

Massnahmen zur Überprüfung der Wirksamkeit der Körperzentrierten Psychotherapie IKP (ganzheitlich-integrativ erweiterten Gestalttherapie)

■ Y. Maurer-Groeli^a, D. Hausmann^b, K. von Massenbach^c

^a Institut für Körperzentrierte Psychotherapie IKP, Zürich

^b Psychologisches Institut, Abteilung Allgemeine Psychologie (Kognition), Universität Zürich

^c Orgalife, Kleinandelfingen

Summary

Maurer-Groeli Y, Hausmann D, von Massenbach K. [Body-centered psychotherapy IKP (holistically expanded Gestalt therapy): a study of the effectiveness of the approach.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2005;156:257–65.

The present article describes a quality assurance and effectiveness study with prospective naturalistic design to analyse the effectiveness of IKP body-centred psychotherapy treatments.

IKP psychotherapy is a holistically expanded Gestalt therapy and systematically integrating psychic, bodily, relational-social and purpose-oriented issues in space and time. IKP body-centred psychotherapy is based on holistic-systemic bio-psycho-social thinking.

Seven therapists trained in this humanistic holistic approach have documented the treatment of 33 out-patients. Most of the patients have been diagnosed with disorders of depression (46%) and anxiety (30%); 18% have been diagnosed with psychosomatic and 6% with addiction disorders. The symptoms were measured by the SCL-90-R at three points in time within the treatment: at the beginning, after 10 hours and after 20 hours of treatment. 88% of the therapies have been finished in a successful way. The reported effect sizes of symptom reduction document the effectiveness of these multidimensional, multi-sensorial and multi-communicative treatments.

In comparison to two other samples with different therapeutic approaches (psychoanalytically oriented therapy and behaviour therapy) from a

study published in 2002 with similar design, the quality of the results is remarkable, even if the question has to be discussed whether a comparison is justifiable.

The education level of the psychoanalytically treated patients was higher, especially compared to the behaviouristically treated sample. At the beginning of treatment the sample of the psychoanalytically treated out-patients showed a slightly less severe, the sample of the behaviouristically treated out-patients a higher symptom level compared to the sample of the out-patients treated by the IKP body-centred psychotherapy as measured by the SCL-90-R.

All three therapeutic approaches showed similar significant symptom reductions at the end. Differences were found in the duration of treatment to reach the reported effect sizes. The average duration in the sample of IKP body-centred psychotherapy was much shorter compared to the psychoanalytically treated sample and shorter in comparison to the behaviouristically treated sample.

Keywords: quality assurance; effectiveness; neurotic disorders; depression; anxiety symptoms; psychotherapy; Gestalt therapy; body-centered psychotherapy IKP

Einleitung

Es ist sinnvoll und ethisch richtig, Heilbehandlungen einer Qualitätssicherung zu unterziehen. Dies wird auch vom 1998 in der Schweiz in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz KVG nahegelegt. Die Standards für derartige Überprüfungen haben sich allerdings in den letzten Jahrzehnten sehr gewandelt. Dies gilt auch für die wissenschaftliche Überprüfung psychotherapeutischer Behandlungen. Als in den 1960er–1970er Jahren in Europa der Einbezug emotionaler und körperlicher Techniken in die Psychotherapie noch recht selten war, bestanden doch weltweit

Korrespondenz:

Dr. med. Yvonne Maurer-Groeli

FMH Psychiatrie und Psychotherapie

Institut für Körperzentrierte Psychotherapie IKP

Kanzleistrasse 17

CH-8004 Zürich

e-mail: yvonne.maurer@ikp-therapien.com

bereits viele empirische Untersuchungen zum gestörten Körpererleben psychisch Kranker und einige angewandte Therapiestudien betreffend Körperinterventionen. Eine Übersicht gibt Maurer [1, 2]. Grawe et al. [3] beurteilten unter anderem Studien betreffend Entspannungsmethoden (als Technik auch in der Verhaltenstherapie eingesetzt) und Meditation, deren «Wirksamkeit als überraschend gut» (S. 618) bezeichnet wurde. Unter den neueren empirischen Therapiestudien, die den Nutzen des Einbezugs des Körpers in die Therapie nahelegen, sind Andres, Bellwald und Brenner [4] und Adams [5] zu nennen.

Im aktuellen Scientific-community-Diskurs betreffend empirischer Studien geht es vor allem um die Überprüfung von Psychotherapieansätzen als Ganzem. Sie liegen auch im körperorientierten Bereich vor [6–8].

Eine faktorenanalytische Untersuchung zum psychischen und körperlichen Erleben [9] zeigte, dass Psychisches und Körperliches als Einheit erlebt werden, was damals zur Entwicklung der Körperzentrierten Psychotherapie – als Weiterentwicklung der Gestalttherapie – führte. Betreffend Beurteilung von Gestalttherapie ist deren Emotions- und Prozesszentriertheit zu nennen, die in den «process experiential approach»-Studien von Greenberg [10] eine gute Wirksamkeit von Gestaltverfahren zeigte. Die Gestalttherapie mit ihrem existentialistisch-phänomenologischen Ansatz geht bekanntlich vom «Was» und «Wie» im Hier und Jetzt, von der bewussten Wahrnehmungsfähigkeit und vom Kontaktgeschehen aus. Der IKP-Ansatz verfeinert diesen Ansatz und ergänzt dessen Gestaltdialog-Technik mit einer Vielzahl von körperorientierten Techniken des Erlebens, Ausdrückens, Übens. Er bezieht im Therapieverlauf sechs Lebensdimensionen systematisch mit ein. Das heisst, es werden im bio-psycho-sozialen Sinn Körperliches, Psychisch-Geistiges, Beziehungen und zudem die Zeit, der Raum und sinnstiftend Philosophisch-Spirituelles gesprächs- und erlebnismässig einbezogen. Für detailliertere Beschreibungen muss auf die Literatur [11–13] verwiesen werden, da dies den Rahmen hier sprengen würde.

Nachdem in früheren Jahrzehnten mehr Einzelelemente betreffend Körperzentrierter Psychotherapie IKP empirisch untersucht wurden [14, 15], lag es nahe, diesen seither unter vielen Aspekten beschriebenen und publizierten (u.a. [16]) und praktisch angewendeten Ansatz nun auch als Ganzen zu überprüfen.

Die Fragestellungen lauteten daher:

1. Welche Besserung wird im Verlaufe der Psychotherapie IKP (ganzheitlich-integrativ erwei-

terte Gestalttherapie) unter naturalistischen Praxisbedingungen in welcher Zeit erzielt?

2. Waren die Ergebnisse auch aus katamnästischer Sicht nach einem halben bis zwei Jahren stabil?
3. Wie sind die Ergebnisse im Vergleich zu publizierten Ergebnissen von Untersuchungen mit ähnlichem Forschungsdesign anderer Psychotherapieansätze?

Methodik

Stichprobe

In diese naturalistische prospektive Qualitätssicherungs-Praxisstudie wurden alle Patientinnen und Patienten, die sich zur ambulanten Psychotherapie im Institut für Körperzentrierte Psychotherapie in einem Zeitraum von zehn Monaten anmeldeten, aufgenommen unter Ausschluss von psychotischen Patienten. Die Diagnose stellte die dafür verantwortliche Psychotherapeutin und Psychiaterin. Gemäss Klassifikation der WHO (ICD-10) handelte es sich vorwiegend um Störungen im Bereiche von Depression und Angst:

- 15 Probanden/-innen (45,5%)
depressive Episode (2 × F32.00, 4 × F32.01, 3 × F32.10, 3 × F32.11, 2 × F32.2, 1 × F33.10),
- 10 Probanden/-innen (30,3%)
Angstsymptomatik (2 × F40.1, 2 × F41.0, 1 × F41.1, 3 × F41.2, 2 × F41.3),
- 6 Probanden/-innen (18,2%)
somatoforme Störung (1 × F45.31, 3 × F45.38, 1 × F45.4, 1 × F45.9),
- 2 Probanden/-innen (6,1%)
Suchtproblematik (1 × F10.26, 1 × F12.24).

Von den 33 Patientinnen und Patienten benötigten 5 (15,2%) im Verlauf der Therapie Medikamente.

Das durchschnittliche Alter betrug 32,3 Jahre (SD = 11,00; Mindestalter 22; Höchstalter 60 Jahre). Die Haupt- oder Realschule besuchten 17 bzw. 51,5% der Probanden/-innen, das Abitur hatten 10 Probanden/-innen bzw. 30,3% und einen Hochschulabschluss wiesen 6 bzw. 18,2% der Probanden/-innen auf.

Auf ein Kontrollkollektiv im Sinne der RCT-Methode musste verzichtet werden, da gleich zu Beginn deutlich wurde, dass die meisten Patienten der vorgesehenen Wartegruppe abwanderten und dadurch sowohl eine Selektion als auch eine wirtschaftliche Beeinträchtigung entstanden wäre (vgl. auch [17]).

Angaben zu den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten IKP

Von den sieben Psychotherapeuten/-innen IKP waren vier Psychologen, zwei Pädagogen und eine Juristin. Sie hatten in den letzten 1–3 Jahren die Weiterbildung als Psychotherapeut/in am Institut für Körperzentrierte Psychotherapie IKP abgeschlossen. Sie therapierten nach der gelernten Methode prozessorientiert, ohne Manual. Zwei waren im Begriff die Ausbildung in Kürze abzuschliessen. Alle konnten über die Krankenversicherung abrechnen.

Messinstrumente und Erhebungsdesign

Die psychopathologischen Symptome wurden mit der Symptom-Checkliste SCL-90-R [18] erhoben, da dieser Fragebogen die psychische Befindlichkeit beziehungsweise Symptomatik auf neun Skalen beurteilt. Der Entscheid, dieses Erhebungsinstrument zu wählen, erfolgte auch im Hinblick auf die Möglichkeit eines Vergleichs mit den Ergebnissen anderer Studien.

Ursprünglich war auch der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) [19] als weiteres Erhebungsinstrument vorgesehen. Wir mussten aber bald davon absehen, da für einige Patienten das Ausfüllen zu mühsam war und andere Mühe im Verstehen der Fragen hatten.

Da es in dieser Studie nicht primär um diagnosis-spezifische Gruppen und deren spezifische Therapie ging, sondern um die generelle Wirksamkeit einer therapeutischen Methode als Ganzen, wurden keine diagnosis-spezifischen Messinstrumente eingesetzt.

Die psychische Befindlichkeit beziehungsweise Symptomatik der Patientinnen und Patienten wurde mittels SCL-90-R bei Beginn der Behandlung (t_1 : 1. Sitzung), nach 10 Therapiestunden (t_2) und nach 20 Therapiestunden (t_3) ermittelt.

Katamnesefragebogen

In diesem wurden die 33 Probanden/-innen ein halbes bis zwei Jahre nach Therapieende hinsichtlich Nutzen der Behandlung und der Notwendigkeit späterer weiterer therapeutischer Hilfe befragt und zudem, was am therapeutischen Setting besonders hilfreich gewesen sei (Gespräch, Therapeut als Person, Körperinterventionen, Hausaufgaben, Medikamente).

Statistische Auswertung

Zur Datenanalyse wurden sowohl t-Tests für abhängige Stichproben, Effektstärken als auch multivariate Stichprobenvergleiche für abhängige Stichproben gerechnet. Die Z-Werte für die Dokumentation der Ergebnisse wurden gewählt, da sich diese leichter interpretieren lassen als Rohwerte.

Ergebnisse

Therapiedauer

Von den 33 untersuchten Therapien konnten 29 (87,9%) erfolgreich abgeschlossen werden. Erfolgreich meint hier, dass die Besserungsfortschritte in der Symptomatik, die zur Behandlung geführt hatte, so gross waren, dass Patient und Therapeut übereinkamen, die Behandlung zu beenden. Vier Behandlungen (12%) wurden abgebrochen: Auslandsreise (nach 16 Std.), Geistheiler wurde Psychotherapeuten vorgezogen (nach 25 Std.), obligater Krankenkassenwechsel (HMO) (nach 32 Std.), Therapeutenwechsel (nach 27 Std.).

Insgesamt betrug die durchschnittliche Dauer der Therapie 41,80 Stunden. Die kürzesten 3 Therapien konnten in der 10. Stunde abgeschlossen werden, die nächsten 8 zwischen der 11. und der 20. Behandlungsstunde, weitere 9 zwischen der 21. und der 40. Stunde, die folgenden 6 zwischen der 41. und der 80. Stunde und 2 in der 120. Stunde sowie eine nach 195 Stunden (Tab. 1).

Veränderung in der Symptombelastung

Die Symptombelastungen der Patientinnen und Patienten sind bei Therapiebeginn vor allem im Bereich Depressivität und Psychotizismus sehr hoch. Auch insgesamt (GSI) sind die Patientinnen und Patienten sehr hoch belastet. Nach 20 Therapiestunden zeigt sich in allen Dimensionen eine deutliche Reduktion der Belastung. Die Effektstärken liegen im Bereich mittlerer und hoher Effekte. Die Veränderung ist in allen Dimensionen hoch signifikant (Tab. 2).

Die Reduktion der Symptombelastung wird auch mit einem multivariaten Stichprobenvergleich überprüft. Die Prüfung des multivariaten Vergleichs der Unterschiede in den Skalen des SCL zwischen dem Beginn der Therapie und der 20. Stunde (t_1 – t_3) ist hoch signifikant ($p < 0,001$). Die Veränderungen in den einzelnen Skalen sind unterschiedlich gross, verlaufen aber grundsätzlich parallel. Das heisst, Patienten mit einer grösseren

Belastungsreduktion in einzelnen Skalen verbessern sich auch in anderen Bereichen.

Entwicklung der Therapieeffekte

Ein zentrales Interesse gilt der Wirkung der Behandlung in Abhängigkeit der Behandlungsdauer. Hierzu wurde analysiert, wie sich die psychische Befindlichkeit bzw. Symptomatik der Patientinnen und Patienten im zeitlichen Verlauf der Therapie verändert. Die Belastungsreduktion zwischen der ersten und der 10. Therapiestunde ist in allen Dimensionen hoch signifikant ($p < 0,001$) und bewegt sich im Bereich mittlerer Effektstärken; die Werte liegen vom SCL-90-R her gesehen wieder – mit Ausnahme der Depression – im bei Gesunden erhobenen Bereich (Tab. 3). Im folgenden Therapieabschnitt zwischen der 10. und der 20.

Therapiestunde ist die Reduktion der Belastung kleiner als in den ersten 10 Stunden. Die Belastungsreduktion ist nicht mehr in allen Dimensionen signifikant und erreicht kleine bis mittlere Effektstärken (Tab. 4). Zusammenfassend über alle Dimensionen heisst das, dass in den ersten 10 Behandlungsstunden die grössere Belastungsreduktion zu beobachten ist als in den folgenden Stunden.

In Abweichung von dieser allgemeinen Beobachtung ist die Belastungsreduktion in drei Dimensionen im zweiten Abschnitt der Therapie grösser als in den ersten 10 Stunden. In den Dimensionen Zwanghaftigkeit, phobische Angst und paranoides Denken findet in den zweiten 10 Behandlungsstunden gemäss den Effektstärken eine leicht höhere Belastungsreduktion statt als in den ersten 10 Stunden.

Tabelle 1 Anzahl der erfolgreich abgeschlossenen Therapien und durchschnittliche Therapiedauer.

Messzeitpunkt	Anzahl Probanden	Therapie abgeschlossen (n)	Therapie abgeschlossen (%)	durchschnittliche Dauer	Therapie abgebrochen
t ₁ (0 Std.)	33	0	0	–	0
t ₂ (10 Std.)	33	3	9	10,0 Std.	0
t ₃ (20 Std.)	24	8	24,2	17,0 Std.	1
21–40 Std.	9	9	27,3	31,8 Std.	3
41–80 Std.	4	6	18,2	54,2 Std.	–
120 Std.	3	2	6,1	120,0 Std.	–
195 Std.	1	1	3,0	195,0 Std.	–
Total	33	29	87,9	41,8 Std.	4

Tabelle 2 Reduktion der Symptombelastung von Beginn der Behandlung bis zur 20. Stunde.

	prä (t ₁)	post (t ₃)	mittlere Veränderung	Beginn der Therapie		nach 20 Therapie-stunden		Mittelwertsvergleich: T-Test für abhängige Stichproben		Effektstärke
	Z-Werte	Z-Werte	Diff.	M t ₁	SD t ₁	M t ₃	SD t ₃	t (df = 23)	p	ES
Somatisierung	1,67	0,37	1,30	0,85	0,73	0,46	0,40	4,11	0,000	0,53
Zwanghaftigkeit	2,08	0,08	2,00	1,26	0,68	0,50	0,44	7,85	0,000	1,11
Unsicherheit	2,08	0,21	1,87	1,20	0,71	0,49	0,44	6,12	0,000	0,99
Depressivität	2,95	1,11	1,84	1,52	0,83	0,82	0,71	6,80	0,000	0,84
Ängstlichkeit	2,03	0,22	1,81	0,94	0,87	0,36	0,37	4,38	0,000	0,67
Aggressivität	2,03	-0,15	2,18	1,00	0,74	0,26	0,25	6,03	0,000	0,99
phobische Angst	1,73	-0,14	1,87	0,52	0,63	0,11	0,19	3,92	0,001	0,65
paranoides Denken	1,38	-0,24	1,62	0,86	0,79	0,26	0,35	5,12	0,000	0,76
Psychotizismus	2,58	0,38	2,2	0,80	0,73	0,27	0,29	4,51	0,000	0,72
GSI	2,88	0,76	2,12	1,05	0,66	0,52	0,41	7,38	0,000	0,80
PSDI	2,10	0,27	1,83	1,85	0,54	1,30	0,38	10,25	0,000	1,02
PST	1,80	0,68	1,12	47,63	18,03	32,38	18,43	6,95	0,000	0,85

Ergebnisse der Katamnese-Untersuchung

Der Rücklauf des Nachbefragungsbogens entsprach 85% (28 auswertbare Bogen). Von den Antwortenden gaben 62% rückblickend an, dass die Körperzentrierte Psychotherapie IKP «ziemlich» bis «sehr genützt» hatte, und zwar in dem Masse, dass sie bis zum Zeitpunkt der Nachbefragung keine weitere therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen mussten. Bei weiteren 20,1% hatte die Therapie «mittel» genützt, beziehungs-

weise diese Personen hatten zwar ihre Therapie beendet, sagten aber, dass eine weitere therapeutische Hilfe gut gewesen wäre, obschon sie keine in Anspruch nahmen. Vier der 28 Patientinnen und Patienten (14,3%) beanspruchten innerhalb von zwei Monaten bis zwei Jahren nach Beendigung der Therapie erneut therapeutische Hilfe, eine Person davon ohne an einem Rückfall gelitten zu haben. Lediglich bei einem Patienten (3,6%) hatte die Therapie nach eigenen Angaben «gar nicht» genützt (vgl. Abb. 1).

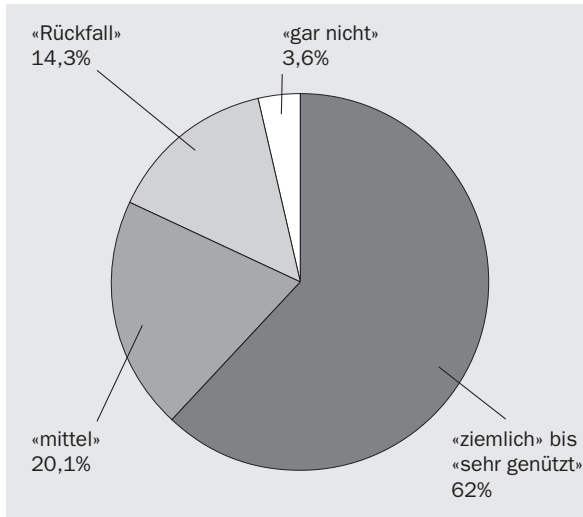
Tabelle 3 Reduktion der Symptombelastung von Beginn der Behandlung bis zur 10. Stunde.

	prä (t ₁)	post (t ₂)	mittlere Veränderung	Beginn der Therapie		nach 10 Therapie-stunden		Mittelwertsvergleich: T-Test für abhängige Stichproben		Effektstärke
	Z-Werte	Z-Werte	Diff.	M t ₁	SD t ₁	M t ₂	SD t ₂	t (df = 23)	p	ES
Somatisierung	2,00	0,53	1,47	0,95	0,75	0,51	0,43	4,78	0,000	0,59
Zwanghaftigkeit	2,18	1,00	1,18	1,30	0,74	0,85	0,63	4,27	0,000	0,61
Unsicherheit	2,13	0,84	1,29	1,22	0,77	0,73	0,55	4,85	0,000	0,63
Depressivität	3,00	1,34	1,66	1,54	0,83	0,91	0,70	6,03	0,000	0,77
Ängstlichkeit	2,44	1,00	1,44	1,07	0,87	0,61	0,49	4,55	0,000	0,52
Aggressivität	2,15	0,65	1,50	1,04	0,81	0,53	0,53	4,81	0,000	0,63
phobische Angst	1,96	0,55	1,41	0,57	0,70	0,26	0,36	2,88	0,007	0,44
paranoides Denken	1,49	0,60	0,89	0,90	0,84	0,57	0,67	2,74	0,010	0,40
Psychotizismus	2,83	0,54	2,29	0,86	0,78	0,31	0,37	4,97	0,000	0,70
GSI	3,08	1,16	1,92	1,10	0,68	0,62	0,45	5,69	0,000	0,72
PSDI	2,40	0,63	1,77	1,94	0,54	1,41	0,37	6,85	0,000	0,99
PST	1,82	0,93	0,89	47,91	18,28	35,79	17,44	6,00	0,000	0,66

Tabelle 4 Reduktion der Symptombelastung von der 10. bis zur 20. Stunde.

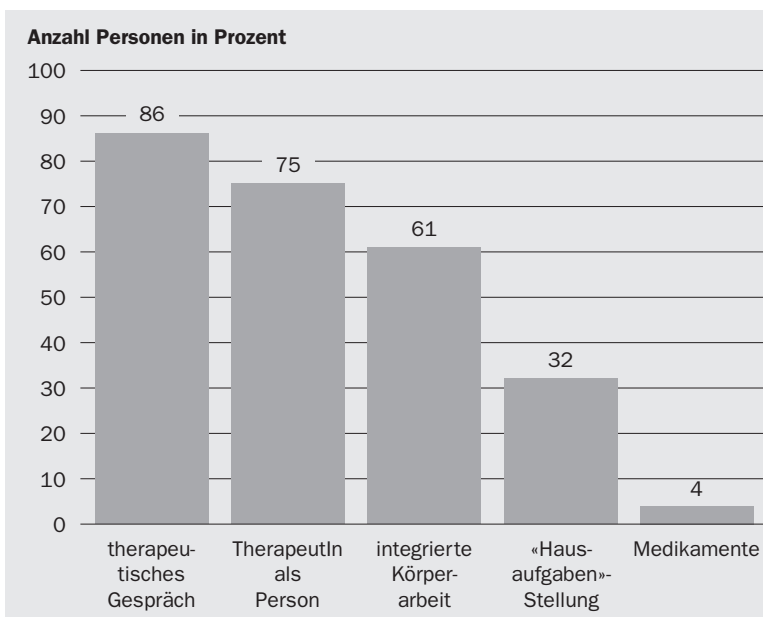
	prä (t ₂)	post (t ₃)	mittlere Veränderung	nach 10 Therapie-stunden		nach 20 Therapie-stunden		Mittelwertsvergleich: T-Test für abhängige Stichproben		Effektstärke
	Z-Werte	Z-Werte	Diff.	M t ₂	SD t ₂	M t ₃	SD t ₃	t (df = 23)	p	ES
Somatisierung	0,47	0,37	0,10	0,49	0,43	0,46	0,40	0,41	0,686	0,07
Zwanghaftigkeit	1,12	0,08	1,04	0,89	0,57	0,50	0,44	5,58	0,000	0,68
Unsicherheit	1,08	0,21	0,87	0,82	0,55	0,49	0,44	4,14	0,000	0,61
Depressivität	1,47	1,11	0,36	0,96	0,71	0,82	0,71	1,28	0,214	0,20
Ängstlichkeit	0,97	0,22	0,75	0,60	0,49	0,36	0,37	3,42	0,002	0,50
Aggressivität	0,79	-0,15	0,94	0,58	0,58	0,26	0,25	3,40	0,002	0,55
phobische Angst	0,59	-0,14	0,73	0,27	0,35	0,11	0,19	2,95	0,007	0,46
paranoides Denken	0,70	-0,24	0,94	0,61	0,76	0,26	0,35	3,20	0,004	0,46
Psychotizismus	0,67	0,38	0,29	0,34	0,38	0,27	0,29	1,44	0,164	0,18
GSI	1,28	0,76	0,52	0,65	0,46	0,52	0,41	2,24	0,035	0,28
PSDI	0,73	0,27	0,46	1,44	0,39	1,30	0,38	2,34	0,028	0,36
PST	1,00	0,68	0,32	36,71	17,21	32,38	18,43	1,92	0,067	0,25

Abbildung 1 Angaben der Patienten und Patientinnen, wie sehr ihnen die Therapie genützt hat.



In der Nachbefragung wurde auch nach einer Einschätzung der Wirkung einzelner Aspekte der Therapie gefragt. Für 86% der Antwortenden hatte das therapeutische Gespräch «gut» bis «sehr gut» zur Besserung beigetragen, bei 75% war es zudem die Therapeutin beziehungsweise der Therapeut als Person und für 61% die zusätzlich ins Gespräch integrierte Körperarbeit IKP. Weiter machten rund 32% die «Hausaufgaben»-Stellung der Therapeuten für die Wirkung verantwortlich. Fünf der Patientinnen und Patienten hatten auch Medikamente zur Behandlung erhalten. Von diesen nennt ein Patient (4%) die Medikamente als für die Besserung mitverantwortlich (vgl. Abb. 2).

Abbildung 2 Angaben der Patienten und Patientinnen, was für den Therapieerfolg am meisten verantwortlich war. Mehrfachnennungen möglich.



Vergleich zu anderen Untersuchungen

Um das hier untersuchte ambulante Kollektiv mit anderen mittels SCL-90-R evaluierten psychotherapeutisch behandelten ambulanten Kollektiven zu vergleichen, wurden – da sich kein anderes Praxis-Kontrollkollektiv fand – die beiden Kollektive einer bereits publizierten Untersuchung mit einem ähnlichen Design beigezogen. Es handelt sich um eine naturalistische Studie, die Langzeittherapien in analytischem und verhaltenstherapeutischem Setting untersuchte und verglich [17]. Die Stichproben dieser Studie sind bezüglich Anzahl Patienten, Alters- und Geschlechtsverteilung vergleichbar mit unserer Stichprobe und unterscheiden sich nicht signifikant von ihr. Einzig bezüglich des Bildungsgrads weichen die Patienten und Patientinnen, die psychoanalytisch behandelt wurden, sowohl von unserem als auch vom verhaltenstherapeutisch behandelten Kollektiv ab. Der Anteil der Patienten und Patientinnen mit Abitur oder Studium ist im psychoanalytisch behandelten Kollektiv deutlich höher (Tab. 5).

Vergleicht man die drei Kollektive bezüglich der Behandlungen und deren Wirkung, zeigt sich im SCL-90-R folgendes Bild. In allen drei Stichproben wird im Gesamtindex des SCL-90-R eine hohe Effektstärke erreicht. Das heisst, alle drei Behandlungsformen erreichen eine deutliche Reduktion der Symptombelastung. Bei den verhaltenstherapeutischen Behandlungen liegt die Effektstärke leicht höher als bei den anderen beiden Kollektiven. Betrachtet man die Belastung bei Beginn der Behandlungen, zeigt sich, dass die psychoanalytisch Behandelten mit einer leicht niedrigeren Belastung und die verhaltenstherapeutisch Behandelten mit einer deutlich höheren Belastung starten als die am Institut für Körperzentrierte Psychotherapie IKP Behandelten. Betrachtet man die Effekte im Vergleich zur Anzahl Sitzungen, die für das Erreichen der berichteten Effekte benötigt werden, zeigen sich grosse Unterschiede.

Die Behandlungen am IKP waren mit 20 Sitzungen bis zum Erreichen der beschriebenen Effekte viel kürzer als die psychoanalytischen und die verhaltenstherapeutischen Behandlungen (Tab. 6). Die letzte Messung wurde bei den am IKP Behandelten nach 20 Stunden vorgenommen.

Die Behandlungen am IKP mittels Körperzentrierter Psychotherapie IKP dauerten im Durchschnitt 41,8 Stunden (vgl. Tab. 1). Bei den psychoanalytischen Behandlungen wurden im Durchschnitt 185 Sitzungen eingesetzt, bei den verhaltenstherapeutischen Behandlungen waren es 63.

Tabelle 5 Vergleich der drei Stichproben (psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, IKP-mässig behandelt).

	psychoanalytisch	verhaltenstherapeutisch	IKP-mässig
n	31	31	33
Alter M	31,5	33	32,3
Alter SD	7,8	8	11
Anzahl Männer	7	2	8
Anzahl Frauen	24	29	25
Schulabschluss	6	18	17
Abitur oder Studium	25	13	16
Diagnosen			
Angst	9	10	10
Depression	22	19	15
Angst und Depression	0	2	0
Somatoforme Störung	0	0	6
Suchtproblematik	0	0	2

Diskussion

Die Kriterien der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie wird in der Scientific community teilweise kontrovers diskutiert. So schlagen Kriz [20] und Grünwald und von Massenbach [21] neben dem Einsatz von RCT-Methoden (randomised controlled trial) auch naturalistische Praxisstudien vor. Ein Kontrollkollektiv zu bilden war aus oben bereits dargestellten Gründen nicht praktikabel, zumal es sich um längere Psychotherapieverläufe handelte und zudem nicht in einem stationären, sondern ambulanten Setting. Leider war es weder prospektiv noch retrospektiv möglich, von Institutionen mit ambulanter, einheitlicher Psychotherapieform Daten zu Vergleichszwecken zu erhalten. Auch ein eigenes Kontrollkollektiv, bei dem keine Körperinterventionen gemacht worden wären, wäre nicht sinnvoll gewesen, da es darum

Tabelle 6 Vergleich der drei Stichproben zu Beginn (Global Severity Index: GSI) und erreichte Effektstärke in Abhängigkeit der Behandlungssitzungen.

	psychoanalytisch	verhaltenstherapeutisch	IKP-mässig
GSI t_0 m(roh)	0,92	1,55	1,1
GSI t_0 m(z)	2,4	4,9	3,1
Wahrscheinlichkeit für Gesunde, den Wert zu erreichen	0,80%	<0,1%	<0,1%
Effektstärke GSI	0,82	1	0,8
Anzahl Sitzungen im Durchschnitt bei letzter Messung der Symptombelastung	185	63	20

ging, den Psychotherapieansatz als Ganzes zu überprüfen und mit einem anderen bestehenden Ansatz zu vergleichen, und nicht mehr – wie früher – um die Frage nach der Nützlichkeit von Körperinterventionen. So war es uns nur möglich, die Ergebnisqualität zu kontrollieren, indem wir die Wirksamkeit der Behandlung an Hand der Symptomreduktion überprüften und mit einer bereits publizierten Studie verglichen.

Bemerkenswert ist, dass mit einem relativ geringen Anteil von Therapieabbrüchen (12%) die Mehrheit der Patientinnen und Patienten die ambulante Psychotherapie in relativ kurzer Zeit, d.h. nach durchschnittlich 41,8 Stunden, abschliessen konnte und nach eigenen Angaben in den nächsten 6–24 Monaten keine weitere Hilfe mehr benötigte. Dass die Behandlung eines Patienten mit Drogensucht entgegen dem übrigen Durchschnitt sehr hoch war (195 Stunden), hängt damit zusammen, dass im Therapieverlauf zusätzlich paartherapeutische Sitzungen aufgenommen wurden, die stundenmässig dazu gezählt wurden. Ohne diesen einen Patienten hätte der Durchschnitt noch tiefer gelegen.

Die psychische Befindlichkeit beziehungsweise Symptomatik der Patientinnen und Patienten veränderte sich während der gesamten Dauer der Psychotherapie in positiver Richtung. Die Effekte sind in den ersten 10 Psychotherapiestunden grösser als in den darauffolgenden 10 Stunden. Dies weist darauf hin, dass der Grenznutzen der Therapie zu Beginn grösser ist als im Verlauf der Therapie. Die mittleren bis grossen Effektstärken bis zur 20. Sitzung belegen die Qualität der untersuchten Behandlungen.

Obschon bis zur 20. Erhebungsstunde 11 Personen, das heisst ein Drittel aller in die Studie aufgenommenen Patienten und Patientinnen, die Therapie beendet hatte und sich somit einer Endmessung unterzog, ist es ein Mangel der Studie, dass nicht alle, auch die später abschliessenden Patienten, den SCL-90-R bei Therapieabschluss erneut ausfüllen mussten. Einen Teil dieses Mangels mag der Katamnesefragebogen wettmachen, ihm wurde aber leider erneut kein SCL-90-R beigelegt.

Die Angaben in der Nachbefragung über die Einschätzung, welche Teile der Behandlung am Erfolg beteiligt waren, deuten darauf hin, dass der breite (multidimensionale und multisensorielle) Ansatz der Körperzentrierten Psychotherapie IKP für die mittleren bis hohen Effektstärken verantwortlich war.

Es ist nicht auszuschliessen, dass zu Beginn der Effekt der Übertragungsheilung im Sinne einer positiven Erwartung einen gewissen Einfluss auf

die Ergebnisse ausgeübt haben könnte. Dieser Effekt ist aus allen Psychotherapien bekannt. Allerdings kann er auch negative Auswirkungen haben [22].

Beim Vergleich des hier beschriebenen IKP-Kollektivs mit dem psychoanalytisch und dem verhaltenstherapeutisch behandelten Kollektiv aus der Literatur [17] stellte sich zunächst die Frage nach der Vergleichbarkeit der Kollektive. Sie ist wegen unterschiedlicher Anfangsbedingungen, vor allem mit dem psychoanalytischen Kollektiv, hinsichtlich Bildungsstand und niedrigerer Anfangsbelastung des psychoanalytischen Kollektivs (gemäss SCL-90-R) nicht vollständig gegeben. Der Vergleich mit dem Verhaltenstherapie-Kollektiv ist aber zu vertreten. Das IKP-Kollektiv positionierte sich zwischen den beiden anderen (ebenfalls einander in der Publikation gegenübergestellten Kollektiven): hinsichtlich Bildungsstand, Medikamenteneinnahme und Anfangsbedingungen im SCL-90-R. Ein gewisser Unterschied bestand in diagnostischer Hinsicht: während in den beiden Kollektiven der Literatur [17] von je 31 Personen nur Störungen mit Angst (ca. ein Drittel) oder Depression (ca. zwei Drittel) aufgenommen wurden, fanden sich im IKP-Kollektiv knapp die Hälfte (15 Probanden/-innen von 33) mit Depression, knapp ein Drittel mit Angst, neben 6 Probanden/-innen mit somatoformer Störung und 2 mit Suchtproblematik. Obschon auch unser Kollektiv schwerpunktmässig Patienten mit depressiver und ängstlicher Problematik enthielt, ist es doch diesbezüglich nicht ganz vergleichbar.

In der vorliegenden Untersuchung und auch in den Stichproben, die zum Vergleich beigezogen wurden, wurden mögliche Geschlechtsunterschiede nicht untersucht. Weil die behandelten Störungen keine geschlechtsspezifischen Themen aufwiesen, schien sich dies auch nicht aufzudrängen. Aus Sicht unserer klinischen Erfahrung gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich gesamthafter Besserungsfortschritte. Für die weitere Wirksamkeitsforschung ist jedoch festzuhalten, dass die Frage der Geschlechtsunterschiede aufgegriffen werden sollte.

Aus den in Tabelle 6 dargestellten Ergebnissen kann nicht ohne weiteres der Schluss gezogen werden, dass eine schnellere Wirksamkeit des IKP-Ansatzes besteht, da weder die psychoanalytischen noch die verhaltenstherapeutischen Behandlungen bereits nach 20 Stunden ein SCL-90-R-Score erhoben haben, und die Frage daher offen bleibt, ob nicht auch sie bereits nach 20 Stunden eine den IKP-Behandlungen vergleichbare Score-Reduktion erreicht haben könnten. Jedenfalls ist festzuhalten, dass der IKP-Psychotherapieansatz gemäss

den Ergebnissen dieser Studie als mindestens gleich effizient beurteilt werden muss.

Bezüglich des eingesetzten Designs und der Erhebungsinstrumente wäre es sinnvoll und wünschenswert, zusätzliche Fragebogen einzusetzen, die neben den symptomorientierten Veränderungen weitere relevante Bewertungskriterien erfassen, wie zum Beispiel Goal Attainment Scaling [23] und eine Fremdbeurteilung, falls dies der Praxisalltag erlaubt.

Literatur

- 1 Maurer Y. Der Körper in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Theoretische und angewandte Untersuchungen – ein Überblick. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1987;138:49–60.
- 2 Maurer Y. Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie bei akut schizophren Erkrankten – empirische Studien. In: Röhrich F, Priebe S. *Körpererleben in der Schizophrenie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe; 1998. S. 139–42.
- 3 Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe; 1994.
- 4 Andres K, Bellwald L, Brenner HD. Empirische Untersuchung einer leiborientierten Therapie mit schizophrenen Patienten. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 1993;41:159–69.
- 5 Adams L. How exercise can help people with mental health problems. *Nursing Times* 1995;91:37–9.
- 6 Ventling C, Gerhard U. Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien und Stabilität des Therapieresultats. Eine retrospektive Untersuchung. *Psychotherapeut* 2000;45:230–6.
- 7 Müller-Hofer B. Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode). Ergebnisse einer Praxisevaluation [Dissertation]. Salzburg: Universität Salzburg; 2002.
- 8 Koemeda-Lutz M, Kaschke M, Revenstorff D, Scherrmann T, Weiss H, Soeder U. Zwischenergebnisse zur Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien: Eine Multicenter-Studie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie Forum* 2003;11:70–9.
- 9 Maurer Y. Faktorenanalytische Untersuchung zum subjektiven psychischen und somatischen Erleben bei Schizophrenen, Neurotikern und Gesunden. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen* 1978;37:104–16.
- 10 Greenberg L. Research on experiential psychotherapies. In: Bergin A, Garfield S, editors. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley and Sons; 1994. p. 509–39.
- 11 Maurer Y. *Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie*. Wien: Springer; 1999.
- 12 Maurer Y. *Körperzentrierte Psychotherapie. Ganzheitlich orientierte Behandlungskonzepte und Therapiebeispiele*. Stuttgart: Hippokrates; 1986. Zürich: IKP; 2002.
- 13 Maurer Y, Herausgeberin. *Körperzentrierte Psychotherapie IKP: Grundlegende Theorien und Aspekte*. Mit Beiträgen von M.-C. Hepp-Reymond, M. Koukkou-Lehmann, A. Bettinaglio, C. Casanova Waser, S. Falck Baumann, L. Gerber-Bräker. Zürich: IKP-Verlag; 1998.

-
- 14 Maurer Y. Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie bei akut schizophran Erkrankten. Arch Psychiatr Nervenkr 1976;221:259–71.
-
- 15 Maurer Y. Gruppentherapie mit Schizophrenen. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 1975;117:309–24.
-
- 16 Maurer-Groeli Y. Neurophysiologische Hintergründe für ganzheitliches psychotherapeutisches Arbeiten mit spezieller Berücksichtigung von Gedächtnis, Körpergedächtnis und Ressourcen. Psychotherapie Forum 2004;12:98–103.
-
- 17 Brockmann J, Schlüter T, Brodbeck D, Eckert J. Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Psychotherapeut 2002;47:347–55.
-
- 18 Franke G. SCL-90-R. Die Symptom Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz; 1995.
-
- 19 Zielke M, Kopf-Mehnert C. VEV. Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Weinheim: Beltz; 1978.
-
- 20 Kriz J. Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie. Punktum Sonderdruck, Mai 2003.
-
- 21 Grünwald H, Massenbach K von. Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie – Eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie PpM 2003;53:326–33.
-
- 22 Pohlen M, Holzherr B. Eine andere Psychodynamik. Bern: Verlag Hans Huber; 2001.
-
- 23 Kiresuk T, Sherman R. Goal Attainment Scaling. A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Ment Health 1968;4:443–53.
-