

U. Gudat

## Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie – Anwendungsbereiche und Wirkungen

**Zusammenfassung** Die Bioenergetische Analyse nach Alexander Lowen wird im Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung untersucht. Eine katamnestiche Untersuchung über insgesamt 309 abgeschlossene Behandlungen zeigt, daß bioenergetisch-analytische Therapie zur Behandlung eines breiten Spektrums psychischer und psychosomatischer Störungen eingesetzt wird. Die Behandlungsergebnisse werden von den Therapeuten bei neurotischen Erkrankungen und psychosomatischen Störungen am günstigsten eingestuft; aber auch bei anderen psychischen Störungen werden nennenswerte Verbesserungen gefunden. Von den Patienten werden in einem Veränderungsfragebogen hohe Veränderungswerte angegeben (im Vergleich zu anderen Therapie-Studien). Die Bioenergetische Analyse ist jedoch keine Kurztherapie.

**Schlüsselwörter:** Bioenergetische Analyse, Bioenergetik, körperorientierte Psychotherapie, Psychotherapieforschung, VEV, neurotische Depression, Angstneurose, psychosomatische Störung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Eßstörung.

### **Bioenergetic analysis as out-patient psychotherapy – topics of application and effects**

**Abstract** Bioenergetic Analysis as developed by Alexander Lowen is investigated in an out-patient setting. A post treatment study involving 309 finished therapies shows that bioenergetic analytical therapy is applied to a wide range of mental and psychosomatic disorders. In respect of the effects of the treatment clients give high change ratings in a standardized change questionnaire (compared with other therapy studies using the same questionnaire). The therapists evaluate the results as most positive for some neurotic and for psychosomatic disorders; but also in view of other mental disorders remarkable improvements are found. Bioenergetic analysis is however not a short-term therapy.

**Keywords:** Bioenergetic analysis, bioenergetics, body-orientated psychotherapy, psychotherapy research, neurotic depression, anxiety-neurosis, psychosomatic disorder, borderline personality disorder, eating disorder.

### **L'analyse bioénergétique en ambulatoire – domaines d'application et effets**

**Résumé** Le présent travail s'est intéressé à l'analyse bioénergétique selon Alexander Lowen – l'un des types les plus connus de psychothérapie à médiation corporelle. Il présente pour la première fois des résultats concernant ce type de thérapie acquis par le biais de méthodes empirico-scientifiques et décrit l'utilisation de cette méthode dans le contexte de l'offre ambulatoire en psychothérapie. Des thérapeutes ont été interrogés (catamnèse) sur un total de 309 traitements terminés; parallèlement, un questionnaire a été adressé à 90 patients, les questionnant sur les changements intervenus lors de leur traitement (lui aussi terminé). L'étude montre que la thérapie analytique de type bioénergétique est utilisée dans le traitement d'une grande variété de troubles psychiques et psychosomatiques; toutefois, les troubles les

plus fréquemment traités furent les névroses, suivies des troubles psychosomatiques, des troubles de la personnalité et des troubles de la sexualité. Les thérapeutes considèrent que leurs traitements ont obtenu les résultats les meilleurs dans les cas de troubles névrotiques et psychosomatiques (part de rémissions: 70% et 62%); ils indiquent que d'importantes améliorations ont également été obtenues chez des patients souffrant d'autres troubles psychiques. Les réponses au questionnaire adressé aux patients (concernant les changements subis par leur vécu et leur comportement) indiquent des taux importants d'évolution. La comparaison effectuée avec un groupe de contrôle n'ayant pas suivi de traitement et avec des groupes de thérapie étudiés par d'autres auteurs montre que l'analyse bioénergétique

*est efficace. Ses méthodes peuvent être appliquées sans que trop d'exigences (ex. niveau d'éducation au-*

*dessus de la moyenne) soient posées aux patients. Elle n'est toutefois pas une thérapie de brève durée.*

## Einleitung

Die vorliegende Untersuchung ist ein Anfang: Erstmals werden über Einsatz und Wirksamkeit der bioenergetisch-analytischen Therapie (abgek. BAT) nach empirisch-wissenschaftlichen Methoden gewonnene Erkenntnisse vorgelegt. Dies war seit längerem überfällig. Denn BAT ist bei vielen Fachleuten und auch Klienten als ein gut wirksamer Zugang zu emotionalen und psychosomatischen Problemen bekannt (vgl. Büntig, 1983; Kisker et al., 1987) und hat dem entsprechend auch zunehmend Verbreitung gefunden. Andererseits lagen bisher keine systematisierten oder quantitativ aufbereiteten Erfahrungen über den tatsächlichen Einsatzbereich und über die Qualität der Ergebnisse vor. Publiziert wurden bisher im wesentlichen Einzelfallberichte von teilweise sehr geringer Ausführlichkeit, so daß die Einschätzung der Methode vorwiegend auf unmittelbarer, persönlicher Erfahrung basieren mußte. So konnten Grawe et al., 1994, noch mit Recht behaupten, „Bioenergetische Therapie ... wurde bisher nie in reiner Form untersucht“ (S. 165).

## Bioenergetisch-analytische Therapie: die Methode

Grundlage des Verfahrens ist die enge Verflechtung (Reich, 1933, spricht von „funktioneller Identität“) geistig-seelischer und körperlicher Vorgänge: Die wichtigsten Lebenserfahrungen eines Menschen finden danach nicht nur in seinem geistig-seelischen Unbewußten, sondern auch in seinem Körper ihren Niederschlag und beeinflussen Haltung, Beweglichkeit, Atmung, Ausdruck und Verhalten. Es liegt deshalb nahe, die therapeutische Arbeit mit dem Körper für die Bearbeitung psychischer Probleme nutzbar zu machen.

Die „Bioenergetik“ hat sich aus der Psychoanalyse heraus entwickelt. Der Freud-Schüler Wilhelm Reich hat in den 30er Jahren direkte Arbeit mit dem Körper in die psychotherapeutische Technik aufgenommen. Unter der Bezeichnung „Vegetotherapie“ hat er insbesondere an der Vertiefung und Befreiung des Atems gearbeitet, um damit die Fähigkeit zum emotionalen Erleben zu verbessern. Reichs Schüler Alexander Lowen und John Pierrakos haben daran anknüpfend das als *Bioenergetische Analyse* bezeichnete Verfahren entwickelt (Lowen, 1958, 1975). Hierbei werden *aktive Körpertechniken* z.B. zur Dehnung chronisch verspannter Muskelgruppen, zur Aufladung und Abfuhr von Energie, zur Vertiefung des Atems und zur Befreiung des Ausdrucks eingesetzt und in eine *tiefenpsychologische Bearbeitung* der dabei auftretenden Gefühle und Assoziationen eingebunden.

In weiten Teilen entspricht das Gedankengebäude der BAT den Erklärungsansätzen der Psychoanalyse und folgt auch deren historischer Entwicklung. So wird heute auch in der BAT dem bewußten Umgang mit der therapeutischen Beziehung größere Aufmerksamkeit gewidmet. Der Unterschied liegt im wesentlichen in der Behandlungsmethodik. Man kann sich das Zusammenwirken von Körperarbeit und verbaler, analytischer

Arbeit so vorstellen, daß der bioenergetische Therapeut mit der Körperarbeit über eine zweite Sprache verfügt, in der er neben der verbalen Sprache mit dem Patienten kommunizieren kann.

Während der Patient in den körperlichen Aktionen seine grundlegenden Muster zeigt, in denen er mit der Welt bzw. mit seinen bedeutenden Bezugspersonen in Kontakt tritt, kann der Therapeut auf der körperlichen Ebene antworten, indem er Halt gibt, bestätigt, ermutigt, Widerstand bietet oder frustriert. Hierdurch entsteht ein körpereigener Dialog, der je nach momentaner Fähigkeit oder Bereitschaft des Patienten die verbale Kommunikation ergänzt, ersetzt oder begleitet.

Diese „zweite Sprache“ eignet sich für den Patienten erfahrungsgemäß gut dazu, an seinen vorsprachlichen Erfahrungen anzuknüpfen und seine frühkindlichen Beziehungsmuster wiedererlebbar werden zu lassen. Es gelingt hierdurch häufig einfacher als in einer rein verbalen Therapie, recht bald auf eine hinreichend tiefe Erlebnisebene zu kommen, auf der die Grundstruktur der aktuellen Problematik oder Störung sichtbar wird und bearbeitet werden kann.

Der Therapeut wählt bei seinen körperbezogenen Angeboten je nach diagnostischer Einschätzung und aktueller Thematik aus zwischen

- eher ruhigen Arbeitsweisen an der *Selbstrepräsentation* und *an den Grenzen zum anderen* (näheres s. Gudat und Kubierschky, 1989),
- den klassischen bioenergetischen, *aktiven Körpertechniken*, die sich vorzugsweise dazu eignen, verdrängte intrapsychische Konflikte zutage treten zu lassen, und
- körperbezogenen Experimenten, die die augenblicklichen oder generalisierten *Beziehungsmuster* erlebbar werden lassen.

Durch die von Lowen eingeführte Betonung des Realitätskontaktes (in der körperlichen Metapher des *Groundings*) tritt neben die körperliche und die intrapsychische Ebene noch die Arbeit an der sozialen Gerichtetheit (fast) aller emotionalen Bewegungen, womit auch die soziale, also familiäre, berufliche, politische und weltanschauliche Bezogenheit des Menschen in das Blickfeld der Therapie rückt. Hierdurch entsteht ein je nach Entwicklung des Einzelfalls flexibel gestaltbarer Therapieprozeß mit großer Variationsbreite und Komplexität, der vom Therapeuten eine weit gespannte Aufmerksamkeit und persönliches Engagement erfordert.

## Ziel und Methode der Studie

Die vorliegende Studie ist eine katamnestiche Erhebung über insgesamt 309 in den Jahren 1989 bis 1993 beendete bioenergetisch-analytische Psychotherapien, die in einem ambulanten Einzeltherapie-Setting in privaten Praxen in Deutschland (überwiegend) und Österreich durchgeführt wurden. Die genauen Fragestellungen sind:

1. Hat BAT eine vergleichbar günstige Auswirkung auf Erleben und Befindlichkeit wie bewährte andere Psychotherapieverfahren?
2. Wird BAT (erfolgreich) zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt? Welche Krankheiten sind dies, und welche Erfolge wurden jeweils beobachtet? Gibt es Schädigungen durch BAT, wie häufig, bei welchen Diagnosegruppen?
3. Welche weiteren Variablen (wie Alter, Geschlecht und Bildungsniveau der Patienten, Dauer der Therapie etc.) beeinflussen das Ergebnis der Behandlung?

In der Studie wurden ausschließlich solche Behandlungsverläufe erfaßt, die von zertifizierten Bioenergetik-Therapeuten (CBT des International Institute for Bioenergetic Analysis, New York, Ltg. A. Lowen) bzw. von Therapeuten mit gleichwertiger Qualifikation durchgeführt wurden und von diesen als Anwendung von BAT eingestuft wurden.

Für diese *zurückliegenden* Therapien wurden an Daten erhoben: sozial-demographische Daten, Diagnose nach DSM-III-R, Charakterstruktur-Diagnose nach Lowen, Daten über Umfang und Verlauf der Behandlung, die Einstufung des Therapie-Effekts durch den Therapeuten und – für eine Teilstichprobe der Untersuchungsgruppe<sup>1</sup> – der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV, Zielke und Kopf-Mehnert, 1978).

An dem ersten Teil der Untersuchung (nur Therapeutenbefragung) haben 19 Therapeuten teilgenommen, am zweiten Teil (Therapeuten- und Patientenbefragung) 13, von denen dann jedoch 4 ihre Mitarbeit vorzeitig beendet haben. Die teilnehmenden Therapeuten hatten sich verpflichtet, *alle* von ihnen durchgeführten und im angegebenen Zeitraum beendeten BATn zu erfassen, unabhängig davon, welche Diagnose vorlag, wie lange die Behandlung dauerte oder aus welchen Gründen sie beendet wurde (außer Lehrtherapien und innerhalb einer vereinbarten Probezeit beendete Behandlungen). Von insgesamt 140 im Zeitraum des *zweiten* Untersuchungsteils beendeten BATn gingen 90 in die Untersuchung ein, 25 wurden in einer (i.d.R. 5stündigen) Probezeit beendet, 8 haben die Mitarbeit abgelehnt, 2 waren nicht mehr erreichbar, 6 waren Lehrtherapien und über 9 liegen keine Angaben vor.

Der vorliegende Bericht beschränkt sich weitgehend auf die Analyse der Daten zum Themenbereich „Ergebnisse der Behandlung“<sup>2</sup>, zuvor jedoch einige Daten über die Stichprobe (siehe Tabelle 1 und 2).

Die spezielle Zusammensetzung der Patientenstichprobe mit einem überdurchschnittlichen Bildungsniveau hat seine Ursache ganz sicher in der Tatsache, daß die BAT nicht Bestandteil der kassenärztlichen Grundversorgung ist, sondern von einer gut informierten Gruppe für sich selbst ausgesucht und oft (44,7%) auch selbst finanziert wird. Die Streuung bzgl. des Bildungsniveaus ist jedoch hinreichend groß, um den da-

**Tabelle 1.** Sozialdemographische Daten und Diagnosen

Variable	Ausprägung	Anzahl	%
Geschlecht	männlich	115	38,0
	weiblich	188	62,0
	(k.A.)	(6)	
Alter	< 30 J.	96	31,1
	30 – < 40	147	47,6
	≥ 40 J.	66	21,3
Schulbildung	Hauptschule	26	8,6
	mittlere Reife	67	22,3
	Abitur	208	69,1
	(k.A.)	(8)	
Berufstätigkeit	vollzeit	163	53,1
	teilzeit	47	15,2
	Hausfrau	19	6,2
	in Ausbildung	66	21,5
	arbeitslos	8	2,6
	arbeitsunfähig (k.A.)	4 (2)	1,3
Familienstand	ledig	173	56,2
	verheiratet	87	28,2
	geschieden/getrennt	46	14,9
	verwitwet	2	0,6
	(k.A.)	(1)	
Störungsgruppe (Haupt-Diagnose)	Neurose	149	48,2
	Persönlichkeitsstörung	56	18,1
	Psychosomatische St.	33	10,7
	Sonstige Störung	52	16,8
	V-Code	8	2,6
	Keine Störung	11	3,6
Gesamt jeweils		309	100,0

mit zusammenhängenden Effekt abschätzen zu können (vgl. u.: Ergebnisse 3). Bemerkenswert ist auch der hohe Anteil von Patienten, die schon einmal eine Therapie absolviert haben (36,2%).

### Ergebnisse 1: Das Niveau der Veränderung

Der verwendete Fragebogen VEV versucht die methodischen Schwierigkeiten der Veränderungsmessung mittels Meßwiederholung zu umgehen, indem er Items zur direkten Beurteilung der Veränderung vorgibt – ein Verfahren, das möglicherweise zur Überschätzung der Veränderungen neigt (vgl. Zielke und Kopf-Mehnert, 1978). Dieser Nachteil wird hier dadurch aufgewogen, daß einige Therapiestudien zum Vergleich herangezogen werden können, die ebenfalls den VEV verwenden und damit dem gleichen Effekt unterliegen müßten.

Der VEV bezieht sich auf durch Psychotherapie erreichbare subjektive Veränderungen und erfaßt mit 42 Items einen Veränderungsfaktor mit den Polen: Entspannung, Gelassenheit und Optimismus versus Anspannung, Unsicherheit und Pessimismus in bezug auf unterschiedliche Situationen. Allgemeine Erlebensweisen werden dabei ebenso erfragt wie das Verhalten in sozialen Situationen und das Verhalten und Erleben in Leistungssituationen (Zielke, 1993).

<sup>1</sup> Mit dem Beendigungszeitraum 1992 und 1993.

<sup>2</sup> Weitere Fragen, die z.B. die Zusammenhänge mit den Lowen'schen Charakterstruktur-Diagnosen oder mit den wirtschaftlichen Aspekten der Psychotherapie betreffen, werden später an anderer Stelle publiziert.

**Tabelle 2.** Therapiebezogene Daten

Variable	Ausprägung	Anzahl	%
Vorausgehende Therapie	nein	197	63,8
	ja	112	36,2
Therapiemotivation	gut	245	83,1
	fraglich	50	16,9
	(k.A.)	(14)	
Finanzierung (überwiegend)	selbst	138	44,7
	RVO-Kasse	5	1,6
	Ersatzkasse	105	34,0
	Privatversicherung	32	10,4
	Sozialhilfe	1	,3
	nicht bekannt	28	9,1
Sitzungsfrequenz (Std. n. p. Monat)	< 2	24	7,8
	2 – < 3	123	39,9
	3 – < 4	125	40,6
	≥ 4	36	11,7
	(k.A.)	(1)	
Therapiedauer (Std. n. à 50 min)	≤ 25	40	13,0
	26–50	74	24,0
	51–75	64	20,8
	76–100	56	18,2
	101–150	47	15,2
	> 150	27	8,8
	(k.A.)	(1)	
Beendigung wg.	Ziel(e) erreicht durch Th. wegen	181	58,8
	ungünstigem Verlauf	10	3,2
	äußere Ereignisse einseitig durch Pat.	50	16,2
	ohne äußere Gründe	39	12,7
	stationäre Weiterbeh.	1	,3
	Therapeuten-Wechsel	7	2,3
	Weiterbeh. in anderer Form	13	4,2
	sonstige Gründe	7	2,3
	(k.A.)	(1)	
Gesamt jeweils		309	100,0

Eine theoretische Null-Veränderung wird im VEV bei einem Wert von 168 Punkten angenommen. Unter Berücksichtigung des Meßfehlers liegt der kritische Wert für eine auf dem 5 %-Niveau signifikante Verbesserung bei 187 Punkten, für eine auf dem 0,1 %-Niveau signifikante Verbesserung bei 200 Punkten. Der Mittelwert der vorliegenden Untersuchung liegt mit 230,83 Punkten weit oberhalb dieser Werte, was einer hochsignifikanten Verbesserung entspricht.

Die mit dem VEV gemessenen Veränderungen in dieser Untersuchung sind damit weit höher, als die einer vom Testautor angegebenen Vergleichsgruppe von Patienten, die auf den Beginn einer ambulanten Psychotherapie warten (MW 171,51; vgl. Tabelle 3, Gruppe 8).

Um abzuschätzen, wie die hier referierten Ergebnisse im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Therapiestudien zu beurteilen sind, sollen die in den letzten Jahren allgemein zugänglich publizierten Ergebnisse von Therapiestudien, die den VEV verwendet haben, betrachtet werden. Die Daten finden sich in Tabelle 3.

Gruppe 1: Die Daten der vorliegenden Studie mit ambulanter BAT in einem Umfang von durchschnittlich 75,3 Stunden.

Gruppe 2: Die von den Testautoren angegebenen Ergebnisse einer 9monatigen ambulanten Psychotherapie nicht näher bezeichneter Methode (vermutlich klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie).

Gruppe 3: Die von Zielke (1993) beschriebene „Projektgruppe“ von 148 Patienten nach stationärer Verhaltenstherapie (Kombination von Einzel- und Gruppentherapie) in einer psychosomatischen Klinik (Dauer durchschnittlich ca. 8 Wochen). Daß die an sich positive Veränderung hier sichtbar geringer ausfällt als in der Gruppe 2, erklärt Zielke mit dem Vorliegen ausgeprägter sozialmedizinischer Problemstellungen bei den Patienten der Klinik, die repräsentativ für Patienten in psychosomatischen Kliniken in Westdeutschland ausgewählt wurden. – Bei einer Katamnese zwei Jahre nach Beendigung des Klinikaufenthalts liegen die Werte immer noch deutlich im Bereich positiver Veränderung, die Abnahme gegenüber dem Zeitpunkt direkt nach der Behandlung beträgt durchschnittlich ca. 10 Punkte.

Gruppe 4: Sauter und Stahl (1992) berichten über die Ergebnisse einer kurzzeitigen stationären Intensivtherapie im Rahmen eines ganzheitlichen integrativen Therapiekonzepts, bestehend aus pädagogisch-psychologischen Interventionen und verhaltenstherapeutisch und gesprächstherapeutisch orientierter Einzel- und Gruppentherapie. Die mit dem VEV gemessenen Veränderungen beziehen sich auf eine einwöchige quasi-stationäre Intensiv-Phase im Rahmen dieses Therapiekonzeptes. Daß die Veränderungswerte hier etwas schwächer ausfallen als z.B. in der Gruppe 3 kann bei dem so unterschiedlichen Interventionszeitraum nicht verwundern.

Gruppe 5: Bei den von Görger (1994) vorgelegten Daten handelt es sich um eine klientenzentrierte Einzelpsychotherapie mit Drogenabhängigen im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft mit einjähriger Behandlungsdauer. Der VEV wurde nur bei den 40 Patienten erhoben, die die Maßnahme bis zum Ende absolvierten und regulär beendeten, bei den 18,6% Patienten, die vorzeitig ausschieden, dagegen nicht – im Gegensatz zur vorliegenden Studie, bei der auch die Therapieabbrecher miteinbezogen wurden.

Gruppe 6: Dies sind Ergebnisse der „Berliner Therapievergleichsstudie“ (Grawe et. al., 1990); und zwar handelt es sich hier um die zusammengefaßten Werte der drei verhaltenstherapeutischen Gruppen (kognitive Verhaltenstherapie in der Gruppe und im Einzelsetting), durchschnittliche Behandlungsdauer ca. 32 Sitzungen.

Gruppe 7: Diese Daten stammen ebenfalls aus der „Berliner Therapievergleichsstudie“; Behandlungsmethode: Gesprächspsychotherapie von durchschnittlich 33 Sitzungen Dauer.

Gruppe 8: Die schon erwähnte Wartegruppe von Zielke und Kopf-Mehnert. Der Veränderungswert von 171,51 Punkten liegt sehr eng am theoretischen Null-Veränderungswert.

Um die Frage zu untersuchen, ob die sehr günstigen Veränderungswerte der vorliegenden Studie damit zu

**Tabelle 3.** Vergleich verschiedener Untersuchungsgruppen im VEV

Nr.	Gruppe	VEV-Mittelw.	% > 187	N
1	Vorliegende Studie	231,11	94,4	90
2	Zielke und Kopf-Mehnert (1978)	222,22	85	45
3	Zielke (1993)	210,73	73,9	148
4	Sauter und Stahl (1992)		67,7	31
5	Görgen (1994)	225,8		40
6	Grawe et. al. (1990) [VT]	211,1		38
7	Grawe et. al. (1990) [GT]	209		15
8	Wartegruppe (Zielke und K.M.)	171,51	28	45

tun haben könnten, daß es sich hier um eine besonders wenig belastete Klientel handelt, soll ein Blick auf die Abhängigkeit der gemessenen Veränderung von der Stärke der ursprünglichen Beeinträchtigung geworfen werden (nach dem sog. GAF-Wert aus dem DSM-III-R, der *globalen Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus*, vgl. u.). Die gesamte VEV-Stichprobe wird dazu nach dem Ausmaß der Beeinträchtigung medianhalbiert. Dabei zeigt sich, daß die Teilgruppe mit der stärkeren Beeinträchtigung (entsprechend einem niedrigen GAF-Wert) mit einem durchschnittlichen Veränderungswert von 237,15 ein signifikant besseres Ergebnis erzielt als die mit der schwächeren Beeinträchtigung (VEV: 224,93). Bei der Aufteilung der Stichprobe nach der DSM-III-R-Skala *Schweregrad der psychosozialen Belastung* ergibt sich für die beiden Teilgruppen ein fast identischer Veränderungswert. Das gleiche gilt für die Aufteilung nach dem Schulabschluß (Abitur vs. kein Abitur). Man scheint also folgern zu können, daß die guten Ergebnisse in der vorliegenden Studie nicht einfach durch demographische Besonderheiten der Patientengruppe zu erklären sind.

## Ergebnisse 2: Differentielle Effekte

### Die Diagnose

Bei dem hier verwendeten Diagnosesystem, dem DMS-III-R, wird eine mehraxiale Diagnose erstellt. Dabei werden parallel bis zu drei auf psychiatrische Symptome bzw. Syndrome bezogene Diagnosen angegeben, ferner, soweit zutreffend, eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose und eine körperbezogene Diagnose; im ganzen erhält man also bis zu 5 verschiedene Diagnosen pro Patient. Des weiteren wird eine Einschätzung der psychosozialen Belastung durch gegenwärtige oder frühere Lebensumstände und eine Einschätzung des generellen Funktionsniveaus (GAF) vorgenommen. Da es keine objektiven Kriterien gibt, nach denen Prioritäten unter den verschiedenen Diagnosen aufgestellt werden könnten, wurde ein Ansatz gewählt, bei dem alle 5 Diagnosen gleichberechtigt in die Auswertung einbezogen werden. Dies geschieht mit Hilfe der hier so bezeichneten *Diagnose-Kontraste*. Ein solcher Diagnose-Kontrast stellt alle diejenigen Patienten, die eine bestimmte Diagnose bekommen haben (i.f. als *Diagnosegruppe* bezeichnet), all denjenigen gegenüber, die diese Diagno-

se *nicht* bekommen haben, gleichgültig, an welcher Stelle im axialen System eine Diagnose eingetragen ist.

Im folgenden wird eine Auswahl von 16 solcher Diagnosegruppen (aus insgesamt 27) diskutiert.<sup>3</sup> Die zahlenmäßigen Ergebnisse finden sich in Tabelle 4.

### Deskriptive und Ergebnis-Variable

*Deskriptive Variable:* Anz(ahl): Fallzahl. % weiblich: Anteil der Frauen in der jew. Gruppe. Alter: Lebensalter bei Beginn der Therapie. Stundenzahl: Dauer der Therapie in Stunden à 50 min. Selbstzahler: Anteil der Patienten, die die Therapie ausschließlich oder überwiegend aus eigenen Mitteln bezahlt haben. GAF am Anfang (abgk. GAFanf): Eine Skala aus dem DSM-III-R zur Einschätzung des generellen Funktionsniveaus mit Werten zwischen 0 und 100; der Wert gibt die Lebensqualität an, die dem Patienten im Hinblick auf seine Krankheit verbleibt; Werte in der Nähe von Null verweisen auf eine kaum mehr vorhandene Lebensfähigkeit, Werte in der Nähe von 100 bedeuten einen voll funktionsfähigen, geistig, seelisch und körperlich gesunden Menschen; für somatische Erkrankungen wurde eine analoge Skala formuliert.

*Ergebnis-Variable:* GAF-Differenz (abgk. GAFdif): GAF-Wert (vgl. o.) am Ende der Behandlung minus dem zu Anfang. % remittiert: Anteil der Patienten, bei denen am Ende der Behandlung die Störung entsprechend der Kriterien nach DMS-III-R nicht mehr vorhanden ist. % verbessert: Anteil der Patienten, bei denen sich der Zustand zwar verbessert hat, die Kriterien nach DMS-III-R für die jeweilige Diagnose jedoch weiterhin erfüllt sein können – im Vergleich zur vorangehenden Variable eine schwächere Bedingung, die die Remission miteinschließt. VEV: vgl. o.; der VEV wird zwar der Vollständigkeit halber aufgeführt, jedoch wegen der relativ ge-

<sup>3</sup> Die nicht aufgeführten Diagnosegruppen weichen entweder in den Ergebnissen nicht nennenswert vom Gesamtmittelwert ab und/oder beinhalten nur sehr wenige Fälle; es sind dies: Hysterische Neurose (Nennungen = 2), sonstige Neurose (16), schizoide Persönlichkeitsstörung (19), zwanghafte Persönlichkeitsstörung (16), hysterische Persönlichkeitsstörung (13), selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (21), sonstige Persönlichkeitsstörung (33), sonstige funktionelle Störung (12), Alkohol- u.a. Abhängigkeit (12), Anpassungsstörung (62), sonstige Störung (27), sonstiger V-Code (12).

ringen Fallzahl in den einzelnen Diagnosegruppen hier nicht weiter interpretiert.<sup>4</sup>

Die vier letzten Variablen hängen untereinander natürlich eng zusammen, denn sie sind Indikatoren für das gleiche Behandlungsergebnis (durchschnittliche Korrelation 0,47).

#### Die Ergebnisse nach Diagnosegruppen

Über die Behandlung von Psychosen liegen hier mit 11 Fällen nur relativ geringe Erfahrungen vor. Der GAFanf-Wert ist erwartungsgemäß sehr niedrig. Die Ergebnisse der Therapie sind unterdurchschnittlich im Vergleich zum Rest der Untersuchungsgruppe.<sup>5</sup> Die Dauer der Therapien liegt deutlich unter dem Durchschnitt, was daran liegt, daß 5 der 11 Fälle ergebnislos abgebrochen wurden. (Die anderen 6 Fälle weisen eine durchschnittliche Therapiedauer auf und werden recht positiv eingeschätzt: mittlere GAFdif = 23,8.)

**Neurosen:** Bei insgesamt 180 Patienten wurden eine oder mehrere Neurosen diagnostiziert. Der Anteil der Frauen liegt hier nahe bei dem der Gesamtstichprobe, ebenso das durchschnittliche Alter, die Stundenzahl und der GAFanf-Wert. Lediglich der Anteil der Selbstzahler ist bei den depressiven Neurosen signifikant niedriger als bei der Kontrastgruppe. Nennenswerte Fallzahlen liegen nur für *neurotische Angststörungen* und *neurotische Depression* vor. Die Behandlungsergebnisse sind bei diesen beiden Gruppen eher überdurchschnittlich, erwähnenswert sind der sehr gute Gewinn im GAF bei den neurotischen Angststörungen und die hohe Rate von Remission (74,3 %) bei der Depression. Das Ergebnis bei der neurotischen Depression bestätigt, daß Bioenergetik für diese sehr verbreitete Störung eine gut geeignete Methode ist, wie es schon Lowen (1979) beschrieben hat.

Bei der *Zwangsneurose* sehen die Ergebnisse schlechter aus; sie ähneln eher denen der Psychosen: eine niedrige Stundenzahl von 42,8 (aber nur 1 Abbruch), ein geringer Prozentsatz von Remission und ein ebenfalls geringer von Verbesserung. Die GAF-Differenz von 11,83 ist zwar im Bezug auf die anderen Diagnosegruppen niedrig, bedeutet praktisch jedoch einen deutlichen Gewinn an Lebensqualität für die Patienten. Generell ist die Behandlung von Zwangsneurosen schwierig und es ist aus dieser Studie leider nicht zu beurteilen, wie die Bioenergetik im Vergleich zu anderen Therapierichtungen hierbei einzuschätzen ist.

Von den *Persönlichkeitsstörungen* sollen hier nur die narzißtische und die Borderline-Persönlichkeitsstörung besprochen werden. Die Gruppe der *narzißtischen Persönlichkeitsstörungen* ist, was das Geschlecht der Patienten anbetrifft, diejenige mit dem größten Anteil von Männern, fast 55 %. Die Werte für die anderen deskripti-

<sup>4</sup> Die VEV-Teilstichprobe ist bezüglich der Verteilung der Diagnosegruppen und des GAFanf-Wertes mit der Gruppe ohne VEV fast identisch. Die Ergebnisse werden deshalb gemeinsam interpretiert.

<sup>5</sup> Die Werte für die jeweiligen Kontrastgruppen sind der Übersichtlichkeit halber in der Tabelle nicht mit aufgeführt; sie können jedoch durch Vergleich der Diagnosegruppe mit dem Gesamt-Mittelwert geschätzt werden.

ven Variablen liegen zehlich beim Durchschnitt. Das Ergebnis der Behandlung ist erwartungsgemäß nicht so positiv wie z.B. bei den Neurosen, aber immerhin verzeichnen wir einen deutlichen Gewinn in den GAF-Werten, ausgehend von einem relativ hohen Niveau.

Bei der *Borderline-Persönlichkeitsstörung* findet sich wieder ein höherer Anteil von Frauen. Der GAFanf liegt deutlich unter dem Durchschnitt. Remissionen sind selten, Verbesserung wurde aber in mehr als drei Viertel der Fälle erreicht. Auch wenn die hier angegebenen Ergebnisse einen eher weniger eindrucksvollen Therapierfolg widerspiegeln, muß man doch bedenken, daß sie mit einem recht begrenzten therapeutischen Aufwand erreicht worden sind. Das gibt durchaus Anlaß, den Einsatz von BAT bei dieser Störung als ernstzunehmenden Zugang zu betrachten.

Bei den *psychosomatischen Störungen* werden entsprechend dem ICD-9 Diagnosesystem die funktionellen Störungen (Code 306) von den Störungen mit manifesten Organerkrankungen (Code 316) unterschieden. Generell ist zu sagen, daß bei diesen Diagnosen die besten durchschnittlichen Ergebnisse zu finden sind. Für die einzelnen Diagnosegruppen sind die Fallzahlen recht gering, trotzdem ist darauf hinzuweisen, daß die Störungsgruppen *funktionelle Störungen Herz-Kreislaufsystem*, *Magen-Darm-* und *Urogenitalsystem* (nicht aber Muskulatur/Skelett) bezogen auf die anderen Diagnosegruppen deutlich überdurchschnittliche GAFdif-Werte aufzuweisen haben.

Auch die Ergebnisse bei den *psychosomatischen Erkrankungen* sind, bezogen auf die anderen Diagnosegruppen, überdurchschnittlich gut. Auffallend ist der hohe Anteil von Frauen unter den Patienten mit psychosomatischen Diagnosen. Hierüber können nur Vermutungen angestellt werden: Vielleicht liegt es daran, daß Frauen eher als Männer im Falle einer körperlichen Erkrankung die seelische Seite ihres Leidens in den Vordergrund stellen und sich in Psychotherapie begeben.

Bei den *sexuellen Störungen* überrascht der niedrige Anteil von Remissionen – dies insofern, als Sexualität und die Reichianische Therapierichtung eng aufeinander bezogen sind. Wie es kommt, daß BAT nicht gerade hier überdurchschnittliche Erfolge erzielt, wäre weiterer Klärung wert.

Mit *Eßstörungen* liegen hier nur wenig Erfahrungen vor. Die Patienten sind ganz überwiegend Frauen. Die Erfolge der Therapien liegen im Durchschnitt der anderen Störungsgruppen, was durchaus ermutigend ist. Sie sollten Anlaß geben, körperorientierte Therapie auch bei diesem Problembereich verstärkt zu untersuchen und zur Anwendung zu bringen, auch insofern als bekannt ist, daß Störungen des Körpererlebens bei einem großen Teil von Patienten/innen mit Eßstörungen einen wichtigen Anteil haben.

Schließlich gibt es noch Patienten, die wegen sozialer Probleme in die Therapie kommen. Bei Patienten mit *familiären Problemen* liegt das Alter etwas höher, das Ergebnis ist nicht so günstig wie bei den klinischen Gruppen.

Patienten, für die berufliche oder andere soziale Probleme angegeben werden, *können* auch andere Diagno-

**Tabelle 4.** Vergleich verschiedener Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Anz.	weibl. %	Alter	Std.-zahl	Selbstzahler	GAF am Anfang	GAF-Diff.	Remittiert %	Verbessert %	VEV Anz.	VEV Wert
<i>Gesamt</i>	309	62,0%	33,86	75,31	44,7%	56,43	16,98	59,4%	86,3%	90	231,11
<i>Psychose</i>	11	90,0%	33,81	45,20 <sup>b</sup>	45,5%	44,36 <sup>b</sup>	14,55	27,3% <sup>a</sup>	54,6% <sup>a</sup>	1	269,00
<i>Neurotische Angststörung</i>	63	56,5%	33,03	77,25	36,5%	54,37	19,89 <sup>a</sup>	65,6%	93,4%	19	228,63
<i>Neurotische Depression</i>	112	64,2%	33,78	76,48	31,3% <sup>b</sup>	56,07	18,09	74,3% <sup>b</sup>	92,7%	44	230,54
<i>Zwangsneurose</i>	6	50,0%	35,17	42,83	66,7%	50,83	11,83	33,3%	50,0%	–	–
<i>Narzisstische Pers.st.</i>	43	45,2% <sup>a</sup>	33,53	64,12	46,5%	59,23	12,29 <sup>b</sup>	7,0% <sup>b</sup>	58,1% <sup>b</sup>	9	219,67
<i>Borderline Pers.st.</i>	39	81,6% <sup>b</sup>	32,05	88,05	59,0%	50,26 <sup>b</sup>	15,33	29,73 <sup>b</sup>	78,4%	13	235,15
<i>Funktionelle Störung Muskulatur/Skelett</i>	27	65,4%	37,41 <sup>b</sup>	80,48	37,0%	57,50	18,38	48,1%	81,5%	7	223,57
<i>Funktionelle Störung Herz/Kreislauf</i>	8	50,0%	38,78 <sup>a</sup>	114,89 <sup>a</sup>	44,4%	52,22	25,89 <sup>b</sup>	87,5%	100,0%	2	240,50
<i>Funktionelle Störung Magen/Darm</i>	20	75,0%	31,85	91,91 <sup>a</sup>	10,0% <sup>b</sup>	54,10	22,90 <sup>b</sup>	85,5% <sup>a</sup>	95,0%	3	204,00
<i>Funktionelle Störung Urogenitalsystem</i>	9	100,0%	30,56	94,44	44,4%	47,89 <sup>a</sup>	24,44 <sup>a</sup>	88,9%	100,0%	2	257,50
<i>Psychosomatische (Organ-)Erkrankung</i>	49	79,2% <sup>b</sup>	35,29	80,13	30,6% <sup>a</sup>	53,04 <sup>a</sup>	19,97 <sup>a</sup>	60,9%	97,8% <sup>b</sup>	10	223,00
<i>Sexuelle Störung</i>	60	65,0%	31,81	74,57	51,7%	57,10	16,47	41,7% <sup>b</sup>	75,0% <sup>a</sup>	13	229,77
<i>Eßstörung</i>	11	90,1%	31,27	84,45	27,3%	50,27 <sup>a</sup>	18,45	63,6%	81,2%	2	223,50
<i>Familiäre Probleme</i>	13	53,9%	39,85 <sup>b</sup>	68,54	46,1%	57,15	13,23	36,3%	63,6% <sup>a</sup>	1	243,00
<i>Berufs- u. soziale Probleme</i>	19	73,7%	34,16	80,32	73,7% <sup>b</sup>	61,21 <sup>a</sup>	11,79 <sup>a</sup>	42,1%	84,2%	4	253,75
<i>Keine Störung</i>	11	18,2% <sup>b</sup>	34,73	49,18 <sup>a</sup>	100,00 <sup>b</sup>	69,72 <sup>b</sup>	11,27 <sup>a</sup>	–	–	4	230,00

<sup>a</sup> Signifikant mit  $p < 0,05$ ; <sup>b</sup> signifikant mit  $p < 0,01$  (Erläuterungen im Text)

sen haben; aber vermutlich dadurch, daß ein Teil von Ihnen eben doch nur eine soziale Problematik und keine klinische Störung aufweist, findet sich hier ein hoher GAFanf-Wert (der höchst aller Diagnosegruppen) verbunden mit einem erhöhten Anteil von Selbstzahlern. Das hohe Ausgangsniveau im GAF läßt eine niedrige GAF-Differenz von vorneherein erwarten. Die Anteile von Remission und Verbesserung liegen beim Durchschnitt. Es scheint sich hier um eine ganz andere Klientengruppe zu handeln als bei den klinischen Störungen: vermutlich relativ gut angepaßt, leistungsbezogen, aber eben im Leistungsbereich mit Schwierigkeiten konfrontiert.

Interessant mag auch ein Blick auf die kleine Gruppe von Personen ( $N = 11$ ) sein, die sich einer bioenergetischen Behandlung unterzogen haben und keine klinische oder soziale Diagnose aufweisen. Der Anteil der Frauen ist hier auffallend gering, das Alter entspricht dem Durchschnitt, die Stundenzahl ist gering. Hochsignifikant ist aber der deutlich höhere GAFanf-Wert mit 69,7, dem wiederum ein relativ geringer Wert von 11,3 in der GAF-Differenz gegenübersteht. Werte für Remission und Verbesserung können ohne Vorliegen von Diagnosen natürlich nicht angegeben werden.

### Ergebnisse 3: Der Therapieerfolg in Abhängigkeit von verschiedenen Variablen

Neben der Diagnose gibt es noch eine Reihe anderer Variablen, die für den Therapieerfolg maßgeblich sein

könnten wie Geschlecht, Alter, Schulbildung, vorausgehende Behandlung, Therapiemotivation und Therapiedauer. Der Einfluß dieser Variablen soll abschließend kurz betrachtet werden (vgl. Tabelle 5).

*Geschlecht des Patienten:* diesbezüglich findet sich kein signifikanter Einfluß auf das vom Therapeuten geschätzte Therapie-Ergebnis, wohl aber auf den VEV-Wert.<sup>6</sup>

Beim Alter zeigt sich ein schwacher Effekt: Verbesserungen sind bei Patienten unter 40 Jahren signifikant häufiger als bei Patienten über 40 Jahren. Die Unterschiede bei der Remission, bei GAFdif und beim VEV gehen in die gleiche Richtung.

*Schulbildung:* Keine nennenswerten Unterschiede zwischen Patienten mit oder ohne Abitur.

*Vorausgehende Therapie:* Patienten ohne vorausgehende Therapie erreichen erwartungsgemäß deutlich häufiger Remission oder Verbesserung als Patienten mit vorausgehender Psychotherapie.

<sup>6</sup> Hier kann es sich allerdings um ein methodisches Artefakt handeln, dadurch verursacht, daß Frauen bei der Beantwortung des Fragebogens mit sehr positiven Antworten großzügiger umgehen, während bei Männern eher eine vorsichtiger Tendenz vorherrscht. Die Angaben der Männer korrelieren aber deutlich höher mit den Einschätzungen der Therapeuten als die der Frauen. Bemerkenswert ist, daß auch in der oben erwähnten Studie von Zielke (1993) Frauen durchschnittlich um 12,2 Punkte höhere Veränderungswerte angeben als Männer.

**Tabelle 5.** Der Therapieerfolg in Abhängigkeit von verschiedenen Variablen

Variable	Ausprägung	Anzahl	GAF-Differenz	Remittiert %	Verbessert %	VEV Anzahl	VEV Wert
Mittelwert		309	17,0	59,4	86,3	90	231,1
Geschlecht	m	115	16,3	53,4	83,5	45	225,2 <sup>a</sup>
	w	188	17,4	62,2	88,1	45	237,0 <sup>a</sup>
Alter	< 40 J.	240	17,1	62,3	89,0 <sup>a</sup>	67	233,0
	≥ 40 J.	66	16,7	49,2	76,9 <sup>a</sup>	23	225,7
Schulbildung	kein Abitur	91	17,0	59,3	84,6	27	229,7
	Abitur	207	16,8	59,8	87,1	63	231,7
Vorausgehende Therapie	nein	194	17,5	65,6 <sup>b</sup>	90,3 <sup>a</sup>	66	230,7
	ja	112	16,1	48,6 <sup>b</sup>	79,4 <sup>a</sup>	24	232,3
Therapiemotivation	gut	245	18,1 <sup>b</sup>	64,1 <sup>b</sup>	91,9 <sup>b</sup>	81	231,2
	fraglich	50	11,1 <sup>b</sup>	34,7 <sup>b</sup>	59,2 <sup>b</sup>	4	223,5
Psychosoziale Belastung	niedrig	118	14,0 <sup>b</sup>	50,5 <sup>a</sup>	86,5	26	229,8
	hoch	191	18,9 <sup>b</sup>	64,8 <sup>a</sup>	86,3	64	231,7
GAF-Anfang	≤ 55	156	20,6 <sup>b</sup>	56,5	83,8	46	237,1 <sup>a</sup>
	> 55	152	13,3 <sup>b</sup>	62,3	89,1	43	224,9 <sup>a</sup>
Therapiedauer	≥ 25 Std.	40	11,0 <sup>b</sup>	32,4 <sup>b</sup>	64,9 <sup>b</sup>	2	207,0
	> 25 Std.	268	17,9 <sup>b</sup>	63,5 <sup>b</sup>	89,4 <sup>b</sup>	88	231,7

<sup>a</sup> Signifikant mit  $p < 0,05$ ; <sup>b</sup> signifikant mit  $p < 0,01$

Daß die *Therapiemotivation* mit dem Behandlungsergebnis korreliert, ist recht trivial und muß nicht weiter erörtert werden.

*Therapiedauer:* Hier wurde zwischen Kurzzeittherapien mit maximal 25 Sitzungen und Therapien mit längerer Dauer unterschieden. Alle drei Ergebnisvariablen weisen Unterschiede zugunsten der Therapien mit längerer Dauer auf. Dieser Effekt liegt *nicht* daran, daß in der Gruppe der Kurzzeittherapien gehäuft ergebnislos abgebrochene Therapien erhalten sind. Auch wenn man die abgebrochenen Therapien aus der Analyse ausklammert, zeigt sich der gleiche Effekt zugunsten der länger dauernden Therapien. BAT ist eben keine Kurztherapie.

Nun *könnte* dadurch, daß z.B. in bestimmten Diagnosegruppen besonders viele Frauen oder auch speziell jüngere Frauen wären und gleichzeitig die therapeutische Behandlung bei jüngeren Frauen generell erfolgreicher verlief, vorgetäuscht werden, daß Therapien mit diesen Diagnosegruppen erfolgreicher wären – dies ist jedoch nur ein hypothetisches Beispiel. Um diese Art von Fragen zu beantworten, wurde eine multivariate Analyse durchgeführt. Die Ergebnisse sollen hier nur kurz aufgeführt werden, denn generell zeigt sich, daß solche *indirekten Effekte* für die Ergebnisse der Störungsgruppen keine nennenswerte Rolle spielen.

In der Tabelle 6 sind die Ergebnisse von multiplen Regressionsanalysen mit GAFDIF und VEV als Kriterien dargestellt, bei denen erst die o.a. Diagnosekontraste als Prädiktoren-Block eingeführt wurden (Ergebnisse in der Spalte  $\beta$ -vor), dann in einer zweiten Analyse analog einer Kovarianzanalyse zunächst der Variablenblock der Alternativ-Variablen („Covariate“) und da-

nach wieder der Block der Diagnosekontraste (Ergebnisse in der Spalte  $\beta$ -nach). Es zeigt sich, daß für die Diagnosekontraste die standardisierten partiellen Regressionskoeffizienten vor und nach Einführung der „Covariate“ ( $\beta$ -vor und  $\beta$ -nach) praktisch unverändert bleiben; das bedeutet, daß der Einfluß der Diagnosekontraste auf die Ergebnisse weder bei GAFDIF noch beim VEV durch die Alternativ-Variablen erklärt werden können, sondern daß es sich um direkte Effekte handelt.

### Schlußfolgerungen

Aus alledem zeigt sich, daß es auch mit dem hier vorgenommenen, relativ geringen methodischen Aufwand möglich ist, erste, überblickshafte Antworten auf die eingangs gestellten Fragen zu erhalten.

Was die generelle Wirksamkeit anbetrifft, werden die sporadisch in der Literatur enthaltenen „Vorurteile“, daß nämlich für denjenigen, der sich darauf einläßt, die bioenergetisch-analytische Therapie ein im Vergleich zu anderen Psychotherapieschulen recht wirkungsvolles Verfahren sei, bestätigt.

Die günstigsten Ergebnisse wurden bei der Behandlung neurotischer und psychosomatischer Störungen erzielt. Aussagen liegen hier vor allem zu neurotischen Angststörungen und zur neurotischen Depression vor – das liegt vor allem an der Prävalenz dieser Diagnosen. Lediglich bei Zwangsnerven zeichnen sich weniger günstige Ergebnisse ab. Bei den funktionellen psychosomatischen Störungen scheint der Schwerpunkt der guten Behandlungserfolge eher bei den Störungen innerer Organe zu liegen, weniger bei Problemen im Bewegungsapparat.

**Tabelle 6.** Der Therapieerfolg in Abhängigkeit von verschiedenen Variablen  
Multivariate Analyse

Kriteriums-Variable →		GAF-Differenz		VEV	
Prädiktor-Variable ↓		β-vor	β-nach	β-vor	β-nach
<i>Diagnose-Kontraste</i>	Neurose	0,097	0,105	-0,058	-0,017
	Psychosomatische Störung	0,192 <sup>c</sup>	0,139 <sup>b</sup>	-0,082	-0,014
	Persönlichkeitsstörung	-0,228 <sup>c</sup>	-0,255 <sup>c</sup>	0,043	0,045
	Andere klinische Störung	-0,033	0,010	-0,095	-0,064
	V-Code	-0,150 <sup>b</sup>	-0,139 <sup>c</sup>	0,171	0,181
	Keine Störung	-0,142 <sup>a</sup>	-0,103	-0,020	0,043
	<b>Anstieg R<sup>2</sup> (für diesen Block)</b>	<b>0,153<sup>c</sup></b>	<b>0,134<sup>c</sup></b>	<b>0,052</b>	<b>0,061</b>
„Covariate“	Geschlecht		0,023		0,244 <sup>a</sup>
	Alter		-0,014		-0,133
	Schulbildung		0,025		0,036
	Vorausgehende Therapie		-0,043		0,058
	Therapiedauer		0,354 <sup>c</sup>		0,186
	<b>Anstieg R<sup>2</sup> (für diesen Block)</b>		<b>0,140<sup>c</sup></b>		<b>0,096</b>

<sup>a</sup> Signifikant mit  $p < 0,05$ ; <sup>b</sup> signifikant mit  $p < 0,01$ ; <sup>c</sup> signifikant mit  $p < 0,001$  (Erläuterungen im Text)

Verbesserungen wurden auch bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (narzißtische und Borderline-) erzielt und bei einer Reihe anderer Störungen, von denen aber jeweils nur relativ geringe Fallzahlen vorliegen.

Generelle Verschlechterung für eine Diagnosegruppe wurde nicht beobachtet; überhaupt sind es nur wenige Einzelfälle, bei denen Verschlechterung angegeben wurde. Für eine Schädlichkeit der BAT bei einer der untersuchten Diagnosegruppen gibt es also keine Hinweise.

Der Anwendungsbereich der BAT ist nicht durch besondere Erfordernisse von seiten der Patienten eingeschränkt, z.B. werden keine überdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten vorausgesetzt, und auch Personen in der zweiten Lebenshälfte können diese Art der Behandlung für sich nutzbar machen – und natürlich auch Personen in größeren sozialen Belastungssituationen. Eine Voraussetzung für das Gelingen liegt jedoch in der Therapiemotivation, was verständlich ist, da die BAT arbeitsaufwendig und zeitweise auch schmerzhaft ist – aber das gilt wohl für alle tiefenpsychologischen Therapierichtungen.

Bei der Bewertung der Ergebnisse ist natürlich die Art der Stichprobenbildung zu berücksichtigen: Die Selbstauswahl von vorwiegend für diese spezielle Behandlungsmethode gut motivierten und auch zu finanziellen Opfern bereiten Personen entspricht natürlich nicht einem experimentellen Setting mit Zufallsauswahl – wie übrigens auch keine der zum Vergleich herangezogenen Therapiestudien. Der Vorgang entspricht aber der tatsächlichen Praxis der psychotherapeutischen Versorgung, daß nämlich sinnvollerweise Patienten sich nicht nur einen Therapeuten aussuchen, mit dem sie ein gewisses Maß an Sympathie verbindet, sondern auch eine Methode, deren Sprache zu sprechen – um an der eingangs verwendeten Metapher von der Körperarbeit

als einer zusätzlichen Sprache anzuknüpfen – sie für sich als heilsam erachten.

Die Mangelsituation an wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Themenbereich körperorientierte Psychotherapie kann durch eine einzelne Arbeit und dazu noch eine, die wie die vorliegende im Einsatz forschungstechnischer Mittel bescheiden bleiben mußte, zwar nicht grundlegend behoben werden, wir hoffen jedoch, zunehmend Nachfolger zu finden, die die hier angerissenen Fragestellungen weiterführen und vertiefen. Langfristig hoffen wir, daß die körperorientierten Psychotherapieverfahren einen angemessenen Platz im Feld der Psychotherapieforschung finden werden.

#### Literatur

- Büntig W (1983) Bioenergetik. In: Corsini RJ (Hrsg) Handbuch der Psychotherapie. Beltz, Weinheim
- Görgen W (1994) Klientenzentrierte Einzeltherapie von Drogenabhängigen im stationären Setting. GwG Z 92: 26–32
- Grawe K, Caspar F, Ambuehl H (1990) Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. Z Klin Psychologie 19/4: 338–361
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Gudat U (1995) Die Wirksamkeit der Bioenergetischen Analyse als ambulanter Psychotherapie. Forschungsbericht. Deutscher Verband für Bioenergetische Analyse, München
- Gudat U, Kubierschky D (1989) Bioenergetische Analyse in der psychotherapeutischen Praxis. Vortrag auf dem Kongreß des BDP, München
- Kisker KP, Freyberger H, Rose H-K, Wulff E (1987) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Thieme, Stuttgart New York
- Lowen A (1958) The physical dynamics of character structure; dtsh: Körperausdruck und Persönlichkeit (1980). Kösel, München

- Lowen A (1971) Depression. Unsere Zeitkrankheit – Ursachen und Heilung, 2. Aufl. Kösel, München
- Lowen A (1975) Bioenergetics. dtsh: Bio-Energetik – Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper (1979). rororo, Reinbek
- Reich W (1933; 1971) Charakteranalyse. Kiepenheuer und Witsch, Köln
- Sauter FCh, Stahl H (1992) Erste Untersuchungsergebnisse zur Effektivität einer kurzzeitigen stationären Intensivtherapie im Rahmen eines holistischen integrativen Psychotherapiekonzepts. GwG Z 86: 22–38
- Zielke M (1993) Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Beltz, Weinheim
- Zielke M, Kopf-Mehnert C (1978) Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Beltz, Weinheim
- Korrespondenz:** Dr. phil. Ulrich Gudat, Hittoweg 17, D-81249 München, Bundesrepublik Deutschland.

*Ulrich Gudat, Dr. phil., Diplom-Psychologe, München: Nach 15 Jahren Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der Entwicklungspsychologie und Familienforschung am Deutschen Jugendinstitut, München, heute Psychotherapeut in Privatpraxis, Vorsitzender der Münchner Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Leiter des Arbeitskreises für Forschung des Deutschen Verbands für Bioenergetische Analyse. Buchveröffentlichung zum Thema „Bioenergetik“ (1993, mit Hoffmann).*