

Margit Koemeda-Lutz, Martin Kaschke, Dirk Revenstorf, Thomas Scherrmann,
Halko Weiss und Ulrich Soeder

Zwischenergebnisse zur Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien

Eine Multicenter-Studie in Deutschland und der Schweiz

Preliminary Results Concerning the Effectiveness of Body-Psychotherapies in Outpatient Settings – A Multi-Center Study in Germany and Switzerland

Abstract This preliminary report about an ongoing multi-center evaluation study of body-psychotherapies evaluates the effectiveness of routine applications of body-psychotherapy (phase IV according to Linden 1989) in outpatient settings. Out of 38 German and Swiss member institutes of the European Association for Body Psychotherapy (EABP) 8 are participating in this study. The Swiss institutes among them are also members of the Schweizer Charta für Psychotherapie.

At 3 points of measurement (at the beginning, after 6 months and at the end of therapy) established questionnaires (e.g. BAI, BDI, SCL-90-R, IIP-D) were answered by patients.. Catamnestic data will be obtained 1 year after the termination of therapy.

Patients in body-psychotherapeutic treatment (n = 157) are compared to other outpatient psychotherapeutic patients with regard to sociodemographic data, level of impairment and psychopathology.

After six months of therapy (n=78) they have significantly improved with small to moderate intraclass effect sizes. After two years of treatment, large effect sizes are reached in all scales. However, the data base presently available for this latter result is not substantial enough yet (n=21).

The authors interpret these results as supporting the claim of body-psycho-

1. Einleitung, Hintergrund und Fragestellung

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 (1998) 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. (1994) formuliert wurde, verknüpfte sich mit

dem Dominanz-Anspruch eines relativ einseitigen Empirie-Verständnisses. 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“ (Sanderson und Woody 1995; Chambless et al. 1996) dieser Entwicklung weiteren Vorschub, auch wenn die Fachpsychotherapie in Deutschland eine andere Vorgeschichte hat als in den USA (Strauss und Kächele, 1998). In den Berufsfeldern verschiedener Länder, die durch eine Vielfalt an psychotherapeutischen Ansätzen gekennzeichnet waren, entstanden bedenkliche Schief lagen. Schulen, die keine oder nicht ausreichend viele hypothesentestende klinische Studien vorzuweisen hatten, gerieten in Beweisnot und wurden teilweise bereits ins Abseits gedrängt. Neuere Studien (Cierpka et al., 1997; Willutzki et al., 1997; Schweizer und Budowski, 2001; Schweizer et al., 2002) 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 wer-

Korrespondenz: Dr. Margit Koemeda, Fruthwiler Strasse 70, CH-8272 Ermatingen, Schweiz, E-mail: koemeda@bluewin.ch

therapists to effectively contribute to the field of psychotherapy. The results are an encouragement for more specific research in the field.

Key words:

Psychotherapy research; Body-psychotherapy; Effectiveness; Outcome; Effect size.

Zusammenfassung

Es wird ein Zwischenbericht über eine laufende Multicenterstudie zur begleitenden Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien in Deutschland und der Schweiz vorgelegt. Von 38 deutschen und schweizer Mitgliedsinstitutionen der European Association for Body Psychotherapy (EABP) nehmen 8 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]) werden mittels gut eingeführter Fragebögen (u.a. BAI, BDI, SCL-90-R, IIP-D) Symptome und Befindlichkeit der PatientInnen erhoben. Daten der 1-Jahres-Katamnese sind derzeit noch nicht verfügbar.

PatientInnen, die eine körperpsychotherapeutische Behandlung aufsuchen (n = 157), sind im Hinblick auf soziodemographische und psychopathologische Merkmale mit anderen ambulanten PsychotherapiepatientInnen vergleichbar.

Nach sechs Monaten Behandlung haben sie eine signifikante Besserung mit kleinen bis mittleren Intraclass-Effektstärken erfahren. Zum Behandlungsende werden in allen Skalen große Effekte erzielt. Letzteres Ergebnis basiert auf einer vorläufig noch schmalen Datenbasis (n = 21).

Die Autoren werten diese Ergebnisse als Unterstützung für den Anspruch von KörperpsychotherapeutInnen auf Anerkennung ihres Beitrags in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und als Ermutigung für zukünftige spezifischere Forschungsprojekte.

Schlüsselwörter:

Psychotherapieforschung; Körperpsychotherapie; Wirksamkeit; Ergebnisqualität; Effektstärke.

den 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. (1997) 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 (von Weizsäcker, 1947; von Uexküll, 1979; Hahn, 1979; Janet, 1924; Ferenczi, 1984; Groddeck, 1988 u.v.a.).

Besonders in den 70-er 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 (Schweizer und Budowski, 2001; Schweizer et al., 2002; Seidler et al., 2002), und auch einzelne Wirksamkeitsstudien bereits vorliegen (z.B. Gudat, 1997; Ventling und Gerhard, 2000; Müller-Hofer, 2002), 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 Schieflage entgegenzuwirken.¹

Es liegen inzwischen mehrere Systematisierungs- und historische Einordnungsvorschläge bezüglich körperpsychotherapeutischer Ansätze vor (z.B. Boadella, 1990; Müller-Braunschweig, 1997; Geuter, 1996, 2000; Geissler, 1999; Röhrlich, 2000; Michel und Koemeda-Lutz, 2002; Schatz, 2002). Im World Wide Web publiziert die European Association for Body Psychotherapy auf ihrer Homepage 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 ineinander und können auf unterschiedlichen System-Ebenen beobachtet, untersucht und beeinflusst werden.
3. Der verbalen Kommunikation geht entwicklungsgeschichtlich (ontogenetisch, wie sicherlich auch 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.

¹ Die AutorInnen danken der Schweizer Sektion der European Association for Body Psychotherapy (CH-EABP) mit ihrem Präsidenten Dr. T. Ehrensperger, die unsere Arbeit mit einem namhaften finanziellen Beitrag unterstützt. Die Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie DGK mit ihrem Präsidenten G. Marlock hat eine finanzielle Unterstützung in Aussicht gestellt. Darüber hinaus basiert diese Studie zum überwiegenden Teil auf dem unehonorierten Engagement sämtlicher mitwirkender PatientInnen, TherapeutInnen, KoordinatorInnen und Mitgliedern der Forschungsgruppe. Allen sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

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. Nach den Regeln naturwissenschaftlich-medizinischer Forschung (Linden, 1987, 1989) ist sie der Phase IV, d.h. einer Evaluation der „Routineanwendung“ im Praxisfeld, nach Rudolf (1998) der Phase der „praxisbezogenen Psychotherapieforschung“ zuzuordnen. Nach wie vor ist vergleichsweise wenig über die Wirksamkeit von Psychotherapie außerhalb stationärer und universitärer Behandlungseinrichtungen bekannt (Seligman 1995). Im Wesentlichen handelt es sich um 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 werden. 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 (Soeder et al. 1999). Inzwischen hat sich die Studie zu einem Multicenter-Projekt (Dresden, Heidelberg, Tübingen, Zürich) ausgeweitet. Untersucht werden ausschließlich PatientInnen in einer ambulanten körperpsychotherapeutischen Behandlung.

TherapeutInnen folgender Richtungen beteiligen sich (in der Reihenfolge des Datenerhebungsbeginns; Namen der Gründungspräsidenten (international und national), sowie Literaturhinweise in Klammern): Hakomi Experiential Psychology (Ron Kurtz, Halko Weiss; Kurtz 1994); Unitive Psychology (Jacob Stattmann, Gustl Marlock; Stattmann 1987); Biodynamische Psychologie (Gerda Boyesen; Boyesen 2001) – in Deutschland – und Bioenergetische Analyse und Therapie SGBAT (Alexander Lowen; Thomas Ehrensperger; Koemeda-Lutz et al., 2002); Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie GFK (Christiane Geiser; Ernst Juchli; Geiser-Juchli 2002); Institut für Integrative Körperpsychotherapie IBP (Jack Lee Rosenberg; Markus Fischer; Fischer 2002); Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie SIKOP (George Downing; Meyer et al. 2002); Internationales Institut für Biosynthese IIBS (David Boadella; Boadella und Boadella, 2002) – in der Schweiz.

In der vorliegenden Studie sollen folgende Fragen untersucht werden:

1. Welche PatientInnen nehmen ambulante körperpsychotherapeutische Behandlungen in Anspruch? Sie werden anhand von soziodemographischen, diagnostischen und (nicht körperpsychotherapiespezifischen) psychopathologischen Merkmalen beschrieben.
2. Welche Besserung wird im Laufe der Therapie erzielt?
3. Sind diese Ergebnisse auch in einer katamnestischen Erhebung nach einem Jahr stabil?

2. Methodik

2.1 Stichprobe und Durchführung

Acht körperpsychotherapeutische Institute bzw. Fachgesellschaften², die der European Association for Body Psycho-

² Biodynamische Psychologie; Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie (GFK); Hakomi Institute of Europe; Institut für Integrative Körperpsychotherapie (IBP); Internationales Institut für Biosynthese (IIBS); Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT); Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie (SIKOP); Unitive Psychology).

therapy (EABP: www.eabp.org) angehören – fünf davon sind zusätzlich Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie (www.psychotherapie-charta.ch) –, beteiligten sich an dieser Studie (vgl. Abb. 1). Die Auswahl der Institute erfolgte nicht systematisch. Die EABP vertritt in der Schweiz 12 und in Deutschland (Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie, DGK) 16 Fachgesellschaften. Jedes der an der Studie beteiligten Institute benannte einen Forschungskoordinator 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 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 Buchstabencode 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 (1984) durchgeführt. Sie orientierte sich an der Hypothese, dass die untersuchten Körperpsychotherapiearten so effektiv sind wie die etablierten Psychotherapieformen mit einer Besserungsquote von ca. 70% (Grawe et al., 1994) und der Berücksichtigung einer Spontanremissionsrate von bis zu 30% (Bergin, 1971). Bei einer Teststärke von $1 - \beta = 80\%$ und einem Signifikanzniveau von 5% ergibt 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 Dropouts von ca. 15% wurde die Stichprobengröße auf $n = 25$ festgelegt. Bei acht beteiligten Instituten wurde daher eine Gesamtstichprobe von 200 KlientInnen angestrebt.

L'efficacité des psychothérapies corporelles ambulatoires : résultats intermédiaires d'une étude poly-centres effectuée en Allemagne et en Suisse

Résumé Les auteurs présentent un rapport intermédiaire concernant une étude poly-centres actuellement en cours en Allemagne et en Suisse et dans laquelle l'efficacité des psychothérapies corporelles ambulatoires est évaluée. Huit des 38 institutions en Allemagne et en Suisse affiliées à l'European Association for Body Psychotherapy (EABP) y participent. Les instituts suisses sont en outre membres de la Charte Suisse pour la Psychothérapie.

Des questionnaires bien validés (entre autres les BAI, BDI, SCL-90-R et IIP-D) sont utilisés pour recueillir des données concernant les symptômes et l'état des patients à des moments spécifiques de la prise en charge (début de la thérapie, six mois plus tard, fin de la thérapie, soit au maximum deux ans après son début). Les résultats de la catamnèse après un an ne sont pas encore disponibles.

Les patients suivant un traitement de type psychothérapie corporelle (n=157) sont comparables du point de vue sociodémographique et psychopathologique à ceux qui ont choisi d'autres formes de psychothérapie ambulatoire.

Six mois après le début du traitement (n=78), on enregistre une amélioration significative, les effets intraclasse étant petits à moyens. Par contre, à la fin du traitement des effets importants sont enregistrés sur toutes les échelles. Notons que ce dernier résultat se fonde sur une base de données encore relativement limitée (n=21).

Les auteurs interprètent ces résultats comme un encouragement dans l'effort de validation de l'apport des psychothérapies corporelles dans les prises en charges ambulatoires.

Les résultats devraient aussi inciter à entreprendre à l'avenir des projets de recherche plus spécifiques.

Die acht beteiligten Institute sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten in die Studie eingetreten. Daher ergeben sich für diese Zwischenauswertung teilweise deutliche Differenzen der Fallzahlen zu Beginn der Therapie und den weiteren Erhebungszeitpunkten. Da die Studie noch andauert, können vorerst noch keine Ergebnisse zu den Anteilen an Therapieabbrechern berichtet werden. Die Zusammensetzung der Stichprobe zum Stichtag 31. 8. 2002 geht aus Abb. 1 hervor.

2.2 Erhebungsinstrumente

Zur Datenerhebung wurden gut eingeführte und/oder standardisierte Instrumente verwendet, um den Vergleich mit anderen Studien zu gewährleisten (Fydrych et al., 1996; Schulte, 1993). In Hinblick auf die Körperpsychotherapie sind sie als unspezifisch einzustufen.

Soziodemographische Angaben wurden in Anlehnung an die Deutsche Standarddemographie (Ehling et al., 1992) erhoben. Psychopathologische Sympto-

me wurden mit dem Beck Angst Inventar (BAI: Beck et al., 1988), dem Beck Depressions Inventar, (BDI: Hautzinger et al., 1994) und der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke, 1995, 2002) erhoben. Körperliche Beschwerden wurden mit der Beschwerdenliste (BL: v. Zerssen, CIPS, 1996) und zwischenmenschliche Probleme mit dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D: Horowitz et al., 2000) erfasst. Schließlich wurde die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer, 1994; Schwarzer und Jerusalem, 1999) ermittelt. Für wichtige Lebensbereiche wurden die PatientInnen schließlich nach direkten Veränderungseinschätzungen im Vergleich zum Therapiebeginn gebeten. Die gesamte Bearbeitungszeit der Bögen betrug ungefähr 1 Stunde je Untersuchungszeitpunkt.

Die TherapeutInnen gaben zu jedem Erhebungszeitpunkt Informationen zum formalen Stand der Therapie und beurteilten ebenfalls die Veränderung der KlientInnen in wichtigen Lebensbereichen.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden zentrale Zwischenergebnisse der Studie vorgestellt. Nach einer Charakterisierung der Klientel ambulanter KörperpsychotherapeutInnen folgen erste Ergebnisse zum Therapieverlauf.

3.1 Die Klientel ambulanter KörperpsychotherapeutInnen

Zur Beschreibung der KörperpsychotherapiepatientInnen zu Beginn der Thera-

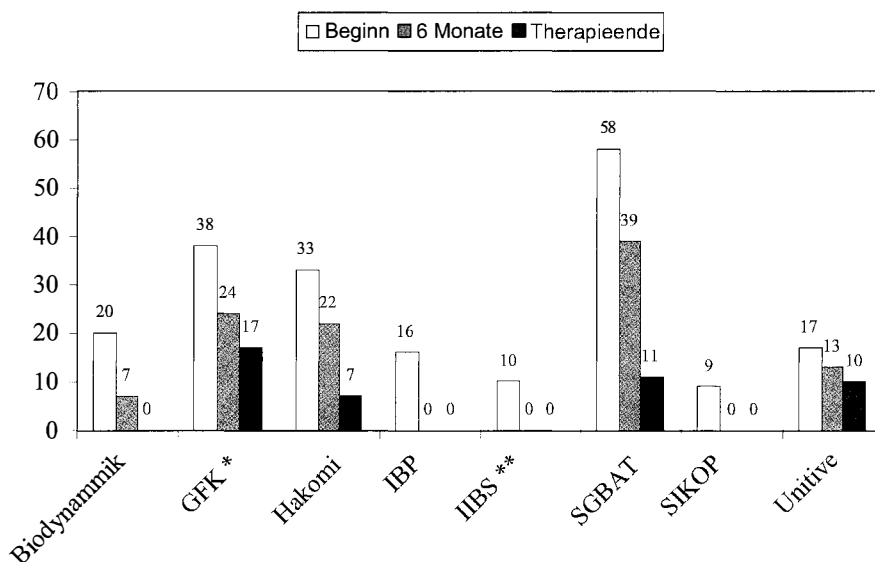


Abb. 1. Anzahl der Fälle zu Therapiebeginn, nach 6 Monaten und bei Therapieende – gruppiert nach den beteiligten Instituten². Aktuell liegen 201 ausgefüllte Fragebogen vom Therapiebeginn vor. Die im folgenden berichtete Zwischenauswertung bezieht sich auf 157 Datensätze zu Therapiebeginn, 81 nach 6 Monaten und 28 bei Therapieende (Stichtag für die Dateneingabe war der 31.8.2002). * Über 34, 24 bzw. 17 (Abschluss nach 1 Jahr) Fälle des GFK wird in Müller-Hofer 2002 berichtet. ** Diese Fragebögen erreichten uns erst nach dem Stichtag

pie konnten 157 Personen im Alter zwischen 22 und 64 Jahren (Median 41 J.) herangezogen werden. Diese waren bei insgesamt 62 KörperpsychotherapeutInnen in Behandlung. 68% der KlientInnen waren weiblich. Verheiratet waren 41% der KörperpsychotherapiepatientInnen, 47% waren ledig und 13% geschieden. In einer Partnerschaft lebten 56% und 46% hatten Kinder.

Der höchste Schulabschluss war für 64% das Abitur. 28% hatten ein Hochschulstudium abgeschlossen. 56% der KlientInnen der vorliegenden Studie verfügten bereits zuvor über psychotherapeutische Erfahrungen. Die Kosten der Körperpsychotherapie wurden bei 32,5% ganz und bei weiteren 29,3% teilweise durch die Krankenkassen übernommen. 26,8% haben die Therapie selbst finanziert, und 11,8% machten zu dieser Frage keine Angabe.

In den soziodemographischen Variablen liegt die hier untersuchte Klientel im Bereich der in anderen Studien zur ambulanten Psychotherapie gefundenen Werte (Gudat, 1997; Ventling und Gerhard, 2000; Scheidt et al., 1998; Schweizer et al., 2002; Müller-Hofer, 2002).

Die Hauptdiagnosen zu Therapiebeginn wurden nach ICD-10 (Dilling et al., 1993) in Störungsgruppen zusammen-

gefasst (vgl. Abb. 2). Bei 72% der nach ICD-10 diagnostizierten Fälle wurde nur eine Hauptdiagnose angegeben, in 22% der Fälle kam eine Nebendiagnose hinzu und bei 6% stellten die TherapeutInnen zwei Nebendiagnosen. Abgesehen von dem hohen Anteil an Z-Codes ergibt sich in der vorliegenden Studie ein ähnliches Diagnoseprofil ($F4 > F3 > F6$) wie in zwei anderen schulübergreifenden Untersuchungen zur ambulanten Psychotherapie (Scheidt et al., 1998; Schweizer et al., 2002).

Mit Hilfe der eingesetzten Fragebögen ist die Klientel wie folgt zu charakterisieren: Hinsichtlich der Ängstlichkeit lagen zu Behandlungsbeginn 70,1% der KlientInnen im auffälligen Bereich ($BAI \geq 11$, Gesamtstichprobe: $MW = 17,5$, $SD = 11,7$). In der Depressivität waren 31,2% der KlientInnen unauffällig ($BDI \leq 10$). 35,7% wiesen erhöhte Depressivitätswerte auf ($11 \leq BDI \leq 17$) und 33,1% waren in klinisch relevantem Ausmaß belastet ($BDI \geq 18$, Gesamtstichprobe: $MW = 15,1$, $SD = 9,1$). 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 [Franke, 2002, S. 32]). Gesamtstichprobe:

$MW = 0,94$, $SD = 0,59$). Das SCL-90-Profil zu Behandlungsbeginn geht aus Abb. 3 hervor. Die ambulanten KörperpsychotherapiepatientInnen sind deutlich stärker als die Normalbevölkerung belastet, aber geringer als stationäre PsychotherapiepatientInnen. Es ergab sich ein ähnliches Profil wie bei Scheidt et al. (1998).

Die körperlichen Beschwerden lagen zu Beginn der Therapie mit einem Mittelwert der Beschwerdenliste (BL) von 28,6 ($SD = 12,6$) im Bereich der Beschwerden von psychiatrischen ($MW = 30,0$, $SD = 15,4$) oder Angstpatienten ($MW = 29,6$, $SD = 12,2$) und deutlich höher als die der Normstichprobe ($MW = 14,3$, $SD = 10,8$, CIPS 1996, S. 38).

Der Ausgangswert für interpersonale Probleme (IIP-D) lag bei 11,6 ($SD = 4,7$). Umgerechnet in geschlechts- und altersnormierte Staninewerte (Horowitz et al. 2000) wiesen 23,7% der Stichprobe mit Staninewerten von 7 bis 9 problematische Ausgangswerte auf. Im Vergleich zu verschiedenen Diagnosegruppen stationärer PsychotherapiepatientInnen leiden die ambulanten KörperpsychotherapiepatientInnen eher weniger unter interpersonalem Problemen und sind vergleichbar mit psychosomatischen PatientInnen ($MW = 11,2$, $SD = 4,1$) bzw. solchen mit Abhängigkeitserkrankungen ($MW = 11,5$, $SD = 3,8$, Wuchner et al., 1993).

Der Mittelwert der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung lag zu Beginn bei 24,5 ($SD = 5,7$). Verglichen mit einer großen Erwachsenenstichprobe ($MW = 29,3$, $SD = 5,1$, Schwarzer und Jerusalem, 1999) ist die Selbstwirksamkeitserwartung deutlich niedriger ausgeprägt. 40,4% der KörperpsychotherapiepatientInnen liegen mehr als eine Standardabweichung ($T < 40$) unter dem Mittelwert der Allgemeinbevölkerung.

3.2 Behandlungsverlauf

Da die Datenerhebung noch nicht abgeschlossen ist, kann vorerst keine abschließende Beurteilung der Behandlungsverläufe vorgenommen werden. Zum Zeitpunkt 6 Monate nach Therapiebeginn lagen 78 und für das Therapieende 21 auswertbare Datensätze vor. Katamnestiche Ergebnisse können noch nicht vorgestellt werden.

Eine Überprüfung der Ausgangsdaten für die drei Teilstichproben (vollständige Daten zu Beginn, zur 6-Mo-

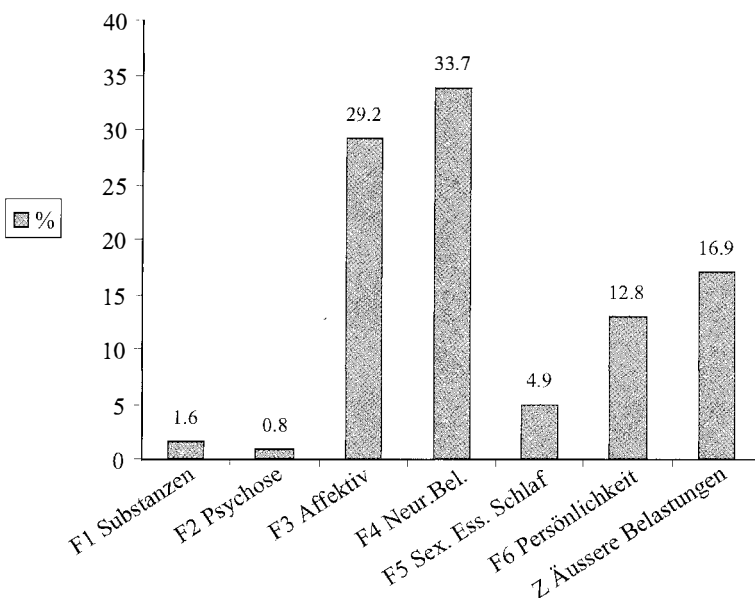


Abb. 2. Verteilung der Hauptdiagnosen nach ICD-10 in Prozent. F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F3 Affektive Störungen, F4 Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen, F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Z-Code: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen

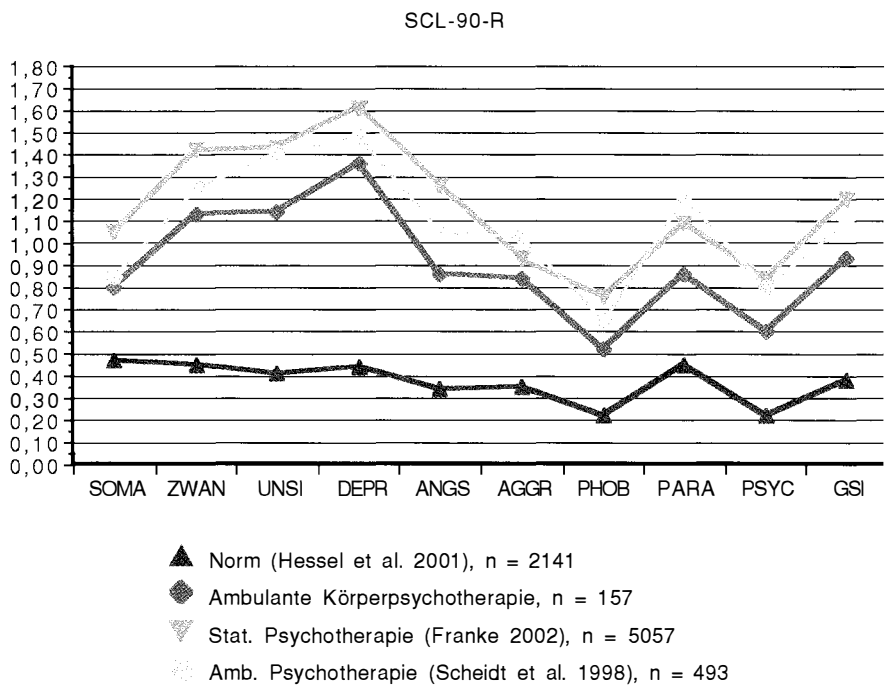


Abb. 3. Skalenwerte SCL-90-R der ambulanten KörperpsychotherapiepatientInnen im Vergleich zu einer nicht-klinischen, sowie einer anderen ambulanten und einer stationären Psychotherapiegruppe bei Therapiebeginn. SOMA Somatisierung; ZWAN Zwanghaftigkeit; UNSI Unsicherheit im Sozialkontakt; DEPR Depressivität; ANGS Ängstlichkeit; AGGR Aggressivität/Feindseligkeit; PHOB Phobische Angst; PARA Paranoides Denken; PSYC Psychotizismus; GSI Global Severity Index (Gesamtwert)

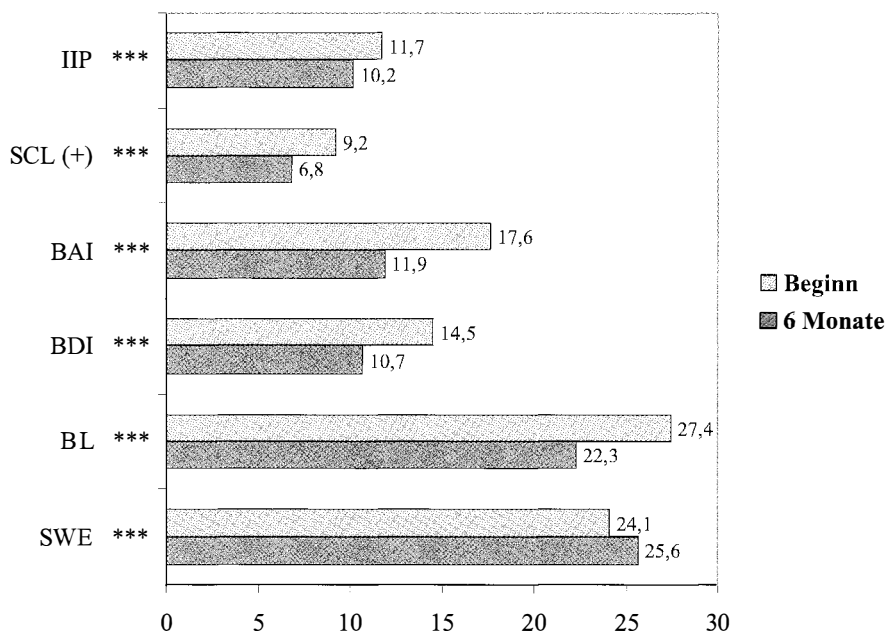


Abb. 4. Vergleich der Mittelwerte zu Behandlungsbeginn und nach 6 Monaten (n = 78); * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001; IIP Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme; SCL Symptom-Checkliste; BAI Beck-Angst-Inventar; BDI Beck-Depressions-Inventar; BL Beschwerden-Liste; SWE Selbstwirksamkeitserwartung. (+) Für die SCL-90-R wurden die Werte der Anschaulichkeit halber mit 10 multipliziert

nats-Erhebung und zum Therapieende) ergab, dass durch die Selektion keine statistisch signifikanten Verzerrungen der Ausgangswerte erfolgte. Die Überprüfung erfolgte mit alpha-adjustierten zweiseitigen t-Tests für alle eingesetzten Fragebögen.

3.2.1 Gruppenverläufe

Veränderungen über den Therapieverlauf hinweg wurden mit einseitigen t-Tests auf Signifikanz geprüft. Zusätzlich wurden Intra-Class-Effektstärken nach McGaw und Glass (1980) berechnet. Sie wurden nach Cohen (1977) in klein (0,2–0,5), mittel (0,5–0,8) und groß (> 0,8) unterteilt.

Innerhalb der ersten 6 Monate fanden durchschnittlich 23 Sitzungen statt. Es gingen 78 Fälle in die Auswertung ein.

Angst (BAI), Depressivität (BDI), allgemeine Symptombelastung (SCL-90-R), körperliche (BL) und interpersonale Probleme (IIP-D) nahmen während der ersten sechs Behandlungsmonate signifikant ab (vgl. Abb. 4). Gleichzeitig nahm die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) signifikant zu.

In den Vergleich zwischen Behandlungsbeginn und Therapieende gingen 21 Fälle ein. Durchschnittlich erfolgten über die gesamte Therapie hinweg 69 Sitzungen.

Die Verbesserungen in allen Skalen fielen deutlicher aus als in den ersten sechs Monaten der Therapie. Wiederum nahmen Angst, Depressivität, allgemeine Symptombelastung, körperliche und interpersonale Probleme deutlich ab. Die Selbstwirksamkeitserwartung nahm wiederum signifikant zu (vgl. Abb. 5).

Die Effektstärken für die Veränderungen zwischen Behandlungsbeginn, 6-Monats-Erhebung und Therapieende sind in Abb. 6 zusammengestellt. In den ersten sechs Monaten der Therapie erfolgten kleine bis mittlere Verbesserungen in allen untersuchten Merkmalen. Zu Therapieende waren auf allen Skalen mit Effekten zwischen 0,82 (Selbstwirksamkeitserwartung) und 1,40 (Depressivität) große Verbesserungen erzielt worden.

3.2.2 Individuelle Veränderungen

Ergänzend zu den Gruppenverläufen sollen für BAI, BDI, IIP-D und SCL-90-R individuelle Veränderungen berichtet

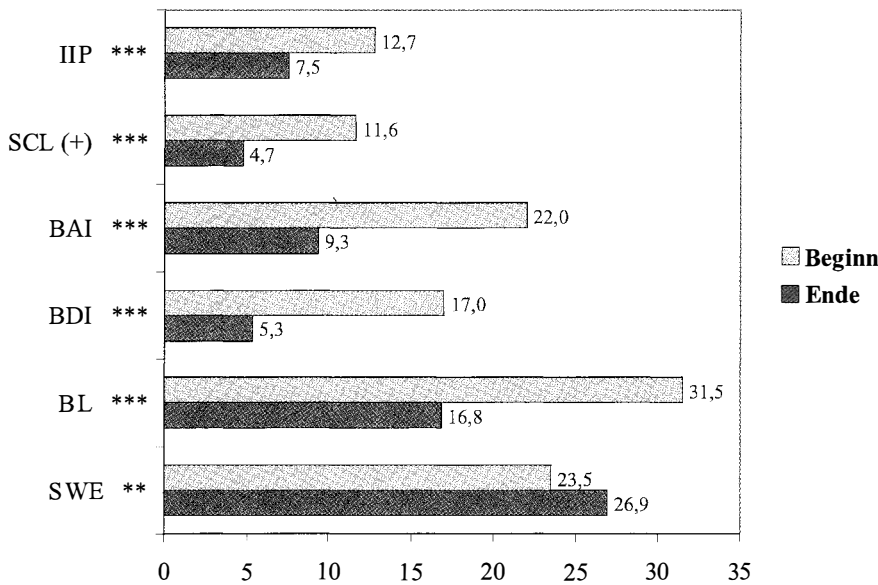


Abb. 5. Vergleich der Mittelwerte zu Behandlungsbeginn und bei Therapieende ($n = 21$); * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; *IIP* Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme; *SCL* Symptom-Checkliste; *BAI* Beck-Angst-Inventar; *BDI* Beck-Depressions-Inventar; *BL* Beschwerden-Liste; *SWE* Selbstwirksamkeitserwartung. (+) Für die *SCL-90-R* wurden die Werte der Anschaulichkeit halber mit 10 multipliziert

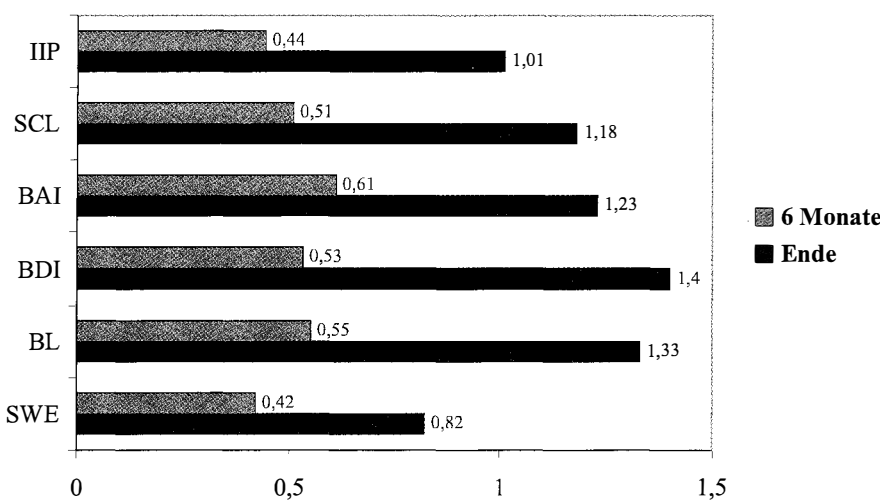


Abb. 6. Effektstärken 6 Monate nach Therapiebeginn ($n = 78$) und zum Therapieende ($n = 21$): klein (0,2–0,5), mittel (0,5–0,8) und groß (>0,8). *IIP* Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme; *SCL* Symptom-Checkliste; *BAI* Beck-Angst-Inventar; *BDI* Beck-Depressions-Inventar; *BL* Beschwerden-Liste; *SWE* Selbstwirksamkeitserwartung

werden. Diese Auswertung bezieht die Daten von 21 Personen ein.

Die Häufigkeiten der klinisch relevanten Angstsymptome ($BAI \geq 11$) reduzierten sich von 86% bei Therapiebeginn über 48% nach 6 Monaten auf 33% bei Therapieende.

Die Häufigkeit der klinisch relevanten Depressivität ($BDI \geq 18$) reduzierte sich von 43% bei Therapiebeginn über 10% nach 6 Monaten auf 0% bei Therapieende. Bei Therapieende wiesen 10%

einen erhöhten Depressionswert ($11 \leq BDI \leq 17$) auf und 90% befanden sich im normalen Bereich ($BDI \leq 10$). In Bezug auf interpersonale Probleme befanden sich zu Behandlungsbeginn 33,3% der PatientInnen im auffälligen Bereich ($Stanine \geq 7$), nach 6 Monaten noch 19,0% und zum Therapieende noch 5,0%.

Für die *SCL-90-R* sind sowohl Cut-off-Werte als auch kritische Differenzen bekannt. So können in Einzelfallbe-

trachtungen statistisch und klinisch bedeutsame Veränderungen unterschieden werden (Jacobson und Truax, 1991; Jacobson et al., 1984). Nach Franke (2002) 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. 7 zusammengestellt. Zum Behandlungsende haben sich über die Hälfte der PatientInnen klinisch bedeutsam verbessert. Ein Drittel erlebte keine Veränderung der Symptombelastung.

4. 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. Sie 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 weitgehenden Operationalisierung des therapeutischen Vorgehens, einer starken Selektion der behandelten KlientInnen und dem hohen Standard der Begleitevaluation begründet ist, steht eine geringe ökologische Validität gegenüber (Seligman, 1995). Nach wie vor ist daher vergleichsweise wenig über die Wirksamkeit von Psychotherapie außerhalb stationärer und universitärer Behandlungseinrichtungen bekannt. Zur Behebung dieser Forschungslücke will die vorliegende Arbeit beitragen.

Gegenüber früheren Studien zur Körperpsychotherapie, die auf ausschließlich retrospektiv erhobene Daten zurückgriffen (Gudat, 1997; Ventling und Gerhard, 2000), werden erstmals prospektive Daten berichtet.

Vergleichbar mit der ambulanten Klientel anderer therapeutischer Orientierungen weisen KörperpsychotherapiepatientInnen einen gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich höheren Bildungsstand auf (Vessey und

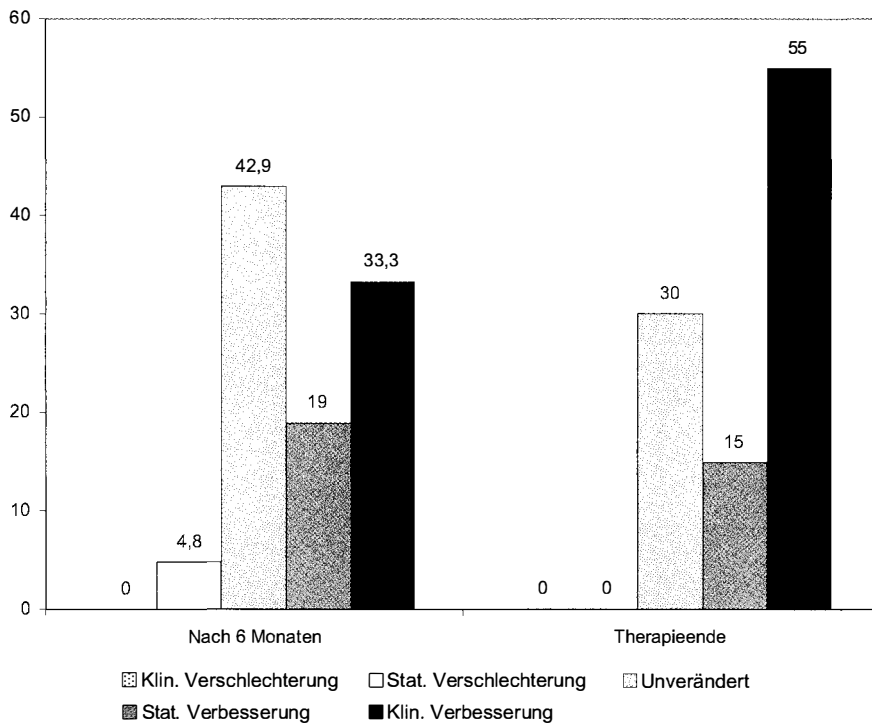


Abb. 7. Klinisch und statistisch bedeutsame Veränderung im Gesamtwert der SCL-90-R ($n = 21$); Kritische Differenz $GSI > 0,30$ (PsychotherapiepatientInnen), Cut-off-Werte: 0,57 (Männer), 0,77 (Frauen), nach Franke 2002

Howard, 1993). Die PatientInnen niedergelassener KörperpsychotherapeutInnen weisen zu Beginn der Therapie typische Diagnose- und Symptomprofile von ambulanten PsychotherapiepatientInnen auf. Die vergleichsweise häufige Verwendung von Z-Codes 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 wird und daher die Vergabe einer „krankheitswertigen“ Eingangsdiagnose aus formalen Gründen häufig nicht zwingend erforderlich ist. Die Symptomprofile weisen dennoch auf einen hohen Anteil klinisch relevanter Beeinträchtigungen zu Behandlungsbeginn hin.

Da es sich um einen Zwischenbericht handelt, ist die Datenbasis für die Gesamtbeurteilung des Behandlungsverlaufs noch nicht breit genug. Insbesondere die vorgelegten Ergebnisse zum Behandlungsende ($n=21$) sind zum ge-

genwärtigen Zeitpunkt erst als Hinweise auf die mit der Dauer der Behandlung weiter zunehmende Wirksamkeit von ambulanter Körperpsychotherapie zu werten. Es deutet sich jedoch an, dass nicht nur auf Gruppenebene statistisch bedeutsame Behandlungseffekte eintreten, sondern dass auch im Einzelverlauf klinisch bedeutsame Verbesserungen erzielt werden. 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 (Schwarzer 1994). Die Effektstärke für die Selbstwirksamkeitserwartung zum Behandlungsende liegt zwar deutlich unter derjenigen für den Gesamtwert der Symptom-Checkliste ($d(SWE) = 0,82$ vs. $d(SCL) = 1,18$), 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 gegeben werden. Die Ergebnisse zu interpersonalen Problemen belegen, dass sich schon während der Therapie auch im zwischenmenschlichen Umfeld positive Veränderungen einstellen.

In Hinblick auf den weiteren Fortgang der Studie bleibt abzuwarten, ob die vielversprechenden Ergebnisse zum Behandlungsende bestätigt werden können, und ob die erzielten Erfolge auch zur Katamnese stabil bleiben.

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 Multicenterstudie 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.

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. Darüberhinaus existieren mittlerweile genügend vergleichbare Evaluationsstudien zu anderen Verfahren, so dass

die vorliegenden Ergebnisse eingeordnet werden können.

Es wäre wünschenswert, wenn sich zukünftig einerseits vermehrt Kooperationen zwischen professionellen ForscherInnen und praktizierenden PsychotherapeutInnen anbahnen würden, 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 Therapieforschung 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 körperpsychotherapie-spezifische Variablen ergänzt werden. Des Weiteren sollte die störungsspezifische Wirksamkeit körperpsychotherapeutischer Behandlungstechniken erforscht werden.

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

Autoren

Martin Kaschke, Dipl.-Psych., Dipl.-Biol., Hakomi-Therapeut, Studium und Therapieausbildung in Heidelberg, arbeitet als Forschungskordinator bei der vorliegenden Studie und bereitet seine Dissertation im Bereich der Evaluation von Körperpsychotherapie vor.

Margit Koemeda-Lutz, Dr. rer. soc., Dipl.-Psych., Studium der Psychologie, Soziologie und Linguistik in Konstanz und Zürich, mehrjährige Mitarbeit an einem neuropsychologischen Forschungsprojekt der DFG an der Universität Konstanz, Gründungsmitglied und im Leitungsteam der Breitensteiner Psychotherapiewochen (1981–2000); Psychotherapeutin SPV, Bioenergetische Analytikerin, Lehrtherapeutin und Supervisorin SGBAT in freier Praxis; Vorstandsmitglied SGBAT (1994–2001).

Dirk Revenstorf, Prof. Dr. rer. soc., Dipl.-Psych., Psychologiestudium an der Universität Hamburg; Persönlichkeits- und Psychotherapieforschung am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München und an der Universität Konstanz. Professor für Klinische Psychologie an der Universität Tübingen und an der Universidad de las Americas

Puebla (Mexico). Seit 1984 Vorsitzender der Milton Erickson Gesellschaft (Deutschland). Psychotherapeutische Zusatzausbildungen: Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie, Körperpsychotherapie; Arbeitsbereiche: Persönlichkeitstheorie, Forschungsmethodik, Psychotherapieforschung, Verhaltenstherapie, Hypnose, Paartherapie, Psychotherapie-Ausbildung.

Thomas Scherrmann, Dr. rer. soc., Dipl.-Psych., Promotion über Belastungs-Bewältigungs-Prozesse bei Familien schizophrener Menschen. Leitung von Forschungsprojekten und Fortbildungen im Bereich Angehörigenarbeit bei Betroffenen von endogenen Psychosen. Kassenzulassung Verhaltenstherapie, klinische Hypnose. Zertifizierter Hakomi-Therapeut. Praxis für Psychotherapie und Shiatsu in Tübingen, independent researcher.

Ulrich Soeder, Dipl.-Psych., Studium in Heidelberg, 1996 bis 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Technischen Universität Dresden in den Fachbereichen Klinische Psychologie und Medizinische Psychologie, Hakomi-Therapeut. Arbeitsschwerpunkte: Psychiatrische Epidemiologie, psychotherapeutische Versorgungsforschung, Rückenschmerzprävention, Evaluation.

Halko Weiss, Dipl. Psych., Studium der Psychologie in Hamburg. Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor (BDP). Gründungsmitglied und Senior Trainer des Hakomi Institute, Inc., in Boulder, Colorado. Internationaler Direktor des Hakomi Institute of Europe, e.V., in Heidelberg. Psychotherapeutische Arbeit in eigener Praxis und in verschiedenen Institutionen; Trainer für Führungskräfte; Ausbilder für Körperpsychotherapie in Europa, Nordamerika, Neuseeland und Australien.

Literatur

Beck AT, Epstein NBG, Steer RA (1988) An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 56/6: 893–897

Bergin AE (1971) The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, pp 217–270

Boadella D (1990) Die somatische Psychotherapie: Ihre Wurzeln und Traditionen. In: Boadella D, Maul B (Hrsg) *Energie und Charakter* 1: 3–41

Boadella S, Boadella D (2002) Internationales Institut für Biosynthese, Forschung – Entwicklung – Ausbildung (IIBS). *Psychother Forum* 10/2: 96–97

Bortz J (1984) *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York

Boyesen G (2001) *Über den Körper die Seele heilen*, 9 Aufl. Kösel, München

Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Johnson SB, Pope K S, Crits-Christoph P, Baker M, Johnson B, Woody SR, Sue S, Beutler L, Williams DA, McCurry S (1996) An update on empirically validated treatments. *The Clinical Psychologist* 49: 5–18

Cierpka M, Orlinsky D, Kächele H, Buchheim P (1997) Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 42: 269–281

Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (CIPS) (Hrsg) (1996) *Internationale Skalen für Psychiatrie*, 4. Aufl. Beltz Test, Göttingen

Cohen J (1977) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd edn. Academic Press, New York

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1993) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10. Huber, Bern

Ehling M, von der Heyde C, Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Quitt H (1992) *Eine Deutsche Standarddemographie*. ZUMA-Nachrichten 31: 29–46

European Association for Body Psychotherapy – Schweiz / CH-EABP (2000) *Körperpsychotherapie – Schweiz*. Die wichtigsten Psychotherapieformen. Unveröffentlichte Broschüre. Bern. www.eabp.org

Ferenczi S (1984) *Bausteine zur Psychoanalyse*, Bd 1–4. Huber, Bern

Fischer M (2002) *Institut für Integrative Körperpsychotherapie (IBP)*. *Psychother Forum* 10/2: 90–91

Franke GH (1995) *Die Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R*. Hogrefe, Göttingen

Franke G H (2002) *Die Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R*, 2. Aufl. Beltz Test, Göttingen

Fydrich T, Laireiter A-R, Saile H, Engberding M (1996) Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 25: 161–168

Geiser-Juchli C (2002) *Ausbildungsinstitut für Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie (GFK)*. *Psychother Forum* 10/2: 88–89

Geissler P (1999) *Körperpsychotherapie als Kurzzeittherapie: Therapeutische Arbeit im Spannungsfeld zwischen Übertragungen und korrigierenden Neuerfahrungen*. *Psychother Forum* 7/1: 21–32

Geuter U (1996) *Körperbilder und Körper-techniken in der Psychotherapie*. *Psychotherapeut* 41: 99–106

Geuter U (2000) *Historischer Abriss zur Entwicklung der körperorientierten Psychotherapie*. In: Röhrich F (Hrsg) *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis. Hogrefe, Göttingen

- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Groddeck G (1988) Verdrängen und Heilen. Aufsätze zur Psychoanalyse und zur Psychosomatischen Medizin. Fischer, Berlin
- Gudat U (1997) Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie – Anwendungsbereiche und Wirkungen. Psychother Forum 5: 28–37
- Hahn P (Hrsg) (1979) Psychosomatik. Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Kindler, Zürich
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1994) Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch. Huber, Bern
- Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E (2001) Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Diagnostica 47/1: 27–39
- Horowitz LM, Strauss B, Kordy H (2000) Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version IIP-D, 2. Aufl. Beltz Test, Weinheim
- Jacobson N S, Follette W C, Revenstorf D (1984) Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. Behavior Therapy 15: 336–352
- Jacobson NS, Truax P (1991) Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consult Clin Psychol 59: 12–19
- Janet P (1924) Principles of psychotherapy. Freeport, New York
- Koemeda-Lutz M, Carle L, Steinmann H, Müller V, Ventling C (2002) Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT). Psychother Forum 10/2: 106–107
- Kurtz R (1994) Hakomi. Kösel, München
- Laireiter AR, Vogel H (Hrsg) (1998) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialer Versorgung. Ein Werkstattbuch. DGVT-Verlag, Tübingen. Darin: Laireiter AR, Vogel H: Qualitätssicherung in der Psychotherapie, S 18–46
- Linden M (1987) Phase-IV-Forschung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Linden M (1989) Die Phase IV der Therapieevaluation. Der Nervenarzt 60: 453–461
- McGaw B, Glass G V (1980) Choice of metric for effect size in meta-analysis. American Educational Research Journal 17: 325–337
- Meyer V, Buchmann R, Haldimann C, Lichtenegger E (2002) Das Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie (SIKOP). Psychother Forum 10/2: 116–117
- Michel I, Koemeda-Lutz M (2002) Stammbaum zur Geschichte der Bioenergetischen Analyse. In: Koemeda-Lutz (Hrsg) Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel. Schwabe, Basel, S 12–26
- Müller-Braunschweig H (1997) Zur gegenwärtigen Situation der körperbezogenen Psychotherapie. Psychotherapeut 42: 132–144
- Müller-Hofer B (2002) Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) Ergebnisse einer Praxisevaluation. Dissertation, Universität Salzburg
- Röhrich F (2000) Körperorientierte Körperpsychotherapie psychischer Störungen. Hogrefe, Göttingen
- Rudolf G (1998) Taxonomie der Psychotherapieforschung. Psychother Forum 6/2: 80–91
- Sanderson WC, Woody S (1995) Manuals for empirically validated treatments. The Clinical Psychologist 48: 7–11
- Schatz DS (2002) Körperarbeit in der klientenzentrierten Körperpsychotherapie. Psychother Forum 10/1: 38–45
- Scheidt CE, Seidenglanz K, Dieterle W, Hartmann A, Bowe N, Hillenbrand D, Sczudlek G, Strasser F, Strasser P, Wirsching M (1998) Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. Psychotherapeut 43: 92–101
- Schulte D (1993) Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Zeitschrift für Klinische Psychologie 22/4: 374–397
- Schwarzer R (1994) Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. Diagnostica 40/2: 105–123
- Schwarzer R, Jerusalem M (Hrsg) (1999) Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Freie Universität, Berlin
- Schweizer Charta für Psychotherapie. www.psychotherapiecharta.ch
- Schweizer M, Budowski M (2001) Versorgungsdokumentation. Gesamtbericht. Neuchâtel, CH. Schweizer Charta für Psychotherapie
- Schweizer M, Buchmann R, Schlegel M, Schulthess P (2002) Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. Psychother Forum 10/3: 127–146
- Seidler K-P, Schreiber-Willnow D, Hamacher-Erbguth A, Pfäfflin M (2002) Die Praxis der Konzentrativen Bewegungstherapie. Psychotherapeut 47: 223–228
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. American Psychologist 50: 965–974
- Soeder U, Kaschke M, Scherrmann T, Dobiasch U, Weiss H, Revenstorf D (1999) The outcome of body-psychotherapy – an evaluation study. 7th European Congress of Body Psychotherapy, Travemünde
- Stattman J (1987) An introduction to unitive psychotherapy, Part I and II in Polaris 1 (1) and 1 (2), Amsterdam
- Strauss BM, Kächele H (1998) The writing on the wall – comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. Psychotherapy Research 8/2: 158–170
- Ventling C, Gerhard U (2000) Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien und Stabilität des Therapieresultats. Eine retrospektive Untersuchung. Psychotherapeut 45: 230–236
- Vessey JT, Howard KI (1993) Who seeks psychotherapy? Psychotherapy 30/4: 546–553
- Von Uexküll T (1979) Psychosomatische Medizin. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Von Uexküll T, Wesiack W (Hrsg) Urban und Schwarzenberg, München Wien
- Von Weizsäcker V (1947) Körpergeschehen und Neurose. Klett, Stuttgart
- Von Zerssen D, Koeller D-M (1975, 1996) Die Beschwerden-Liste (BL). Manual. Beltz Test, Weinheim
- Willutzki U, Botermans J-F, SPR Collaborative Research Network (1997) Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz. Psychotherapeut 42: 282–289
- Wuchner M, Eckert J, Biermann-Ratjen EM (1993) Vergleich von Diagnosegruppen und Klienten verschiedener Kliniken. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 29/2: 198–214