

Barbara Müller-Hofer, Christiane Geiser, Ernst Juchli und Anton-Rupert Laireiter

Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) – Ergebnisse einer Praxisevaluation

Client-Centered Body Psychotherapy (GFK) – an Effectiveness Study

Abstract. The GFK method is a client-centered body psychotherapy method integrating elements of verbal communication (according to C. Rogers), focusing (E.T. Gendlin) and body psychotherapy (referring to W. Reich). It is mostly applied in private practices and has been developed by Ch. Geiser and E. Juchli (Wil/CH). The outcomes and the effectiveness of GFK have not been tested empirically so far. Thus, the present study is the first trial to evaluate GFK's outcomes empirically using a Phase IV- or effectiveness-design (according to M.E.P. Seligman). In addition to well established instruments (self-ratings of patients and therapists) such as SCL-90-R, IIP-D, BDI, BAI, B-L, and GAF questionnaires on life-satisfaction, psychological impairments in different areas of living, and on the global effectiveness of the therapy were used. For the assessment of the therapists' fidelity to the method (GFK) and of therapy process specific instruments were constructed.

The study started with 34 clients, 7 of these had finished their treatment after 6 months, 17 after one year, and 10 had dropped out prior to the regular ending of the therapies. Drop-outs and clients did not differ in socio-demographic and disease-characteristics, nor did clients of this study compared with those of other effectiveness studies from literature. The most prevailing diagnoses were affective disorders, neurotic and somatoform disorders (F3 and F4 according to ICD-10). Statistically significant improvements with medium to high effect sizes was found in most of

1. Einleitung

Die *GFK-Methode* („*Gespräch – Focusing – Körper*“) versteht sich als eine integrative Behandlungsform, die vom Gedanken ausgeht, dass die KlientIn selbst die Expertin für die eigene Entwicklung ist. Mit Hilfe einer begleitenden TherapeutIn, die ihre eigene Resonanz zur Verfügung stellt, kann sich eigenes Wachstumspotential bei der KlientIn entfalten. Wachstum wird dabei als Entwicklung in zyklischen Prozessen nach chaostheoretischen Vorstellungen gedacht. Nötige therapeutische Wirkvariablen sind in Anlehnung an die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers Akzeptanz, Empathie und Kongruenz.

Therapeutische Begleitung erstreckt sich aber nicht nur auf den verbalen Bereich, sondern umfasst auch das Hinführen zu körperlicher und emotionaler Erlebensstiefe (Experiencing) durch das Erlernen von Focusing (nach E. Gendlin). Da davon ausgegangen wird, dass jedes Erleben eine körperliche Dimension hat, bei dem jeweils das Muskel-, Skelett- und/oder Organsystem beteiligt sind, wird auch diese Ebene in Form von dialogischer Körperarbeit, Unterstützung autonomer Körperprozesse und von Massagen (in Anlehnung an Wilhelm Reich) miteinbezogen (s. ausführlicher Müller-Hofer, 2002).

Christiane Geiser und Ernst Juchli haben diese Form klientenzentrierter Körperpsychotherapie in den 80er Jahren entwickelt und 1989 das Ausbildungsinstitut für Klientenzentrierte Körperpsychotherapie mit Sitz in Wil/St. Gallen und Zürich gegründet (Geiser, 2002). Das Institut ist Mitglied des

„Schweizerischen Verbandes für körperbezogene Psychotherapie“ (SVKP) und der „European Association of Body-Psychotherapy“ (EABP). Publikationen erscheinen periodisch als „GFK-Texte“, nachzulesen auf der homepage des Institutes (www.gfk-institut.ch). Bis jetzt wurden ca. 150 TherapeutInnen in Österreich, Deutschland und der Schweiz vom GFK-Institut ausgebildet, ca. 120 davon sind auch selbst körpertherapeutisch tätig. Der Berufsverband „Schweizerische Gesellschaft für körper- und klientenzentrierte Theorie und Praxis“ (SGfK) existiert seit 1993.

Die Wirksamkeit der GFK-Methode ist bisher nicht empirisch untersucht worden. Die vorliegende Studie ist daher die erste, die diesen Versuch unternimmt. Ihr Ziel ist es daher, die GFK-Methode, so wie sie in der Praxis durchgeführt wird, mit wissenschaftlicher Methodik und nach internationalen Standards prospektiv zu evaluieren. Dazu verpflichten ethische Gesichtspunkte (Dührssen, 1996) ebenso wie die aktuelle gesundheitspolitische Situation, die nach Qualitätssicherung psychotherapeutischer Methoden verlangt (Laireiter und Vogel, 1998).

Wegen bisher fehlender Studien finden sich in der Literatur Wirksamkeitsuntersuchungen lediglich zu den Einzelkomponenten der GFK-Methode und dies in unterschiedlichem Ausmaß. So ist der Beweis der Wirksamkeit des klientenzentrierten Ansatzes der Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers als „hochwirksame Therapie“ hin-

Korrespondenz: Barbara Müller-Hofer, Hauptstrasse 92, CH-8272 Ermatingen, Schweiz, felix.barbara.mueller@bluewin.ch

the scales and the ratings by the therapists. Approximately 60–80% of the clients improved in a clinically significant way through their therapies. It is concluded that GFK is an effective psychotherapeutic strategie.

Keywords:

Psychotherapy; Client-centered psychotherapy; Focusing; Body psychotherapy; Client-centered body psychotherapy; Psychotherapy research; Effectiveness; Therapy process.

Zusammenfassung

Die GFK-Methode ist eine klientenzentrierte Körperpsychotherapiemethode, die die Elemente Gespräch (C. Rogers), Focusing (E.T. Gendlin) und Körper (in Anlehnung an W. Reich) integrativ verbindet und primär in freier Praxis angewendet wird. Sie wurde von Ch. Geiser und E. Juchli (Wil/CH) entwickelt. Die vorliegende Untersuchung ist die erste Evaluationsstudie dieser Methode und entspricht einer Phase IV Studie. Sie evaluiert den Therapieverlauf und -erfolg prospektiv. Neben etablierten Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten (SCL-90-R, IIP-D, BDI, BAI, B-L, GAF) werden Instrumente zur Lebenszufriedenheit, zur Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen und zum Globalen Therapieerfolg eingesetzt. Zur Erfassung der Methodentreue und GFK-spezifischer Therapieprozessmerkmale wurden eigene Untersuchungsinstrumente entwickelt.

In die Studie wurden 34 KlientInnen aufgenommen, 7 davon beendeten ihre Therapien nach 6 Monaten regulär, 17 nach einem Jahr, 10 brachen sie ab. Die KlientInnen und die TherapieabbrucherInnen unterschieden sich bezüglich soziodemographischer und Störungsmerkmale nicht voneinander, ebensowenig wie von KlientInnen anderer Praxisstudien. Häufigste Diagnosen waren affektive, neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F3 und F4 nach ICD-10). In den meisten Skalen fanden sich statistisch signifikante Verbesserungen mit mittleren bis hohen Effektstärken, 60–80% der KlientInnen verbesserten sich durch die Therapie klinisch signifikant. Es kann geschlossen werden, dass die GFK-Methode eine wirksame psychotherapeutische Methode darstellt.

Schlüsselwörter:

Psychotherapie; Klientenzentrierte Psychotherapie; Focusing; Körperpsychotherapie; Klientenzentrierte Körperpsychotherapie Psychotherapieforschung; Wirksamkeit; Prozess.

reichend erbracht worden (Grawe et al., 1994). Nach Röhrich (2000) liegen bislang jedoch insgesamt noch keine ausreichenden Belege für die Effizienz und die Effektivität der Körperpsychotherapie im allgemeinen vor. Die Forschung in der Körperpsychotherapie hat sich bisher hauptsächlich mit der Wirkung der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) in Gruppen (Seidler, 2001), des Focusing (Hendricks, 2000) und der Bioenergetischen Analyse (Gudat, 1997; Ventling und Gerhard, 2000) beschäftigt. Um den Erkenntnisstand in bezug auf die Wirkungsweisen körperpsychotherapeutischer Methoden insgesamt zu verbessern wurde 1998 vom „HAKOMI Institute of Europe“ eine, wissenschaftlichen Standards entsprechende, praxisorientierte Verbundstudie (Phase-IV-Studie; effectiveness-study nach Seligman) zur Körperpsychotherapie initiiert, in die unterschiedliche Methoden integriert wurden. Erste Ergebnisse dieser Studie liegen jetzt vor (s. Soeder et al., 1999; Publikationen in diesem Heft). Die vorliegende Studie ist Teil dieser Verbundstudie,¹ geht aber hinsichtlich Fragestellungen und Methodik auch darüber hinaus (Müller-Hofer, 2002).

2. Fragestellungen

In der vorliegenden Arbeit sollen drei Fragen ausführlicher untersucht werden:

1) *Welche KlientInnen beanspruchen die klientenzentrierte Körperpsychotherapie der GFK-Methode?* Es sollten die KlientInnen bezüglich soziodemographischer Merkmale, Diagnosen und Symptom- und Beschwerdebildung zu Therapiebeginn charakterisiert werden.

2) *Wirkt die GFK-Methode?* Kommt es durch die Behandlung mit der GFK-Methode unter naturalistischen Bedingungen zu einer Verbesserung der zur psychotherapeutischen Behandlung führenden Symptome und ist die allfällige Besserung klinisch relevant, d.h. bewirkt die Therapie eine Reduktion der Symptomatik und Belastungen der KlientInnen aus dem Bereich klinischer Auffälligkeit zu Beginn der Therapie in den Normalbereich nach deren Ende? Damit verbunden ist auch die Frage nach der Praxisrelevanz dieser Methode im Sinne der Phase-IV-Forschung (Linden,

1989) bzw. dem Konzept der „effectiveness“ nach Seligman (1995) gestellt.

3) *Bestehen Zusammenhänge zwischen Therapieprozess und Therapieergebnis?* Besteht ein Zusammenhang zwischen der Reduktion der Beschwerden der KlientInnen nach deren eigener Einschätzung und der Qualität und dem Gelingen des Therapieprozesses aus Sicht der TherapeutInnen?

3. Methode

3.1 Konzeption der Studie

Zur Untersuchung und Überprüfung dieser Fragen wurde eine prospektive Studie im Sinne der Phase-IV-Forschung nach Linden (1989) unter naturalistischen Bedingungen (Seligman, 1995), so wie sich die Situation in einer ambulanten psychotherapeutischen Praxis darbietet, geplant und durchgeführt. Sowohl aus Gründen des Studienziels (möglichst hohe ökologische Validität), vor allem aber aus ethischen Gründen wurde kein randomisiertes Design mit Kontrollgruppe realisiert. Es sollte eine ad hoc Stichprobe von mindestens 30 KlientInnen, die eine GFK-Einzeltherapie beginnen wollten, untersucht werden. Die KlientInnen sollten zwischen 18 und 64 Jahre alt und bereit sein, an der Evaluation teilzunehmen (informed consent). An der Studie sollten möglichst viele der nach der GFK-Methode ausgebildeten und graduierten TherapeutInnen teilnehmen, sofern sie diese in ihrer Praxis in möglichst reiner Form anwenden. Ab Studienbeginn sollten sie die jeweils nächsten KlientInnen, die die Einschlusskriterien erfüllten, in die Studie aufnehmen.

Da diese Arbeit aus einer Forschungskoooperation mit dem HAKOMI-Institut Heidelberg entstanden ist, sollten aus Vergleichszwecken die selben Untersuchungsinstrumente wie in der Körperpsychotherapie-Verbundstudie (Soeder et al., 1999, Publikation in diesem Heft) verwendet werden. Darüber hinaus wurden aber auch GFK-spezifische Messinstrumente (Erfassung der Prozessmerkmale, der Methodentreue, GFK-spezifische Outcomes) entwickelt und eingesetzt (s. dazu ausführlicher Müller-Hofer, 2002). Auch das Design der Studie sollte sich an das der Verbundstudie anlehnen (Messungen zu Therapiebeginn, nach sechs Monaten und zwei Jahren danach). Aufgrund

¹ Die AutorInnen danken der Projektgruppe Forschung am Hakomi Institute of Europe für die gute Zusammenarbeit.

Tabelle 1. Untersuchungsinstrumente

Messzeitpunkte	Selbstbeurteilungsinstrumente (KlientInnen)	Fremdbeurteilungsinstrumente (TherapeutInnen)
Therapiebeginn: Eingangserhebung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soziodemographische Fragen (analog Ehling et al., 1992) ➤ Fragen zur Gesundheit (Lutz et al., 1995) ➤ SCL-90-R: Symptom Checkliste nach Derogatis (Franke, 1995) ➤ B-L: Beschwerden-Liste nach Zerssen (v. Zerssen, 1996) ➤ BAI: Beck-Angstinventar (Beck et al., 1988) ➤ BDI: Beck-Depressionsinventar (Hautzinger et al., 1994) ➤ IIP-D: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme/Kurzform (Horowitz et al., 1994) ➤ LZH: Fragen zur Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen („Lebenszufriedenheit“) (Lutz et al., 1995) ➤ GRK: Skala zur Beeinträchtigung in den Bereichen „Arbeit“, „Freizeit“ und „Familienleben“ sowie „körperliches Wohlbefinden“ aus KlientInnen-sicht (modifiziert nach Schneider und Margraf, 1996) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fragen zum therapeutischen Setting und der Einordnung des Untersuchungszeitpunktes ➤ Fragen zur Problemanalyse und Diagnose(n) nach ICD-10 oder DSM-IV ➤ GRT: Skala zur Beeinträchtigung in den Bereichen „Arbeit“, „Freizeit“ und „Familienleben“ sowie „körperliches Wohlbefinden“ aus TherapeutInnen-sicht (modifiziert nach Schneider und Margraf, 1996) ➤ GAF: Global Assessment of Functioning Scale (American Psychiatric Association, 1996)
Verlauf/Abschluss: (6 und 12 Monate nach Beginn) Verlaufs- und Abschlusserhebung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie bei Eingangserhebung, zusätzlich ➤ GEK: Globale Einschätzung des Therapieerfolgs aus KlientInnen-sicht (Schneider und Margraf, 1996) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie bei Eingangserhebung, zusätzlich ➤ GET: Globale Einschätzung des Therapieerfolgs aus TherapeutInnen-sicht (Schneider und Margraf, 1996) ➤ VB: Veränderungsbeobachtungen nach 6 Monaten (Müller-Hofer, 2002; modifiziert nach Laireiter et al., 1998) ➤ LU: Veränderung der Lebensumstände der/des KlientIn in den letzten 6 Monaten (Müller-Hofer, 2002; in Anlehnung an Grawe et al., 1994) ➤ TPM: Therapie-Prozess-Merkmale in den letzten 4 Wochen TPM (Müller-Hofer, 2002) ➤ MT: Fragen zur Methodentreue „Dokumentation der therapeutischen Tätigkeit nach der GFK-Methode“ (Müller-Hofer, 2002)

spezifischer Forschungsinteressen wurde dieses aber in der vorliegenden Studie durch eine Zwischenmessung nach zwölf Monaten ergänzt, sodass in dieser Arbeit ebenfalls über die Ergebnisse von drei Messzeitpunkten berichtet wird (Therapiebeginn, Zwischenmessung nach 6 Monaten; Abschlusserhebung nach 12 Monaten). Die Daten zur Katamnese sind erst zu erheben und werden später mitgeteilt.

Die Struktur des Designs und der Studie orientiert sich an mittlerweile allgemein anerkannten Kriterien und Mindestanforderungen an praxisbezogene Evaluationen und Qualitätsmonitorings (z.B. Braun und Regli, 2000), denen zufolge nicht nur eine mehrphasige Evaluation mit angemessener Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussbeurteilung einschließlich Katamnese auf der Basis mehrdimensionaler Datenerhebung (psychische Symptomatik, Körperbeschwerden, soziale Defizite und Auffälligkeiten) durchgeführt werden soll, sondern auch eine Mehrperspektivenerfassung durch Berücksichti-

gung der TherapeutInnen- und KlientInnen-sicht zu realisieren ist.

3.2 Messinstrumente

Die eingesetzten Messinstrumente der Eingangserhebung und der Erhebungen nach 6 und 12 Monaten sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Auswahl der Verfahren orientierte sich an internationalen Standards praxisorientierter Evaluation (s. auch Schulte, 1993) sowie an den oben erörterten Prinzipien der Multidimensionalität und Mehrperspektivität.

3.3 Ablauf der Studie und Stichprobenbildung

Aufgrund von Ankündigungen und Vorbefragungen erklärten sich 159 TherapeutInnen, die die GFK-Methode praktizieren, an der Studie interessiert. Diesen wurden ab Mitte April 2000 detaillierte Informationsschreiben mit den entsprechenden Fragebogensets für die einzelnen Messungen sowie genaue Instruktionen zur Datenerhebung sowie ein Glossar zu den eingesetzten Metho-

den und den GFK-Begriffen geschickt. Es nahmen bis Ende Januar 2001, dem definitiven Endpunkt der Aufnahme von KlientInnen in die Studie, schließlich 17 Therapeuten (=11%) an der Studie teil.² Diese arbeiteten zum Zeitpunkt des Studienbeginns alle länger als 5 Jahre mit der GFK-Methode und brachten insgesamt 34 KlientInnen in die Studie ein. Von diesen haben 7 (=20,6%) ihre Therapie im ersten halben Jahr regulär beendet, 17 (=50%) waren 12 Monate lang in Therapie und 10 KlientInnen (=29,4%) brachen die Therapie innerhalb der ersten 6 Monate vorzeitig ab. Die Gruppe der Abbrecher unterschied sich im Hinblick auf die Diagnostik und die wichtigsten soziodemographischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Schulbildung etc.) zu Therapiebeginn nicht

² Die AutorInnen bedanken sich bei den TherapeutInnen für ihr Engagement und die Bereitschaft unentgeltlich Mehrarbeit für diese Untersuchung zu leisten. Besonders herzlich sei den KlientInnen für die wertvolle Teilnahme an der Studie gedankt.

Thérapie corporelle centrée sur le client (méthode GFK) – Résultats d'une évaluation de la pratique

Résumé La méthode GFK est une psychothérapie corporelle centrée sur le client. Elle se fonde sur le principe que ce dernier est un expert quant à son propre développement et combine en les intégrant les éléments 'entretien' (selon C. Rogers), 'focusing' (selon E.T. Gendlin) et 'corps' (en se référant à W. Reich). Elle est utilisée dans le cadre de cabinets de thérapie privés. Cette méthode a été développée par Christiane Geiser et Ernst Juchli ; un institut de formation (*'Ausbildungsinstitut für Klientenzentrierte Körperpsychotherapie / GFK'*) existe depuis 1989 (à Wil, en Suisse). En tant que telle, elle n'avait pas été évaluée scientifiquement jusqu'à récemment.

Le présent travail correspond à une étude de phase IV ; il évalue de manière prospective le déroulement de la thérapie et son efficacité. Il a été effectué en collaboration avec le « HAKOMI Institut Heidelberg », dans un contexte clinique identique à celui caractérisant les traitements ambulatoires : les clients et clientes souffrent de troubles multiples, les diagnostics sont hétérogènes et l'on enregistre une certaine co-morbidité. La durée des thérapies n'avait pas été fixée d'avance. Compte tenu du fait que les principales variables en jeu sont les facteurs 'relation' d'une part et 'expertise du client quant à son propre développement' d'autre part, il n'est pas possible d'utiliser un manuel standard – et cela n'a pas été fait. Par contre, en plus des instruments classiquement utilisés pour l'(auto-)évaluation (SCL-90-R, IIP-D, BDI, BAI, B-L, GAF), d'autres moyens ont été appliqués en vue d'évaluer la satisfaction existentielle des clients, les handicaps dont ils souffraient dans différents domaines et le succès global de la thérapie. De plus, des instruments de recherche spécifiques ont été élaborés pour examiner les caractéristiques du processus thérapeutique et le degré auquel son déroulement a correspondu à la méthode GFK.

L'étude doit permettre de répondre à trois questions globales :

1. Quels types de clients demandent-ils à être traités par la méthode GFK ?
2. Cette dernière est-elle efficace ?
3. Les caractéristiques du processus thérapeutique et celles de ses résultats correspondent-elles ?

L'étude a été menée en 2000–2001, en Suisse, en Autriche et en Allemagne. L'échantillon comptait 34 clients et clientes, dont 7 ont terminé la thérapie au bout de six mois et 17 au bout d'un an ; 10 personnes ont interrompu le traitement. Il s'est avéré que du point

de vue de leurs caractéristiques socio-démographiques comme de celui des diagnostics initiaux et des symptômes, ces clients ne diffèrent en rien de ceux qui sont inclus dans d'autres travaux de recherche. Les diagnostics les plus fréquents étaient : troubles de l'humeur, troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F30 et F40 selon l'ICD-10).

L'analyse des données a permis de démontrer statistiquement que la méthode GFK est efficace et que les effets enregistrés ont une influence sur l'état clinique des clients : des améliorations statistiquement significatives ont été enregistrées sur la plupart des échelles, avec des effets de degré moyen à important ($d > .80$). Les évolutions les plus pertinentes du point de vue clinique sont en rapport avec les symptômes secondaires accompagnant l'anxiété, les symptômes de dépression et l'importance globale des symptômes. Comparées aux résultats d'autres études en rapport avec la pratique les améliorations enregistrées au niveau des symptômes somatiques, dépressifs ou anxieux sont tout aussi, si ce n'est plus importantes. Nous considérons que l'objectif de cette méthode de thérapie est de soutenir les clients à travers des étapes de développement qui permettent à leurs troubles de s'atténuer pour atteindre les niveaux trouvés chez des non-clients. Dans l'ensemble, cet objectif avait été atteint. De plus, lorsqu'on demande directement aux clients et aux thérapeutes si l'état global des premiers s'est amélioré entre le début et la fin de la thérapie, la réponse est le plus souvent positive. Par contre, nous n'avons enregistré qu'une faible corrélation entre les caractéristiques du processus thérapeutique et son aboutissement.

Notre étude ne s'est pas fondée sur une structure expérimentale incluant une randomisation des clients et un groupe de contrôle. Il reste qu'en comparant ses résultats avec les valeurs enregistrées dans d'autres travaux et les valeurs normales à attendre sur les différentes échelles, on peut dire qu'elle est valide au niveau interne comme au niveau externe. Comparée à une démarche plus expérimentale, elle a l'avantage de demeurer proche de la pratique, ce qui permet d'y transférer aisément ses résultats. Nous projetons d'autres travaux dans lesquels certaines composantes des entretiens seront isolées ; une comparaison sera alors effectuée entre « la pure thérapie par entretiens » et la méthode GFK centrée sur le corps.

signifikant von den Nicht-Abbrechern beider Gruppen; auch die Gruppe mit den kürzeren Therapien (< 6 Monate) unterschieden sich nicht von denen mit längeren (< 12 Monate; vgl. dazu ausführlicher Müller-Hofer, 2002). Die Stichproben werden daher im folgenden gemeinsam dargestellt.

Bei den KlientInnen, die ihre Therapie beendigten, lag der Fragebogenrücklauf bei 95%.

3.4 Stichprobe

Von den 34 KlientInnen waren 27 (79,4%) Frauen und 7 (20,8%) Männer. Das Durchschnittsalter betrug 33,5 Jahre (22 bis 60 Jahre). 20 KlientInnen (58,8%) waren ledig, über die Hälfte

lebte mit einem Partner zusammen. Die Dauer der Partnerschaft betrug durchschnittlich 90 Monate. Mehr als die Hälfte aller Befragten war kinderlos. Als höchsten Schulabschluss gab fast die Hälfte (47,1%) einen Matura- oder Abiturabschluss bzw. die Hochschulreife an, rund 30% hatten einen Lehr- oder Berufsabschluss und ein Drittel hatte keinen Berufsabschluss oder stand noch in Ausbildung. 60% der KlientInnen hatten Therapieerfahrungen zwischen 2 und 300 Sitzungen (Median 27,5). 60% der KlientInnen mussten weniger als 4 Wochen auf den Therapieplatz warten. 30% waren vollständig Selbstzahler, 30% erhielten einen Teil und 40% die ganze Therapie von der Krankenkasse bezahlt.

Die ICD-definierten Diagnosen der Stichprobe sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Die häufigsten Diagnosen waren „affektive Störungen“ F3 (41.2%) und „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ F4 (38.2%). Die Prä-Werte zu den Selbstbeurteilungsskalen der KlientInnen sind in Tabelle 4 dargestellt, diejenigen zu den Fremdbeurteilungen der TherapeutInnen in Tabelle 5.

3.5 Datenauswertung und statistische Analysen

Für die Messung des Therapieerfolges wurden Prä-Post-Vergleiche der Messwerte zu den verschiedenen Messzeitpunkten durchgeführt und auf Signifikanz geprüft. Es kamen nonparametri-

Tabelle 2. Haupt- und Zweitdiagnosen der untersuchten Personen nach ICD-10

Haupt- oder Leitdiagnosen	N (%)	Zweit- oder Zusatzdiagnosen	N
F19 Polytoxikomanie	1 (2,9%)	F50 Essstörung	1
F32 Depressive Episoden	8 (24%)	F50 Essstörung	1
F33 Rezidivierende depressive Störung	1 (2,9%)		
F34 Anhaltende affektive Störung	4 (11,7%)	Z61 Sexueller Missbrauch	1
F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung	1 (2,9%)	Z61 Sexueller Missbrauch	1
F40 Phobische Störung	1 (2,9%)	F32 Depressive Episoden	1
F41 Sonstige Angststörungen	9 (26,5%)	Z61 Sexueller Missbrauch	2
		F45 Somatisierungsstörung	1
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen/Anpassungsstörungen	3 (8,8%)	Z61 Sexueller Missbrauch	1
		Z63 Probleme familiäre Umstände	1
F50 Essstörungen	1 (2,9%)		
F54 Psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten	2 (5,8%)	K51 Colitis ulcerosa	1
		L23 Hautkrankheit	1
F60 Spez. Persönlichkeitsstörung	1 (2,9%)		
F66 Psychische Störung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung	1 (2,9%)	Z61 Sexueller Missbrauch	1
Z73 Burn out Syndrom	1 (2,9%)		
	34 (100%)		13

sche statistische Verfahren zur Anwendung, welche an entsprechender Stelle jeweils bezeichnet sind. Außerdem wurden Effektstärken nach Cohen (1988) berechnet und es wurde in Anlehnung an Kordy und Hannöver (2000) geprüft, inwieweit die erreichten Verbesserungen klinisch bedeutsam waren. Für die Zusammenhangsanalysen zwischen Therapieprozess und Therapieerfolgsmaßen wurde aufgrund nonparametrischer Voraussetzungen der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman (1906) errechnet.

4. Ergebnisse

Die im folgenden vorgestellten Daten beziehen sich auf alle 24 KlientInnen, die 6 oder 12 Monate in Therapie waren. Die Gruppe der 6-Monatsabschließer hatte im Mittel 14 (4–27) Therapiesitzungen, diejenige der 12-Monatsabschließer 33 (15–43) Therapiesitzungen.

4.1 Globale Einschätzung des Therapieerfolgs

80% der KlientInnen fühlte sich nach der Therapie viel bis sehr viel besser. Die Therapeutinnen gaben bei rund der Hälfte der Behandlungen einen viel besseren und in nicht ganz 40% der Fälle einen etwas besseren Zustand an (Tabelle 3).

4.2 Direkte Veränderungsbeurteilung

Nach Beendigung der Therapie wurden die TherapeutInnen gebeten, die bei den KlientInnen wahrgenommenen Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen auf einer dreistufigen Skala (s. Abb. 1) zu beurteilen. Ebenso wurden die TherapeutInnen gebeten, Veränderungen in verschiedenen persönlichen Charakterbereichen und Eigenschaften ihrer KlientInnen auf einer vierstufigen Skala zu beurteilen (Abb. 2).

Wie Abb. 1 zeigt, nahmen die TherapeutInnen bei ihren KlientInnen im Schnitt nur knapp leichte Veränderun-

gen in den verschiedenen Lebensbereichen wahr. Die deutlichsten positiven Veränderungen ergaben sich für die Beziehungen am Arbeitsplatz, gefolgt von anderen Verbesserungen am Arbeitsplatz und von positiven Veränderungen in den Partnerschaften und im Körperbezug zu sich selbst. Geringe bis keine Veränderungen wurden in den Arztbesuchen, der Medikamenteneinnahme, gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen, Krankschreibungen und in den Beziehungen zur Familie wahrgenommen.

In der Fremdbeobachtung erlebten die TherapeutInnen Ihre KlientInnen zum Ende der Therapie im Vergleich zu deren Beginn vor allem offener, selbstbewusster, lebensfroher und energievoller. Nur wenig waren sie furchtloser, verantwortungsbewusster und freundlicher (Abb. 2).

4.3 Prä-Post-Vergleiche

Die Befunde zu den Prä-Post-Veränderungen für alle TherapieabsolventInnen (n=24) sind für die Selbstbeurteilungsinstrumente in Tabelle 4 und für die Fremdbeurteilungsinstrumente in Tabelle 5 dargestellt. Die statistische Signifikanz der Veränderungen wurde mittels Vorzeichenrang-Test nach Wilcoxon (1945) berechnet. Es fanden sich hochsignifikante bis signifikante Verbesserungen im Bereich der gesamten Symptomatik (SCL-90-R), im Symptombereich der Depressivität (BDI) und Ängstlichkeit (BAI) sowie der subjektiv empfundenen Beschwerden (B-L). Die Werte der Lebenszufriedenheit (LZH) und des Globalen Funktionsniveaus (GAF) stiegen ebenfalls signifikant an.

Tabelle 3. Globale Einschätzung des Therapieerfolgs durch die KlientInnen (GEK) und TherapeutInnen (GET)

Perspektive	N	Sehr viel besser	Viel besser	Etwas besser	Unverändert	Etwas schlechter	Viel schlechter
GEK:							
Im Vergleich zum Beginn der Therapie fühle ich mich ...	20	7 (35%)	9 (45%)	4 (20%)	0	0	0
GET:							
Im Vergleich zum Beginn der Therapie geht es der KlientIn heute ...	22	1 (4,5%)	11 (50%)	8 (36%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)	0

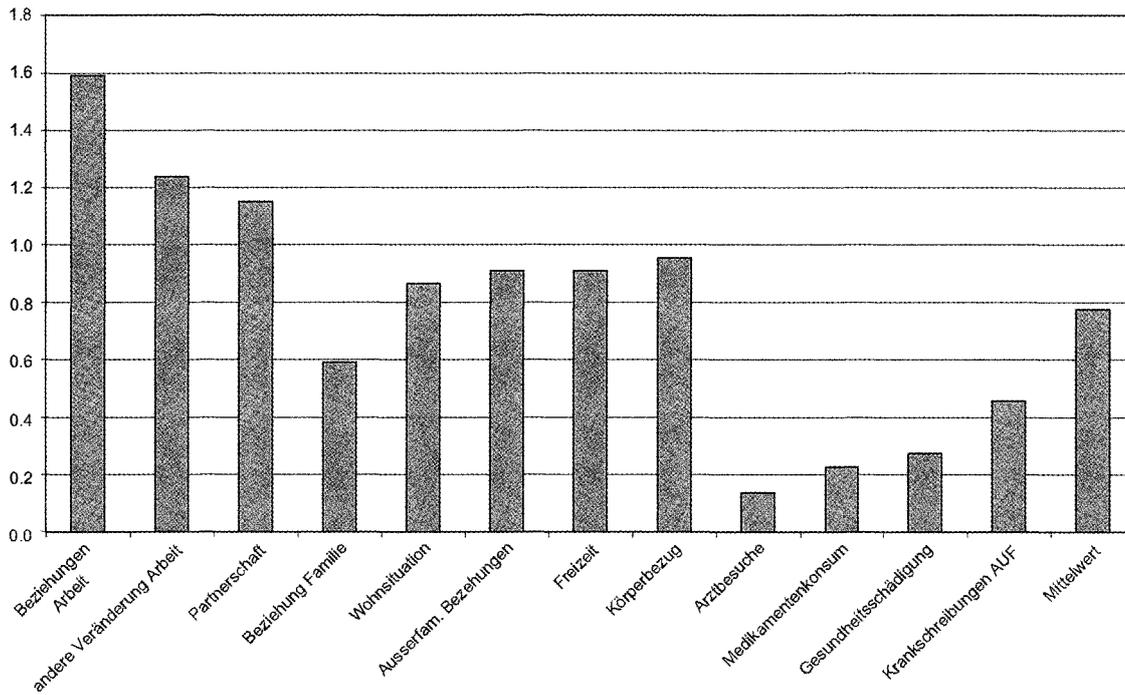


Abb. 1. Veränderungen in Lebensbereichen (LU) Fremdbeurteilung/TherapeutInnen (Skalenmittelwerte; N = 22). 0 = keine Änderung, 1 = leichte Änderung; 2 = merkliche Änderung

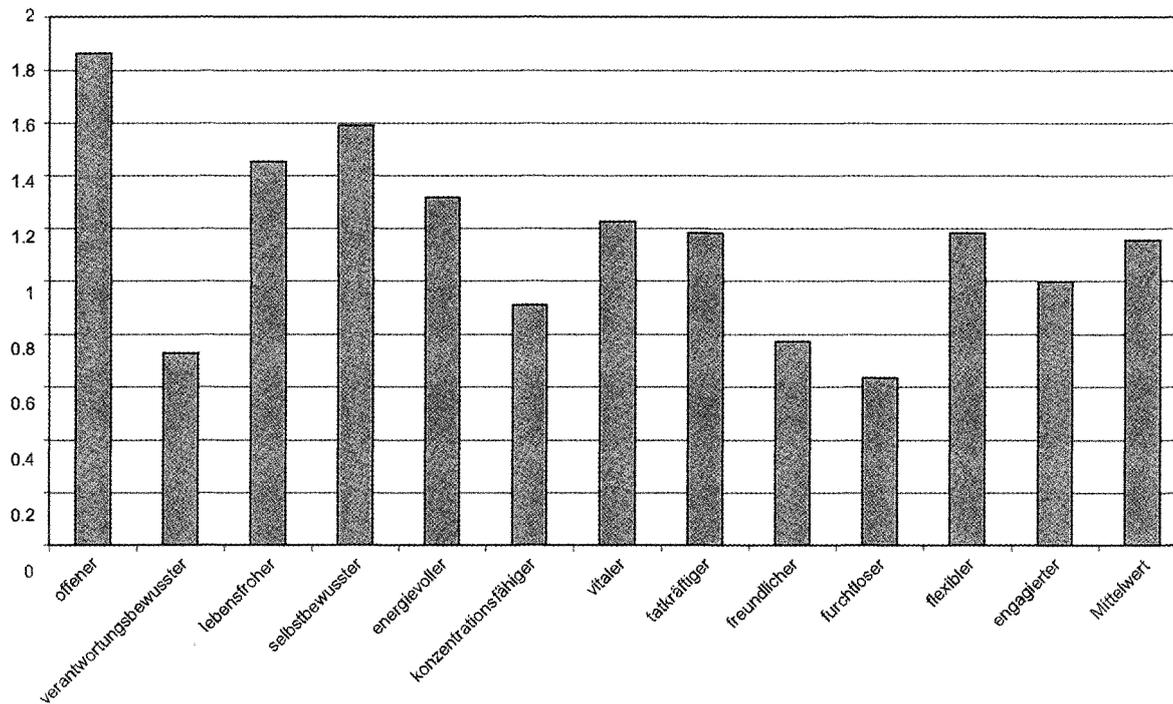


Abb. 2. Veränderungsbeobachtung in Eigenschaften (VB)/Fremdbeurteilung/TherapeutInnen (Skalenmittelwerte; N = 22). 0 = keine Änderung, 1 = merkliche, 2 = deutliche, 3 = sehr starke Änderung in Richtung der entsprechenden Eigenschaft

Die Beeinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbereichen nahmen sowohl im Urteil der KlientInnen (GRK) wie auch der TherapeutInnen (GRT) signifikant ab.

Die Gruppe der KlientInnen, die 12 Monate ($n=17$) in Therapie verblieb, konnte zwar ebenfalls in fast allen erhobenen Skalen signifikante Veränderungen ausweisen, nicht aber in gleicher Höhe und nicht in gleich vielen Subskalen wie die Gesamtgruppe. Bei der Gruppe derjenigen, die die Therapie nach sechs Monaten regulär beendete ($n=7$), ließ sich zu Therapieende nur in der Depressionssymptomatik eine signifikante Verbesserung erfassen. Dennoch unterscheiden sich die beiden Gruppen (Beendigung nach 6 und nach 12 Monaten) weder zu Therapiebeginn noch nach Therapieende in ihren Symptomwerten statistisch signifikant voneinander.

Bei der Betrachtung der Skalenwerte nach den ersten 6 Monaten ist festzustellen, dass es den KlientInnen, die weiterhin in Therapie verblieben sind, noch nicht so gut ging, wie denen, die die Therapie zu diesem Zeitpunkt bereits beendet hatten. Auch dieses Ergebnis ließ sich statistisch nicht absichern.

In den Tabelle 4 und 5 sind auch die erreichten Effektstärken der Veränderungen, berechnet nach Cohen's d-Formel, dargestellt. Der Mittelwert über alle Berechnungen beträgt $M = .59$. Cohen's (1988) Interpretationsvorschlag folgend kann die Gesamtveränderung über alle Selbstbeurteilungsverfahren hinweg somit als mittelgradig bezeichnet werden. Sehr viel deutlicher und als sehr hoch zu bewerten (da $M > .80$) sind die Effekte im Bereich der Gesamtsymptombelastung (GSI SCL-90-R) sowie der Depressivität (BDI), den Angstsymptomen (BAI) und den körperlichen Beschwerden (B-L). Hohe Werte wurden auch in den SCL-Subskalen „Somatisierung“, „Depressivität“ und „Zwanghaftigkeit“ erreicht. Bei den Fremdbeurteilungsskalen (Tabelle 5) fanden sich die größten Effekte beim körperlichen Wohlbefinden, der Gesamtbeeinträchtigung, dem Familienleben und im Globalen Funktionsniveau (GAF).

4.4 Klinische Signifikanz/ Relevanz der Veränderungen

Das Konzept der klinischen Signifikanz oder Relevanz beschreibt die Veränderung aus dem klinisch/pathologischen

Bereich vor einer Therapie in den normalen/unauffälligen Bereich nach einer solchen (s. ausführlicher Kordy und Hannover, 2000). Wie den Tabellen 6 und 7 entnommen werden kann, waren die KlientInnen zu Therapiebeginn in den verschiedenen Bereichen unterschiedlich belastet. Besserungen der pathologischen Befunde ergaben sich am eindrucklichsten im Bereich der Begleitsymptome von Angst (BAI). In dieser Skala besserten sich 80% derjenigen, die zu Therapiebeginn pathologische Befunde aufwiesen, in den Normalbereich

(=klinische Unauffälligkeit). Hoch war auch die Besserungsrate im Bereich der Gesamtsymptombelastung (GSI) der SCL-90-R, der Depression (BDI) und der Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (GRK). Die hohen Besserungsraten in der Selbstbeurteilung fanden sich auch in der Fremdbeurteilung der TherapeutInnen. (s. Tabelle 6: GAF, GRT). Die geringsten Besserungsraten ergaben sich in der Lebenszufriedenheit (LZH), im Bereich der interpersonalen Probleme (IIP Gesamt) und bei den subjektiv empfundenen körperlichen Be-

Tabelle 4. Behandlungserfolg, Prä-Post-Vergleiche, Selbstbeurteilung/KlientInnen ($N = 23$)

	<i>M</i>		<i>SD</i>		<i>ES</i> ^a	<i>p</i>
	Prä	Post	Prä	Post		
SCL-90-R						
Somatisierung	0,87	0,37	0,63	0,29	1,02	0,0003
Zwanghaftigkeit	1,36	0,64	0,90	0,70	0,89	< 0,0001
Unsicherheit/Sozialkontakt	1,17	0,58	0,98	0,80	0,65	0,0004
Depressivität	1,41	0,63	0,94	0,79	0,90	0,0002
Ängstlichkeit	0,74	0,37	0,65	0,49	0,64	0,0017
Aggressivität/Feindseligkeit	0,95	0,5	0,86	0,74	0,56	0,012
Phobische Angst	0,61	0,24	0,77	0,51	0,58	0,004
paranoides Denken	0,95	0,60	0,98	0,95	0,36	0,101
Psychotizismus	0,81	0,39	0,87	0,65	0,55	0,0003
GSI	1,01	0,49	0,70	0,57	0,81	0,00016
IIP-D						
Zu autokratisch/dominant	6,35	4,82	5,15	4,51	0,31	0,147
Zu streitsüchtig/konkurrierend	6,13	6,043	5,04	5,53	0,02	0,434
Zu abweisend/kalt	8	6,09	7,20	5,94	0,29	0,066
Zu introvertiert/sozial vermeidend	12,00	7,65	8,36	6,40	0,58	0,00035
Zu selbstunsicher/unterwürfig	14,43	9,91	8,37	8,32	0,54	0,0011
Zu ausnutzbar/nachgiebig	13,30	10,96	7,96	7,49	0,30	0,079
Zu fürsorglich/freundlich	14,39	10,91	8,00	7,57	0,45	0,016
Zu expressiv/aufdringlich	8,96	6,13	6,22	5,15	0,50	0,072
IIP Gesamt	10,45	7,82	5,68	5,21	0,48	0,0065
BDI	15,57	7,26	10,18	8,26	0,90	0,0002
BAI	18,39	8,13	10,71	7,72	1,10	0,0005
B-L	27,30	17,87	11,11	10,61	0,87	0,00007
LZH	28,09	32,17	9,20	8,19	-0,47	0,0043
GRK						
Arbeit und Ausbildung	2,91	2,32	2,04	2,23	0,28	0,029
Freizeit und Sozialleben	3,52	2,09	2,09	2,13	0,68	0,011
Familienleben und häusliche Pflichten	3,04	2,17	2,58	2,17	0,36	0,015
Körperliches Wohlbefinden	3,87	2,35	1,82	2,08	0,78	0,0004
Mittlere Beeinträchtigung	3,36	2,23	1,70	1,69	0,67	0,002

Signifikante Werte sind fettgedruckt. Durch Alpha-Adjustierung nach Bonferoni 5%-Signifikanzniveau bei SCL-90-R: $\alpha < ,005$, bei IIP-D: $\alpha < ,0065$, bei GRK: $\alpha < ,0125$.

SCL-GSI Gesamtsymptomschwere-Index SCL-90-R; IIP-Gesamt Gesamtwert IIP-D; BDI Beck-Depressionsinventar; BAI Beck-Angstinventar; B-L Beschwerden-Liste; LZH Lebenszufriedenheit; GRK Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen aus KlientInnensicht.

^a Effektstärken nach Cohen's d

Tabelle 5. Behandlungserfolg, Prä-Post-Vergleiche, Fremdbeurteilung/TherapeutInnen (N = 23)

	M		SD		ES ^a	p
	Prä	Post	Prä	Post		
GAF	58,29	69,95	12,98	14,12	-0,86	0,012
GRT						
Arbeit und Ausbildung	3,62	2,76	2,01	1,92	0,44	0,062
Freizeit und Sozialleben	4,33	3,10	1,91	2,00	0,63	0,002
Familienleben und häusliche Pflichten	3,48	2,05	1,78	1,43	0,89	0,003
Körperliches Wohlbefinden	5,24	3,14	1,41	1,68	1,35	0,001
Mittlere Beeinträchtigung	4,17	2,76	1,33	1,45	1,01	0,001

Signifikante Werte sind fettgedruckt, Durch Alpha-Adjustierung nach Bonferoni Signifikanzniveau bei GRT $\alpha < ,0125$.

GAF Global Assessment of Functioning Scale, DSM-IV; GRT Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen aus TherapeutInnensicht.

^a Effektstärken nach Cohen's d

schwerden (B-L). Insgesamt zeigten somit vor allem affektive und neurotische Belastungs- und somatoforme Symptome die klinisch bedeutsamsten Effekte. Als positiv zu bewerten ist auch die klinisch relevante Verbesserung des sozialen Funktionierens und der sozialen Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen.

4.5 Zusammenhänge zwischen Therapieprozess und Therapieerfolg

Therapieprozess-Merkmale (TPM) wurden zum zweiten und dritten Messzeitpunkt aus TherapeutInnen-Sicht anhand von 9 Items, die am Rogers'schen Therapieprozess orientiert sind, erhoben: zunehmende gefühlsmäßige Auseinandersetzung der KlientIn mit sich selbst, emotionale Beteiligung, Flexibilität der Erfahrungsmodulation, Selbstverantwortlichkeit und Wahrnehmung und Akzeptanz der körperlichen Anteile am psychischen Erleben, jeweils bezogen auf die letzten vier Wochen. Gute Werte in der Einschätzung des Therapieprozesses durch die TherapeutInnen gingen statistisch auffällig lediglich mit einem guten Globalen Therapieerfolg aus KlientInnensicht (GEK) (Spearman's Rho = $-.48$, $p = .04$) einher und standen tendenziell mit hohen Veränderungswerten in der Skala „interpersonale Probleme“ (IIP-Gesamt) in Zusammenhang (Spearman's Rho = $-.41$, $p = .06$). Keine signifikanten Zusammenhänge ließen sich zwischen Therapieprozess-Merkmalen und den Veränderungswerten des Gesamtindex der Störungssymptomatik

(GSI, SCL 90-R), der Depressionssymptomatik (BDI), der körperlichen Begleitsymptomatik von Angst (BAI), der Liste der subjektiv erlebten Beschwerden (B-L), der Lebenszufriedenheit (LZH) und der Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (GRK) erkennen.

Ebenso wurde geprüft, ob zwischen der „Methodentreue der TherapeutInnen“, wie sie von diesen selbst während des letzten halben Jahres praktiziert und wahrgenommen worden war, und dem Therapieerfolg aus KlientInnensicht Zusammenhänge bestehen. Die Skala Methodentreue (MT) gibt über 16 Items an, wie eng sich die therapeutische Tätigkeit in den Bereichen Beziehung (MT-B), Focusing (MT-F), Körper (MT-K) und in GFK-spezifischen Einordnungskriterien (MT-E) an inhaltlichen Kriterien der GFK-Methode anlehnte. Es konnten folgende statistisch signifikante Zusammenhänge ermittelt werden: MT-B korrelierte statistisch signifikant mit positiven Veränderungen interpersonaler Probleme (IIP-Gesamt: Spearman's Rho = $-.49$, $p = .03$) und einer Abnahme an subjektiven Beschwerden (B-L; Spearman's Rho = $-.46$, $p = .04$). Je besser es den TherapeutInnen also gelungen war, sich in der Beziehung empathisch, akzeptierend und kongruent zu verhalten, desto höher war die Verbesserung in den interpersonalen Problemen und den körperlichen Beschwerden bei den KlientInnen. Methodengetreu durchgeführte Körperarbeit (MT-K) ging mit einer Zunahme an Lebenszufriedenheit in den verschiedenen Lebensbereichen einher (Spearman's Rho = $.47$,

$p = .03$). Eine über alle Bereiche methodentreue Durchführung der GFK-Therapie (MT-T) korrelierte signifikant mit einer Besserung von depressiven Störungen (BDI; Spearman's Rho = $-.46$, $p = .05$) und tendenziell mit Zunahme in der Lebenszufriedenheit (LZH; Spearman's Rho = $.43$, $p = .07$). Für die Subskalen Focusing (MT-F) und Einordnungskriterien (MT-E) fanden sich keine signifikanten Beziehungen zu KlientInnen-Veränderungen.

5. Zusammenfassung und Diskussion

Absicht dieser Arbeit war es, die Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) auf ihre Wirksamkeit hin zu evaluieren. Außerdem sollte untersucht werden, welches Klientel diese Therapieform primär aufsucht. Zusammengefasst ergaben sich folgende Ergebnisse:

Die KlientInnen der Studie sind sowohl von ihrer soziodemographischen Zusammensetzung her, wie Alter, Bildung, Lebensform, Kinderzahl und Bildungsgrad, wie auch von Art und Ausmaß ihrer Störungen und ihren Therapievorlieben her vergleichbar mit KlientInnen anderer Studien zur ambulanten Psychotherapie. (Schweizer und Budowski, 2001; Scheidt et al., 1998; Ventling und Gerhard, 2000). Klientenzentrierte Körperpsychotherapie betreut somit ein Klientel mit multiplen Störungen wie das in psychotherapeutischen Praxen üblich ist. Auch werden die TherapeutInnen von den KlientInnen selbst ausgesucht, und die Dauer der Therapie ist zu Therapiebeginn unklar.

Bei der Prä-Post-Analyse aller 24 therapierten KlientInnen zeigten sich im Selbstbericht anhand standardisierter Skalen sehr deutliche Verbesserungen: So konnten signifikante Veränderungen in der gesamten psychopathologischen Symptomatik, speziell im Bereich der Symptome von Depression und Angststörungen, ermittelt werden. Die Probleme im zwischenmenschlichen Bereich und die von den KlientInnen subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden reduzierten sich ebenfalls, und die Lebenszufriedenheit und das psychosoziale Funktionsniveau innerhalb der Therapie stiegen hoch signifikant an.

Um die Ergebnisse besser mit anderen Studien vergleichen zu können,

Tabelle 6. Bestimmung der klinischen Signifikanz der Veränderung nach Jacobson (Kordy und Hannover, 2000) (Selbstbeurteilungsskalen) (N = 23)

	Zu Therapiebeginn im pathologischen Bereich		Klinisch bedeutsame Verbesserung		Klinisch irrelevante Veränderung		Klinisch nicht ausreichende Veränderung		Klinisch relevante Verschlechterung	
	n	(% von 23)	(% von n=23)	(% der path)	(% von n=23)	(% von n=23)	(% von n=23)	(% der path)	(% von n=23)	(% von n=23)
SCL-GSI	14	61%	9	9/14 64%	9	39%	5	5/14 36%	0	
IIP	8		2	2/8	14	61%	6	6/8	1	
Gesamt	35%		9%	25%	61%		26%	75%	4%	
BDI	17	74%	10	10/17 59%	6	26%	7	7/17 41%	0	
BAI	15	65%	12	12/15 80%	8	35%	3	3/15 20%	0	
B-L	16	70%	6	6/16 37,5%	7	30%	10	10/16 62,5%	0	
LZH	16	70%	2	2/16 13%	7	30%	14	14/16 88%	0	
GRK	15	65%	8	8/15 53%	7	30%	7	7/15 47%	1	4%

SCL-GSI Gesamtsymptomschwere-Index SCL-90-R; IIP-Gesamt Gesamtwert IIP-D; BDI Beck-Depressionsinventar; BAI Zeck-Angstinventar; B-L Beschwerden-Liste; LZH Lebenszufriedenheit; GRK Beeinträchtigung in den Lebensbereichen aus KlientInnen-sicht

Tabelle 7. Klinische Signifikanz der Veränderung (Fremdbeurteilungsskalen) (N = 21)

	Zu Therapiebeginn im pathologischen Bereich		Klinisch bedeutsame Verbesserung		Klinisch irrelevante Veränderung		Klinisch nicht ausreichende Veränderung		Klinisch relevante Verschlechterung	
	n	(% von 21)	(% von n=21)	(% der path)	(% von n=21)	(% von n=21)	(% von n=21)	(% der path)	(% von n=21)	(% von n=21)
GAF	14	67%	8	8/14 57%	7	33%	6	6/14 43%	0	
GRT	17	74%	10	10/17 59%	4	19%	7	7/17 41%	0	

GAF Global Assessment of Functioning Scale, DSM-IV; GRT Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen aus TherapeutInnen-sicht

wurden *Effektstärken* der Veränderungswerte berechnet. Sie waren in der Gesamtgruppe aller behandelten KlientInnen mittelstark ($d=.60$) bis hoch ($d>.80$). Im Vergleich zu den Praxisstudien, die in der Literatur publiziert sind, liegen sie durchaus ähnlich hoch, zum Teil sind sie deutlich höher (z.B. Somatisierung) (vgl. Grünwald und von Massenbach, 2001; Peseschkian et al., 1999; Petzold et al., 2001; Schulz et al., 1998; Soeder et al., 1999).

Da diese Studie auf eine klinische Brauchbarkeit der GFK-Methode hin angelegt ist, interessierte auch *die klinische Bedeutsamkeit der Ergebnisse*. Die höchsten klinisch relevanten Veränderungen betrafen die Begleitsymptome

von Angst, die Gesamtsymptombelastung und die depressive Symptomatik. Auch diese Ergebnisse können sich im Vergleich zu anderen Studien durchaus sehen lassen (vgl. Grünwald und von Massenbach, 2001; Schauenburg und Strack, 1998; Soeder et al., 1999). Das Ziel jeder Psychotherapie ist die Annäherung der Störungswerte an die Normwerte von NichtpatientInnen. Dieses Ziel wurde in der vorliegenden Studie durch die GFK-Methode weitgehend erreicht. Auch die direkte Frage nach der Veränderung des globalen Zustands zwischen Therapiebeginn und Therapieende wurde von KlientInnen und TherapeutInnen überwiegend positiv beantwortet. 35% der KlientInnen fühlten

sich am Ende der Therapie sehr viel besser, 45% viel besser und 20% etwas besser als zu Therapiebeginn.

Diese Beurteilungen können in der Klientenzentrierten Körperpsychotherapie aber nur Indizien sein für das eigentliche Ziel, nämlich einen Wachstumsprozess auszulösen, der zu einem ganzheitlichen Erleben in allen menschlichen Dimensionen führt. Die KlientInnen fühlten sich am Therapieende in allen erfragten Lebensbereichen weniger beeinträchtigt als vor der Therapie. Am deutlichsten war die Besserung im Bereich der körperlichen Symptomatik und Befindlichkeit und des Soziallebens, wo auch die stärksten Anfangsbelastungen bestanden hatten. Die The-

rapeutInnen schätzten die eingetretenen Besserungen des globalen Zustands und der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbereichen gleichsinnig ein, wenn sie auch etwas zurückhaltender in ihrem positiven Urteil waren.

Dass TherapeutInnen und KlientInnen bei gleicher Fragestellung in Bezug auf den globalen Zustand und die Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen etwa gleicher Meinung waren, spricht für eine gute „working alliance“. Es kann daher geschlossen werden, dass eine kongruente Beziehung zwischen TherapeutInnen und KlientInnen zustande gekommen war. Diese wird als Grundvoraussetzung für Wachstumschritte der Persönlichkeit in der klientenzentrierten Psychotherapie erachtet.

Der Teil der Studie, der eine *Verbindung von Outcome- und Prozessanteilen* suchte, konnte die Frage nach den Zusammenhängen zwischen dem spezifischen GFK-Verfahren und dem Therapieerfolg nicht erwartungsgemäß beantworten. Es ergaben sich nur wenige signifikante Befunde. Ein gut gelungener Therapieprozess korrelierte statistisch signifikant mit einem guten globalen Therapieerfolg aus Sicht der KlientInnen und tendenziell mit einer Abnahme interpersoneller Probleme. War es nach TherapeutInnenauskunft den KlientInnen also gelungen, sich gut in den therapeutischen Prozess einzulassen, erlebten diese durch die Therapie eine deutliche allgemeine Besserung und sahen für sich mehr Möglichkeiten, zwischenmenschliche Probleme zu lösen. Eine im letzten halben Jahr methodengetreu durchgeführte Therapie zeigte Zusammenhänge mit einer Abnahme depressiver Störungen, einer steigenden Lebenszufriedenheit bei gelungener Körperarbeit und einer Verminderung von Beschwerden und Problemen im interpersonalen Bereich bei guter gelungener Beziehung.

Für die Einordnung und das adäquate Verständnis der Ergebnisse wie auch der Studie selbst ist zu berücksichtigen, dass deren Durchführung mit einer Reihe von Zielen und Kriterien verbunden war: So sollte hier im Gegensatz zu einer „efficacy-study“ (Seligman, 1995), die unter kontrollierten Bedingungen mit randomisiertem Design und einer Kontrollgruppe manualisierte Therapien durchführt, die klinische Routine untersucht werden, und die Ergebnisse sollten auf diese generalisierbar sein. Es

sollte daher explizit keine randomisierte KlientInnenzuweisung erfolgen, die KlientInnen sollten nicht nach Symptomatik oder anderen Kriterien präselektiert sein, und durch die Forschungsarbeit sollte auch die therapeutische Situation möglichst unbehelligt bleiben. Es wurde wegen der typischen Situation einer ambulanten Praxis (multiple Störungsbilder, heterogene Diagnosen, Komorbidität, keine festgelegte Dauer der Therapie, Hinzielen auf eine Verbesserung der Gesamtfunktionen des Menschen und nicht bloße Reduktion einer spezifischen Störung, keine Wartelisten-KlientInnensituation) wie auch aus ethischen Gründen (ungewisses Warten auf Therapie) auch keine Kontrollgruppe installiert. Da einerseits eine Hauptwirkvariable der GFK-Methode „Beziehung“ im therapeutischen Prozess darstellt, und andererseits die KlientIn als ExpertIn ihrer eigenen Wachstumsschritte angesehen wird, war eine Manualisierung ausgeschlossen.

Trotz dieser den Versuchsplan und das Design bestimmenden Kriterien, die die Validität der Ergebnisse in Frage stellen könnten, wurde versucht, basale methodische Kriterien der Psychotherapie-Effektforschung zu erfüllen und eine den Standards moderner Praxisforschung (Braun und Regli, 2000) entsprechende Studie zu realisieren. So wurde eine prospektive Studie mit drei Untersuchungszeitpunkten im Zeitraum von 12 Monaten geplant und durchgeführt. Für die Untersuchung wurden Instrumente eingesetzt, die dem heutigen Standard entsprechen (Schulte, 1993), und die sowohl die Veränderung der KlientInnen auf körperlicher, psychischer, interpersonaler und Lebenswelt-Ebene aus deren eigener Sicht wie auch die Veränderungen und den Ablauf des therapeutischen Prozesses aus Sicht der TherapeutInnen erfassen sollten. Zusätzlich wurde auch eine soziodemographische Basisdokumentation erarbeitet, die nach den gängigen Informationen wie Personaldaten, biographische Anamnese, Wohnsituation, Problemanalyse, Diagnose und vorangegangenen Therapieerfahrungen fragte. Datenquelle waren insgesamt 313 Items zum ersten Messzeitpunkt und jeweils 363 Items zum zweiten und dritten Messzeitpunkt. Entsprechend hoch waren auch die Detaillergebnisse. In die vorliegende Auswertung gingen allerdings nicht alle erhobenen Daten ein.

An der Planung und Durchführung der Studie sind einige Punkte *kritisch zu diskutieren*:

Von der *Anlage der Studie* her ist kritisch zu vermerken, dass die Einschlussdauer von 9 Monaten im Nachhinein gesehen sehr kurz war. Dadurch musste die Studie mit einer kleinen Stichprobe auskommen. Eine längere Einschlussphase hätte die Anzahl der in die Studie aufgenommenen Personen (sowohl TherapeutInnen wie auch KlientInnen) wesentlich vergrößern und die Aussagen der Arbeit fundieren können. Es wäre dadurch klarer geworden, wie lange im Schnitt eine Therapie nach der GFK-Methode dauert, und wie hoch die Sitzungsfrequenz sein müsste, um optimale Effekte zu erbringen. Vermutlich wäre dann auch die Zahl der Therapieabbrucher höher gewesen, und diese hätten somit besser charakterisiert werden können. In einer weiterführenden Arbeit wäre es interessant, diese Gruppe post hoc über die Motive ihres Therapieabbruchs zu befragen.

Die *TherapeutInnen* wurden in der vorliegenden Studie nach ihren speziellen Eigenschaften wie Geschlecht, Alter, Dauer der Berufstätigkeit oder Vorbildung nicht gründlich genug erfasst, um Folgerungen daraus ziehen zu können. Dies entpuppte sich im Nachhinein als Problem, welches in zukünftigen Arbeiten vermieden werden sollte

Das *Sampling der Studie* verlief nicht problemlos: Erst nach mehrfacher Aufforderung und wiederkehrender Werbung konnten sich schließlich 17 TherapeutInnen mit 34 KlientInnen dazu entschließen, an der Studie teilzunehmen. Die Teilnahmequote von 11% der angeschriebenen TherapeutInnen ist gering, ist aber von anderen klinischen Studien, die längsschnittlich angelegt sind, bekannt (Grosse-Holtforth und Regli, 2000). Es muss in diesem Zusammenhang gefragt werden, ob mit diesen TherapeutInnen die GFK-Methode repräsentativ vertreten ist, oder ob nicht eine Selektion vorliegt, indem z.B. besonders engagierte TherapeutInnen, die auch die GFK-Methode sehr engagiert vertreten, eher dazu bereit waren, die mit der Studie verbundene Mehrarbeit auf sich zu nehmen.

Bei der *Durchführung der Studie* zeigte sich, dass gerade in der Anfangsphase die Akzeptanz für die Untersuchung nicht sehr hoch war, und dass diese Art von Evaluations-Forschung

insgesamt noch großer Überzeugungsarbeit bedarf. Zudem widersprach bis vor kurzer Zeit die Idee der Wirksamkeitsprüfung mit standardisierten Instrumenten dem Denken der GFK-Methode, in der zirkuläre Wachstumsprozesse durch den Faktor Beziehung ausgelöst und in Gang gesetzt werden sollen, und die auf einem salutogenetischen und nicht pathogenetischen Krankheitsbegriff basiert. Motivierend hingegen wirkte sich auf die Therapeuten aus, dass aus der Studie praxisrelevante Aussagen abgeleitet werden können, wobei vor allem die Ergebnisse zum Prozessverlauf, und der ausgeübten therapeutischen Methode (Methodentreue) im Zusammenhang mit dem Outcome interessierten. Nicht zuletzt hat auch die aktuelle gesundheitspolitische Situation, die mehr und mehr nach Wirkungsbeweisen fragt, die Motivation der Therapeuten erhöht, sich an der Studie zu beteiligen.

Von den 34 KlientInnen haben 70,6% die Studie beendet. Bei den KlientInnen, die die Therapie beendeten, war der Fragebogen-Rücklauf sehr gut und lag bei 95%. Dies spricht für eine gute Kooperation an der Studie. Die Gruppe der *Abbrecher* unterschied sich im Hinblick auf die Diagnostik zu Therapiebeginn nicht signifikant von den Nicht-Abbrechern, sodass keine falsch positive Verzerrung der Resultate durch den Wegfall dieser Gruppe angenommen werden muss. Die Therapieabbruchrate war mit fast einem Drittel (29%) relativ hoch, lag aber trotzdem unter dem Wert von 47%, der in Metaanalysen ambulanter Psychotherapien gefunden wurde (Wierzbicki und Pekarik, 1993).

Die *Methodik und Datenauswertung* war besonders im Bereich der Korrelationsberechnungen durch die kleinen Stichproben und die Heterogenität der Studienpopulation limitiert. Schwierigkeiten gab es, den Therapieprozess in Kategorien zu transponieren, die mit Ergebnissen von Outcome-Instrumenten aussagekräftig korrelierbar sind. Es mussten eigene Instrumente entwickelt werden, die nicht hinreichend validiert werden konnten. Es zeigt sich, dass die Empfehlung Orlinskys (1997), nämlich „Mehrsprachigkeit“ in der Prozess- und Outcome-Forschung zu entwickeln, in der Praxis schwierig umzusetzen ist.

Alles in allem betrachtet kann aber die Klientenzentrierte Körperpsychotherapie der GFK-Methode nach den

Ergebnissen der vorliegenden Studie doch als relativ wirksam bewertet werden. Vor allem die Vergleiche mit den Effektstärken und der klinischen Signifikanz anderer Studien zeigen, dass die GFK-Methode ähnlich wirksam wenn nicht wirksamer ist als andere in der Praxis häufig angewandte Methoden wie systemische Therapie (Grünwald und von Massenbach, 2001), Verhaltenstherapie (Schulz et al., 1998), Integrative Therapie (Petzold et al., 2001), Klientenzentrierte und analytisch orientierte Psychotherapie (Schauenburg und Strack, 1998) und andere körperorientierte Methoden (Soeder et al., 1999).

Da der „golden standard“ der Psychotherapieforschung (Seligman, 1995) in dieser Studie wegen einer fehlenden Kontrollgruppe nicht erfüllt werden konnte, wäre eine Nachfolgestudie vorzuschlagen, in der KlientInnen mit „reiner“ klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie ohne Focusing und Einbezug des Körper behandelt werden. Die Ergebnisse dieser Studie wären dann mit den hier erbrachten Behandlungsergebnissen zu vergleichen.

Die vorliegende Studie sieht sich als erster Schritt auf dem Weg zu einem breiteren Nachweis der Wirksamkeit von Klientenzentrierter Körperpsychotherapie nach der GFK-Methode. Weitere Studien sind aber nötig. Diese positive Sichtweise wird u.a. getragen durch die Erfahrung, dass das positive Ergebnis die Akzeptanz für wissenschaftlich fundierte Wirksamkeitsstudien mit etablierten Skalen und statistischer Auswertung innerhalb des GFK-Institutes erhöhte. Es scheint, als ob sich die GFK-Therapeuten mit dieser Art von Praxisforschung ausgesöhnt hätten. Im Hinblick auf eine vermehrte Forderung nach wissenschaftlich anerkanntem Wirksamkeitsnachweis wird es für GFK-Therapeuten und in der Folge auch für deren KlientInnen in Zukunft immer nötiger sein, sich mehr mit der Beantwortung von etablierten Fragebogeninstrumenten, ausführlichen anamnestischen und diagnostischen Einordnungskriterien sowie der Dokumentation von Therapiesitzungen auseinander zu setzen. Wichtig ist es für zukünftige Forschungsarbeiten auch, eigene methodenkonforme Instrumente zu entwickeln und zu validieren. Als Basis dafür könnten die Skalen „Therapieprozessmerkmale“ und „Beurteilung der therapeutischen Tätigkeit“ dienen.

Autoren

Barbara Müller-Hofer, geb. 1951, Studium der Psychologie in Salzburg, Atempädagogin und Atemtherapeutin (IAB-Methode Klara Wolf) in eigener Praxis seit 1981. In Ausbildung zur Klientenzentrierten Gesprächs- und Körperpsychotherapeutin GFK.

Christiane Geiser Juchli, geb. 1949, Universitätsstudium mit Abschluss lic. phil. I in Germanistik, Geschichte und Philosophie in Bochum und Zürich, langjährige Unterrichtstätigkeit an Gymnasien, Therapieausbildungen (Gesprächspsychotherapie, Körpertherapie, Focusing, NLP, Biosynthese bei David Boadella). Langjährige Praxis als Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapeutin SPV/VOPT/EABP in Zürich und Wil SG. Instituts- und Ausbildungsleitung GFK, Supervisorin, Focusing-Ausbilderin im Focusing Netzwerk, Koordinatorin des International Focusing Institute New York, Vortragstätigkeit.

Ernst Juchli, geb. 1944, ausgebildeter Primarlehrer, dann Universitätsstudium mit Abschluss dipl. math. in Mathematik und Physik in Zürich, Lehrer, Arbeit in der Lehrerausbildung, Therapieausbildungen (Charakteranalyse, Vegetotherapie, Gesprächspsychotherapie und Focusing). Langjährige Praxis als Klientenzentrierter Gesprächs- und Körperpsychotherapeut SPV/EABP in Zürich und Wil SG. Ausbildungsleitung GFK, Supervisor, Focusing-Ausbilder im Focusing Netzwerk, Vortragstätigkeit.

Ass.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter, Institut für Psychologie, geb. 1955; Klinischer Psychologe, Psychotherapeut; Leiter der Beratungsstelle für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Gesundheitspsychologie am Institut für Psychologie, Universität Salzburg; Forschungsinteressen: Psychotherapieforschung (Evaluation, Qualitätssicherung, Ausbildung); soziale Beziehungen und soziale Unterstützung; Ausbilder und Supervisor in Verhaltenstherapie.

Literatur

- American Psychiatric Association APA (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (Deutsche Bearbeitung). Hogrefe, Göttingen
- Beck AT, Epstein N, Steer RA (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Cons Clin Psychol* 56: 893-897
- Braun U, Regli D (2000) Psychotherapie-Evaluation in der Praxis. In: Laireiter AR (Hrsg) Diagnostik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 259-275

- Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale
- Dührssen A (1996) Die Bedeutung von Wirksamkeits- und Erfolgsmessung für die Psychotherapie – ein persönliches Resümee. In: Bents H, Frank R, Rey ER (Hrsg) *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie*. Roderer, Regensburg, S 6–11
- Ehling M, Heyde Cvd, Hoffmann-Zlotnik JHP, Quitt H (1992) Eine deutsche Standarddemographie. *ZUMA-Nachr* 16: 29–46
- Franke GH (1995) *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Beltz Test, Göttingen
- Geiser C (2002) Ausbildungsinstitut für Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie (GFK). *Psychother Forum* 10: 88–89
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*, 4. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Grosse-Holtforth M, Regli D (2000) Psychotherapieforschung in einer ambulanten Praxis. In: Jacobi F, Poldrack A (Hrsg) *Klinisch-Psychologische Forschung*. Hogrefe, Göttingen, S 71–88
- Grünwald HS, von Massenbach K (2001) Ergebnisqualität ambulanter Systemischer Therapie (EAST). Eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. Schweizerische Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung (SGS). November 2001. Verfügbar unter: www.orgalife.ch/Medien/PDF/Schlussbericht%20EAST.PDF
- Gudat U (1997) Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie – Anwendungsbereiche und Wirkungen. *Psychother Forum* 5: 28–37
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1994) *Beck-Depressions Inventar (BDI)*. Huber, Bern
- Hendricks MN (2000) *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Überblick über Theorie, Forschung und Praxis mit Beispielen aus psychotherapeutischen Sitzungen*. *Focusing J Spezial* Juli 3–28
- Horowitz LM, Strauss B, Kordy H (1994) *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version*. Beltz-Test, Weinheim
- Kordy H, Hannover W (2000) Die Evaluation von Psychotherapie und das Konzept der „Klinisch bedeutsamen Veränderungen“. In: Laireiter AR (Hrsg) *Diagnostik in der Psychotherapie*. Springer, Wien New York, S 477–495
- Linden M (1989) Die Phase IV der Therapieevaluation. *Der Nervenarzt* 60: 453–461
- Laireiter AR, Vogel H (1998) Qualitätssicherung in der Psychotherapie. In: Laireiter AR, Vogel H (Hrsg) *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. dgvt-Verlag, Tübingen, S 18–46
- Laireiter, AR, Lettner K, Baumann U (1998) *Psycho-Dok: Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie*. dgvt-Verlag, Tübingen
- Lutz R, Franzen U, Heyn Ch, Schmid S, Sick U, Steini B (1995) Gesunde Anteile von Kranken. In: Lutz R, Mark N (Hrsg) *Wie gesund sind Kranke? Verlag für angewandte Psychologie*, Göttingen
- Peseschkian N, Tritt K, Loew T, Jork K, Deidenbach H, Werner B, Kick H (1999) *Wirksamkeitsnachweis der Positiven Psychotherapie im Rahmen der Qualitätssicherung*. *Familiendyn* 24: 80–99
- Petzold H, Hass W, Märten M, Steffan A (2001) *Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting*. Verfügbar unter: www.gestalttherapie.ch/IT/wirksamkeit-a.htm
- Röhrich F (2000) *Körperorientierte Körperpsychotherapie psychischer Störungen*. Hogrefe, Göttingen
- Schauenburg H, Strack M (1998) Die Symptomchecklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 48: 257–264
- Scheidt CE, Seidenglanz K, Dieterle W, Hartmann A, Bove 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*. *Psychotherapie* 43: 92–101
- Schneider S, Margraf J (1996) Fragebogen, Ratingskalen und Tagebücher für die verhaltenstherapeutische Praxis. In: Margraf J (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd I. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 189–200
- Schulte D (1993) Wie soll Psychotherapieerfolg gemessen werden? *ZS Klin Psychol* 22: 374–393
- Schulz W, Hoyer H, Hahlweg K (1998) *Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie*. In: Laireiter AR, Vogel H (Hrsg) *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. dgvt-Verlag, Tübingen
- Schweizer M, Budowski M (2001) *Versorgungsdokumentation. Gesamtbericht. Schweizer Charta für Psychotherapie*, CH-Neuchatel
- Seidler KP (2001) *Konzentrierte Bewegungstherapie (KTb)*. Ergebnisse der empirischen Forschung. *Psychotherapie* 46: 223–231
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. *The Consumer Reports Study*. *Am Psychol* 50: 965–974
- Soeder U, Kaschke M, Scherrmann T, Dobiasch U, Weiss H, Revenstorff D (1999) The outcome of bodypsychotherapy – an evaluation study. 7th European Congress of Body Psychotherapy, Travemünde, FRG
- Spearman C (1906) A footnote for measuring correlation. *Br J Psychol* 2: 89–108
- Ventling C, Gerhard U (2000) Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien und Stabilität des Therapieergebnisses. Eine retrospektive Untersuchung. *Psychotherapie* 45: 230–236
- Wierzbicki M, Pekarik G (1993) A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof Psychol: Res & Pract* 24: 190–195
- Zerssen D v (1996) *Die Beschwerden-Liste*. Beltz-Test, Weinheim