Key words

- psychotherapy research
- body-psychotherapy
- effectiveness
- outcome
- naturalistic design

Zusammenfassung



Zum Abschluss einer Multizenterstudie zur begleitenden Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien in Deutschland und der Schweiz werden die wichtigsten Ergebnisse vorgelegt. Von 38 Mitgliedsinstitutionen der European Association for Body Psychotherapy (EABP) nahmen 3 deutsche und 5 Schweizer Mitglieder teil. Die Schweizer Institute sind außerdem Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie. Zu verschiedenen Messzeitpunkten (Therapiebeginn, ein halbes Jahr nach Therapiebeginn, Therapieende [max. 2 Jahre nach Therapiebeginn]) wurden mittels gut eingeführter Fragebogen (u. a. BAI, BDI, SCL-90-R, IIP-D) Symptome und Befindlichkeit der PatientInnen erhoben. Inzwischen liegen auch Daten zur 1-Jahres-Katamnese vor. PatientInnen, die eine körperpsychotherapeutische Behandlung aufsuchen (n = 342 nahmen an der Studie teil), sind in Hinblick auf soziodemografische und psychopathologische Merkmale mit anderen ambulanten PsychotherapiepatientInnen vergleichbar. Nach sechs Monaten Behandlung haben diese PatientInnen eine signifikante Besserung (n = 253) mit kleinen bis mittleren Intra-Class-Effektstärken erfahren. Zum Behandlungsende bzw. spätestens nach 2 Jahren Behandlung (n = 160), wurden in allen Skalen große Effekte erzielt. Katamnestiche Daten (1 Jahr nach Therapieende) liegen für 42 PatientInnen vor. Symptomreduktion und Befindlichkeit sind stabil geblieben. Die AutorInnen werten diese Ergebnisse als Nachweis der Wirksamkeit der untersuchten körperpsychotherapeutischen Methoden unter ambulanten Praxisbedingungen und ordnen ihre Studie der Phase IV („Routineanwendungen“) sowie dem Bereich der naturalistischen Feldforschungsstudien mit einem Level-I-Evidenzgrad zu.

Abstract



Results from a multi-center evaluation study of body-psychotherapies are reported. The design is naturalistic and evaluates the effectiveness of routine applications of body-psychotherapy in outpatient settings. Three German and five Swiss member institutes of the European Association for Body Psychotherapy (EABP: 38 members) participated, the Swiss institutes also being members of the Schweizer Charta für Psychotherapie. At three points of measurement (at intake, after 6 months and at the end of therapy [after two years at maximum]) well established questionnaires (e. g. BAI, BDI, SCL-90-R, IIP-D) were administered. Meanwhile we also have catamnestic data at 1 year after termination of therapy (n = 42). Patients who seek body-psychotherapeutic treatment (n = 342 participated in the study) compare to other outpatient psychotherapeutic patients concerning sociodemographic data, level of impairment and psychopathology. After six months of therapy (n = 253) these patients have significantly improved with small to moderate intraclass effect sizes. At the end of therapy or after two years of treatment at maximum (n = 160) large effect sizes are attained in all scales. These are lasting results according to catamnestic data (n = 42). This naturalistic prospective field study claims to supply evidence for the effectiveness of the evaluated body-psychotherapeutic methods and to classify as phase IV- („routine application“) and level I-evidence.

eingereicht 15. Mai 2006
akzeptiert 26. September 2006

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-951848
Psychother Psych Med 2006;
56: 1 – 14 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Dr. Margit Koemeda
Psychotherapeutische Praxis
in Zürich und Ermatingen
Fruthwilerstraße 70
8272 Ermatingen, Schweiz
koemeda@bluewin.ch

Einleitung

Obwohl seit einiger Zeit allenthalben zu vernehmen ist, es sei nun hinlänglich bewiesen, dass Psychotherapie wirke (z.B. [1–5]) – „die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren (ist) über jeden vernünftigen Zweifel hinaus belegt“ [6] –, spricht der alltägliche Kampf um die Akkreditierung von psychotherapeutischen Methoden, um Berufsausübungsbewilligungen/Approbationen und Kassenzulassungen eine andere Sprache. So fordert denn auch Kriz [7], Mitglied des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP)“ in Deutschland einen „Schutz vor zu wenig qualifizierten PsychotherapeutInnen und vor ineffektiven oder gar unseriösen Therapiemethoden“. Nach wie vor weiß man wenig darüber, welche Faktoren die Wirksamkeit von Psychotherapie ausmachen, obwohl einzelne Methoden über differenzierte theoretische Annahmen zu dieser Frage verfügen [5]. Die Expertenmeinungen über die relative Bedeutung von spezifischen vs. allgemeinen Wirkfaktoren divergieren vorläufig noch (z.B. [8–13]). Ob bestimmte Verfahren als „wissenschaftlich fundiert“ gelten oder nicht, darüber gehen die Meinungen unter Wissenschaftlern wie auch politischen Entscheidungs- und Kostenträgern auseinander. Für die Evidenzbasierung [14] einer Methode scheint das Vorliegen von quantitativ-empirischen Wirksamkeitsnachweisen jedenfalls je länger je mehr zur *Conditio sine qua non* geworden zu sein.

In Heilberufen Tätige haben die ethische Verpflichtung, ihr professionelles Angebot nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis auszurichten, sich ständig weiterzubilden und die Wirksamkeit des therapeutischen Handelns nach Möglichkeit immer wieder zu überprüfen, d.h., ihr Behandlungsangebot im Dienste der KlientInnen zu optimieren. Qualitätssicherung nach Laireiter und Vogel [15] bedeutet „eine ständige selbstkritische Reflexion über die Strukturen und Prozesse der Leistungserbringung und das ständige Bemühen um Verbesserung der Leistungserbringung im Interesse der PatientInnen und KlientInnen“. Entsprechend verlangen das 1988 in der BRD verabschiedete Gesundheitsreformgesetz GRG sowie das 1998 verabschiedete Psychotherapeutengesetz und das 1998 in der Schweiz in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) eine Überprüfung der Wirksamkeit von Heilbehandlungen.

Die Standards, nach denen solche Überprüfungen und Verbesserungen zu erfolgen haben, waren in den letzten Jahren einem erheblichen Wandel unterworfen. Knapper werdende Ressourcen und krisenhafte Entwicklungen im Gesundheitswesen wirkten sich auch auf das Gebiet psychotherapeutischer Behandlungen aus. Die Forderung nach einer gesteigerten Professionalisierung, wie sie z.B. von Grawe et al. [16] formuliert wurde, verknüpfte sich mit dem Dominanzanspruch eines relativ einseitigen Empirieverständnisses. Hypothesentestenden klinischen Studien wurde der Vorrang vor Einzelfallbeschreibungen, Prozessdokumentationen und „entdeckungsorientierten“ Studien eingeräumt. Die Task Force, division 12, der American Psychiatric Association (APA) leistete mit ihrer Forderung nach „empirically validated treatments – EVT“ [17,18] dieser Entwicklung weiteren Vorschub, auch wenn die Fachpsychotherapie in Deutschland eine andere Vorgeschichte hat als in den USA [19]. In den Berufsfeldern verschiedener Länder, die durch eine Vielfalt an psychotherapeutischen Ansätzen gekennzeichnet waren, entstanden bedenkliche Schiefen. Schulen, die keine oder nicht ausreichend viele hypothesentestende klinische Studien vorzuweisen hatten, gerieten in Beweisnot und wurden teilweise bereits ins Abseits gedrängt. Neuere Studien [22,23] belegen andererseits

auch, dass individuelle PsychotherapeutInnen sich selten nur in einer einzigen Methode ausbilden, sondern dass der professionelle Entwicklungsweg eine zumeist persönliche Integration von mehreren psychotherapeutischen Methoden umfasst.

Bevor eine faire Beforschung des berufspolitischen Feldes geleistet werden konnte, waren politische Entscheidungen gefragt. Über die Regelung von Zulassungsbedingungen für Leistungserbringer und über erstattungspolitische Maßnahmen der Krankenkassen beispielsweise wurde der Konkurrenzkampf der Anbieter politisch beeinflusst.

Nach Cierpka et al. [20] ist die Vielfalt psychotherapeutischer Methoden durch die Komplexität des Anwendungsfeldes konstituiert. Die Autoren des vorliegenden Beitrages halten körperpsychotherapeutische Perspektiven in Theorie und Praxis für einen unverzichtbaren Bestandteil einer umfassenden Psychotherapiewissenschaft. Die Wurzeln der Körperpsychotherapie reichen vermutlich bis in die Anfänge der Heilkunst zurück. Den Philosophen und Ärzten der abendländischen Antike war es selbstverständlich, dass Krankheiten körperliche *und* seelische Aspekte haben bzw. dass der Mensch als psychosomatische Einheit zu betrachten ist. Erst in der Neuzeit haben sich Seelenheilkunde und Körpermedizin zu separaten Fachgebieten entwickelt, obwohl es auch hier Grenzgänger auf beiden Seiten gab und gibt ([24–29] u.v.a.). Ein kürzlich erschienenenes Handbuch zur Körperpsychotherapie [30] macht deutlich, wie sich die Geschichte der Körperpsychotherapie im Zusammenhang mit der psychodynamischen Therapie entwickelte und stellt verschiedene Aspekte körperpsychotherapeutischer Theorie und Behandlungspraxis dar.

Besonders in den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts entstanden eine Vielzahl von körperpsychotherapeutischen Schulen, denen es eigen war und z.T. bis heute ist, sich vom Betrieb der akademischen Wissenschaften fernzuhalten. Obwohl KörperpsychotherapeutInnen in Deutschland und in der Schweiz de facto einen nennenswerten Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung im ambulanten wie auch im stationären Bereich leisten [22,23,31] und auch einzelne Wirksamkeitsstudien bereits vorliegen (z.B. [32–38]), befinden sich ihre VertreterInnen aufgrund der oben erwähnten berufspolitischen Entwicklungen unter Beweisdruck. Denn obwohl der Schluss, dass unwirksam sei, was nicht untersucht wurde, sicherlich unzulässig ist, scheinen die faktischen berufspolitischen Entwicklungen zum Teil genau einer solchen Logik zu folgen.

Die Forschungsgruppe, die für die vorliegende Studie verantwortlich zeichnet, hat sich vor allem formiert, um der erwähnten Schiefen entgegenzuwirken. Die AutorInnen danken der Schweizer Sektion der European Association for Body Psychotherapy (CH-EABP), die unsere Arbeit mit einem namhaften finanziellen Beitrag unterstützt hat.

Es liegen inzwischen mehrere Systematisierungs- und historische Einordnungsvorschläge bezüglich körperpsychotherapeutischer Ansätze vor (z.B. [39–46]). Im World Wide Web publiziert die European Association for Body Psychotherapy auf ihrer Homepage [47] Definitionen gemeinsamer Grundkonzepte, die in einem laufenden kommunikativen Prozess unter den VertreterInnen der beteiligten Institute weiter verfeinert werden.

Zu den körperpsychotherapeutischen Grundannahmen zählen folgende (ohne hier einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben):

1. Der Körper ist ein unverzichtbarer „Bestandteil“ menschlichen Existierens. Deshalb verdient er in Heilbehandlungen unsere Aufmerksamkeit.

2. Seelische und körperliche Prozesse verlaufen zeitlich parallel, wirken gegenseitig aufeinander ein und können auf unterschiedlichen Systemebenen beobachtet, untersucht und beeinflusst werden.
3. Der verbalen Kommunikation geht entwicklungsgeschichtlich (onto- und phylogenetisch) eine ausgedehnte Phase nonverbaler Kommunikation voraus.
4. Auch im Erwachsenenleben machen kognitiv und verbal vermittelte Informationsverarbeitungs- und Kommunikationsprozesse gegenüber anderen nur einen begrenzten Teil aus.
5. Sowohl Gedächtnisinhalte als auch unbewusstes Material können z.T. über affektive, motorische oder sensorische Engramme angesprochen und ins Bewusstsein geholt werden.
6. Lebendige Vitalität und Gesundheit konstituieren sich nicht bloß aus einem klaren Verstand, sondern haben auch mit einer Balance und guten Regulation auf der physiologischen und emotionalen Ebene zu tun (in östlich geprägten Heilverfahren eine Selbstverständlichkeit).
7. Körperpsychotherapeutische Verfahren zeichnen sich durch den Einbezug
 - a) nonverbaler Interventionstechniken,
 - b) von Handlungsdialogen,
 - c) manchmal von Berührungen,
 - d) durch eine Diagnostik, die neben verbalen auch nonverbale, z.B. visuelle Informationen berücksichtigt und durch
 - e) psychosomatisch definierte Therapieziele aus.

Im Folgenden wird über eine Studie berichtet, die die Wirksamkeit von körperpsychotherapeutischen Behandlungen in ambulanten Praxen in Deutschland und der Schweiz unter naturalistischen Bedingungen untersucht hat. Nach den Regeln naturwissenschaftlich-medizinischer Forschung ist sie der Phase IV, d.h. einer Evaluation der „Routineanwendung“ im Praxisfeld [48,49], nach Rudolf [50] der Phase der „praxisbezogenen Psychotherapieforschung“ zuzuordnen und beansprucht im Rahmen der naturalistischen Feldforschungsstudien einen Level-I-Evidenzgrad [51]. Nach wie vor ist vergleichsweise wenig über die Wirksamkeit von Psychotherapie außerhalb stationärer und universitärer Behandlungseinrichtungen bekannt [52,53]. Wir berichten über eine therapiebegleitende Evaluationsstudie, bei der zu verschiedenen Messzeitpunkten (Therapiebeginn, ein halbes Jahr nach Therapiebeginn, Therapieende [max. 2 Jahre nach Therapiebeginn] sowie in einer 1-Jahres-Katamnese) Symptome und Befindlichkeit der PatientInnen erhoben wurden. Die Untersuchung wurde im Januar 1998 auf Initiative des Hakomi Institute of Europe begonnen. Erste Ergebnisse wurden auf dem 7. Europäischen Kongress für Körperpsychotherapie in Travemünde vorgestellt [33]. Inzwischen hat sich die Studie zu einem Multizenterprojekt (Dresden, Heidelberg, Tübingen, Zürich) ausgeweitet. Eine Publikation von Zwischenergebnissen erfolgte 2003 ([36,37] USABP research award 2005). Untersucht wurden ausschließlich PatientInnen in einer ambulanten körperpsychotherapeutischen Behandlung.

TherapeutInnen folgender Richtungen beteiligten sich (in der Reihenfolge des Datenerhebungsbeginns; Namen der Gründungspräsidenten [international und national] sowie Literaturhinweise zu Theorie und Behandlungspraxis der jeweiligen Verfahren in eckigen Klammern): Hakomi Experiential Psychology (Ron Kurtz, Halko Weiss; [54]); Unitive Psychology (Jacob Stammann, Gustl Marlock; [55]); Biodynamische Psychologie (Gerda Boyesen; [56]) – in Deutschland – und Bioenergetische Analyse und Therapie SGBAT (Alexander Lowen; Thomas Ehrensperger; [57,58]); Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychothe-

rapie GFK (Christiane Geiser; Ernst Juchli; [59]); Institut für Integrative Körperpsychotherapie IBP (Jack Lee Rosenberg; Markus Fischer; [60]); Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie SIKOP (George Downing; [61]); Internationales Institut für Biosynthese IIBS (David Boadella; [62]) – in der Schweiz.

In der vorliegenden Studie, die zum Jahresende 2005 ihre mehrjährige Datenerhebung abschloss, wurden folgende Fragen untersucht:

1. Welche PatientInnen nehmen ambulante körperpsychotherapeutische Behandlungen in Anspruch?
2. Welche Besserungen der psychischen und psychosomatischen Symptomatik, der interpersonellen Probleme sowie der Selbstwirksamkeitserwartung werden im Laufe der Therapie erzielt?
3. Sind diese Ergebnisse auch in einer katamnestischen Erhebung nach einem Jahr stabil?
4. Welcher Zusammenhang besteht zwischen Therapiedauer, Sitzungsanzahl und Therapieergebnis (Dosis-Wirkungszusammenhang)?
5. Wie gut stimmen Angaben aus der PatientInnen- mit denen aus der TherapeutInnenperspektive überein?
6. Welche Rolle spielt das von den TherapeutInnen wahrgenommene Ausmaß an Methodenadhärenz für den Therapieerfolg?

Methodik



Stichprobe und Durchführung

Acht körperpsychotherapeutische Institute bzw. Fachgesellschaften, die der European Association for Body Psychotherapy [47] angehören – fünf davon sind zusätzlich Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie [63], beteiligten sich an dieser Studie (vgl. **Tab. 1**). Die Auswahl der Institute erfolgte nicht systematisch. Die EABP vertritt in der Schweiz [64] 12 und in Deutschland [65] 16 Fachgesellschaften. Jedes der an der Studie beteiligte Institut benannte einen Forschungskordinator zur Organisation der Datenerhebung. Innerhalb der beteiligten Institute wurden alle ausgebildeten, zertifizierten und in ambulanten Praxen arbeitenden Mitglieder zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die mitwirkenden TherapeutInnen gaben an, die an ihrem Institut gelehrt Methode als Hauptverfahren anzuwenden. Sie wurden aufgefordert, innerhalb bestimmter Zeitfenster, jeden neu eine Therapie beginnenden Patienten oder Patientin zur Teilnahme an der Studie zu gewinnen. Die PatientInnen wurden über die Studie und die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert. Die TeilnehmerInnen unterschrieben eine Einverständniserklärung, die aus Gründen der Anonymität bei den behandelnden TherapeutInnen verblieb. Die Anonymität der KlientInnen wurde durch einen 6-stelligen selbstgenerierten Buchstabenkode gewährleistet.

Die Datenerhebung erfolgte zu Beginn der Therapie, 6 Monate nach Therapiebeginn, zum Therapieende (spätestens aber nach 24 Monaten) und ein Jahr nach Therapieende.

Die Schätzung des erforderlichen Stichprobenumfangs wurde nach Bortz [66] durchgeführt. Sie orientierte sich an der Hypothese, dass die untersuchten Körperpsychotherapiearten so effektiv sind wie die etablierten Psychotherapieformen mit einer Besserungsquote von ca. 70% [16] und der Berücksichtigung einer Spontanremissionsrate von bis zu 30% [67]. Bei einer Teststärke von $1 - \beta = 80\%$ und einem Signifikanzniveau von 5% er-

gibt sich eine Effektgröße von $h = 0,82$, was einem starken Effekt entspricht. Hieraus resultiert eine Gruppengröße von $n = 18,3$, um die Hypothesen mit ausreichend statistischer Sicherheit zu prüfen. Aufgrund des Verlustes durch mögliche Drop-outs von ca. 15% wurde die Stichprobengröße auf $n = 25$ festgelegt. Bei acht beteiligten Instituten wurde daher eine Gesamtstichprobe von 200 KlientInnen angestrebt. Die acht beteiligten Institute sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten in die Studie eingetreten. Daher erstreckte sich die Datenerhebung über mehrere Jahre (1998–2005).

Erhebungsinstrumente

Zur Datenerhebung wurden gut eingeführte oder standardisierte Instrumente verwendet, um den Vergleich mit anderen Studien zu gewährleisten [68,69]. In Hinblick auf die Körperpsychotherapie sind sie als unspezifisch einzustufen.

Soziodemografische Angaben wurden in Anlehnung an die Deutsche Standarddemografie [70] erhoben. Die behandelnden TherapeutInnen nahmen innerhalb der ersten drei Sitzungen diagnostische Zuordnungen nach ICD-10 [71] vor.

Psychopathologische Symptome wurden mit dem Beck-Angst-Inventar (BAI [72]), dem Beck-Depressions-Inventar, (BDI [73]) und der Symptom-Checkliste SCL-90-R [74,75] erhoben. Körperliche Beschwerden wurden mit der Beschwerdenliste (BL [76,77]) und zwischenmenschliche Probleme mit dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D [78,79]) erfasst. Schließlich wurde die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE [80,81]) ermittelt. Für wichtige Lebensbereiche (Arbeit, Freizeit und Sozialleben, Familienleben und häusliche Pflichten, körperliches Wohlbefinden) wurden die PatientInnen außerdem nach direkten Veränderungseinschätzungen im Vergleich zum Therapiebeginn gebeten. Die gesamte Bearbeitungszeit der Fragebogen betrug ungefähr 1 Stunde je Untersuchungszeitpunkt. Die TherapeutInnen gaben zu jedem Erhebungszeitpunkt Informationen zum formalen Stand der Therapie und beurteilten ebenfalls die globalen Veränderungen der KlientInnen in wichtigen Lebensbereichen.

Die durchschnittlichen Veränderungen über den Therapieverlauf hinweg wurden mit Hilfe von multifaktoriellen Varianzanalysen untersucht (Faktor „Institut“ = Institutszugehörigkeit der TherapeutInnen; Messwiederholungsfaktor „Therapiedauer“ = die verschiedenen Erhebungszeitpunkte). Zusätzlich wurden Intra-Class-Effektstärken nach McGaw und Glass [82] berechnet. Sie wurden nach Cohen [83] in klein (0,2–0,5), mittel (0,5–0,8) und groß (> 0,8) unterteilt.

Ergebnisse

Nach einer Charakterisierung der Klientel ambulanter KörperpsychotherapeutInnen folgen die Ergebnisse zum Therapieverlauf. Die AutorInnen danken Dr. W. Nagl, Akademischer Rat am Fachbereich Statistik der Universität Konstanz, für Beratungen bei der statistischen Datenanalyse.

Die Zusammensetzung der untersuchten Stichprobe zum Stichtag 31.12.2005 geht aus **Tab. 1** hervor. Es nahmen insgesamt 124 TherapeutInnen teil (pro Institut zwischen 8 und 22, durchschnittlich 16). Pro TherapeutIn wurden 1–14, durchschnittlich 3 PatientInnen untersucht. Die Grundprofessionen der Behandelnden waren: 45,5% ÄrztInnen, 45,5% PsychologInnen, 9% andere.

Tab. 1 Anzahl Fälle zu den verschiedenen Messzeitpunkten – gruppiert nach den beteiligten Instituten

| | Beginn | 6 Monate | 2 Jahre | Katamnese |
|------------|--------|----------|---------|-----------|
| Hakomi | 47 | 29 | 15 | 1 |
| SGBAT | 58 | 45 | 36 | 4 |
| Biodynamik | 47 | 36 | 19 | 3 |
| Unitive | 17 | 13 | 10 | 3 |
| GFK* | 45 | 30 | 10 | 3 |
| SIKOP | 34 | 30 | 23 | 10 |
| IBP | 49 | 35 | 17 | 7 |
| IIBS | 45 | 35 | 30 | 11 |
| total | 342 | 253 | 160 | 42 |

21 Therapien wurden als abgebrochen deklariert; * für eine Teilauswertung der GFK-Daten siehe [37]

Die Klientel ambulanter KörperpsychotherapeutInnen

342 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Median 37 J.) nahmen an der Eingangsuntersuchung zu Beginn ihrer Therapie teil. 73% der KlientInnen waren weiblich. Verheiratet waren 36%, 52% waren ledig und 12% geschieden. In einer Partnerschaft lebten 60% und 43% hatten Kinder – im Durchschnitt 2. Der höchste Schulabschluss war für 31% das Abitur, 28% hatten zusätzlich zum Abitur ein Fachhochschul- oder Universitätsstudium abgeschlossen. 41% hatten höchstens die mittlere Reife oder Berufsschulabschlüsse erreicht. 59% der KlientInnen der vorliegenden Studie verfügten bereits zuvor über psychotherapeutische Erfahrungen. Die Kosten der Körperpsychotherapie wurden bei 33% ganz und bei weiteren 29% teilweise durch die Krankenkassen übernommen. 28% finanzierten die Therapie selbst und 10% machten zu dieser Frage keine Angabe. In den soziodemografischen Variablen liegt die hier untersuchte Klientel im Bereich der in anderen Studien zur ambulanten Psychotherapie gefundenen Werte [23,32,34,84,85].

Die PatientInnen wurden von den Behandelnden nach ICD-10 [71] diagnostiziert. Bei 79% der Fälle wurde nur eine Hauptdiagnose angegeben, in 21% der Fälle stellten die TherapeutInnen Komorbiditäten fest. Die Hauptdiagnosen zu Therapiebeginn wurden zu Störungsgruppen zusammengefasst. Es lagen 41,2% neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) vor, 28,9% affektive Störungen (F3) und 12,9% Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6). F5, F1 und F2 waren nur mit 8,2%, 1,5% bzw. 0,3% vertreten. Z-Kodes wurden zu 7,3% vergeben.

Tab. 2 zeigt den Prozentsatz PatientInnen zu Therapiebeginn mit klinisch auffälligen Werten in den eingesetzten Fragebogen. Sie gibt Mittelwerte und Standardabweichungen, sowie T-Test-Werte und Wahrscheinlichkeiten für den Vergleich zwischen PatientInnen und Gesunden an. Die untersuchten PatientInnen weichen in allen erhobenen Maßen hochsignifikant von den Werten Gesunder ab (BAI: $t[1;340] = 11,01$; $p < 0,0001$; BDI: $t[1;340] = 9,01$; $p \leq 0,0001$; SCL-90-R: $t[1;340] = 20,61$; $p < 0,0001$; BL: $t[1;340] = 29,55$; $p < 0,0001$; IIP: $t[1;338] = 4,26$; $p < 0,0001$). Das SCL-90-Profil zu Behandlungsbeginn geht aus **Abb. 1** hervor, das IIP-D-Profil aus **Abb. 2**.

Mithilfe der eingesetzten Fragebogen ist die Klientel wie folgt zu charakterisieren: Hinsichtlich der Ängstlichkeit lagen zu Behandlungsbeginn 70,1% der KlientInnen im auffälligen Bereich (BAI ≥ 11 , Gesamtstichprobe: MW = 17,9; SD = 11,6). Bezüglich Depression waren 35,2% in klinisch relevantem Ausmaß belastet (BDI ≥ 18). 33,7% wiesen erhöhte Depressivitätswerte auf (11

Tab. 2 Beeinträchtigung der KörperpsychotherapiepatientInnen zu Behandlungsbeginn: Klinische Relevanz, Mittelwerte, Standardabweichungen und im Vergleich zu Gesunden (zweiseitige T-Tests)

| | Kriterium | % Fälle | Mittelwerte | Standardabw. | t _{Pat-Gesunde (342)} | P |
|------------------------|--|---------|-------------|--------------|--------------------------------|----------|
| Ängstlichkeit | BAI \geq 11 | 70,1% | 17,9 | 11,6 | 11,01 | < 0,0001 |
| Depression | BDI \geq 11 | 68,9% | 15,2 | 8,4 | 9,01 | < 0,0001 |
| Symptome | SCL-GSI \geq 0,57 (m) SCL-GSI \geq 0,77 (w) | 62,4% | 1,0 | 0,6 | 20,61 | < 0,0001 |
| körperl. Beschwerden | BL > 14,3 | 88,0% | 29,6 | 12,2 | 29,55 | < 0,0001 |
| interspers. Probleme | IIP _{Sta} < 4 / IIP _{Sta} > 6 | 54,0% | 11,5 | 4,6 | 4,26 | < 0,0001 |
| Selbstwirksamkeitserw. | SWE _{T-transf.} < 40 | 40,6% | 24,9 | 6,7 | 12,02 | < 0,0001 |

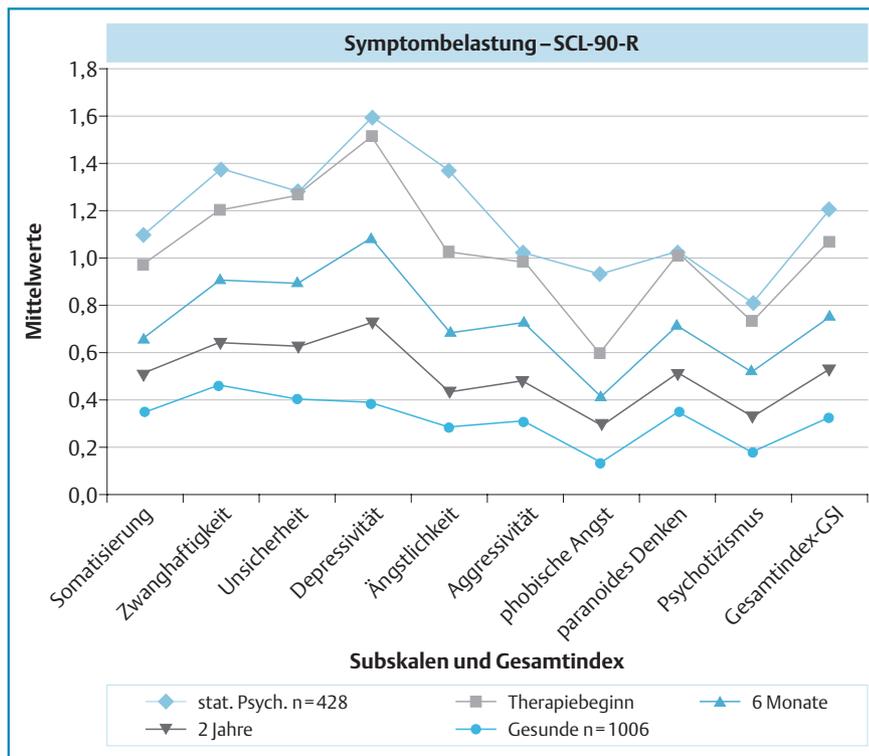


Abb. 1 Skalenmittelwerte SCL-90-R der ambulanten KörperpsychotherapiepatientInnen zu Therapiebeginn, nach 6 Monaten, zum Therapieende bzw. max. nach 2 Jahren Therapie und im Vergleich zu Gesunden sowie einer stationären Psychotherapiegruppe bei Therapiebeginn (GSI: Global Severity Index [Gesamtwert]).

\leq BDI \leq 17). 31,1% der KlientInnen waren unauffällig (BDI \leq 10, Gesamtstichprobe: MW = 15,2; SD = 8,43). Der SCL-90-R zufolge waren 62,4% der KlientInnen als klinisch relevant belastet anzusehen (Männer: SCL-GSI \geq 0,57; Frauen: SCL-GSI \geq 0,77; entsprechend den Cut-off-Punkten c nach Jacobson für PsychotherapiepatientInnen ([75] S. 32). Gesamtstichprobe: MW = 0,99; SD = 0,61. Die ambulanten KörperpsychotherapiepatientInnen sind deutlich stärker als die Normalbevölkerung belastet, in einigen Subskalen etwas geringer als stationäre PsychotherapiepatientInnen [86,87]. Es ergab sich ein ähnliches Profil wie bei Scheidt et al. [84].

Die körperlichen Beschwerden lagen zu Beginn der Therapie mit einem Mittelwert in der Beschwerdenliste (BL) von 29,6 (SD = 12,2) im Bereich der Beschwerden von psychiatrischen (MW = 30,0; SD = 15,4) oder Angstpatienten (MW = 29,6; SD = 12,2). 88% der KörperpsychotherapiepatientInnen lagen über dem Mittelwert der Normstichprobe (MW = 14,3; SD = 10,8 [[77] S. 38]).

Der mittlere Ausgangswert für interpersonale Probleme (IIP-D) lag bei 11,5 (SD = 4,6). Umgerechnet in geschlechts- und altersnormierte Staninewerte [78, 79] wiesen 54% der Stichprobe mit Staninewerten < 4 bzw. > 6 problematische Ausgangswerte auf. Im Vergleich zu verschiedenen Diagnosegruppen stationärer

PsychotherapiepatientInnen leiden die ambulanten KörperpsychotherapiepatientInnen weniger ausgeprägt unter interpersonellen Problemen und sind vergleichbar mit psychosomatischen PatientInnen (MW = 11,2; SD = 4,1) bzw. solchen mit Abhängigkeitserkrankungen (MW = 11,5; SD = 3,8, [88]).

Der Mittelwert der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung lag zu Beginn bei 24,9 (SD = 6,7). Verglichen mit einer großen Erwachsenenstichprobe (MW = 29,3; SD = 5,1, [81]) ist die Selbstwirksamkeitserwartung deutlich niedriger ausgeprägt ($t[1; 341] = 12,02$; $p < 0,0001$). 40,6% der KörperpsychotherapiepatientInnen liegen mehr als eine Standardabweichung ($T < 40$) unter dem Mittelwert der Allgemeinbevölkerung.

Eine umfassende Dokumentation der im untersuchten Zeitraum nicht in die Studie einbezogenen Fälle liegt leider nicht vor (Rücklauf seitens der TherapeutInnen < 20%). Stellvertretend und zur Illustration seien hier die Angaben eines teilnehmenden Therapeuten zitiert, der die PatientInnen, die im maßgeblichen Zeitfenster bei ihm neu zur Behandlung kamen, aber nicht an der Studie teilnahmen, wie folgt charakterisiert:

1. Ein Patient war ein Sterbepatient, den ich nicht mit der Untersuchung belasten wollte.
2. Ein anderer Patient war ein explosiver Borderline-Patient, dessen Übergang zu mir von einer früheren Therapeutin sehr

fragwürdig war; deshalb wollte ich die bereits überspannte Situation nicht zusätzlich mit Fragebogen belasten.

3. Eine dritte Patientin war eine schwer kriegstraumatisierte sans papiers Kongolesin – ohne soziale und andere Zukunft.
4. Der letzte Patient, den ich nicht in die Reihe der Untersuchungspatienten einbezog, war ein florider paranoid psychotischer Patient, der vorerst überhaupt einmal für einen Kontakt zu motivieren war.

Sollten diese Aussagen einigermaßen repräsentativ sein für alle teilnehmenden TherapeutInnen, was aufgrund anderer vorliegender Listen anzunehmen ist, dürfte das Klientel körperpsychotherapeutisch Arbeitender insgesamt noch schwerer belastet sein als die oben berichteten quantitativen Analysen ergaben.

Behandlungsverlauf

Abgesehen von den Katamneseuntersuchungen, die zum Teil derzeit noch laufen (s. [89]), wurde die Datenerhebung Ende 2005 abgeschlossen. Für den Zeitpunkt 6 Monate nach Therapiebeginn liegen 253, nach 2 Jahren Therapie 160, als katamnestiche Erhebungen ein Jahr nach Therapieende 42 auswertbare Datensätze vor. Im letzten Quartal 2005 wurden alle teilnehmenden TherapeutInnen nochmals kontaktiert und zum Verlauf der untersuchten Therapien befragt. Der Rücklauf bei dieser Zusatzbefragung betrug 58% und bezieht sich auf 199 von 342 PatientInnen. In 43% dieser Fälle war die Therapie inzwischen regulär abgeschlossen. 26% waren aus der Sicht der Behandelnden vorzeitig beendet worden (aus äußeren Gründen: Wegzug, Finanzierung nicht mehr gesichert, Tod oder aus inneren Gründen: Abbrüche). Bei 54,9% der regulär beendeten Therapien dauerte die Behandlung weniger als 2 Jahre, d. h. die zweite Messung erfolgte zum Abschluss der Therapie. In der übrigen knappen Hälfte der Behandlungen stellt die Messung nach 2 Jahren Therapiedauer eine Zwischenmessung dar.

Da die PatientInnen die Fragebogen z.T. nicht vollständig ausfüllten, ergeben sich für die einzelnen Messinstrumente unterschiedliche Fallzahlen. Die regulär beendeten Therapien (n = 84) hatten im Durchschnitt 24 Monate gedauert (SD = 14,8 Monate) und 52,8 Sitzungen beansprucht (SD = 42,7; Median = 42,5). Von diesen PatientInnen hatten zusätzlich zur Psychotherapie 11% Medikamente erhalten. In 59% der Fälle war der Katamnesebogen verschickt, in 5% verschickt worden, aber als unzustellbar zurückgekommen. Bei 36% der Fälle hatten die TherapeutInnen den Katamnesebogen nicht verschickt.

Bei den abgebrochenen Therapien (n = 53) dauerte die Behandlung durchschnittlich 10 Monate (SD = 7,7 Monate; Median 8 Monate) und hatte 26,3 Sitzungen beansprucht (SD = 21,2; Median 21 Sitzungen). 24% dieser PatientInnen hatten Medikamente erhalten. In 12% der Fälle war der Katamnesebogen verschickt, in 2% verschickt worden, aber als unzustellbar zurückgekommen.

ppmp "316", 6.11.06/maisch/email/may gel.

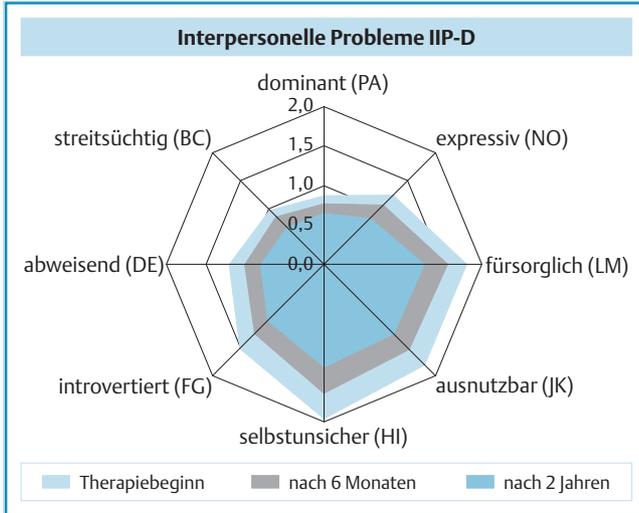


Abb. 2a Skalenmittelwerte IIP-D der ambulanten KörperpsychotherapiepatientInnen zu Therapiebeginn, nach 6 Monaten und zum Therapieende bzw. max. nach 2 Jahren Therapie.

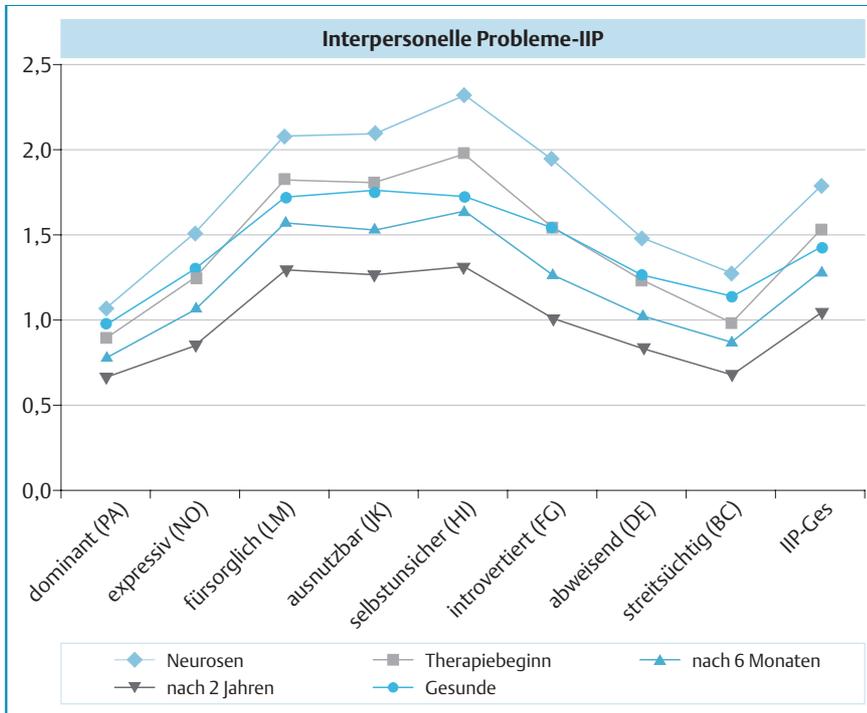


Abb. 2b Skalenmittelwerte IIP-D der ambulanten KörperpsychotherapiepatientInnen zu Therapiebeginn, nach 6 Monaten, zum Therapieende bzw. max. nach 2 Jahren Therapie und im Vergleich zu Gesunden (n = 1333; Horowitz et al. 2000) sowie einer Gruppe von neurotischen PatientInnen (n = 303; Brähler et al. 1999).

Tab. 3 Vergleich der Subgruppen zu den verschiedenen Messzeitpunkten bezogen auf deren Werte zu Therapiebeginn (zweiseitige T-Tests)

| | $t_{T0-T0\text{ if }T1}$ (249) | $p > t $ | $t_{T0-T0\text{ if }T2}$ (158) | $p > t $ | $t_{T0-T0\text{ if }Kat}$ (41) | $p > t $ |
|------------|--------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| Alter | 0,29 | 0,78 | 1,69 | 0,09 | 0,58 | 0,57 |
| BAI | 0,95 | 0,34 | 1,9 | 0,06 | 0,45 | 0,65 |
| BDI | 1,05 | 0,29 | 1,39 | 0,17 | 1,1 | 0,28 |
| SCL-90-GSI | 0,56 | 0,58 | 1,39 | 0,17 | 0,47 | 0,64 |
| IIP-D-Ges | 1,46 | 0,15 | 1,68 | 0,09 | 1,23 | 0,23 |
| BL | 0,62 | 0,54 | 1,87 | 0,06 | 1,36 | 0,18 |
| SWE | 0,66 | 0,51 | 1,57 | 0,12 | 0,96 | 0,34 |

Tab. 4 Vergleich der Subgruppen zu den verschiedenen Messzeitpunkten bezogen auf deren Häufigkeitsverteilung zu Therapiebeginn: Schulbildung und Geschlecht

| | % _{T0} | % _{T0 if T1} | % _{T0 if T2} | % _{T0 if Kat} | $\chi^2_{T0-T0\text{ if }T1}$ | p | $\chi^2_{T0-T0\text{ if }T2}$ | p | $\chi^2_{T0-T0\text{ if }Kat}$ | p |
|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|------|-------------------------------|------|--------------------------------|-----------|
| Schulbildung | | | | | | | | | | |
| Volksschule | 41 | 38 | 35 | 21,5 | 0,95 | 0,62 | 2,28 | 0,32 | 15,91 | 0,0004*** |
| Abitur | 31 | 33 | 33 | 21,5 | | | | | | |
| Hochschule | 28 | 29 | 32 | 57 | | | | | | |
| Geschlecht | | | | | | | | | | |
| männlich | 27 | 28 | 28 | 27,5 | 0,16 | 0,69 | 0,06 | 0,81 | 0,01 | 0,94 |
| weiblich | 73 | 72 | 72 | 72,5 | | | | | | |

χ^2 -Tests; *** = $p < 0,001$

Tab. 5 MANOVAS – Mittelwertvergleiche zu den drei Messzeitpunkten Therapiebeginn, nach 6 Monaten, Therapieende bzw. nach max. 2 Jahren

| | MW _{T0} | MW _{T1} | MW _{T2} | F_{Inst} (7;140) | $p > F$ | F_{Zeit} (2;140) | $p > F$ | $F_{Inst \cdot Zeit}$ (14;280) | $p > F$ |
|----------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|---------|--------------------|----------|--------------------------------|---------|
| BAI | 20,2 | 13,9 | 10,7 | 0,73 | 0,64 | 48,86 | < 0,0001 | 0,98 | 0,49 |
| BDI | 16,2 | 10,7 | 7,3 | 0,9 | 0,51 | 69,99 | < 0,0001 | 1,37 | 0,17 |
| SCL-90-GSI* 10 | 10,7 | 7,6 | 5,3 | 1,18 | 0,32 | 72,28 | < 0,0001 | 1,19 | 0,28 |
| IIP-D-Ges* 8 | 12,2 | 10,3 | 8,4 | 0,74 | 0,64 | 64,96 | < 0,0001 | 1,89 | 0,03 |
| BL | 31,5 | 25,6 | 20,5 | 0,57 | 0,78 | 69,14 | < 0,0001 | 1,41 | 0,15 |
| SWE | 24,2 | 26,4 | 28,1 | 0,32 | 0,94 | 17,07 | < 0,0001 | 0,82 | 0,65 |

Bei 86% der Fälle hatten die TherapeutInnen den Katamnesebogen nicht verschickt.

Bei den noch laufenden Therapien ($n = 62$) betrug die Behandlungsdauer bis Ende 2005 6–7 Jahre (1,6%), 4–5 Jahre (8,2%), 3–4 Jahre (14,8%), 2–3 Jahre (36,1%) bzw. weniger als 2 Jahre (39,3%). Nach 2003 wurden keine Therapiebeginnsmessungen mehr durchgeführt. Diese noch laufenden Behandlungen hatten bis Ende 2005 durchschnittlich 105 Sitzungen beansprucht ($SD = 59,2$; Median = 89,5 Sitzungen). 28% dieser PatientInnen erhalten Medikamente.

Eine Überprüfung der Ausgangsdaten für die vier Teilstichproben (vollständige Daten zu Beginn, zur 6-Monats-Erhebung, 2 Jahre nach Therapiebeginn bzw. Therapieende sowie die 1-Jahres-Katamnese) ergab, dass durch die Selektion keine statistisch signifikanten Verzerrungen der Ausgangswerte erfolgten. Die Überprüfung erfolgte mit χ^2 -Tests für Schulbildung und Geschlecht ($0,01 \leq \chi^2 \leq 2,28$; $0,32 \leq p \leq 0,94$; Ausnahme: höhere Schulbildung bei den Katamnesen [$\chi^2 = 15,91$; $p = 0,0004$]) und mit zweiseitigen t-Tests für das Alter, sowie alle eingesetzten Fragebogen ($0,29 \leq t \leq 1,9$; $0,06 \leq p \leq 0,78$).

Gruppenverläufe

Die Institutszugehörigkeit der TherapeutInnen hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Therapieverläufe ($0,32 \leq F_{Inst}[7;140] \leq 2,37$; $0,06 \leq p \leq 0,94$; $0,26 \leq F_{Inst \cdot Zeit}[14;280] \leq 1,89$; $0,14 \leq p \leq$

$0,95$; Ausnahme IIP-D: $F_{Inst \cdot Zeit}[14;280] = 1,89$; $p = 0,03$; hier erzielen die Unitive-TherapeutInnen die größte Veränderung von $MW = 1,83$ bei Therapiebeginn zu $MW = 0,93$ nach 2 Jahren). Die Therapiedauer hingegen hatte in allen Fällen einen hochsignifikanten Einfluss ($17,07 \leq F_{Zeit} \leq 72,28$; $p < 0,0001$; s. [Abb. 3](#) u. [Tab. 5](#) u. [Tab. 6](#)).

Varianzanalysen für den Vergleich zwischen Therapieende (es gingen Therapien ein, die mehr als ein halbes Jahr dauerten) und Katamnesen ergaben, dass die Werte stabil blieben oder sich sogar noch verbesserten ($0 \leq F_{Zeit} \leq 2,88$; $0,1 \leq p < 0,97$; BL: $F_{Zeit} = 2,88$; $p < 0,01$; s. [Tab. 6](#)).

Innerhalb der ersten 6 Monate fanden durchschnittlich 21 Sitzungen ($SD = 9,04$) statt. Es gingen 253 Fälle in die Auswertung ein.

Angst (BAI), Depressivität (BDI), allgemeine Symptombelastung (SCL-90), körperliche (BL) und interpersonale Probleme (IIP-D) nahmen während der ersten sechs Behandlungsmonate signifikant ab. Gleichzeitig nahm die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) signifikant zu (vgl. [Abb. 3](#); *** = $p < 0,0001$).

In den Vergleich zwischen Behandlungsbeginn und -ende, maximal nach 2 Jahren Therapiedauer gingen 160 Fälle ein. Durchschnittlich erfolgten bis zu diesem Zeitpunkt 58 Sitzungen.

Die Verbesserungen in allen Skalen fielen deutlicher aus als in den ersten sechs Monaten der Therapie. Wiederum nahmen Angst, Depressivität, allgemeine Symptombelastung, körperliche

Veränderung der Beeinträchtigungen mit fortschreitender Therapiedauer

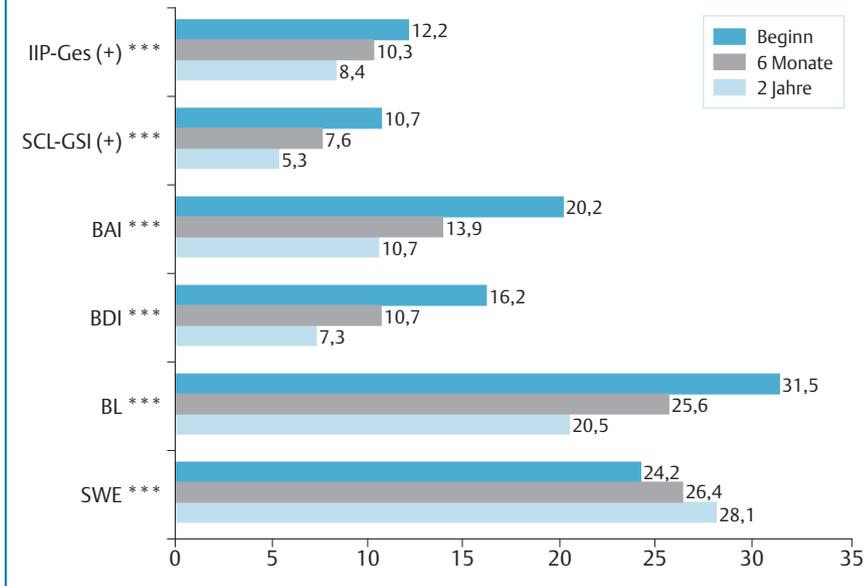


Abb. 3 Manovas: Vergleich der Mittelwerte zu Behandlungsbeginn, nach 6 Monaten und zum Behandlungsende bzw. max. nach 2 Jahren; $17,07 \leq F_{\text{Therapiedauer } 2;143} \leq 72,57$; $p \leq 0,001$; IIP: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Gesamtscore, SCL-GSI: Symptom Checkliste – Global Severity Index, BAI: Beck Angst Inventar, BDI: Beck-Depressions-Inventar, BL: Beschwerdenliste und SWE: Selbstwirksamkeitserwartung. (+) Für die SCL-90-R wurden die Werte der Anschaulichkeit halber mit 10 und für das IIP mit 8 (durchschnittliche Subskalensummen) multipliziert.

Tab. 6 MANOVAS – Mittelwertvergleiche zwischen Therapieende und Katamnesen (Therapien von mehr als 1/2 Jahr Dauer [n = 32])

| | MW _{T2} | MW _{T Kat} | F _{Inst (6;25)} | p > F | F _{Zeit (1;25)} | p > F | F _{Inst*Zeit (6;25)} | p > F |
|----------------|------------------|---------------------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| BAI | 10,3 | 9,5 | 1,52 | 0,21 | 0,14 | 0,71 | 0,49 | 0,81 |
| BDI | 8,8 | 8,1 | 1,92 | 0,12 | 0,001 | 0,97 | 1,35 | 0,27 |
| SCL-90-GSI* 10 | 5,2 | 5,2 | 1,82 | 0,14 | 0 | 1 | 0,26 | 0,95 |
| IIP-D-Ges* 8 | 8,2 | 7,4 | 1,69 | 0,17 | 0,06 | 0,81 | 1,82 | 0,14 |
| BL | 20,2 | 18,3 | 0,81 | 0,57 | 2,88 | 0,1 | 0,29 | 0,94 |
| SWE | 26,5 | 27 | 2,37 | 0,06 | 0,03 | 0,86 | 0,77 | 0,6 |

Effektstärken nach 6 Monaten und nach max. 2 Jahren Behandlung

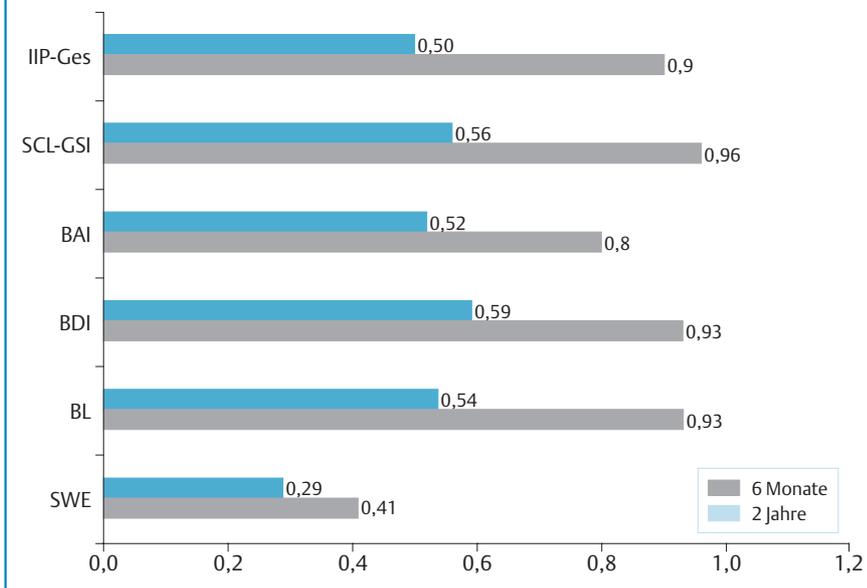


Abb. 4 Effektstärken nach 6 Monaten und nach max. 2 Jahren Therapiedauer (bezogen auf den Therapiebeginn): klein (0,2 – 0,5), mittel (0,5 – 0,8) und groß (>0,8). IIP-Ges: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Gesamtscore, SCL-GSI: Symptom-Checkliste – Global Severity Index, BAI: Beck-Angst-Inventar, BDI: Beck-Depressions-Inventar, BL: Beschwerdenliste und SWE: Selbstwirksamkeitserwartung.

che und interpersonale Probleme deutlich ab. Die Selbstwirksamkeitserwartung nahm wiederum signifikant zu (vgl. **Abb. 3**; *** = $p < 0,0001$). Die Effektstärken für die Veränderungen zwischen Behandlungsbeginn und 6 Monaten sowie zwischen Behandlungsbe-

ginn und -ende bzw. max. nach 2 Jahren sind in **Abb. 4** zusammengestellt. In den ersten sechs Monaten der Therapie erfolgten kleine bis mittlere Verbesserungen in allen untersuchten Merkmalen. Bis Therapieende bzw. max. nach 2 Jahren waren auf allen Skalen (außer der Selbstwirksamkeitserwartung: $d = 0,41$)

ppmp "316", 6.11.06/maisch/email/may gel.

mit Effekten zwischen 0,80 und 0,96 große Verbesserungen erzielt worden.

Individuelle Veränderungen

Ergänzend zu den Gruppenverläufen sollen für BAI, BDI, BL, IIP-D und SCL-90 individuelle Veränderungen berichtet werden. Diese Auswertung bezieht je nach Messzeitpunkt die Daten von 253, 160 bzw. 42 Personen ein.

Die Häufigkeiten der klinisch relevanten Angstsymptome (BAI ≥ 11) reduzierten sich von 70% bei Therapiebeginn über 53% nach 6 Monaten auf 41% nach 2 Jahren und 38% bei der Katamnese.

Die Häufigkeit der klinisch relevanten Depressivität (BDI ≥ 18) reduzierte sich von 35% bei Therapiebeginn über 17% nach 6 Monaten auf 5,8% nach zwei Jahren und betrug bei den PatientInnen, von denen uns katamnestische Werte vorliegen, 19%. Erhöhte Depressionswerte bei Therapiebeginn sanken von 34% auf 17% nach 2 Jahren und 14% bei der Katamnese ($11 \leq \text{BDI} \leq 17$). 77% befanden sich zum Therapieende bzw. max. nach 2 Jahren im normalen Bereich (BDI ≤ 10), 68% bei der Katamnese. Hinsichtlich psychosomatischer Beschwerden gaben zu Therapiebeginn 88% der PatientInnen Belastungen an, die über dem Mittelwert Gesunder lagen (MW = 14,3; SD = 10,8), nach 6 Monaten nur mehr 23%; von den PatientInnen, die nach 2 Jahren noch in Therapie waren, waren es 34% und bei den Katamnesebefragungen 46%. In Bezug auf interpersonale Probleme befanden sich zu Behandlungsbeginn 29% der PatientInnen im auffälligen Bereich (Stanine ≥ 7), nach 6 Monaten noch 23%, nach 2 Jahren 10%, bei der Katamnese 8%.

Für die SCL-90-R sind sowohl Cut-off-Werte als auch kritische Differenzen bekannt. So können in Einzelfallbetrachtungen statistisch und klinisch bedeutsame Veränderungen unterschieden werden [90,91]. Nach Franke [75] wurde als kritische Differenz ein GSI-Rohwert von 0,30 für PsychotherapiepatientInnen angesetzt. Geschlechtsspezifische Cut-off-Werte liegen bei 0,57 (Männer) bzw. bei 0,77 (Frauen). Klinisch und statistisch relevante Veränderungen sind in **Abb. 5** zusammengestellt. Innerhalb von 2 Jahren haben sich 41% der PatientInnen so weit verbessert, dass ihre Symptombelastung der gesunden Normalbevölkerung entspricht. Über die Hälfte der PatientInnen (57%) hat eine statistisch bedeutsame Verbesserung erreicht, 40% erlebten keine statistisch signifikante Veränderung der Symptombelastung.

Interessanterweise besteht kein nennenswerter korrelativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der im ersten halben Jahr stattgefundenen Sitzungen und dem Ausmaß der erzielten Veränderungen ($-0,04 \leq r \leq 0,09$). Nach zwei Jahren zeichnet sich für manche Messinstrumente ein positiver Zusammenhang ab ($0,11 [\text{BL}] \leq r \leq 0,19 [\text{GSI}]$; Ausnahme: IIP: $r = 0,03$). Ein signifikanter Zusammenhang besteht allerdings zwischen der Anzahl an Sitzungen innerhalb von zwei Jahren bzw. bis Therapieende und der Schwere der Beeinträchtigung (BDI, BAI, GSI und IIP) zu Therapiebeginn ($0,15 \leq r \leq 0,24$; $0,003 \leq p \leq 0,06$).

Bezüglich der Beschwerdeliste und des Angstinventars zeichnete sich eine Tendenz ab, dass diejenigen PatientInnen, die auch nach zwei Jahren noch in Behandlung waren, zu Therapiebeginn eine höhere Belastung angegeben hatten ($p = 0,06$).

Globalmaße der Beeinträchtigung – ein Perspektivenvergleich

In vier Bereichen (1. Arbeit und Ausbildung, 2. Freizeit und Sozialeben, 3. Familienleben und häusliche Pflichten und 4. Körper-

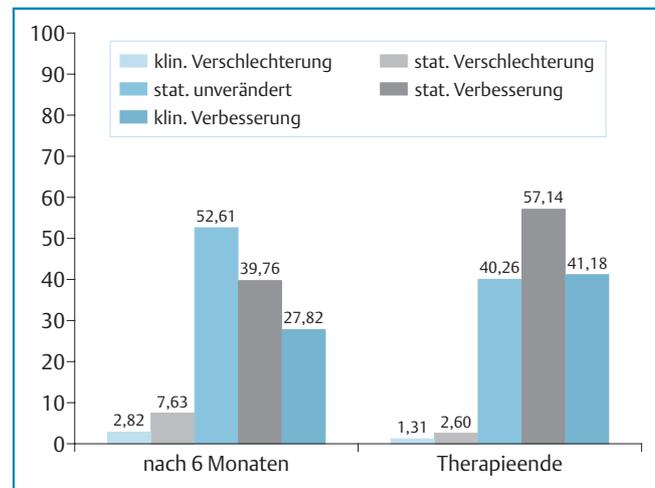


Abb. 5 Klinisch und statistisch bedeutsame Veränderung im Gesamtwert der SCL-90-R (n = 249 nach 6 Monaten; n = 154 nach 2 Jahren – in %); kritische Differenz GSI > 0,30 (PsychotherapiepatientInnen), Cut-off-Werte: 0,57 (Männer), 0,77 (Frauen), nach Franke 2002. Die statistischen Veränderungen (die drei mittleren Säulen) ergänzen sich jeweils zu 100%.

liches Wohlbefinden) wurden zu allen Messzeitpunkten sowohl die Einschätzung der Behandelnden wie auch der PatientInnen erhoben (die Skalen reichten von 0 = keine bis 8 = maximale Beeinträchtigung). Außerdem wurden nach 6 Monaten und nach 2 Jahren Angaben über die wahrgenommene Veränderung gemacht (1 = sehr viel besser bis 7 = sehr viel schlechter). Beide Parteien konstatierten übereinstimmend über alle Bereiche hinweg mit zunehmender Therapiedauer eine kontinuierliche Abnahme der Beeinträchtigungen (Hauptfaktor *Therapiedauer*: $2,16 \leq F_{\text{Zeit}}[2;104] \leq 147,65$; $0,0001 < p \leq 0,12$; **Abb. 6**, vier Säulengruppen links). PatientInnen und TherapeutInnen stimmten bezüglich der wahrgenommenen Veränderungen im Durchschnitt sehr gut überein (**Abb. 6**, rechte Säulengruppe). Interessanterweise schätzten die Behandelnden die Beeinträchtigungen zu Therapiebeginn und auch noch nach 6 Monaten signifikant gravierender ein als die PatientInnen selbst (Hauptfaktor *Perspektive*: $0,96 \leq F_{\text{Perspektive}}[1;105] \leq 13,98$; $0,0003 \leq p \leq 0,33$). Nach 2 Jahren hatte sich dieser Trend umgekehrt (Interaktion *Therapiedauer* * *Perspektive*: $6,52 \leq F_{\text{Zeit}}[2;104] \leq 15,93$; $0,0001 < p \leq 0,01$). Die paarweisen Korrelationen der PatientInnen- und TherapeutInnenurteile liegen (zu Beginn, nach 6 Monaten und 2 Jahren) für den Bereich *Arbeit* zwischen $r = 0,37$ und $r = 0,45$ ($p < 0,0001$), für den Bereich *Freizeit und Sozialleben* zwischen $r = 0,33$ und $r = 0,54$ ($p < 0,0001$), für den Bereich *Familienleben* zwischen $r = 0,13$ ($p = 0,01$ bei Therapiebeginn) und $r = 0,46$ ($p < 0,0001$) und für den Bereich *Körperliches Wohlbefinden* zwischen $r = 0,32$ und $r = 0,41$ ($p < 0,0001$). Die Korrelationen bezüglich der wahrgenommenen Veränderung betragen nach 6 Monaten Behandlung $r = 0,50$ und nach 2 Jahren $r = 0,47$ ($p < 0,0001$).

Zur Methodenadhärenz

Eine naturalistische Studie und die Anwendung von Therapiemanualen ist eine *Contradictio in adiecto*. Jedenfalls wäre es im Rahmen der hier berichteten Studie undenkbar gewesen, die teilnehmenden TherapeutInnen auf die Anwendung von Manualen zu verpflichten. Angaben darüber, welche Methode(n) in den untersuchten Therapien angewendet wurden, beruhten deshalb auf der Selbstdeklaration der TherapeutInnen. Die Mitwirken-

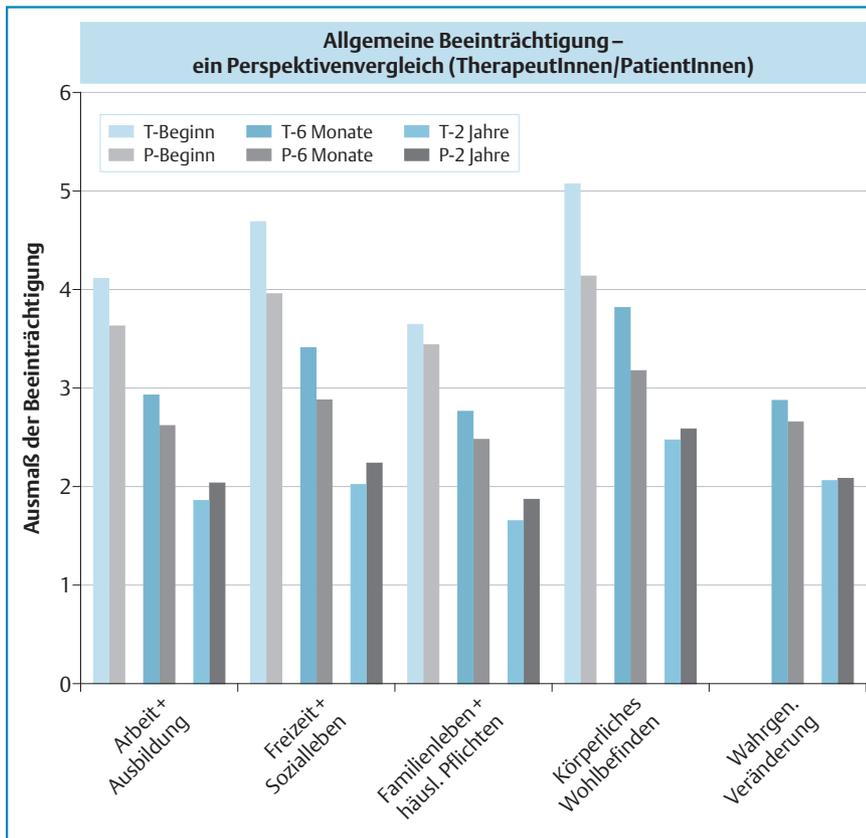


Abb. 6 Ein Vergleich der TherapeutInnen- und PatientInnenperspektive bezüglich der Beeinträchtigung in vier verschiedenen Lebensbereichen – zu Therapiebeginn, nach 6 Monaten und nach 2 Jahren. Außerdem ein Perspektivenvergleich hinsichtlich der wahrgenommenen Veränderung nach 6 Monaten und nach 2 Jahren (2 = „viel besser“; 3 = „etwas besser“).

den hatten erklärt, dass ihre Institutszugehörigkeit der hauptsächlich angewandten Methode bei ihrer Arbeit entsprach. Darüber hinaus hatten drei Institute (SGBAT, IBP und SIKOP) – in einem Pilotversuch – Listen von methodenspezifischen Interventionen zusammengestellt. Nach 6 Monaten Behandlung füllten die TherapeutInnen pro mitwirkendem Patient je eine solche institutsspezifische Liste aus. Hohe Summenwerte bedeuteten dabei eine retrospektiv hoch eingeschätzte Methodenadhärenz. Die Korrelationen dieser Summenwerte mit den gemessenen Veränderungen betragen beim SIKOP ($n=24$) bezüglich des BDI: $r=0,18$; des BAI: $r=0,28$; der BL: $r=0,13$ und bezüglich des GSI: $r=0,47$. Bei TherapeutInnen der SGBAT ($n=44$) waren die Zusammenhänge zwischen Methodentreue und Veränderungsmaßen vernachlässigbar gering ($-0,06 < r < 0,04$). Bei TherapeutInnen des IBP ($n=18$) waren die Korrelationen signifikant, aber negativ (BDI: $r=-0,09$ n.s.; BAI: $r=-0,21$; BL: $r=-0,18$; GSI: $r=-0,26$).

Diskussion

Die vorliegende Studie dokumentiert einen repräsentativen Ausschnitt aus dem realen Beitrag, den KörperpsychotherapeutInnen zur ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland und der Schweiz leisten und trägt in diesem Segment zur Qualitätssicherung bei. Sie untersucht ambulante Körperpsychotherapien unter den naturalistischen Bedingungen der Versorgungspraxis.

Zahlreiche Studien zur Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie wurden im Kontext von universitären Behandlungseinrichtungen durchgeführt. Dem Vorteil der hohen internen Validität, der u. a. in einer weit gehenden Operationalisierung des therapeuti-

schen Vorgehens, einer starken Selektion der behandelten KlientInnen und dem hohen Standard der Begleitevaluation begründet ist, steht eine geringe ökologische Validität gegenüber [52,53]. Nach wie vor ist daher vergleichsweise wenig über die Wirksamkeit von Psychotherapie außerhalb stationärer und universitärer Behandlungseinrichtungen bekannt (Phase IV [48,49], „praxisbezogene Psychotherapieforschung“ [50], Level-I-Feldforschungsstudien [51]). Zur Behebung dieser Forschungslücke will die vorliegende Arbeit beitragen.

Gegenüber früheren Studien zur Körperpsychotherapie, die auf ausschließlich retrospektiv erhobene Daten zurückgriffen [32,34,38], werden erstmals prospektive Daten berichtet.

Körperpsychotherapeutische Schulen wiesen bislang eine relativ große Distanz zum akademischen Wissenschaftsbetrieb auf. Erst der in den letzten Jahren zunehmende Druck zum Nachweis der Behandlungswirksamkeit ermöglichte eine Outcomestudie wie die vorliegende. Die Durchführung einer Multizenterstudie zur Wirksamkeit von (Körper-)Psychotherapie unter naturalistischen Bedingungen stellt hohe Anforderungen an die Organisationsfähigkeit, die Geduld und die Ausdauer aller Beteiligten. Gerade wenn eine standardisierte Erfolgsmessung nicht üblicher Bestandteil der Therapie ist, ist der mit der Evaluation verbundene Zusatzaufwand beträchtlich. Die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Untersuchung ließ z.T. große Bedenken seitens der TherapeutInnen gegenüber einer wissenschaftlichen Evaluation ihrer praktischen Tätigkeit offenkundig werden. Da außerdem die meisten Beteiligten den für die Studie notwendigen Arbeitsaufwand ehrenamtlich erbrachten, kam es mehrfach zu Motivationseinbrüchen. Dies bewirkte einen eher schleppenden Verlauf der im Januar 1998 begonnenen Datenerhebung. Vermutlich beruht die z.T. drastische Abnahme der Fallzahlen von Therapiebeginn zum Therapieende und zur Katamnese auf die-

ser mangelnden Evaluationsroutine nicht nur bei den betreffenden PatientInnen, sondern auch bei den teilnehmenden TherapeutInnen.

Der Einbezug einer ursprünglich geplanten Wartelisten-Kontrollgruppe wurde z. T. aus praktischen Gründen (niedergelassene KörperpsychotherapeutInnen sind selten in der Situation, Wartelisten anzulegen) und z. T. aus ethischen Gründen (Therapiesuchenden muss so rasch als möglich ein Behandlungsplatz vermittelt werden – Zuweisung an KollegInnen) wieder verworfen. Darüber hinaus existieren mittlerweile genügend vergleichbare Evaluationsstudien zu anderen Verfahren, sodass die vorliegenden Ergebnisse eingeordnet werden können.

Die PatientInnen niedergelassener KörperpsychotherapeutInnen weisen zu Beginn der Therapie typische, der Klientel anderer therapeutischer Orientierungen vergleichbare Diagnose- und Symptomprofile sowie einen gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich höheren Bildungsstand auf [92]. Bei einem erheblichen Anteil der untersuchten PatientInnen liegen Komorbiditäten vor. Abgesehen von dem relativ hohen Anteil an Z-Kodes (7,3%) ergibt sich in der vorliegenden Studie ein ähnliches Diagnoseprofil (F4 > F3 > F6) wie in zwei anderen Schulen übergreifenden Untersuchungen zur ambulanten Psychotherapie [26,80]. Es entspricht auch den Ergebnissen der kürzlich an der TU Dresden durchgeführten, mehr als 150 000 TeilnehmerInnen umfassenden Metaanalyse [83,93], wonach F4-Diagnosen mit Abstand den höchsten, F3-Diagnosen den zweithöchsten Anteil an psychischen Erkrankungen in Europa ausmachen. Eine genauere Analyse der diagnostischen Daten und ihres Zusammenhangs mit Therapieergebnissen nimmt Kaschke [83] vor.

Die vergleichsweise häufige Verwendung von Z-Kodes zur Charakterisierung der Hauptproblematik dürfte damit zusammenhängen, dass die berichteten Diagnosen innerhalb der ersten drei Sitzungen zu stellen waren und dass es PatientInnen zu Beginn möglicherweise leichter fällt, über äußere Faktoren zu sprechen, die ihr Leben beeinträchtigen. Ein anderer Grund könnte darin liegen, dass ein bedeutender Teil der Fälle nicht über Krankenkassen abgerechnet wurde und daher die Vergabe einer „krankheitswertigen“ Eingangsdiaagnose aus formalen Gründen häufig nicht zwingend erforderlich war. Die Symptomprofile weisen dennoch auf einen hohen Anteil klinisch relevanter Beeinträchtigungen zu Behandlungsbeginn hin.

Die statistischen Analysen zeigen, dass die Wirksamkeit von ambulanter Körperpsychotherapie mit zunehmender Therapiedauer steigt. Statistisch bedeutsame Behandlungseffekte treten nicht nur auf Gruppenebene ein, sondern auch im Einzelverlauf werden klinisch bedeutsame Verbesserungen erzielt. In den ersten sechs Monaten der Behandlung werden bereits signifikante Verbesserungen erreicht, die sich zum Therapieende hin nochmals deutlich steigern. Bemerkenswert ist neben der Symptomreduktion im psychischen, körperlichen und interpersonellen Bereich insbesondere die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung. Selbstwirksamkeit wird als wichtige Ressource im Zusammenhang mit der Bewältigung von Stress und emotionalen Problemen angesehen und gilt als stabile Persönlichkeitsdimension [80]. Die Effektstärke für die Selbstwirksamkeitserwartung zum Behandlungsende liegt zwar deutlich unter derjenigen für den Gesamtwert der Symptom-Checkliste ($d[SWE]=0,41$ vs. $d[SCL]=0,96$), ist aber als Veränderung in einer Persönlichkeitsdimension von großer praktischer Bedeutung. Sie weist darauf hin, dass durch Körperpsychotherapie nicht nur Symptome erfolgreich reduziert werden, sondern dass durch die Therapie auch Impulse für eine positive Persönlichkeitsentwicklung gege-

ben werden. Die Ergebnisse zu interpersonalen Problemen belegen, dass sich schon während der Therapie auch im zwischenmenschlichen Umfeld positive Veränderungen einstellen.

Die zum Behandlungsende erzielten Ergebnisse blieben überwiegend bis zur 1-Jahres-Katamnese stabil.

Zu Beginn schwerer beeinträchtigte PatientInnen blieben länger in Therapie. Sie erhielten pro Behandlungszeitraum mehr Sitzungen. Mit dieser höheren Behandlungsdosis wurden bei diesen PatientInnen vergleichbare Verbesserungen erzielt wie bei PatientInnen mit geringerer Ausgangsstörung und niedrigerer Behandlungsdosis.

Die Ergebnisse zum Perspektivenvergleich bezüglich der globalen Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen zeigen zum einen, dass die Sichtweise der Behandelnden mit der Sichtweise der Behandelten ähnlich ist und doch nicht gänzlich übereinstimmt. Ein Vergleich der Mittelwerte spiegelt eine anfänglich möglicherweise überfürsorgliche Haltung der TherapeutInnen wider (die Schwere der Beeinträchtigung wird im Vergleich zur Sicht der PatientInnen überschätzt), die dann gegen Ende der Therapie in eine Haltung übergeht, die man mit leicht forciertem Autonomieförderung bezeichnen könnte (die Schwere der Beeinträchtigung wird im Vergleich zur Sicht der PatientInnen unterschätzt). Dass die Übereinstimmung von individuellen TherapeutInnen-PatientInnen-Paaren keineswegs perfekt ist, zeigen die entsprechenden Korrelationskoeffizienten. Nicht zuletzt daraus beziehen Psychotherapeuten vielleicht aber auch ihre notwendige Dynamik.

Dem naturalistischen Studiendesign entsprechend und weil für die untersuchten Methoden zwar in sich konsistente Behandlungstheorien und Behandlungstechniken [54–62], aber bisher keine störungsspezifischen Behandlungsmanuale vorliegen, mussten wir uns in der vorliegenden Studie bezüglich der angewandten Behandlungsmethoden auf die Institutsmitgliedschaft der teilnehmenden TherapeutInnen, sowie auf deren Selbsterklärung bezüglich der von ihnen angewandten Methode stützen. Es wurden keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede zwischen den TherapeutInnen der acht verschiedenen Institute gefunden. Dies entspricht den Ergebnissen methodenvergleichender Metaanalysen [3,4], wonach die angewandten Therapiemethoden einen vernachlässigbar geringen Teil der Outcomevarianz erklären. Lediglich im Bereich der interpersonellen Probleme fanden sich zu Therapiebeginn gehäuft PatientInnen mit überdurchschnittlichen Ausprägungen bei Unitive Psychology-TherapeutInnen ein, welche im Laufe der Behandlung eine überdurchschnittliche Senkung dieser Ausprägung erzielten.

Eine Erfassung der Methodenadhärenz steht für die Körperpsychotherapien sicherlich erst am Anfang der Entwicklung. In der vorliegenden Studie war das erhobene Maß vermutlich zu global, um diese Variable hinreichend genau abzubilden. Da sich aber bei den drei diesbezüglich untersuchten Instituten zwar niedrige, aber unterschiedlich gepolte Korrelationen mit dem Therapieergebnis ergaben, sollte dieser Zusammenhang in zukünftigen Studien genauer untersucht werden.

Eine Überprüfung ergab, dass sich die vollständig dokumentierten Fälle (vier Messungen) von den unvollständigen (drei und weniger Messungen) in den Ausgangswerten zu Therapiebeginn nicht unterscheiden. Die Fälle, bei denen Messungen nach einem halben Jahr vorliegen, dürfen als repräsentativ für das eingangs untersuchte Gesamtklientel angesehen werden. Wer bis zu zwei Jahren in Behandlung blieb, hatte zu Therapiebeginn tendenziell erhöhte Angstwerte und mehr körperliche Beschwerden. Katamnesen liegen wiederum von einer für das eingangs unter-

suchte Gesamtklientel repräsentativen Subgruppe vor (außer dass diese PatientInnen über eine signifikant höhere Bildung verfügten). PatientInnen, deren Therapien länger als zwei Jahre dauerten, sowie solche, deren Behandlungen vorzeitig abgebrochen wurden, erhielten häufiger zusätzlich zur Psychotherapie auch Medikamente als PatientInnen, deren Behandlung im Zeitraum der Studie regulär, nach durchschnittlich 2 Jahren, abgeschlossen wurden (28% bzw. 24% vs. 11%).

Die untersuchte Klientel hatte nicht in allen untersuchten Variablen zu Therapiebeginn klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen aufgewiesen, sodass die Kategorie „unverändert“ auch solche Fälle mit einschließt, die bereits zu Beginn keine klinisch relevante Störung aufwiesen. Von den katamnestic untersuchten PatientInnen wiesen 1 Jahr nach Behandlungsende 62% keine erhöhten Angstsymptome, 81% keine klinisch relevanten Depressivitätswerte, 54% keine von der Norm Gesunder abweichenden körperlichen Beschwerden, 92% keine interpersonellen Probleme und 41% keinerlei psychopathologischen Probleme mehr auf.

Ausblick

Es wäre wünschenswert, wenn sich zukünftig einerseits vermehrt Kooperationen zwischen professionellen ForscherInnen und praktizierenden PsychotherapeutInnen anbahnen, andererseits der Dialog zwischen verschiedenen Therapieschulen weiter intensivieren würde.

Für die körperpsychotherapeutischen Schulen macht die vorliegende Studie deutlich, dass sie einen Wirksamkeitsvergleich anhand von Standardinstrumenten der Therapieforchung nicht scheuen müssen. In Zukunft stellt sich für sie die Aufgabe, spezifische Therapieziele zu formulieren und hierfür geeignete Messinstrumente zu entwickeln. Dann könnten die hier vorgestellten Erfolgsmaße um körperpsychotherapiespezifische Variablen ergänzt werden. Des Weiteren könnten störungsspezifische Vorgehensweisen besser operationalisiert und deren Wirksamkeit untersucht werden.

Insgesamt belegen die vorgelegten Ergebnisse, dass körperpsychotherapeutische Ansätze in der Psychotherapie einen angemessenen Platz beanspruchen dürfen.

Fazit für die Praxis

Körperpsychotherapeutische Behandlungen der untersuchten Richtungen werden von PatientInnen in Anspruch genommen, die nach soziodemografischen Variablen, wie auch bezüglich des Beschwerdebildes und dem Schweregrad der Beeinträchtigung der Klientel ambulanter Psychotherapien entsprechen.

Die Wirksamkeit der Behandlungen konnte in verschiedenen Bereichen (Angst, Depression, andere psychopathologische Symptome, interpersonelle Probleme und körperliche Beschwerden) nachgewiesen werden. Bereits nach 6 Monaten waren signifikante Besserungen zu verzeichnen. Die Verbesserungen nahmen mit der Behandlungsdauer deutlich zu (Effektstärken nach max. 2 Jahren Behandlung $\geq 0,80$).

Institutsangaben

- ¹ Psychotherapeutische Praxis in Zürich und Ermatingen
- ² Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Erbach/Odenwald
- ³ Universität Tübingen
- ⁴ Praxis für Psychotherapie und Shiatsu in Tübingen
- ⁵ Hakomi Institute of Europe e.V., Heidelberg
- ⁶ Praxis für Integrale Psychologie in Dresden

Literatur

- 1 Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th edition. New York: Wiley, 1994: 143 – 189
- 2 Tschuschke V, Kächele H, Hölzer M. Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? Psychotherapeut 1994; 39: 281 – 297
- 3 Wampold BE. The great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings. New Jersey: Mahwah, 2001
- 4 Lambert MJ. Alle haben gewonnen; also bekommen alle einen Preis. Aber es hat noch Platz für Verbesserungen, wenn die Therapeuten auf mögliche Behandlungsfehler aufmerksam gemacht werden. Vortrag, 1. Gemeinsamer Kongress der Schweizer Psy-Verbände. Bern: 3.7.2004
- 5 Berns U. Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung. Psychotherapeut 2006; 51 (1): 26 – 34
- 6 Margraf J, Lieb R, Habegger D. Ursachenforschung im Nationalen Forschungsschwerpunkt Sesam. A Jour 2006; 33: 14 – 16
- 7 Kriz J. Von den Grenzen zu den Passungen. Psychotherapeutenjournal 2005; 1: 12 – 20
- 8 Orlinsky DE, Howard KI. Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York, Chichester, Brisbane: Wiley & Sons, 1986: 311 – 381
- 9 Strupp HH. The Vanderbilt Psychotherapy Studies: Synopsis. J Consult Clin Psychol 1993; 61: 431 – 433
- 10 Henningsen P, Rudolf G. Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. Psychother Psych Med 2000; 50: 366 – 375
- 11 Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe, 2000
- 12 Grawe K. (Wie) Kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? Psychotherapeutenjournal 2005; 1: 4 – 11
- 13 Tschuschke V. Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. Psychotherapeutenjournal 2005; 2: 106 – 115
- 14 Zurhorst G. Eminentz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie? Psychotherapeutenjournal 2003; 2: 97 – 104
- 15 Laireiter AR, Vogel H. Qualitätssicherung in der Psychotherapie. In: Laireiter AR, Vogel H (Hrsg): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT-Verlag, 1998: 18 – 46
- 16 Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe, 1994
- 17 Sanderson WC, Woody S. Manuals for empirically validated treatments. The Clinical Psychologist 1995; 48: 7 – 11
- 18 Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V et al. An update on empirically validated treatments. The Clinical Psychologist 1996; 49: 5 – 18
- 19 Strauß BM, Kächele H. The writing on the wall – comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. Psychother Res 1998; 8 (2): 158 – 170
- 20 Cierpka M, Orlinsky D, Kächele H, Buchheim P. Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Psychotherapeut 1997; 42: 269 – 281
- 21 Willutzki U, Botermans J-F. SPR Collaborative Research Network. Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz. Psychotherapeut 1997; 42: 282 – 289
- 22 Schweizer M, Budowski M. Versorgungsdokumentation. Gesamtbericht. Neuchâtel: Schweizer Charta für Psychotherapie, 2001
- 23 Schweizer M, Buchmann R, Schlegel M, Schulthess P. Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. Psychother Forum 2002; 10 (3): 127 – 146
- 24 Weizsäcker V von. Körpergeschehen und Neurose. Stuttgart: Klett, 1947

- 25 Uexküll T von Hrsg: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K et al. Psychosomatische Medizin. München, Wien: Urban und Schwarzenberg, 1979
- 26 Hahn P (Hrsg). Psychosomatik, Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Zürich: Kindler, 1979
- 27 Janet P. Principles of Psychotherapy. New York: Freeport, 1924
- 28 Ferenczi S. Bausteine zur Psychoanalyse. Bern: Huber, 1984; Bd. 1 – 4
- 29 Groddeck G. Verdrängen und Heilen. Aufsätze zur Psychoanalyse und zur Psychosomatischen Medizin. Berlin: Fischer, 1988
- 30 Marlock G, Weiss H (Hrsg). Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2006
- 31 Seidler K-P, Schreiber-Willnow D, Hamacher-Erbguth A, Pfäfflin M. Die Praxis der Konzentrativen Bewegungstherapie. Psychotherapeut 2002; 47: 223 – 228
- 32 Gudat U. Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie – Anwendungsbereiche und Wirkungen. Psychother Forum 1997; 5: 28 – 37
- 33 Soeder U, Kaschke M, Scherrmann T et al. The outcome of Body-Psychotherapy – an evaluation study. 7th European Congress of Body Psychotherapy. Travemünde: 1999
- 34 Ventling C, Gerhard U. Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien und Stabilität des Therapieresultats. Eine retrospektive Untersuchung. Psychotherapeut 2000; 45: 230 – 236
- 35 Müller-Hofer B. Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) Ergebnisse einer Praxisevaluation (Dissertation). Salzburg: Universität, 2002
- 36 Koemeda-Lutz M, Kaschke M, Revenstorf D et al. Zwischenergebnisse zur Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – Eine Multicenter-Studie in Deutschland und der Schweiz. Psychother Forum 2003; 11: 70 – 79
- 37 Koemeda-Lutz M, Kaschke M, Revenstorf D et al. Preliminary results concerning the effectiveness of Body Psychotherapies in outpatient settings – a multicenter study in Germany and Switzerland. The USABP Journal 2005; 4 (2): 13 – 32
- 38 Ventling CD, Bertschi H, Gerhard U. Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien in Abhängigkeit von der ICD-10-Diagnose. Psychotherapeut 2006; 51 im Druck: Seite ■ – ■
- 39 Boadella D. Die somatische Psychotherapie: Ihre Wurzeln und Traditionen. In: Boadella D, Maul B (Hrsg): Energie und Charakter; Bd 1 der dt. Ausgabe, 1990: 3 – 41
- 40 Müller-Braunschweig H. Zur gegenwärtigen Situation der körperbezogenen Psychotherapie. Psychotherapeut 1997; 42: 132 – 144
- 41 Geuter U. Körperbilder und Körpertechniken in der Psychotherapie. Psychotherapeut 1996; 41: 99 – 106
- 42 Geuter U. Historischer Abriss zur Entwicklung der körperorientierten Psychotherapie. In: Röhrich F (Hrsg): Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis. Göttingen: Hogrefe, 2000
- 43 Geißler P. Körperpsychotherapie als Kurzzeittherapie: Therapeutische Arbeit im Spannungsfeld zwischen Übertragungen und korrigierenden Neuerfahrungen. Psychother Forum 1999; 7 (1): 21 – 32
- 44 Röhrich F. Körperorientierte Körperpsychotherapie psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe, 2000
- 45 Michel I, Koemeda-Lutz M. Stammbaum zur Geschichte der Bioenergetischen Analyse. In: Koemeda-Lutz M (Hrsg): Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel. Basel: Schwabe Verlag, 2002: 12 – 26
- 46 Schatz DS. Körperarbeit in der klientenzentrierten Körperpsychotherapie. Psychother Forum 2002; 10 (1): 38 – 45
- 47 European Association for Body Psychotherapy, www.eabp.org
- 48 Linden M. Phase-IV-Forschung. Heidelberg: Springer, 1987
- 49 Linden M. Die Phase IV der Therapieevaluation. Der Nervenarzt 1989; 60: 453 – 461
- 50 Rudolf G. Taxonomie der Psychotherapieforschung. Psychother Forum 1998; 6 (2): 80 – 91
- 51 Leichsenring F, Rüger U. Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence-Based Medicine. Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien – Gibt es nur einen Goldstandard? Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2004; 50: 203 – 217
- 52 Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. Am Psychol 1995; 50: 965 – 974
- 53 Heekerens HP. Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. Psychotherapeut 2005; 50: 357 – 366
- 54 Kurtz R. Hakomi. München: Kösel Verlag, 1994
- 55 Stattman J. An Introduction to Unitive Psychotherapy, Part I and II. Amsterdam: Polaris, 1987; 1 (1) and 1 (2)
- 56 Boyesen G. Über den Körper die Seele heilen (9. Auflage). München: Kösel Verlag, 2001
- 57 Koemeda-Lutz M (Hrsg). Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel. Basel: Schwabe Verlag, 2002
- 58 Koemeda-Lutz M, Carle L, Steinmann H et al. Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT). Psychother Forum 2002; 10 (2): 106 – 107
- 59 Geiser-Juchli C. Ausbildungsinstitut für Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie (GFK). Psychother Forum 2002; 10 (2): 88 – 89
- 60 Fischer M. Institut für Integrative Körperpsychotherapie (IBP). Psychother Forum 2002; 10 (2): 90 – 91
- 61 Meyer V, Buchmann R, Haldimann C, Lichtenegger E. Das Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie (SIKOP). Psychother Forum 2002; 10 (2): 116 – 117
- 62 Boadella S, Boadella D. Internationales Institut für Biosynthese, Forschung – Entwicklung – Ausbildung (IIBS). Psychother Forum 2002; 10 (2): 96 – 97
- 63 Schweizer Charta für Psychotherapie. www.psychotherapiecharta.ch
- 64 European Association for Body Psychotherapy – Schweiz/CH-EABP Körperpsychotherapie – Schweiz. Die wichtigsten Psychotherapieformen. www.eabp.org. Bern: Eigenverlag, 2000
- 65 Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK). www.koerperpsychotherapie-dgk.de
- 66 Bortz J. Lehrbuch der empirischen Forschung. Berlin: Springer, 1984
- 67 Bergin AE. The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin AE, Garfield SL (eds): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 1971: 217 – 270
- 68 Fydrich T, Laireiter A-R, Saile H, Engberding M. Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. Z Klin Psychol 1996; 25: 161 – 168
- 69 Schulte D. Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Z Klin Psychol 1993; 22 (4): 374 – 397
- 70 Ehling M, Heyde C von der, Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Quitt H. Eine Deutsche Standarddemographie. ZUMA-Nachrichten 1992; 31 (Nov): 29 – 46
- 71 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Bern: Huber, 1993
- 72 Beck AT, Epstein NGB, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56 (6): 893 – 897
- 73 Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. Beck Depressions Inventar (BDI). Testhandbuch. Bern: Huber, 1994
- 74 Franke GH. Die Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R. Göttingen: Hogrefe, 1995
- 75 Franke GH. Die Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R. 2. Aufl. Göttingen: Beltz Test, 2002
- 76 Zerssen D von, Koeller DM. Die Beschwerden-Liste (BL). Manual. Weinheim: Beltz Test, 1975, 1996
- 77 Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum (CIPS, Hrsg). Internationale Skalen für Psychiatrie, 4. Aufl. Göttingen: Beltz Test, 1996
- 78 Brähler E, Horowitz LM, Kordy H et al. Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP) – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. Psychother Psych Med 1999; 49: 422 – 431
- 79 Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version IIP-D. 2. Aufl. Weinheim: Beltz Test, 2000
- 80 Schwarzer R. Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. Diagnostica 1994; 40 (2): 105 – 123
- 81 Schwarzer R, Jerusalem M (Hrsg). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs. Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität, 1999
- 82 McGaw B, Glass GV. Choice of metric for effect size in meta-analysis. Am Edu Res J 1980; 17: 325 – 337
- 83 Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New York: Academic Press, 1977
- 84 Scheidt CE, Seidenglanz K, Dieterle W et al. Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. Psychotherapeut 1998; 43: 92 – 101

- 85 Grünwald HS, Massenbach K v. Ergebnisqualität ambulanter systemischer Therapie – Eine Multizenterstudie in der deutschsprachigen Schweiz. *Psychother Psych Med* 2003; 53: 326–333
- 86 Davies-Osterkamp S, Kriebel R. Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP). *Gruppenpsychother Gruppendedyn* 1993; 29: 295–307
- 87 Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E. Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* 2001; 47 (1): 27–39
- 88 Wuchner M, Eckert J, Biermann-Ratjen EM. Vergleich von Diagnosegruppen und Klienten verschiedener Kliniken. *Gruppenpsychother Gruppendedyn* 1993; 29 (2): 198–214
- 89 Kaschke M. Dissertation. Zur störungsspezifischen Indikation von Körperpsychotherapeutischen Behandlungen (in Vorbereitung■).
- 90 Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 12–19
- 91 Jacobson NS, Follette WC, Revenstorf D. Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behav Ther* 1984; 15: 336–352
- 92 Vessey JT, Howard KI. Who seeks psychotherapy? *Psychother* 1993; 30 (4): 546–553
- 93 Wittchen HU, Jacobi F. Metaanalyse. *Europ Neuropsychopharm* 2005; 15: 357–376 Zit. in: Meyer R. *Dt Ärzteblatt* 2006; 1: 25
- 94 Meyer R. Psychische Erkrankungen in Europa. Lebenszeitrisiko mehr als 50 Prozent. Metaanalyse der Technischen Universität Dresden: 27 Studien mit mehr als 150 000 Teilnehmern untersucht. *Deutsches Ärzteblatt PP* 2006; 1: 25