

Untersuchung der Störungsspezifität ambulanter Körperpsychotherapien

Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines Dr. phil.

an der Fakultät für Verhaltens- und
Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

eingereicht von

Dipl.-Psych., Dipl.-Biol. Martin Kaschke

Heidelberg, Januar 2010

Disputation, 08. Juni 2010

Referenten:

Prof. Dr. Peter Fiedler

Prof. Dr. Dirk Revenstorf

Danksagung

Für die Betreuung und Begutachtung der Dissertation danke ich Herrn Professor Dr. Peter Fiedler und Herr Professor Dr. Dirk Revenstorf.

Herrn Dipl.-Psych. Samuel Greiff danke ich für die fundierte methodische Beratung. Weiter gilt in diesem Bereich mein Dank den Herren Dr. Klaus-Eckart Rogge und Dr. Oliver Schilling.

Herrn Dipl.-Psych. Ulrich Soeder danke ich für die Überlassung der Daten.

Der erweiterten Hakomi-Forschungsgruppe gilt mein Dank für die langjährige, manchmal kraftraubende aber immer interessante Erarbeitung der EWAK-Studie: Frau Dr. Margit Koemeda-Lutz, Professor Dr. Dirk Revenstorf, Dr. Thomas Scherrmann, Dipl.-Psych. Halko Weiss und Dipl.-Psych. Ulrich Soeder.

Ein weiterer Dank gilt Frau Dr. Margit Koemeda-Lutz für die Datenerhebung der Körperpsychotherapieinstitute in der Schweiz und die Unterstützung als Forschungskordinatorin in der EWAK-Studie. Auch allen anderen sieben Körperpsychotherapieinstituten und deren Forschungskordinatoren gilt mein Dank für die viele ehrenamtliche Arbeit und den unterstützenden und bereichernden Austausch bei der Beschreibung der teilnehmenden Institute.

Den Therapeuten danke ich für ihr ehrenamtliches und großes Engagement. Und den Klienten gilt mein Dank, die sich zur Verfügung stellten, trotz ihres Leidensdrucks mehrmals sehr ausführlich genau darüber Auskunft zu geben.

Die große Tragödie der Wissenschaft – die Ermordung einer schönen Hypothese durch eine schmutzige Tatsache.

Thomas Henry Huxley, *Biogenesis and Abiogenesis* (1870)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
2 Theorie	3
2.1 Psychotherapie - Definitionen	3
2.2 Psychotherapeutische Modelle	6
2.2.1 Nicht explizit körperorientierte Ansätze	6
2.2.1.1 Biologische Modelle	6
2.2.1.2 Tiefenpsychologische Modelle	6
2.2.1.3 Humanistische Modelle	9
2.2.1.4 Lerntheoretische Modelle	9
2.2.1.5 Kognitive Modelle	10
2.2.1.6 Systemische Modelle	10
2.2.1.7 Integrative Modelle	10
2.2.2 Körperpsychotherapie	11
2.2.2.1 Historische Ursprünge	12
2.2.2.2 Entwicklungslinien	13
2.2.2.3 Definitionen und Standortbestimmung	16
2.2.2.3.1 Abgrenzung der Begriffe Körpertherapie, Körperpsychotherapie und Psychotherapieformen, die auch körpertherapeutische Elemente einsetzen	16
2.2.2.3.2 Definitionen des Körpers	17
2.2.2.3.3 Definition der Körperpsychotherapie	18

2.2.2.3.4	Perspektiven des Körpers in der Psychotherapie	21
2.2.2.3.5	Verbreitung der Körperpsychotherapie	22
2.2.2.4	Teilnehmende Körperpsychotherapieinstitute	22
2.2.2.4.1	Hakomi Experiential Psychology	24
2.2.2.4.2	Biodynamische Psychologie	26
2.2.2.4.3	Unitive / Integrative Körperpsychotherapie	29
2.2.2.4.4	Bioenergetische Analyse und Therapie	31
2.2.2.4.5	Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie - SIKOP	33
2.2.2.4.6	Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie - GFK	36
2.2.2.4.7	Internationales Institut für Biosynthese - IIBS	38
2.2.2.4.8	Integrative Körperpsychotherapie – IBP (Integrative Body Psychotherapy)	41
2.3	Psychotherapieforschung	43
2.3.1	Historische Entwicklung	44
2.3.1.1	Phase der klassischen Falldarstellung	44
2.3.1.2	Phase der Rechtfertigungsforschung	45
2.3.1.3	Phase der differenziellen Psychotherapie-Effizienz- forschung	45
2.3.1.4	Phase der praxisbezogenen Psychotherapieforschung	46
2.3.2	Methodik und Begriffe der Psychotherapieforschung	47
2.3.2.1	Qualitative und quantitative Forschung	47
2.3.2.2	Outcome- und Prozessforschung	48
2.3.2.3	Therapieerfolg	50
2.3.2.4	Effektstärken und Metaanalysen	52
2.3.2.5	Wirkfaktoren – spezifische und unspezifische	56
2.3.2.6	Evidenzbasierte Medizin	60
2.3.2.7	Manuale	60
2.3.2.8	Labor- versus Feldforschung	61
2.3.2.9	Was ist empirisch zu validieren?	63
2.3.2.10	Drei exemplarische Studien	64

2.3.3 Körperpsychotherapieforschung	66
2.3.3.1 Historische Einordnung der Forschung in der Körperpsychotherapie	68
2.3.3.2 EWAK-Studie (Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien)	69
2.4 Störungsspezifität	70
2.4.1 Zugrundeliegende Begriffe	71
2.4.1.1 Psychische Störung	71
2.4.1.2 Diagnostik und Klassifikation	72
2.4.2 Störungsspezifität – Definition, Methodik und inhaltliche Aspekte	74
2.4.2.1 Spezifitätsparadoxon	75
2.4.2.2 Methodik der Störungsspezifität	76
2.4.2.3 Inhaltliche Aspekte der Störungsspezifität	78
2.4.3 Körperpsychotherapeutische Störungsspezifität	82
2.4.3.1 Störungsspezifisches Körpererleben und Interventionen (nach Röhricht, 2000)	83
2.4.3.1.1 Depressive Störungen	83
2.4.3.1.2 Angststörungen	83
2.4.3.1.3 Persönlichkeitsstörungen	84
2.5 Ambulante Psychotherapie	85
2.6 Fragestellungen und Hypothesen	87
2.6.1 Fragestellungen	87
2.6.1.1 Fragestellungen Voruntersuchung	87
2.6.1.1.1 Frage V1 – Soziodemographie	88
2.6.1.1.2 Frage V2 – Instrumentarien	88
2.6.1.2 Fragestellungen Hauptuntersuchung	88
2.6.1.2.1 Frage H1 – F-Codierungen, einstellig	88
2.6.1.2.2 Frage H2 – F-Codierungen, mehrstellig	88
2.6.1.2.3 Frage H3 – Komorbidität	88
2.6.1.2.4 Frage H4 – Clusteranalytische Störungsgruppen	89
2.6.2 Hypothesen	89

2.6.2.1	Hypothesen Voruntersuchung	89
2.6.2.1.1	Hypothese V1 – Soziodemographie	89
2.6.2.1.2	Hypothese V2 – Instrumentarien	89
2.6.2.2	Hypothesen Hauptuntersuchung	90
2.6.2.2.1	Hypothese H1 – F-Codierungen, einstellig	90
2.6.2.2.2	Hypothese H2 – F-Codierungen, mehrstellig	90
2.6.2.2.3	Hypothese H3 - Komorbidität	91
2.6.2.2.4	Hypothese H4 – Clusteranalytische Störungs- gruppen	91
3	Methodik	92
3.1	Design der Untersuchung	92
3.1.1	Design der EWAK-Studie als Datenbasis	92
3.1.2	Design der Untersuchung der Störungsspezifität	93
3.2	Erhebungsinstrumente	94
3.2.1	Auswahl der Instrumente	94
3.2.2	Einzelne Instrumente	96
3.2.2.1	Die Symptom-Checkliste - SCL-90-R	96
3.2.2.2	Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - IIP	98
3.2.2.3	Das Beck-Angst-Inventar – BAI	99
3.2.2.4	Das Beck-Depressions-Inventar – BDI	101
3.2.2.5	Die Beschwerdenliste – BL	102
3.2.2.6	Die Gesundheitsskala - Ges	104
3.2.2.7	Die Selbstwirksamkeitserwartung – SWE	105
3.2.2.8	Die Lebenszufriedenheit – LZH	106
3.2.2.9	Globale Ratings von Klient und Therapeut	107
3.2.2.9.1	Globales Rating / Klient (GRK) und Globales Rating / Therapeut (GRT)	107
3.2.2.9.2	Allgemeine Verbesserung des Therapieerfolgs / Therapeut (AVT) und Allgemeine Verbesserung	

des Therapieerfolgs / Klient (AVK)	108
3.3 Nachcodierung der Diagnostik	108
3.4 Statistische Datenanalyse und Untersuchungsplan	110
3.4.1 Voruntersuchung – Homogenität der Körperpsychotherapien	110
3.4.2 Hauptuntersuchung – Störungsspezifität	111
3.4.2.1 Unabhängige Variablen	111
3.4.2.2 Abhängige Variable	112
3.4.2.3 Kontrollvariablen	113
3.4.2.4 Prüfverfahren	114
3.4.3 Nachuntersuchungen	115
3.4.4 Signifikanzniveau	115
4 Ergebnisse	117
4.1 Stichproben	117
4.1.1 Klientenstichprobe	117
4.1.2 Therapeutenstichprobe	120
4.1.3 Therapieprozess	121
4.2 Voruntersuchung – Homogenität	124
4.2.1 Soziodemographie	124
4.2.2 Instrumentarien	128
4.2.3 Hypothesenüberprüfung der Voruntersuchung	130
4.3 Hauptuntersuchung	130
4.3.1 Nachcodierung	130
4.3.2 Zusammenfassung der Tests zur abhängigen Variablen	133
4.3.3 Faktoren- und clusteranalytische Bildung der vierten Hypothese	135
4.3.4 Deskriptive Statistiken der Hypothesen	138
4.3.4.1 F-Codierungen, einstellig – Hypothese 1	138
4.3.4.2 F-Codierungen, mehrstellig – Hypothese 2	141
4.3.4.3 Mehrfachdiagnosen – Hypothese 3	144
4.3.4.4 Clusteranalytische Gruppen – Hypothese 4	146
4.3.5 Überprüfung der Hypothesen – mit Haupt- und Wechselwirkungen	148

Hypothese	186
5.3.2.4 Deskriptive Statistiken der Hypothesen	187
5.3.2.5 Überprüfung der Hypothesen	187
5.3.2.5.1 Regressionseffekt	187
5.3.2.5.2 Anfangsbelastung	188
5.3.2.5.3 Hypothesenuntersuchung	188
5.3.3 Nachuntersuchung	190
5.3.3.1 Therapiedauer als abhängige Variable	190
5.3.3.2 Multiple Regressionsanalyse der Kontrollvariablen	191
5.3.3.3 Hauptwirkungen aller einzelnen Tests	191
5.4 Ausblick	191
6 Zusammenfassung	193
7 Literatur	197
Anhang	233
Abbildungsverzeichnis	233
Tabellenverzeichnis	233
Faktorenanalyse zur Zusammenfassung	236
Faktorenanalyse 1 zur Datenreduktion für Clusteranalyse	237
Faktorenanalyse 2 zur Datenreduktion für Clusteranalyse	239
Clusteranalyse 1 für Hypothese 4	241
Clusteranalyse 2 für Hypothese 4	248
Erklärungen	249

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Analysis of Variance
ANCOVA	Analysis of Covariance
APA	American Psychiatric Association
AVK	Allgemeine Verbesserung des Therapieerfolgs/Klient (S. Schneider & Margraf, 1996)
AVT	Allgemeine Verbesserung des Therapieerfolgs/Therapeut S. Schneider & Margraf, 1996)
BAI	Beck-Angst-Inventar (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988)
BDI	Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994)
BL	Beschwerden Liste (Zerssen, von, 1996)
CA	Clusteranalyse
DSM-IV	Diagnostical and Statistical Manual, 4. Revision
EABP	European Association of Body Psychotherapy
EWAK	Evaluation der Wirksamkeit ambulanter Körperpsychotherapien
FA	Faktorenanalyse
GesN	Gesundheitsskala-Neurotizismuswert (R. Lutz, Franzen, Heyn, Schmid, Sick & Steinl, 1995)
GesP	Gesundheitsskala-Positivwert (R. Lutz et al., 1995)
GFK	Gespräch-Focussing-Körper
GRK	Globales Rating/Klient (S. Schneider & Margraf, 1996)
GRT	Globales Rating/Therapeut (S. Schneider & Margraf, 1996),
GSI	Global Severity Index
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Revision
IBP	Integrative Body Psychotherapy (Integrative Körperpsychotherapie)
IIBS	Internationales Institut für Biosynthese
IIP	Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - IIP-D

	(Horowitz, Strauß & Kordy, 1994),
LZH	Lebenszufriedenheit (R. Lutz, 2000)
RCT	Randomized Controlled Trials
SCL	Symptom-Chekliste von Derogatis – SCL-90-R (Franke, 1995)
SGBAT	Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie
SIKOP	Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer, 1994)

1 Einleitung

Strauß (2008) befragte klinisch tätige Mitarbeiter, welche Themen für diese in den nächsten 10 Jahren Psychotherapieforschung besonders interessant sein werden.

Nicht ganz überraschend wurden am häufigsten kulturelle Aspekte von Psychotherapie genannt, die Veränderung von Familiendynamik im Lebenslauf und deren Auswirkung auf die Psychotherapie, die Betrachtung des Körpers in der (Trauma)Psychotherapie sowie die Frage, was denn eigentlich die Essenz der bisher ‚nicht akzeptierten Psychotherapie-verfahren‘ (im Vergleich zu den Richtlinienverfahren) sei. (S. 341)

Gleichzeitig war über die reale Praxissituation von Psychotherapie wenig bekannt (exemplarisch Heekerens, 2005). Hierzu äußerte sich Rudolf (2008, S. 357): „Wir wissen nicht, was RCT-Studien [Randomized Controlled Trials] für die Praxis bedeuten, wir wissen überhaupt sehr wenig Fundiertes über die reale Situation in der therapeutischen Praxis und wir werden auch wenig darüber erfahren, wenn wir als Forscher von außen in die Praxen kommen.“

Die vorliegende Arbeit griff einige dieser Aspekte auf, indem sie den Körper in Form der untersuchten Körperpsychotherapien integrierte, die nicht zu den akzeptierten Richtlinienverfahren gehörten. Auch fand weniger eine Untersuchung von außen statt, da eine naturalistische Studie durchgeführt wurde, deren ausdrücklicher Untersuchungsplan es war, selbst indirekt möglichst wenig in den Therapieprozess einzugreifen.

Den inhaltlichen Aspekt der Arbeit – die Störungsspezifität – bezeichnen Caspar und Jacobi (2004) als eine der wichtigsten Perspektiven in der klinischen Psychologie im zurückliegenden Jahrzehnt. Die bisherigen Untersuchungen der Störungsspezifität fanden allerdings meist unter kontrollierten Bedingungen des RCT-Designs statt und im Bereich der Körperpsychotherapie höchstens indirekt. Dieses Forschungsdefizit versuchte die vorliegende Arbeit ein wenig zu reduzieren.

Nach einem ausführlichen Theorieteil untersuchte die vorliegende Arbeit Störungsspezifität mit gewissen Einschränkungen: Es konnten aufgrund der Datenbasis aus einer Evaluationsstudie keine störungsspezifischen Interventionstechniken untersucht werden, stattdessen wurden acht Körperpsychotherapien zusammengefasst und deren störungsspezifische Gesamtwirkung untersucht. Dies fand mit verschiedenen methodischen Ansätzen statt, um dem gerade erwähnten Forschungsdefizit gerecht zu werden: Bildung der Störungsgruppen nicht nur aufgrund von ICD-10-Diagnosen, sondern auch aufgrund von Komorbidität und durch Clusteranalyse, Bildung der abhängigen Variablen durch ein multiples Ergebniskriterium und die einzelnen Instrumentarien, ungewichtete und faktorenanalytisch gewichtete Zusammenfassung des multiplen Ergebniskriteriums. Damit nahm der Methodikteil in seiner Variabilität auch einen eher ausführlichen Teil ein, so dass der Titel der Arbeit ergänzt hätte werden können als: Untersuchung der Methodik von Störungsspezifität bei ambulanten Körperpsychotherapien.

Zur Bezeichnung der Patienten und der Sprachform des Geschlechts.

In den Körperpsychotherapien, die auch von der humanistischen Psychologie geprägt wurden, ist es verbreitet, die Patienten als Klienten zu bezeichnen. In der vorliegenden Arbeit fanden beide Begriffe Verwendung. Im Fall allgemeiner Zusammenhänge, wie zum Beispiel der Beschreibung der Psychotherapieforschung wurde Patient verwendet. Bezog sich der Text auf die vorliegende Untersuchung oder Körperpsychotherapien wurde Klient verwendet. Letztlich bezeichnen beide Begriffe die gleichen Menschen und sind austauschbar.

Lediglich zur einfacheren Lesbarkeit der Arbeit wurden die Personen in ihrer männlichen Form des Geschlechts bezeichnet (zum Beispiel Therapeut, Klient, Patient). Gemeint waren in diesem Fall aber immer die weiblichen und männlichen Personen.

2 Theorie

2.1 Psychotherapie - Definitionen

Das Feld der Psychotherapie ist sehr heterogen. Nach Norcross (2005) gibt es inzwischen über 400 verschiedene Psychotherapien. Kriz geht davon aus, dass die Vielfalt der menschlichen Ziele, Wertvorstellungen und Lebensweisen immer auch eine Nachfrage zur Folge hat an einer Vielfalt der medizinischen und psychotherapeutischen Interventionen (2007a). Unabhängig davon, ob sich die Vielfalt zukünftig reduziert, gleich bleibt oder gar erweitert, ist der aktuelle Stand so umfangreich, dass sich kaum eine Definition finden lässt, die dem Feld der Psychotherapie vollständig gerecht wird. Daher können die folgenden Definitionen nur einen Versuch der Annäherung an das heterogene Feld der Psychotherapie darstellen.

In einem allgemeinen Wörterbuch der deutschen Sprache wird Psychotherapie definiert als „Krankenbehandlung (bei Neurosen, psychischen Fehlleistungen usw.) durch seelische Beeinflussung“ (Wahrig, Deutsches Wörterbuch, 2006, S. 1178).

Genauer wird die Definition von Psychotherapie in einem psychologischen Wörterbuch: „Die gezielte, professionelle Behandlung psychischer und/oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln“ (Dorsch, Psychologisches Wörterbuch, 13. Aufl., 1998, S. 703).

Baumann und Perrez (2005) betrachten Psychotherapie als Teilgebiet der Klinischen Psychologie bzw. als Spezialfall von klinisch-psychologischen Interventionen. Dabei besteht ein besonderes „Nahverhältnis“ (S. 42) zwischen Psychologie und Psychotherapie. Dem widerspricht allerdings die Medizin, die Psychotherapie in

besonderer Nähe zur Medizin definiert, als Spezialfall der Krankenbehandlung.

Bastine definiert Psychotherapie folgendermaßen:

Psychotherapie lässt sich also zusammenfassend definieren als eine spezifische Art der interpersonellen Beziehung, in der Klienten/Patienten eine professionelle Hilfe bei der Bewältigung ihrer psychischen Störungen oder der psychischen Aspekte körperlicher Erkrankungen erhalten. Die konstruktiven Änderungen im Erleben, Verhalten und den Umweltbeziehungen des Klienten sollen durch das wissenschaftlich begründete und zielgerichtete Handeln des Psychotherapeuten herbeigeführt werden. (1994, S. 209)

Auf Strotzka geht eine Definition zurück, die besonders die sozialen und interindividuellen Aspekte betont. Sie wurde neben anderen als Grundlage benutzt für das Forschungsgutachten zu Fragen des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1991.

Demnach ist Psychotherapie

... ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Lebenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig. (1969, S. 32)

In den Körperpsychotherapien nimmt die humanistische Perspektive einen wichtigen Teil der verschiedenen Ansätze ein. Deshalb soll eine Definition von Wiltschko und Renn zitiert werden, die zusätzlich die ursprüngliche Bedeutung des Wortes Psychotherapie aufgreift.

Psychotherapie ist ein Kunstwort, das aus dem griechischen psychein und therapon zusammengesetzt ist. Das erste Wort bedeutet hauchen, atmen, leben und das zweite Diener, Gefährte. Psychotherapie verdient diesen Titel nur, wenn

sie das Bemühen bezeichnet, dem lebendigen Atem des Klienten ein Gefährte zu sein mit der Absicht, die Schritte der Veränderung, die Schritte des Zu-sich-Findens, die Schritte des Lebens aus dem Leben des Klienten selbst kommen zu lassen. Der Atem strömt ein und aus, herunter und hinauf, verbindet oben und unten, außen und innen – und der Atem atmet, ohne dass wir es tun müssen. (1999, S. 9)

Neuere Definitionen von Psychotherapie greifen synergetische Konzepte auf und betrachten das menschliche Gehirn als selbstorganisierendes System (Kriz, 1999b; Schipek, Weihrauch, Eckert, Trump, Droste, Picht et al., 2003). Danach ist Psychotherapie die Schaffung der Bedingungen für Phasenübergänge von Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern (Schipek, Lambert, Perlit, Vogeley und Schubert, 2003). Die Phasenübergänge basieren dabei auf selbstorganisierten Prinzipien und durchlaufen eine relativ hohe, kritische Instabilität. Letzteres korrespondiert mit dem Energiemodell Caspars (1998) mit Bezug zur statischen Physik und der Thermodynamik. Demnach sind psychische Störungen zwar pathologisch aber zugleich relativ energiearme Zustände der Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster. Durch die therapeutische Intervention entsteht eine Destabilisierung, die einen Übergang ermöglichen kann in einen neuen – potentiell gesünderen – Zustand mit geringerem Energieniveau (s.a. Bergmann, Villmann & Gumz, 2008).

Anzumerken ist hier, dass die therapeutische Intervention nicht immer die Destabilisierung oder Energetisierung des Systems des Klienten darstellen muss. Die Destabilisierung kann auch extratherapeutisch stattfinden und wird vom Klienten in die Therapie eingebracht. Aufgabe des Therapeuten ist es dann, die Destabilisierung aufzugreifen und nicht wieder in den alten Zustand zurück, sondern in einen neuen zu überführen.

2.2 Psychotherapeutische Modelle

Angesichts der Fülle klinischer Störungen (über 500 im DSM-IV oder ICD-10, Frohburg, 2006), Theorien und Modelle ist es nicht verwunderlich, dass es bisher keine allgemein akzeptierte „Gesamttheorie psychischer Störungen“ gibt (Wittchen & Hoyer, 2006, S. 10). Zumal die Klinische Psychologie im Vergleich zur Medizin und Psychiatrie ein eher junges wissenschaftliches Fach darstellt. Comer weist auf die enge Verbindung von psychotherapeutischen und psychopathologischen Modellen hin (2001), so dass eine Gesamttheorie auch die verschiedenen psychopathologischen Annahmen integrieren müsste. Psychotherapeutische Modelle beinhalten nach Dührssen (1996) immer eine latente Anthropologie, die bestimmte Vorannahmen trifft zu Gesundheit und Krankheit bzw. von Norm und Störung, was ebenso die Formulierung einer allgemein akzeptierten Theorie erschwert. Mögliche Vereinheitlichungen stellen die Vulnerabilitäts-Stress-Modelle dar (s. a. unter 2.2.1.7 *Integrative Modelle*).

2.2.1 Nicht explizit körperorientierte Ansätze

Die Darstellung der folgenden Modelle ist bereits eine grobe Vereinfachung, da jedes aufgeführte Modell eine zusammengefasste Perspektive darstellt, die wiederum aus vielen einzelnen Ansätzen besteht (Sie beruht auf den Einteilungen von Comer, 2001; Davison, Neale und Hautzinger, 2007 und Kriz, 2007).

2.2.1.1 Biologische Modelle

Dem biologischen Modell nach werden psychologische Störungen durch abnorme biologische Prozesse verursacht, die neuroanatomischer und / oder biochemischer Herkunft sind (Davison, et al., 2007). Das biologische Paradigma hat einen engen Bezug zur Medizin und zur Psychopharmakologie und wird daher auch als medizinisches Modell bezeichnet.

2.2.1.2 Tiefenpsychologische Modelle

Da die meisten Körperpsychotherapien sich direkt oder indirekt auf das tiefenpsychologische Modell beziehen, soll diesem hier etwas mehr Raum als den anderen Modellen eingeräumt werden.

Dem tiefenpsychologischen oder psychodynamischen Modell nach entstehen psychische Störungen durch unbewusste Konflikte und problematische Entwicklungen (Davison et al., 2007). Die unbewussten Kräfte sind dynamisch definiert: Sie interagieren untereinander und aus ihrer Interaktion entsteht das Verhalten, Denken und Fühlen einer Person (Comer, 2001).

Die Psychoanalyse

Der wichtigste Vertreter der tiefenpsychologischen Modelle ist **Sigmund Freud** (1856-1939) – insbesondere bei Berücksichtigung der historischen Entwicklung. Dem Strukturmodell von Freud nach ist die Psyche in drei Bereiche unterteilt: Das Es, das Ich und das Über-Ich (überblicksartig z. B. Kriz, 2007). Im Es wirken die ursprünglichen biologischen Triebe in nicht sozialisierter Form. Sowohl phylogenetisch als auch ontogenetisch stellt es die älteste Instanz dar. Die Inhalte des Es sind nach Freud unbewusst und nur durch Überwindung von Widerständen und meist indirekt dem Bewusstsein erschließbar. Das Über-Ich repräsentiert die Normen und Moralvorstellungen der Gesellschaft und der Eltern und beinhaltet damit das Gewissen und das Ich-Ideal. Das Über-Ich hat nach Freud sowohl bewusste als auch unbewusste Teile – letztere sind besonders die Normen und Werte, die bereits in frühester Kindheit übernommen wurden. Das Ich stellt einerseits die Instanz dar, die direkt mit der Realität konfrontiert wird und muss andererseits eine Synthese aus den Triebwünschen des Es und den Normen des Über-Ichs schaffen und wird damit auch als Entscheidungsinstanz bezeichnet. Es ist durch das Bewusstsein repräsentiert. Vorbewusstes ist nach Freud bewusstseinsfähiges Material, das im Gegensatz zum Unbewussten leicht dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden kann.

Nach der Trieblehre Freuds gibt es zwei Grundtriebe: Eros und Thanatos. Eros repräsentiert das Lustprinzip, dient damit der Fortpflanzung und strebt nach Herstellung und Vergrößerung von Bindungen. Dazu antagonistisch verhält sich Thanatos, der erst weit später von Freud eingeführt wurde. Thanatos strebt nach Auflösung der

Zusammenhänge und wird auch als Destruktions- oder Todestrieb bezeichnet (Kriz, 2007).

Aus der Dynamik der inneren Instanzen können nach Freud Neurosen, Phobien, Perversionen und Zwänge entstehen. In der Therapie findet der Heilungs- oder Besserungsprozess dann durch die Bewusstmachung der unbewussten oder vorbewussten Konflikte statt indem diese dem Ich zugänglich werden.

Andere Psychodynamische Modelle

Sowohl Adler als auch Jung entwickelten eigene Ansätze, durch die es zum Bruch mit der Psychoanalytischen Gesellschaft und Freud kam.

Alfred Adler (1870-1937) verneinte die herausragende Rolle der Sexualität und ging statt dessen von Minderwertigkeitsgefühlen aus, die das menschliche Verhalten wesentlich bestimmen. Diese Gefühle entstehen unausweichlich im Kind gegenüber den Eltern. Adler nannte seine Theorie ‚Individualpsychologie‘ (Kriz, 2007).

Carl Gustav Jung (1875-1961) erweiterte den Begriff des Unbewussten und nannte seinen Ansatz ‚analytische Psychologie‘. Sie umfasst nicht nur ontogenetische, persönliche Inhalte, sondern auch phylogenetische, die Jung das ‚kollektive Unbewusste‘ nannte (Kriz, 2007).

Die analytische Psychologie Jungs, die Individualpsychologie Adlers und die Psychoanalyse Freuds können als die drei großen klassischen Theorien der Tiefenpsychologie angesehen werden. Nach Kriz (2007) und Comer (2001) sind noch zwei weitere Theorien zu nennen, die aktuell die Tiefenpsychologie wesentlich prägen. In der ‚Theorie des Selbst‘ steht das Selbst im Fokus als eigenständige, sich selbst treibende Kraft. Nach Kohut (1979) hat ein Kind drei wesentliche Bedürfnisse, um ein gesundes Selbst zu entwickeln: Die Spiegelung der Einzigartigkeit, ein Verschmelzungsobjekt und die Möglichkeit, sich in die Gemeinschaft einzufügen.

Nach der ‚Theorie der Objektbeziehungen‘ ist das Hauptbedürfnis der Menschen die Beziehung zu anderen. Sind diese bereits im Kindesalter schwerwiegend gestört, entstehen abnorme Entwicklungen und psychische Störungen. Vertreter dieser Richtung sind Mahler und Kernberg.

Downing (1996) verweist darauf, dass die frühesten präverbalen Interaktionen zwischen Säugling und Eltern von Geburt an die weitere psychische Entwicklung des Kindes entscheidend prägen. Diese Auffassung wird von der Bindungsforschung gestützt (Strauß, 2006a).

Die Einflüsse der Psychoanalytiker Ferenczi und Reich sind im Kapitel 2.2.2.1 *Historischer Ursprung* genannt.

2.2.1.3 Humanistische Modelle

Das humanistische Modell betont in Abgrenzung zur Tiefenpsychologie und der Verhaltenstherapie eine holistische Sicht des Klienten. Zentral ist die Sinnhaftigkeit des Lebens und der menschlichen Beziehungen, was auch konkrete Auswirkungen auf die Therapeut-Patient-Beziehung hat (Kriz, 2007). In den humanistischen Therapien sind vier Grundannahmen zentral: Autonomie bei gleichzeitiger sozialer Interdependenz, Selbstverwirklichung, Ziel- und Sinnorientierung sowie Ganzheit. Damit zeichnen sich die humanistischen Therapien weniger durch eine gemeinsame Theorie aus als durch ihre gleichen Grundannahmen.

Zu den Hauptvertretern gehören die Gestalttherapie nach Fritz Perls, die Gesprächs- bzw. Klientenzentrierte Psychotherapie nach Carl Rogers, das Psychodrama nach Jacov Moreno und die Logotherapie von Viktor Frankl.

2.2.1.4 Lerntheoretische Modelle

Das lerntheoretische und das kognitive Modell werden durch die Verhaltenstherapie repräsentiert. Diese ist längst über das Stadium eines einzelnen psychotherapeutischen Ansatzes hinaus und bildet eine heterogene Gruppe, die über gleiche Grundannahmen zusammengefasst wird (Margraf, 2009). Zentrale Grundannahme ist ein lerntheoretisches Verständnis der Genese und Therapie von Störungen. Die Entwicklung der Verhaltenstherapie fand weitgehend unabhängig von der Tiefenpsychologie und den humanistischen Modellen statt und begann in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts.

Ausgangspunkt waren die Erkenntnisse der Lerntheorien wie klassische und operante Konditionierung und Modelllernen. Ziel der Therapie ist es, aufrechterhaltende Faktoren

des gestörten Verhaltens zu identifizieren und dann zu verändern. Die Techniken dazu sind aus den Lerntheorien abgeleitet und beispielsweise die systematische Desensibilisierung bei Phobien.

2.2.1.5 Kognitive Modelle

Nach dem kognitiven Modell reichen Reiz-Reaktions-Schemata allein nicht aus, menschliches Verhalten zu erklären, da sich der Mensch auch höherer kognitiver Funktionen beim Umgang mit Reizsituationen bedient. Die Integration des kognitiven Modells in die Verhaltenstherapie wird auch als ‚kognitive Wende‘ bezeichnet (z. B. Margraf, 2009). Begründer des kognitiven Modells ist Aaron T. Beck (1921), der die ‚kognitive Trias‘ der Depression definierte (negative Interpretation der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft). Innerhalb dieses Ansatzes entstand auch das Konzept der erlernten Hilflosigkeit der Depression von Seligman (1979), das auch zu den integrativen Modellen zu zählen ist (s. u.). Ziel der kognitiven Therapie ist es, automatische Gedanken, selbstdestruktive Bewertungen und Denkfehler bewusst zu machen und dadurch auch ändern zu können.

2.2.1.6 Systemische Modelle

In den systemischen Modellen ist ein zentraler Begriff die Zirkularität, die die reziproke Beziehung interagierender Menschen darstellt. Dabei wird die lineare Vorstellung von Ursache und Wirkung aufgegeben. Das systemische Modell ist interpersonal und hat einen engen Bezug zur Systemtheorie (Kriz, 1999b, 2007a). Das betrachtete System kann zwei Menschen beinhalten, sich auf eine Familie beziehen und darüber hinaus auch den soziokulturellen Aspekt berücksichtigen. Innerhalb der Systemtheorie ist die Betrachtung von Störungen als autopoietische (sich selbst organisierende) Systeme hervorzuheben (Rommel, 2006).

Der Ansatz der erfahrungsorientierten Familientherapie ist v. a. mit Virginia Satir verbunden, die bei der Kommunikation in Familiensystemen das Selbstwertgefühl als wichtigsten Faktor definiert. Den Begriff der ‚Kollusion‘ prägte Jürg Willi (1975) innerhalb der analytisch orientierten Familientherapie und bezeichnet damit die Thematik der Abgrenzung in einer Dyade.

2.2.1.7 Integrative Modelle

Wittchen und Hoyer (2006) treffen eine Einteilung in vier Kategorien. Neben den (neuro)biologischen Modellen, nennen sie psychodynamische und kognitiv-behaviorale Modelle. Als viertes führen sie integrative Modelle an, die eine Synthese verschiedener Ansätze vornehmen – auch der drei erstgenannten - und in der aktuellen Forschung die größte Bedeutung aufweisen. Dieser Prozess begann in den 70er Jahren und die Modelle können zusammenfassend als interaktional und biopsychosozial beschrieben werden. Sie gehen davon aus, dass psychische Störungen aufzufassen sind als das Ergebnis komplexer Interaktionen von Vulnerabilität und Stress. Dabei wird die Wechselwirkung betrachtet von biologischen, kognitiven, affektiven, sozialen und umweltbezogenen Verhaltensaspekten – sowohl in ihrer Entwicklungs- als auch der aktuellen Dynamik. Als aktuelle Ansätze sind hier Diathese-Stress- und Vulnerabilitäts-Stress-Modelle zu nennen. Als ‚Vorläufer‘ kann das Konzept des Coping (1966) von R. Lazarus und die multimodale Verhaltenstherapie (1976) von A. Lazarus betrachtet werden. Auch zu nennen sind hier die ausdrücklich eklektischen Ansätze der Psychotherapie (v.a. Norcross & Goldfried, 2005), Mehrebenenmodelle und im weiteren Sinne die zunehmende Bedeutung der Bindungsmodelle für die psycho(patho)logische Entwicklung (Grawe, 2004; Strauß, 2006a).

2.2.2 Körperpsychotherapie

Die verschiedenen Körperpsychotherapien stellen ein überaus heterogenes Feld innerhalb der Psychotherapien dar. Downing (1996) verweist darauf, dass die Unterschiede innerhalb der Körperpsychotherapien weit mehr variieren als das in den anderen Richtungen der Psychotherapie der Fall ist. Als Grund führt er an, dass sich nicht nur das Spektrum der verbalen Techniken unterscheidet, sondern gerade auch die Körpertechniken ein großes Spektrum aufweisen.

Die Körperpsychotherapie an sich gibt es eigentlich nicht. Von einem in Theorie und Praxis vereinheitlichten Feld kann nicht gesprochen werden. Vielmehr ist die Situation durch ein Nebeneinander von divergenten, zum Teil schwer vereinbareren

Positionen und Grundannahmen gekennzeichnet. Sowohl auf metatheoretischer wie auch auf methodisch-praxeologischer Ebene liegen einzelne Verfahren weit auseinander. (Marlock & Weiss, 2006a, S. 5).

2.2.2.1 Historische Ursprünge

Nach Geuter (2000a, b, 2006) liegen die Ursprünge der Körperpsychotherapie in der Psychoanalyse und in der Reformbewegung von Gymnastik und Tanz zu Beginn des 20. Jahrhunderts.

Der Psychoanalytische Ursprung

Auch Freud benutzte Massagen und das Auflegen der Hand auf die Stirn, um damit Assoziationen anzuregen (Breuer und Freud, 1991) bevor er später die körperliche Abstinenz vertrat. Der Arzt **Georg Groddeck** (1866-1934) behandelte zur gleichen Zeit Freuds seine Patienten mit tiefer Bindegewebsmassage und therapeutischen Gesprächen (Downing, 1996). **Sándor Ferenczi** (1873-1933), Schüler von Freud, benutzte ebenfalls Techniken der Berührung, widerrief aber auch später diesen Ansatz unter dem Druck der Psychoanalytischen Gesellschaft mit dem Vorsitzenden Freud.

Den größten Einfluss auf die Entwicklung der Körperpsychotherapie von Seiten der Psychoanalyse hatte **Wilhelm Reich** (1897-1957), der auch Schüler Freuds war. Einigen Patienten schrieb Reich einen ‚triebhaften Charakter‘ zu, was in der heutigen Diagnostik wahrscheinlich der Borderline-Persönlichkeitsstörung am nächsten kommt (Geuter, 2006). Für diese Patienten suchte Reich nach einer neuen Behandlungstechnik, da sie mit der verbalen und assoziativ deutenden Psychoanalyse überfordert waren. Reich nahm an, dass seelische Verdrängung gleichzeitig zu einer körperlichen Reaktion der Muskelanspannung (als Vermeidung von Handlungsimpulsen) führt. Bei einer chronischen Abwehr – Charakterhaltung - folgt daraus auch eine chronische körperliche Verspannung – die Körperhaltung. Reich suchte daher den Weg zum Unbewussten des Patienten über die Lockerung der körperlichen Abwehr (Kriz, 2007). Hierzu schrieb Reich 1949:

Die ganze Welt der vergangenen Erfahrungen (ist) in der Gegenwart in Form der Charakter-Strategien verkörpert. Der Charakter einer Person ist die Gesamtsumme aller vergangenen Erfahrungen ... Der Arzt muss nicht einen

traumatischen Moment rekonstruieren; der traumatische Moment lebt in jedem Atemzug des Patienten weiter, in jeder Geste, die er ausführt. (zitiert nach Kurtz, 2006, S. 415).

Diese Therapie, hauptsächlich in den 30er Jahren entwickelt, nannte Reich ‚Vegetherapie‘. Exemplarisch sind aus diesem Ursprung sich entwickelnd die beiden neoreichianischen Therapien Biodynamik und Bioenergetik zu nennen.

Der Ursprung der Reformbewegung

Die zentrale Person dieses Ursprungs der Körperpsychotherapie war **Elsa Gindler** (1885-1961). Sie gründete das „Seminar für Harmonische Körperausbildung“ in Berlin, wo zu Beginn des 20. Jahrhunderts auch der Ausdruckstanz von Isodora Duncan und Mary Wigman entwickelt wurde. Gindler selbst vertrat einen pädagogischen und keinen psychotherapeutischen Ansatz. Nach ihrer Vorstellung sollten die Menschen durch eigene Erfahrung des Körpers solche Übungen entwickeln, die es ihnen ermöglichten, Veränderungen aus dem Körper entstehen zu lassen (Geuter, 2006). Sie selbst entwickelte keine Theorien. An ihren Kursen nahmen aber einige später wichtige Personen der Körperpsychotherapie teil. Exemplarisch für diesen Ursprung sind die Funktionelle Entspannung und die Konzentrierte Bewegungstherapie zu nennen.

2.2.2.2 Entwicklungslinien

Die Vielschichtigkeit der historischen Entwicklung der Körperpsychotherapie zeigt sich auch in den Veröffentlichungen Geuters, der als fundierter Experte auf diesem Gebiet gelten kann. 2000 geht er von drei Entwicklungslinien der Körperpsychotherapie aus. Diesen drei Linien fügte er 2006 mit der Humanistischen Richtung eine eigenständige Linie hinzu – trennt aber zugleich alle Entwicklungsrichtungen nicht mehr so deutlich. Auch Müller-Hofer (2002) unterteilt die Körperpsychotherapie in die gleichen vier Hauptrichtungen. Die ersten drei gehen auf den psychoanalytischen und die vierte Richtung auf den Ursprung der Reformbewegung zurück. Allen vier Entwicklungslinien ist eine spezifische Betonung verschiedener Körperaspekte eigen, so dass sie sich auch als vier Perspektiven des Körpers beschreiben lassen:

1 - Dialogisch-psychoanalytische Perspektive

Der Körper dient als Mittel zum Zugang unbewusster Inhalte und präverbaler Erfahrungen. Präverbale Erfahrungen liegen vor dem Erwerb des Sprachvermögens und sind nach Schatz (2002) von nonverbalen Erfahrungen zu differenzieren, die lediglich das vorhandene Sprachsystem nicht nutzen. Nach Lowen (1988) sind Charakterstrukturen in der Gegenwart lebendige Reaktionsmuster, die in der Kindheit als Reaktion auf das Versagen von Bedürfnissen entstanden. Downing spricht von ‚affektmotorischen Schemata‘, die bereits in der Interaktion von Säuglingen mit Erwachsenen entstehen (2006). Innerhalb dieser Perspektive wird der Körper auch direkt in die Analyse der Übertragung / Gegenübertragung einbezogen (Downing, 1996). Küchenhoff geht beim Klienten von ‚Körperinszenierungen‘ aus (2007). Shaw erweiterte die Analyse der Übertragung / Gegenübertragung auf der Seite des Therapeuten zu einer Theorie der Verkörperlichung des Therapeuten (2004).

Der postulierte psychotherapeutische Wirkfaktor ist die Therapeut-Klient-Beziehung mit expliziter Einbeziehung des Körpers. Ergänzend ist bei der Hakomi-Methode als meist unspezifischer Wirkfaktor die Achtsamkeit zu nennen (Gottwald, 2006; Klinkenberg, 2008; Weiss, 2006).

Von den Körperpsychotherapien der Studie gehört das Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie (SIKOP) eher zum analytischen Teil dieser Perspektive. Hakomi Experiential Psychology ist zur dialogischen Perspektive zu zählen, während die Unitive Körperpsychotherapie ohne ausdrücklichen Focus beiden Richtungen zuzuordnen ist.

2 - Energetisch-expressive Perspektive

Der Körper ist nach Geuter (2006) bei dieser Richtung eher im Fokus von Katharsis und Expression, während das subjektive Erleben und der relationale Aspekt der Beziehungsebene zwischen Therapeut und Klient eher in den Hintergrund tritt. Dieser Schwerpunkt galt aber v. a. in den Anfangsjahren der neoreichianischen Therapien. In den letzten Jahren fand eine Öffnung gerade zum subjektiven Erleben des Klienten und dessen Beziehung zum Therapeuten statt (Geuter, 2006).

Postulierter Wirkfaktor ist die Freisetzung von gestauter Lebensenergie (Boadella, 2009; G. Boyesen, 1987; E. Boyesen & Freudl, 2006; Lowen, 1988).

Aus der vorliegenden Studie gehören zu dieser Richtung Bioenergetik, Biodynamik und

die Biosynthese. Die Integrative Körperpsychotherapie (IBP) ist auch am ehesten bei dieser Perspektive anzuordnen.

Zwischen der dialogisch-psychoanalytischen und der energetisch-expressiven Perspektive gab und gibt es immer wieder Kontroversen, ob die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung oder der postulierten, psychischen Energie wichtiger ist. Boadella äußert hierzu: „Eine der seltsamsten Spaltungen, die sich auf dem Gebiet der Körperpsychotherapie ereignet hat, ist die von ‚Energiearbeit‘ und ‚Beziehungsarbeit‘.“ (2006, S. 213). Seiner Auffassung nach sind Energie- und Beziehungsarbeit nur verschiedene Begriffe – oder auch Wirkebenen – der gleichen therapeutischen Arbeit. Vor dem Hintergrund eines Mehrebenenmodells (z. B. Revenstorf, 2009) würde sich der Widerspruch zwischen Beziehungs- und Energiearbeit auch auflösen lassen. Beides wären nur verschiedene Ansatzmöglichkeiten therapeutischer Interventionen auf unterschiedlichen Systemebenen.

3 - Humanistische Perspektive

Auch innerhalb der humanistischen Körperpsychotherapien wird der Körper in einer relationalen Beziehung gesehen. Er ist aber nicht mehr nur der Weg zu den präverbalen Erfahrungen des Klienten, sondern Teil des gesamten Organismus, der letztlich nach Wachstum und Selbstverwirklichung strebt, wenn seine basalen Bedürfnisse befriedigt sind (Maslow, 1973). Die Grundsätze der Klientenzentrierten Psychotherapie nach Rogers können auch als für alle humanistischen Therapien geltend betrachtet werden: Empathie, Akzeptanz und Kongruenz (Rogers, 1983), die im vorliegenden Fall auf die Arbeit mit dem Körper erweitert werden.

Postulierter Wirkfaktor ist diese therapeutische Haltung nach den Grundsätzen Rogers (Müller-Hofer, 2002).

In der vorliegenden Studie ist die GFK-Methode (Klientenzentrierte Körperpsychotherapie) diesem Ansatz zuzurechnen.

4 - Bewegungs- und Erkundungsperspektive

Der Körper stellt in dieser Perspektive ein kreatives Mittel zum Ausdruck des momentanen Zustands dar. Zentral ist die Erfahrung des sogenannten ‚Körperselbst‘. Biographische und relationale Aspekte treten dabei in den Hintergrund.

Postulierter Wirkfaktor ist die dem Körper selbst innewohnende Tendenz, sich zu heilen (Geuter 2006). Als Wirkfaktor in der Konzentrativen Bewegungstherapie wird der Prozess der Erfahrungsvertiefung aufgefasst bei dem ein Übergang vom prozeduralen in das episodische Gedächtnis angenommen wird (Schreiber-Wilnow, 2006; Welzer & Markowitsch, 2001).

Aus der vorgenommenen Studie ist keine Richtung dieser Perspektive zuzuordnen. Ein Grund hierfür ist, dass die meisten bewegungsorientierten Körperpsychotherapien weniger ambulant arbeiten, sondern der Schwerpunkt im vollstationären Setting liegt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Übergänge zwischen den Entwicklungslinien fließend sind und die klarsten Trennungen inzwischen als historisch bezeichnet werden müssen. Die aktuellen Entwicklungen in der Körperpsychotherapien sind eklektisch geprägt (Geuter, 2006; Marlock & Weiss, 2006).

2.2.2.3 Definitionen und Standortbestimmung

Die Definition der Körperpsychotherapie ist aufgrund der großen Heterogenität sehr schwierig und es ist zu betonen, dass jede Einteilung unter mehreren Aspekten erfolgen kann, immer eine grobe Vereinfachung darstellt und bis heute auch in den jeweils verschiedenen Sprachräumen noch keine einheitliche Begriffsbildung aller Richtungen vorliegt. Hierzu bemerkt Meermann: „In der wissenschaftlichen Literatur herrscht bezüglich der Begrifflichkeit Body Image, Körperschema, -wahrnehmung, -bild, -Ich, -selbst, -fantasie, -konzept etc. geradezu eine ‚babylonische‘ Sprachverwirrung“ (1985, zitiert nach Röhrich, 2006c, S. 22).

2.2.2.3.1 Abgrenzung der Begriffe Körpertherapie, Körperpsychotherapie und Psychotherapieformen, die auch körpertherapeutische Elemente einsetzen

Zu Beginn der Definition von Körperpsychotherapie ist diese abzugrenzen von Körpertherapie. Körpertherapien (z. B. Feldenkrais-Methode, Atemtherapie,

Alexandertechnik oder verschiedene Massagetechniken) wirken zwar auch auf die Psyche des behandelten Menschen beziehen diese aber nicht oder nicht systematisch ein (Marlock & Weiss, 2006a). Näher noch diskutiert Geuter (2000) den Unterschied und kommt zu dem Schluss, dass die Körperpsychotherapien auf der Basis ausgearbeiteter Theorien verschiedenste Techniken gezielt zur Behandlung der Psyche einsetzen.

Loew, Tritt, Lahmann und Röhrich (2006) äußern sich ähnlich und differenzieren noch weiter indem sie auf Psychotherapieverfahren verweisen, die zwar Körpertechniken oder -übungen verwenden nicht aber als Körperpsychotherapien aufzufassen sind, da diese Techniken nicht explizit therapeutisch auf die Psyche wirken sollen. Sie repräsentieren Interventionen, die oben bereits bei den Körpertherapien beschrieben wurden. Beispiele sind die Gestalttherapie nach Perls (1976) oder der systemtheoretische Ansatz nach Satir (1972).

Gerade die letzte Differenzierung zwischen Körperpsychotherapien und Psychotherapieformen, die körpertherapeutische Elemente einsetzen aber keine Körperpsychotherapien sind, wird wohl weiter an Bedeutung verlieren. Einerseits ist die Beachtung des Körpers ein aktuelles Phänomen in den meisten Psychotherapierichtungen (s. a. unter 2.3.3 *Körperpsychotherapieforschung*). Andererseits reklamieren insbesondere die Körperpsychotherapeuten eine eklektische Sichtweise von Psychotherapie, sind auch oft entsprechend ausgebildet (Seidler, Schreiber-Willnow, Hamacher-Erbguth & Pfäfflin, 2002) und sollten sich daher nicht in umgekehrter Richtung abschotten.

Abschließend ist noch festzuhalten, dass viele Autoren auch gern statt des Begriffs Körperpsychotherapie den der körperintegrierenden Psychotherapie verwenden (Arnim, Müller-Braunschweig & Joraschky, 2006; Marlock & Weiss, 2006).

2.2.2.3.2. Definitionen des Körpers

Körper, Soma und Leib

Der Begriff Körper in der Körperpsychologie meint nicht nur den Körper in einem rein materiellen oder naturwissenschaftlichen Sinn, sondern als interaktionalen Körper, der mit der Psyche in Wechselwirkung tritt. Damit entspricht er dem griechischen Soma oder dem deutschen Wort Leib, die beide den belebten - oder auch beseelten - Körper

meinen (Boadella, 2006; Petzold, 1985).

Körperschema

Das Körperschema ist ein schematisches Raumbild (Schilder, 1923; nach Röhrich, 2006c), das aus der propriozeptiven Raumerfahrung des eigenen Körpers entsteht. Weiter kann differenziert werden zwischen dem Haltungsschema (Stellung des Körpers im Raum) und dem Oberflächenschema (zur Lokalisation externer Stimuli) (Poeck & Orgass, 1963).

Körperbild

Spätestens mit dem Begriff Körperbild (Body Image) entstand die bereits erwähnte ‚babylonische‘ Sprachverwirrung. Das Körperbild schließt bei den meisten Autoren in Erweiterung zum eher objektiven Körperschema auch eine psychologische, subjektive Ebene ein (H. Hartmann & Schilder, 1927; Joraschky, Arnim & Pöhlmann, 2006; Röhrich, 2009).

Körperbildstörungen sind bei den Ess- und den körperdysmorphen Störungen zentrale Kriterien der Diagnose (Henningsen & Martin, 2008).

Körper-Selbst

Nach Joraschky (1983) entsteht das Körper-Selbst über die Propriozeption und stellt die Gesamtheit aller Erfahrungen vom eigenen Körper dar, die sozusagen aus einem Dialog des Körpers mit sich selbst entstehen. Die u. a. daraus gebildete einheitliche Vorstellung wird auch als Leib bezeichnet (Lowen, 1979; Petzold, 1985). Synonym verwendet wird oft der Begriff Körper-Ich.

2.2.2.3.3. Definition der Körperpsychotherapie

Das gesamte Feld der körperintegrierenden Psychotherapien zusammenfassend führen Marlock und Weiss (2006b) vier Gemeinsamkeiten aller Richtungen an.

1 - Ganzheit von Körper und Psyche

Die wichtigste und zugleich zentrale Gemeinsamkeit ist die Aufhebung des Leib-Seele-Dualismus an dessen Stelle eine ganzheitliche Betrachtung der psychischen und

körperlichen Dimension tritt. Die Autoren (S. 7) nennen diesen Aspekt „verkörperte menschliche Subjektivität“ und bezeichnen sie als Grundaxiom der Körperpsychotherapie. Mundt, Fuchs & Vogeley, die nicht explizit der Körperpsychotherapie zuzurechnen sind, äußern sich folgendermaßen: „Nietzsches ‚Vernunft des Leibes‘ hat der kognitiv orientierten Aufklärungsphilosophie das Körper selbst hinzugefügt – eine notwendige Ergänzung, die von der modernen Neurobiologie bestätigt wird“ (2008, S. 133). Bezüglich der Ganzheit bezieht sich Downing (1996) auf die Interventionen und verweist auf das Repertoire an Techniken, das nicht nur aus verbalen und körperorientierten Interventionen nebeneinander besteht, sondern gerade auch aus einer gleichrangigen Interaktion beider Technikarten in einer Einheit.

2 - Psychisches und körperliches Erinnern

Den Menschen prägende Erfahrungen werden sowohl in psychischen als auch körperlichen Strukturen gespeichert.

Monyer et al. (2004) äußerten sich über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung: „Wir haben herausgefunden, dass im menschlichen Gehirn neuronale Prozesse und bewusst erlebte geistig-psychische Zustände aufs Engste miteinander zusammenhängen und unbewusste Prozesse bewussten in bestimmter Weise vorausgehen.“

Hierfür existiert noch keine einheitliche Begrifflichkeit der körperlichen Strukturen. Reich (1970) spricht von Charakterstrukturen, von Uexküll Fuchs, Müller-Braunschweig und Johnen (1994) von Verwicklungen, Downing (1996) von affektmotorischen Schemata und Damasio von somatischen Markern (2001).

3 - Veränderungen der Psyche und des Körpers

Sowohl die psychische Ebene kann mit der körperlichen Ebene interagieren und diese strukturell verändern – beispielsweise bei jeglichem Lernvorgang auf neuronaler Ebene und bei der Wirkung von Psychotherapie auf kortikaler Ebene (exemplarisch F. Schneider et al., 2001). Ebenso kann auch die körperliche Ebene die psychische Ebene

nachhaltig verändern – beispielsweise bei Verletzungen bis hin zu genetischen Faktoren.

4 - Humanistisches Menschenbild

Die Körperpsychotherapien gehen von einem grundsätzlich positiven Menschenbild oder Kern des Menschen aus, das der humanistischen Psychologie entspricht. Dieser Ansatz ist in den verschiedenen Richtungen allerdings unterschiedlich stark ausgeprägt.

Definition durch die EABP – European Association of Body-Psychotherapy

Die EABP kann weltweit als einflussreichste Organisation der Körperpsychotherapeuten betrachtet werden. So war sie Mitinitiatorin der ‚American Association for Body Psychotherapy‘ und definiert wesentliche Standards in diesem Bereich. Auf dem 3. Kongress der EABP, 1991, wurde folgende Definition von Körperpsychotherapie festgelegt:

Body-Psychotherapy is a distinct branch of psychotherapy, well within the main body of psychotherapy, which has a long history and a body of literature and knowledge based upon a sound theoretical position.

Body-Psychotherapy involves an explicit theory of mind-body functioning, which takes into account the complexity of the intersections and interactions between body and mind. The common underlying assumption is that the body reflects the whole person and there is a functional unity between mind and body. The body does not merely mean the ‘soma’ and that this is separate from the mind, the ‘psyche’. There is not a hierarchical relationship between mind and body, between psyche and soma. They are both functioning and interactive aspects of the whole human being. Where other approaches in psychotherapy touch on this area, body-psychotherapy considers this as fundamental. Body-Psychotherapy involves a developmental model, a theory of personality, hypotheses as to the origins of disturbances and alterations, as well as a rich variety of diagnostic and therapeutic techniques used within the framework of the therapeutic relationship. There are many different and sometimes quite separate approaches within body-psychotherapy, as indeed there are in the other branches of psychotherapy.

Body-Psychotherapy is also a science, having developed over the last seventy

years from the results of research in biology, anthropology, ethnology, neuro-physiology, neuro-psychology, developmental psychology, neo-natology, perinatal studies and its own experience and findings.

Body-Psychotherapy exists as a specific therapeutic approach with a rich scientific basis in explicit theory. There is also a wide variety of techniques used, some of which are used on or with the body involving touch, movement and breathing. There are links with some bodywork therapies, somatic techniques, and complementary medical disciplines, but whilst these may also refer to the body, deal with its physiology, involve touch and movement, they are also very distinct from body-psychotherapy.

Body-Psychotherapy has been scientifically validated by The European Association for Psychotherapy (EAP) and several modalities within body-psychotherapy have been scientifically validated as well. Body-psychotherapy is considered as a mainstream branch of psychotherapy.

2.2.2.3.4 Perspektiven des Körpers innerhalb der Psychotherapie

Die Vielfalt therapeutischer Möglichkeiten bei einer Integration des Körpers in die Psychotherapie zeigt sich bereits anhand der verschiedenen Perspektiven unter denen der Körper dabei betrachtet werden kann. Nach Schatz (2002) können dabei sieben verschiedene Perspektiven unterschieden werden, die den Körper entsprechend unterschiedlich wahrnehmen.

Tab. 2.1: Perspektiven auf den Körper in der Psychotherapie und entsprechende Wahrnehmung des Körpers

Perspektiven	Wahrnehmung des Körpers
medizinisch, biologisch	objektiv
individuell	subjektiv, expressiv
räumlich	sich bewegend im Raum
chronologisch, biographisch	als Träger von Vergangenheit und Gegenwart
relational	in Beziehungen
autonome (Prozesse)	im Prozess des Über- und/oder Zulassens

kreativ

schöpferisch

2.2.2.3.5 Verbreitung der Körperpsychotherapie

Andritzky (1999) untersuchte ambulant tätige Psychologen und Ärzte und fand, dass 14,4 % der Psychologen und 11,5 % der Ärzte körperpsychotherapeutische Methoden anwenden.

Bereits 1995 wurden von der Konzentrativen Bewegungstherapie 66 Krankenhäuser und Kliniken in der BRD benannt in denen das Verfahren praktiziert wurde (Budjuhn, Carl & Lechler, 1995). Gleichzeitig forderten viele Klinikleiter die Anerkennung der Konzentrativen Bewegungstherapie durch den Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen. Entsprechend stellen in psychosomatischen Kliniken die Körperpsychotherapien das häufigste Zweitverfahren (Geuter, 2002). Genauere Zahlen liegen von Dietrich (1995) vor. Er fand bei der Befragung von 260 psychosomatischen Kliniken, dass an 89 % von diesen körperorientierte Psychotherapien durchgeführt wurden: Konzentrativ Bewegungstherapie 66 %, Bioenergetik 38% und Funktionelle Entspannung 37 %.

Im ambulanten Bereich liegen keine verlässlichen Zahlen zur Verbreitung der Körperpsychotherapien vor, da eine nicht unerhebliche Zahl der Therapeuten auf Grundlage des Heilpraktikerstatus arbeiten, der nach wie vor als weißer Fleck auf der Karte der Psychotherapielandschaft anzusehen ist.

2.2.2.4 Teilnehmende Körperpsychotherapieinstitute

Die Beschreibung der acht Körperpsychotherapieinstitute der Untersuchung erfolgt mit der Nennung der jeweils internationalen Gründer, der nationalen Gründer in der BRD oder der Schweiz, einer kurzen allgemeinen Beschreibung der Körperpsychotherapieform und der Erläuterung der fünf Techniken, die hauptsächlich in der Studie zur Anwendung kamen. Für die Nennung der Techniken wurden sowohl die teilnehmenden Therapeuten, die Institutsleiter und die Forschungskordinatoren der EWAK-Studie befragt. Die Reihenfolge entspricht dem Eintritt der Institute in die Studie. Die Anzahl der Techniken ist bereits innerhalb der einzelnen Schulen sehr groß und

steigt in allen acht Körperpsychotherapien nochmals beträchtlich. Daher können die Angaben der fünf Techniken nur einen groben beispielhaften Einblick in die Arbeit der jeweiligen Körperpsychotherapien geben. Erschwerend kommt hinzu, dass die psychotherapeutische Arbeit der acht Schulen keineswegs nur auf die Anwendung konkreter Techniken fokussiert ist, sondern gleichzeitig mit übergreifenden Prinzipien arbeitet oder die Prinzipien den Techniken vorzieht. Exemplarisch für letzteren Ansatz kann die Biosynthese und die Unitive Körperpsychotherapie betrachtet werden.

Verbindend in den untersuchten Körperpsychotherapien ist die Arbeit mit dem Atem und das Grounding, die beide in dieser Reihenfolge als basal in nahezu allen Körperpsychotherapien aufgefasst werden können. Einen Überblick zum Spektrum der Techniken im ganzen Feld der Körperpsychotherapien bietet ein Artikel von Schmidt-Zimmermann (2006).

Manuale im wissenschaftlichen Sinn liegen bei keiner der untersuchten Psychotherapien vor und werden auch teils als zu schematisch und damit den Therapieprozess behindernd abgelehnt (zum Beispiel Boadella, 2009; Downing, 1996). Von der Bioenergetischen Analyse und Therapie und der Integrativen Körperpsychotherapie liegen aus einer noch laufenden Evaluationsstudie ein Ratingmanual für psychotherapeutische Konzepttreue vor (Schweizer Charta für Psychotherapie, 2008). Dieses Ratingmanual entspricht mit seiner Ausführlichkeit zumindest in Teilaspekten den Anforderungen von Manualen und wurde als wesentliche Grundlage der Beschreibung der Techniken verwendet. Die anderen sechs Technikbeschreibungen basieren auf den angeführten Literaturangaben sowie direkten Beschreibungen der Therapeuten, Studienkoordinatoren und Institutsleitern.

Abschließend ist noch anzumerken, dass die Fachtermini in der Körperpsychotherapie nicht immer den Fachtermini der akademischen Wissenschaften entsprechen und einige Konzepte – beispielsweise Energiearbeit, Psychoperistaltik oder auch Transpersonalität – in den akademischen Wissenschaften bisher nicht oder nur sehr basal untersucht sind. Hierbei zeigt sich, dass die Körperpsychotherapien auch mehr oder weniger philosophische Aspekte integrieren (Geuter, 2000) und sich teilweise ohne direkten Kontakt zur akademischen Wissenschaft entwickelten. Um unter diesen Voraussetzungen dennoch eine adäquate Beschreibung der teilnehmenden Institute zu geben, werden im folgenden Abschnitt die Fachtermini der Körperpsychotherapien

verwendet und an manchen Stellen die Parallelen aufgeführt zu den akademischen Termini.

2.2.2.4.1 Hakomi Experiential Psychology

Der internationale Gründer war Ron Kurtz, nationaler Gründer Halko Weiss. Die Hakomi-Methode ist tiefenpsychologisch, bezieht sich auf die neoreichianischen Körpertherapien, integriert systemische Ansätze, die östliche Weisheitslehre des Buddhismus und Taoismus, verzichtet ganz auf das Energiemodell und betrachtet den Körper stattdessen unter systemischen und informationstheoretischen Aspekten als wissenden Körper und als Träger der lebensgeschichtlich prägenden Erfahrungen (Kurtz, 2006).

Wohl der wesentliche Beitrag der Hakomi-Methode innerhalb der Körperpsychotherapien ist der Umgang mit der Abwehr (Prinzip der ‚Gewaltlosigkeit‘). Dieser erfolgt durch Unterstützung der Abwehr (s. u. die verschiedenen Techniken des *Abnehmens*), was letztlich zu einer sogenannten ‚Kooperation mit dem Unbewussten‘ führt und einen Zugang ermöglicht zum ‚Kernmaterial‘. Das Kernmaterial sind oft un- oder vorbewusste, basale Überzeugungen des Klienten, die dessen alltägliche Erfahrungen prägen. Hierzu schreibt Kurtz (2002, S. 210) „Therapie endet nicht dort, wo der Klient in Kontakt mit seiner Erfahrung kommt, sondern fängt erst hier an“ (S. 210). Diesen Aspekt greifen aktuelle Entwicklungen der Hakomi-Methode auf und betonen den Schwerpunkt einer erfahrungsorientierten (experimentellen) Psychotherapie (Weiss, 2006b). Grundlage ist der Ansatz von Greenberg, Watson und Lietaer (1998), die ein Modell einer erfahrungsorientierten Psychotherapie entwickelt haben. Demnach interagieren Erfahrungen von Menschen mit den bereits existierenden Schemata, die eng verbunden sind mit einer emotionalen Komponente. Auf dieser Basis entsteht dann die Bildung kognitiver Bedeutung.

Die ‚innere Achtsamkeit‘ ist ein zentrales Element der Hakomi-Körperpsychotherapie. Ihren Ursprung hat sie in verschiedenen Meditationsrichtungen und stellt dort eine Fähigkeit oder Technik der Selbstbeobachtung dar. Definiert wird innere Achtsamkeit im Rahmen der Hakomi-Methode als spezieller Zustand der Selbstwahrnehmung. In diesem Zustand wird die eigene momentane Erfahrung wahrgenommen, ohne sie zu bewerten oder zu lenken (Weiss, 2006a; s. a. Neumann & Frasch, 2006, zum

neurobiologischen Aspekt von Meditation).

Techniken

1 Sonden

Sonden sind als Experimente in innerer Achtsamkeit definiert (Kurtz, 2002). Sie sind meist verbal, können aber auch als Berührungen nonverbal durchgeführt werden. Verbale Sonden stellen allgemeine positive Aussagen dar (zum Beispiel: „Du bist hier sicher“). Einer Sonde voran geht eine Einleitung, die die innere Achtsamkeit des Klienten unterstützt und in der Regel mit einer Frage abgeschlossen wird (zum Beispiel: „Bitte beachten sie, was geschieht, wenn sie folgenden Satz hören ...“). Die Reaktionen auf eine Sonde können verschieden sein und beinhalten verbale, gestische und mimische, emotionale, visuelle Reaktionen und Erinnerungen. Die Wahrnehmung der körperlichen Reaktion entspricht der Hypothese der somatischen Marker von Damasio (2001).

2 Kontaktaussagen

Kontaktaussagen sind einfache, direkte Aussagen des Therapeuten zur momentanen Situation des Klienten, die keine Interpretation beinhalten und meist fragend formuliert werden (Weiss & Benz, 1987). Kontaktiert werden kann der Inhalt verbaler Aussagen oder die direkte Erfahrung des Klienten. Kontaktaussagen sind eher kurz und einfach und stellen zum einen am Beginn des gesamten Therapieprozesses ein wichtiges Element dar beim Aufbau der therapeutischen Allianz; zum anderen innerhalb der einzelnen Sitzungen beim Begleiten des therapeutischen Prozesses.

Die folgenden *Techniken des Abnehmens* sind zentrale Elemente der Hakomi-Methode und werden in verschiedenen Arten angewandt. Abnehmen bedeutet immer eine Form der Unterstützung – oft auch der Abwehr - des Klienten auf einer körperlichen oder kognitiven Ebene. Das Abnehmen kann in drei Dimensionen unterteilt werden: 1) mit oder ohne innere Achtsamkeit, 2) aktiv oder passiv und 3) körperlich oder verbal. Die Technik des verbalen Abnehmens in innerer Achtsamkeit hat Ähnlichkeiten zur Sondentechnik. Wird das Abnehmen ohne innere Achtsamkeit benutzt, ist es eher eine ausagierende Technik, die angestaute Emotionen abbauen kann und eher in Realzeit

ausgeführt wird, während die Arbeit in innerer Achtsamkeit meist deutlich langsamer ist.

3 Körperliches Abnehmen, passiv

Passiv bezieht sich auf das motorische Aktivitätsniveau des Klienten. Wenn beispielsweise der Klient seine Augen mit der Hand bedeckt, kann der Therapeut ihm anbieten, dies abzunehmen, indem er mit seiner eigenen Hand das Bedecken der Augen übernimmt.

4 Körperliches Abnehmen, aktiv

Beim aktiven körperlichen Abnehmen wird der Klient selbst motorisch aktiv. Zum Beispiel kann der Klient dem Bewegungsimpuls des Schlagens folgen, während er vom Therapeuten daran gehindert wird (abgenommen wird dabei, das Zurückhalten des Schlagens).

5 Verbales Abnehmen

Beim verbalen Abnehmen übernimmt der Therapeut innere Stimmen oder Gedanken des Klienten und verbalisiert sie. Diese Technik findet meist nur in innerer Achtsamkeit statt. Die Worte können mehrmals wiederholt und mit dem Klienten zusammen präzisiert werden. Auch kann ein späteres Wiederholen nach mehreren Sitzungen als Indikator benutzt werden für das mögliche Voranschreiten des Therapieprozesses oder auch den Abschluss der gesamten Behandlung.

Einen speziellen Fokus des verbalen Abnehmens kann das Kernmaterial darstellen. Diesem entspricht, zumindest teilweise der Begriff der Systemregeln in der Verhaltenstherapie (Bartling, Echelmeyer, Engberding & Krause, 1992).

2.2.2.4.2 Biodynamische Psychologie

Internationale und nationale Begründerin der Biodynamischen Psychologie war Gerda Boyesen. Eine Weiterentwicklung findet mit anderen durch die Töchter Ebba und Mona Lisa Boyesen statt. Die Biodynamik-Methode basiert auf der Vegetotherapie von Wilhelm Reich, auf Freuds Konzept des Unbewussten, der Libidotheorie und dem Strukturmodell und bezieht sich auf die Ansätze von Jung. Körper, Seele und Geist des Menschen werden als eine Einheit aufgefasst. Der klinische Ursprung der Biodynamik-

Methode liegt in der dynamischen Physiotherapie. Gleichzeitig ist die Methode humanistisch ausgerichtet und der Therapeut hat eine annehmende und gewährende Grundhaltung. Allgemein ist die biodynamische Psychotherapie flexibel. So werden Massagen, Atemübungen und Gespräche, je nach Anforderungen verwendet und miteinander kombiniert (Eberwein, 1990).

Eines der Grundkonzepte ist die Theorie der ‚vaso-motorischen Zyklen‘, die eng mit dem Energiebegriff und der sogenannten ‚Psychoperistaltik‘ verbunden ist (Boyesen, 1987). Im normalen, gesunden Zustand fließt die Energie im Körper frei und es liegt ein Zustand von Homöostase vor. Psychische Störungen werden als Blockaden des freien Energieflusses oder der vaso-motorischen Zyklen aufgefasst, die durch spezifische Techniken wieder gelöst werden können (G. Boyesen & M. Boyesen, 1987). Entsprechend der rein physiologischen Verdauung gibt es nach Boyesen auch eine psycho-physische Regulationsfunktion der Darmperistaltik, die sie Psychoperistaltik nennt (1987, s. a. unter *1 Deep-Draining-Massage*). Demnach verfügen die inneren Organe über einen internen Selbstregulations- und Reinigungsmechanismus. Dieser dient der vegetativen Entladung körperlicher Äquivalente emotionaler Ereignisse.

Techniken

1 Deep-Draining-Massage (mit Stethoskop)

Diese Technik ist zentral in der Biodynamik, bezieht den ganzen Körper ein und zielt darauf, energetische Blockaden in Form ‚eingekapselter energetischer Flüssigkeit‘ zu lösen. Der Einsatz des Stethoskops als Biofeedback für den Therapeuten ist spezifisch für die biodynamische Körperpsychotherapie. Das Stethoskop liegt auf dem Bauch des Patienten, wodurch der Therapeut hören kann, wann die Psychoperistaltik des Klienten aktiv ist.

2 Biorelease-Massage

Im Fokus der Biorelease-Massage steht eher die Entspannung des Klienten und die Unterstützung der Körperwahrnehmung. Auch hier wird der ganze Körper mit einbezogen und die Psychoperistaltik aktiviert.

3 Stepping-Stones

Die Technik der Stepping-Stones unterstützt den Klienten verbal in dessen Ausdrucksprozess. Die Einstellung des Therapeuten dabei ist eine annehmende und begleitende. Zum Beispiel werden dabei die letzten Worte einer Aussage des Klienten fragend wiederholt. Der Ausdrucksprozess selbst kann auf verbaler, emotionaler und körperlicher Ebene erfolgen, hat einen engen Bezug zur Vegetotherapie und kann auch als eine Weiterentwicklung der freien Assoziation der Psychoanalyse auf die emotionale und körperliche Ebene betrachtet werden (der Begriff des ‚freien Assoziierens des Körpers‘ geht ursprünglich auf Ferenczi zurück; s. a. unter 2.2.2.4.5, zweite Technik). Die stepping-Stones werden oft am Beginn einer Sitzung angewendet. Meist liegt der Klient auf einer Matratze und kann spontan alles ausdrücken, was er möchte: verbal, emotional und / oder körperlich. Wichtig ist dabei das Vertrauen von Therapeut und Klient in dessen Prozess, der vom Therapeuten verbal und / oder körperlich unterstützt werden kann.

4 Haltungsarbeit

Bei dieser Technik wird die Haltung des Körpers aufgegriffen und als Ausgangspunkt des therapeutischen Prozesses benutzt. Dabei werden die Haltungen oft verstärkt oder übertrieben. Auch können vorhandene Schutzhaltungen des Körpers in den Prozess integriert werden.

Der Therapeut fragt hierbei oft nach der momentanen Wahrnehmung im Körper des Klienten (beispielsweise: „Was spürst du gerade im Körper?“). Hierdurch wird eine Verbindung möglich der im Körper gespeicherten Vergangenheit mit dem gegenwärtigen Moment, in dem eine Veränderung erzielt werden kann oder soll. Diese Frage nach dem Körperempfinden kann als ‚spürendes Körperbewusstsein‘ selbst wieder eine eigenständige Technik sein. Sie wird auch meist mit der folgenden Technik verbunden.

5 Spontane Ausdrucksgesten

Diese Technik geht direkt aus der Vegetotherapie hervor. Sie greift spontane und oft beiläufige Gesten des Klienten auf und rückt diese in den Fokus des Therapieprozesses. Unter Gesten sind hier auch Mimik und Worte zu verstehen.

2.2.2.4.3 Unitive / Integrative Körperpsychotherapie

International gegründet wurde die Unitive Körperpsychotherapie zu Beginn der 70er

Jahre von Jacob Stattmann, die nationale Gründung geht auf Ilse Schmidt-Zimmermann und Gustl Marlock zurück. Zu diesem explizit eklektischer Ansatz schreibt Marlock über Stattman: „Wenn es ein Dogma in seiner Arbeit gab, dann die Auffassung, dass kein einzelnes therapeutisches System den Anforderungen menschlichen Wachstums allein gerecht werden kann“ (1993a, S. 7). Die Unitive-Methode integriert verschiedene psychotherapeutische Richtungen: Psychoanalyse und psychodynamische Therapie, verschiedene körperpsychotherapeutische und existentielle Ansätze (z. B. Gestalttherapie). Wesentlich ist eine tiefenhermeneutische Therapiearbeit, die versucht mit einem umfassenden Verständnis der jeweils einzigartigen Persönlichkeit des Klienten gerecht zu werden. Dabei werden körperliche, emotionale und psychische Aspekte der Persönlichkeit als gleichwertige Ebenen in der therapeutischen Arbeit betrachtet.

Die Exploration in den einzelnen Therapiesitzungen erfolgt entsprechend diesem Ebenenmodell auf mehre Arten: verbal, nonverbal, körperlich, imaginativ, kognitiv, emotional, intra- und interindividuell.

Eine Besonderheit der Unitiven Körperpsychotherapie ist die Berücksichtigung soziologischer Aspekte in deren theoretischer Fundierung, was auch im Titel eines Buches von Marlock zum Ausdruck kommt („Körper, Psyche, Gesellschaft“, 1998).

Techniken

Eine Zusammenstellung der Techniken ist gerade in der Unitiven Körperpsychotherapie schwierig, da wie bereits erwähnt, weniger Techniken, sondern grundlegende Prinzipien gelehrt und angewendet werden sollen (Stattman, 1993). Weiter verbindet der integrative Ansatz ganz verschiedene Psychotherapien, die mit ihren speziellen Techniken in die Unitive-Methode einfließen (v. a. Gestalttherapie, Bioenergetik und Vegetotherapie, Marlock, 1993a). In der vorliegenden Arbeit war es leider nicht möglich, die folgend aufgeführten Techniken mit dem Lehrteam der Unitive-Methode abzusprechen, so dass diese hierdurch ebenfalls einem erheblichen Unsicherheitsfaktor unterliegen.

1 Guided Imagery

Eine der zentralen Techniken der Unitive-Methode ist die Anwendung der guided

Imagery. Der Therapeut unterstützt den Klienten, innere Bilder wahrzunehmen (nicht nur visuell, sondern mit allen Sinnesmodalitäten). Diese können Erinnerungen bereits erlebter Situationen sein oder auch Situationen, die einem erwünschten Zielverhalten entsprechen. Ebenso werden Fantasien aufgegriffen entsprechend der psychotherapeutischen Arbeit von Jung. Der Therapeut kann mit den Bildern lenkend, deutend oder auch ändernd arbeiten, wird aber dem humanistischen Prinzip entsprechend dabei vorsichtig und fragend vorgehen.

Übersetzt werden kann der Begriff als ‚geführte Imagination‘ und ist in der Psychologie und Psychotherapie auch in anderen Therapierichtungen bekannt bei teilweise fließenden Übergängen zur Hypnotherapie.

2 Konkretation

Die Konkretation oder auch Konkretisierung ist eines der grundsätzlichen Prinzipien der Unitive-Methode. Konkretisierung meint nach Stattman (1991) das bewusste Wahrnehmen der momentanen Realität: „Konkretisieren heißt einfach, einen Spiegel vorhalten“ (1993, S. 140). Die Wahrnehmung kann auf körperlicher, emotionaler oder geistiger Ebene erfolgen – oder eine Verbindung der drei Ebenen darstellen. Nach Stattman entsteht daraus unmittelbar das Phänomen des Gewahrseins (engl. awareness), das gleichbedeutend mit dem Prinzip der Achtsamkeit (z. B. in Hakomi) ist.

3 Basisübung Kelemans

Die Arbeiten Kelemans sind wesentlicher Teil der Unitiven Körperpsychotherapie. Er entwickelte eine Basisübung (1987), die in fünf Schritte unterteilt ist. 1) Wahrnehmung des Körpers ohne Veränderung, 2) Verstärken der wahrgenommenen, gewohnten Haltung durch Anspannung der involvierten Muskulatur, 3) Reduktion der Anspannung in ganz kleinen Schritten, 4) Inne halten mit bewusster Wahrnehmung der möglichen Veränderungen. Das Innehalten kann nach jedem Schritt der Reduktion erfolgen, 5) Die neu entstandene Haltung des Körpers erhält Stabilität durch eine leichte Tonisierung der Muskulatur.

Diese Basisübung kann unverändert, variiert und mit anderen Techniken kombiniert immer wieder im Therapieprozess angewandt werden.

4 Atemarbeit

Die Atemarbeit kann als exemplarisch für die Integration von Teilen der Bioenergetik in die Unitive Therapie betrachtet werden. Die ausführliche Darstellung ist als erste Technik der Bioenergetik dargestellt (s. u.). Wie bereits erwähnt ist die Arbeit mit dem Atem in allen Körperpsychotherapierichtungen weit verbreitet. So geht auch Downing (s. u. unter SIKOP mit Atemarbeit als dritte Technik) ausführlich darauf ein und nennt diesen Vorgang der genauen Beobachtung des Atems des Klienten durch den Therapeuten die Erstellung eines Atemprofils (1996).

5 Zentrierung der Augen

Zu Beginn wird untersucht, ob die Augen konzentriert nach außen gerichtet sind mit einer scharfen Focussierung oder eher entspannt sind und die Wahrnehmung verschleiert ist. Ebenso wird untersucht, ob die Augen sich unterscheiden. Im nächsten Schritt wird die Nackenmuskulatur entspannt. Die anschließende eigentliche Zentrierung der Augen findet während des Ausatmens statt. Es wird hierzu mit der Vorstellung (s. a. o. Imagery) gearbeitet, mit jedem Auge einen Punkt oder auch Nullpunkt zu finden, der von Ruhe und Entspannung geprägt ist.

2.2.2.4.4 Bioenergetische Analyse und Therapie

International wurde die Bioenergetik von Alexander Lowen und John C. Pierrakos im Jahr 1956 mit dem ‚Institute for Bioenergetic Analysis‘ gegründet. Nationaler Gründungspräsident in der Schweiz ist Thomas Ehrensperger.

Die Bioenergetik baut, wie die Biodynamik, in großem Umfang auf der Vegetotherapie von Wilhelm Reich auf, dessen Schüler Lowen und Pierrakos waren. Pierrakos verließ später die Bioenergetik (1974) und gründete die ‚Core Therapy‘, weshalb heute der Begriff Bioenergetik meist nur mit Lowen in Verbindung gebracht wird. Die theoretischen Annahmen Lowens entsprechen weitgehend denen von Reich. Allerdings erweiterte Lowen die Charakterstrukturen um eine orale und schizoide Struktur (Lowen, 2006). Und er entwickelte viele Übungen zur körperpsychotherapeutischen Arbeit (Lowen & Lowen, 1979).

Wohl die bekannteste Technik der Bioenergetischen Analyse ist das Grounding. Es entstand in der Psychotherapie von Lowen bei Pierrakos, als Lowen in ‚die Beine

hineinkommen' wollte und die Therapie im Stehen ausführte (Lowen, 1979). Grounding wird meist mit ‚Erdung‘ übersetzt und hat in den Körperpsychotherapien eine sehr weite Verbreitung in andere Richtungen gefunden (Ehrensperger, 2006). Anfangs war das Grounding eine reine Körpertechnik und entwickelte sich dann weiter zum Grounding in der Psyche, das Lewis und Lowen (1977) wie folgt beschreiben: „grounding . . . umfaßt das Gegründet-Sein der Person in ihrem Körper“ (S. 220). Die Technik des Grounding wird bei Angststörungen oft antagonistisch eingesetzt – meist mit Integration der Atemarbeit (Röhricht, 2006).

Techniken

Die Angaben der bioenergetischen Techniken stammen aus dem bereits unter 2.2.2.4 *Teilnehmende Körperpsychotherapieinstitute* erwähnten Ratingmanual für psychotherapeutische Konzepttreue einer Praxisstudie (Schweizer Charta für Psychotherapie, 2008).

1 Atemarbeit

Der spontane Atem des Klienten wird vom Therapeuten beobachtet und kommentiert, gleiches ist von Seiten des Klienten möglich. Sich daran anschließende Atemarbeit kann sein die Änderung der Atmung selbst oder des Atemmusters (vertiefen, verlangsamen, beschleunigen). Der Therapeut verbindet immer wieder die Atemarbeit mit möglichen kognitiven und / oder emotionalen Wahrnehmungen des Klienten.

2 Körperimpulse fokussieren

Der Therapeut fördert den körperlichen und / oder emotionalen Ausdruck des Klienten. Dabei werden Körpersignale des Klienten vom Therapeuten aufgegriffen, die sich motorisch erweitern lassen. Die körperlichen Impulse selbst können intensiviert, übertrieben, wiederholt, erweitert oder geändert werden. Gleichzeitig wird der emotionale Ausdruck dabei beobachtet (eventuell auch unterstützt und geändert) und es kann ergänzend mit entsprechenden Verbalisierungen des Klienten gearbeitet werden.

3 Körperübungen (nach Lowen)

Lowen hat wie oben schon erwähnt sehr reichhaltige Körperübungen entwickelt. Die

Übungen stellen immer einen Bezug zu körperlichen Verspannungen des Klienten her und regen diesen zur Lösung der Verspannungen an durch entsprechende Handlungen oder Bewegungen. Oft werden die Bewegungen von Verbalisierungen begleitet.

4 Affektregulation

Die Affektregulation des Klienten wird innerhalb eines bestimmten Bereiches thematisiert und gegebenenfalls versucht, eine Änderung der Affektregulation zu erreichen. Konkret wird dabei der Umgang mit einem bestimmten Gefühl in einer bestimmten Situation angesprochen zum Beispiel im Alltag, bei Erinnerungen oder gegenüber dem Therapeuten, was wiederum zur Übertragungsarbeit führen kann. Ebenso können hier auch die Körperübungen integriert werden (Technik 3).

5 Psychische und somatische Übertragung

Der Therapeut spricht die Übertragung des Erlebens einer Person (oder auch Situation) des Klienten von außerhalb der Therapie auf den Therapeuten an. Die Übertragung kann psychisch und / oder körperlich sein. Je nach Stand des therapeutischen Prozesses und des Klienten kann hier auch die Gegenübertragung des Therapeuten mit aufgegriffen werden – wiederum sowohl psychisch als auch somatisch.

2.2.2.4.5 Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie - SIKOP

Gründungspräsident war George Downing – international wie national.

Downing geht von fünf Ebenen des Bewusstseins aus. Er betont, dass es dabei keine Rangfolge gibt und die Einteilung dem Zweck der Psychotherapie dient, aber auch andere Einteilungen möglich sind (1996): 1) Die *verbal-kognitive Ebene* wird durch Gedanken und Worte repräsentiert. 2) Die *bildliche Ebene* wird durch visuelle Wahrnehmungen, Fantasien oder Erinnerungen präsentiert. 3) Auf der *emotionalen Ebene* werden Affekte bewusst wahrgenommen, wie zum Beispiel Traurigkeit, Furcht oder Freude. 4) Auf der *Empfindungsebene* werden reine Körperempfindungen wahrgenommen, beispielsweise Wärme, Kälte, Kribbeln, Magenknurren. 5) Die *Bewegungsebene* umfasst alle propriozeptiven Empfindungen, die auch die Lage des Körpers in Ruhe betreffen.

Alle Ebenen treten gleichzeitig auf. Klient und Therapeut können aber verschiedene

Schwerpunkte setzen. Nach Downing reduziert sich die Effektivität des psychotherapeutischen Systems, wenn der Therapeut wenige oder sogar nur eine Ebene bevorzugt.

Auf Downing geht der Begriff der „affektmotorischen Schemata“ zurück (1996, 2006). Diese stellen Strukturen von Gedächtnisinhalten dar, die sensorische, motorische, affektive und kognitive Informationen verbinden (Wehowsky, 2006). Vergleichbar sind die affektmotorischen Schemata den „somatischen Markern“ von Damasio (2001).

Techniken

1 Wahrnehmungsübungen zur Bewusstmachung der Körperebene

Diese Techniken beziehen sich auf die gerade beschriebenen Ebenen vier und fünf der Empfindungen und Bewegungen des Körpers. Es werden gezielt Fragen vermieden, die kognitiv ausgerichtet sind („Was denken sie gerade?“) oder die die Ebene der Emotionen und Bilder ansprechen. Eine entsprechende Frage des Therapeuten könnte lauten: „Was empfinden sie im Augenblick im Körper?“. Es können auch Bewegungsimpulse oder reale Bewegungen angesprochen werden.

2 Mittels Körperimpulsen über Wahrnehmung und Exploration neue (affektmotorische) Schemata entwickeln

Das den Körperimpulsen Folgen bezeichnet Downing als Vertrauen in ein ‚freies Assoziieren des Körpers‘ (1996) und bezieht sich dabei auf Ferenczi, der diesen Begriff erstmals sinngemäß verwendete. Über die Exploration der Körperimpulse entstehen auch Wahrnehmungen der anderen vier Bewusstseinssebenen (s. o.). Im folgenden Schritt der Technik, wenn neue Erfahrungen der Bewusstseinssebene entstehen, können diese ein affektmotorisches Schema ändern. Die Änderung kann von Seiten des Therapeuten eher passiv begleitet werden, kann aber auch einen aktiven Prozess darstellen. Findet letzterer auf der verbal-kognitiven Ebene statt, ist dieser Teil der Technik vergleichbar mit der dritten Phase (Modifikation von Selbstaussagen und Produktion neuer Verhaltensweisen) der kognitiven Therapie nach Meichenbaum (1977).

3 Atemarbeit

Die verschiedenen Atemtechniken bezeichnet Downing innerhalb der physischen

Techniken als am wichtigsten (1996). Oft geht die Beobachtung des Atems des Klienten als basale Intervention auch den physischen oder psychischen Techniken voraus. Eine mögliche Atemtechnik besteht darin, den Klienten aufzufordern, sich darauf zu konzentrieren, wie die Atmung gegenwärtig empfunden wird oder was die Atmung tun ‚will‘. Auch die Technik der Neustrukturierung gehört hierher, indem muskuläre Spannungen, die die Atmung behindern, gelöst werden, zum Beispiel durch gezielte Berührungen. Für die Arbeit mit dem Atem erstellt der Therapeut ein sogenanntes ‚Atemprofil‘, eine sehr detaillierte Beschreibung der normalen Atmung des Klienten, wie sie vom Therapeuten wahrgenommen wird.

4 Übertragungsarbeit – Arbeit mit der therapeutischen Beziehung

Nach Downing ist die Übertragungsarbeit im Therapieprozess nicht nur bei dessen Störung oder von Zeit zu Zeit zu verfolgen, sondern systematisch anzuwenden. Gleichzeitig verändern sich durch integrierte Körperarbeit auch wichtige Übertragungen unweigerlich (Downing, 1996). Die Übertragungsarbeit nach SIKOP bezieht sich ausdrücklich auf die zeitgenössische Objektbeziehungstheorie und innerhalb dieser besonders auf Kernbergs Arbeiten.

In der Übertragungsarbeit werden drei Ziele verfolgt: 1) Der Patient lernt, Worte für seine eigenen Motivationen zu finden. 2) Die Übertragung selbst soll sich entfalten und 3) die Motivationen der Übertragung werden in Verbindung gebracht mit anderen Beziehungen – aus der Kindheit bis hin zu aktuellen Beziehungen.

Die Haupttechnik der Übertragungsarbeit nennt Downing ‚verbindende Intervention‘ (1996). Sie beinhaltet ausführlich drei Elemente: 1) Eine Beschreibung eines Teiles des Übertragungsverhaltens. 2) Eine vorsichtige verbindende Hypothese zur zugrundeliegenden Motivation des Patienten. 3) Eine kurze Einladung, gleich darüber nachzudenken. Beispielsweise könnte die Intervention lauten: „David, nachdem Sie hereingekommen sind, sitzen Sie seit einer Viertelstunde da, ohne ein Wort zu sagen. Das geschieht oft zu Beginn unserer Sitzung. Meine Phantasie ist, dass eine Seite von Ihnen vielleicht Hilfe von mir möchte, während die andere Seite das Bedürfnis verspürt, sich zu schützen. Wie denken Sie darüber?“ (Downing, 1996, S. 264).

5 Biographische Exploration mit dem Schwerpunkt früher Interaktionsmuster unter

Einbeziehung des Körpers

Diese Technik baut auf der vorherigen auf. Konzentriert sich aber ausschließlich auf frühe Interaktionsmuster mit dem bereits erwähnten Schwerpunkt der Objektbeziehungstheorie für die ersten Lebensjahre des Patienten. Nach Downing (1996) gibt es Körpererinnerungen, die nicht mit Worten verbunden sind, da sie sich auf den präverbalen Lebensabschnitt beziehen. Ebenso sind keine oder kaum visuelle Informationen damit verbunden. Dabei bezieht sich Downing auf den Begriff ‚somatische Erinnerungen‘ von Heimann (1989) und benutzt selbst die Bezeichnung ‚Kinogramme‘ zur Betonung der nonverbalen Struktur. Auch hier werden die affektmotorischen Schemata wieder aufgegriffen.

Die Technik selbst beginnt mit Körperwahrnehmungen, wie sie auch bei der ersten Technik beschrieben wurden und sucht gezielt sich wiederholende Muster körperlicher Reaktionen bzw. Interaktionen mit Beziehungspersonen. Die körperlichen Reaktionen können meist durch Imagination der zugehörigen Personen unterstützt werden.

2.2.2.4.6 Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie - GFK

Internationale Gründungspräsidentin war Christiane Geiser, nationaler Gründungspräsident der Schweiz Ernst Juchli. Die Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie integriert explizit ähnlich wie die Unitive Körperpsychotherapie mehrere Ansätze: Gesprächspsychotherapie (nach Rogers), Focussing (nach Gendlin) und verschiedene Körpertherapien. Zentral ist dabei die klientenzentrierte Grundhaltung nach Rogers, womit die GFK-Methode dem Modell von Kriz (2007a) nach im Bereich der humanistischen Therapien einzuordnen ist.

Techniken

1 Massage

Die Massagetechniken sind nicht spezifisch für die GFK-Therapie, sondern aus anderen körpertherapeutischen Richtungen entnommen (zum Beispiel Bioenergetik oder Shiatsu). Spezifisch für die GFK-Therapie ist aber der Umgang mit der Massage. Die Klienten geben während der Massage Rückmeldungen, welche Stellen wie massiert werden sollen.

2 Focussing-Körperarbeit

Diese geht auf Gendlin zurück (1998) und arbeitet mit dem Zustand der inneren Achtsamkeit. Von diesem findet immer wieder ein Wechsel zum expliziten Ausdruck und zurück statt. Der Klient sucht dabei bezüglich eines zuvor gewählten Themas eine körperliche Resonanz. Diese geht meistens einher mit dazugehörigen Gedanken, Emotionen, Körperempfindungen oder Bildern. Auf eine körperliche Berührung kann verzichtet werden, stellt aber bei Annahme des Klienten oft eine wichtige Unterstützung dar.

3 Dialogische Körperarbeit 1

Diese Technik wird besonders am Anfang einer Therapie angewendet und dient der Verbesserung der Wahrnehmung des Körpers des Klienten. Der Therapeut berührt dabei den Klienten an verschiedenen Körperstellen und lässt sich rückmelden, welche Reaktionen mit welcher Qualität im Klienten entstehen (zum Beispiel Gegendrücken, Wegziehen, langsam, heftig ...). Ebenso kann der Therapeut an der gleichen Stelle auf unterschiedliche Arten berühren (fein, druckvoll, schnell, klopfend ...) und wiederum mit dem Klienten die jeweiligen Reaktionen untersuchen.

4 Dialogische Körperarbeit 2

Diese Technik bezieht sich auf die dialogische Arbeit an Gelenken. Der Therapeut berührt den Klienten an einer dialogfähigen und dialogbereiten Stelle – beispielsweise der Schulter. Es werden verschiedene Berührungen ausprobiert, der Klient reagiert mit den Impulsen, die in seiner Schulter entstehen und die wieder vom Therapeuten aufgegriffen werden. Dieses nonverbale ‚Körpergespräch‘ kann auch weitere Körperteile aufgreifen und beinhaltet immer ein wechselseitiges Reagieren aufeinander.

Der Begriff ‚Dialogfähig‘ bezieht sich auf die Fähigkeit des Klienten zur (dialogischen) Körperarbeit. Diese Fähigkeit kann durch die Dialogische Körperarbeit 1 unterstützt und entwickelt werden. Der Begriff ‚Dialogbereit‘ bezeichnet den Grundsatz in der GFK-Methode, vor der Körperarbeit das Einverständnis des Klienten zu erfragen. Im Anschluss an eine dialogische Körperarbeit erfolgt eine gemeinsame Aufarbeitung in einem Gespräch.

5 Autonome Prozesse

Bei der Technik des autonomen Prozesses befindet sich der Klient in einem Zustand, der ‚Sich-überlassen‘ genannt wird. Er folgt inneren Impulsen mit Emotionen, Bewegungen und Lauten. Der Therapeut unterstützt diesen Prozess. Bei verbalen Unterstützungen liegt eine Ähnlichkeit zur Technik der Stepping-Stones in der Biodynamik vor. In der GFK-Methode kann die Unterstützung aber auch durch Mitatmen, Mitbewegungen, Halten oder auch nicht sprachliche Laute erfolgen.

2.2.2.4.7 Internationales Institut für Biosynthese - IIBS

Internationaler und nationaler Gründungspräsident war David Boadella. Der Begriff Biosynthese steht übergeordnet für ‚Integration des Lebens‘ und konkret für die Verbindung drei wesentlicher Aspekte des Menschen: die somatische Existenz, die psychische Erfahrung und eine innere Essenz. Boadella entwickelte die Biosynthese-Methode aus der Vegetotherapie, der englischen Objekt-Beziehungsschule und anhand embryologischer Studien. Die Methode selbst wird als offen und prozessorientiert definiert.

Nach dem Modell der Biosynthesis, soll Psychotherapie auf drei Ebenen stattfinden und nimmt dabei Bezug auf die drei Keimschichten des Embryos: Nerven- und Sinnessystem (Ektoderm), Muskel- und Skelettsystem (Mesoderm) und vegetatives System (Endoderm), denen wiederum die Tätigkeiten des Denkens, Handelns und Fühlens entsprechen (Boadella, 2009). Die Biosynthesis geht aus von sechs Lebensfeldern des Erlebens und des Ausdrucks: 1) Affekt-motorische Bewegungen und Arbeit mit dem Muskeltonus, 2) Atemrhythmus (mit Integration des energetischen Aspekts), 3) Interpersonale Beziehung und Beziehungsmuster, 4) Emotionen, 5) Sprache und 6) Innere Bilder. Jedes Lebensfeld wird in einer Polarität betrachtet aus funktionalem (oder idealem Innenkreis) und dysfunktionalem Aspekt (Außen- oder Störungskreis). So können die Bewegungen beispielsweise einem natürlichen Impuls folgen oder sind eher durch muskuläre (Ver-)Spannungen geprägt (bezugnehmend auf die Theorie des muskulären (Charakter-)Panzer von Reich. Die Felder 1, 3 und 5 sind eher interpersonal und die Felder 2, 4 und 6 eher intrapersonal (auf der Homepage von Biosynthese, http://www.biosynthese.org/html/body_lebensfelder.html (Zugriff am

24.04.09), findet sich eine anschauliche graphische Darstellung der Lebensfelder). Alle sechs Lebensfelder bilden nach der Biosynthese, wenn sie ausgewogen vorhanden sind, ein weiteres (siebtes) Lebensfeld im Zentrum des Innenkreises: Die transpersonale Entwicklung, deren Focussierung mittels körperintegrierender Meditation stattfindet (Boadella, 1989, 2009).

Der Ansatz der Biosynthese betont weniger die Arbeit in konkreten Techniken, sondern die Anwendung übergreifender Prinzipien. Das Prinzip der Polaritäten kann als zentrales Konzept dieser Körperpsychotherapie aufgefasst werden. Es werden fünf basale Polaritäten definiert: 1) nach innen oder außen gerichtete Aktivität, 2) aufsteigende oder sinkende Energie, 3) aktive Führung oder rezeptives Folgen, 4) Regression oder Progression und 5) verbale und nonverbale Kommunikation. Ein weiteres wichtiges Prinzip ist die Auffassung, dass die verschiedenen Lebensfelder im Therapieprozess gleichwertig zu integrieren sind.

Techniken (nur als exemplarische Möglichkeiten therapeutischer Interventionen)

1 Bewegungswahrnehmung und -entwicklung

Der Therapeut unterstützt den Klienten bei der Wahrnehmung der eigenen Bewegungen. Meist erfolgt dies durch langsames Wiederholen. Die Entwicklung der Bewegungen wird unterstützt durch Aufgreifen von Impulsen, die der Therapeut beim Klienten wahrnimmt. Dabei wird vom Konzept der ‚motorischen Felder‘ ausgegangen, das das erste und eines der elementaren Lebensfelder darstellt. Das motorische Feld wird gezielt mit dem affektiven Erleben des Klienten verbunden (viertes Lebensfeld).

2 Affektive Strategien in Richtung emotionaler Klarheit

Emotionale Klarheit ist der funktionale Bereich des vierten Lebensfelds. Die wahrgenommenen Affekte des Klienten bei dessen Bewegungen werden positioniert von Therapeut und Klient auf der Dimension zwischen emotionaler Unterdrückung versus emotionalem Ausagieren. Dabei wird das Konzept der ‚Rebalancierung‘ angestrebt: Bewusstmachung der emotionalen Aspekte bei gleichzeitiger Ausgeglichenheit zwischen den beiden Polen. Die emotionale Klarheit entsteht durch die Bewusstheit der affektiven Strategien. Werden nicht die Bewegungen (erstes

Lebensfeld), sondern der Atemrhythmus als Grundlage der Affektbeobachtung verwendet, entsteht eine Verbindung zum zweiten Lebensfeld.

Der kognitive Prozess der emotionalen Klarheit kann auch als ‚emotionale Klärung‘ bezeichnet werden in Anlehnung an die ‚motivationale Klärung‘, die nach Grawe (2005) eine wesentliche Wirkkomponente von Psychotherapie darstellt.

3 Unterstützung emotionaler Zentrierung und Überwindung von Spaltungstendenzen in Traumazuständen

In Traumazuständen sind nach Biosynthesis die Lebensfelder fragmentiert und stehen nur in geringer Wechselwirkung zueinander (Boadella, 2006). Diese Fragmentierung ist einerseits die bereits erwähnte zwischen funktionalem und dysfunktionalem Kreis der Lebensfelder. Gleichzeitig sind aber auch die Lebensfelder untereinander fragmentiert, was sich in einer Disbalance zwischen Denken, Fühlen und Handeln zeigt. Der Therapeut wendet ‚polare Strategien‘ an, die die Lebensfelder des Klienten wieder integrieren. Diese Arbeit kann zum Beispiel ein Kontaktangebot aufgreifen („Wie ist es, wenn sie meine Hände fassen?“).

4 Dialogischer Beziehungsaufbau und Wahrnehmung der Kontaktkanäle

Unter Kontaktkanälen werden verstanden die Augen, die verschiedenen Modalitäten der Sprache, das große Spektrum der Berührungen und die intuitive Wahrnehmung. Diese Technik konzentriert sich auf die Durcharbeitung von Übertragungsmustern der verschiedenen Bindungsstile (dritter Lebensbereich). Die Übertragungsmuster können in allen sechs Lebensbereichen angesprochen werden. Von Seiten des Therapeuten ist darauf zu achten, dass die Übertragung nicht zu negativ gesehen oder pathologisiert wird. Die Bindung oder Beziehung wird unter verschiedenen Aspekten betrachtet. Grundlegend ist die psychodynamische Therapiebeziehung. Darüber hinaus achtet der Therapeut auch auf entwicklungsorientierte, reale, vertragliche, imaginierte sowie meditative Aspekte der Beziehung (Boadella, 2006).

5 Befreiung der Sprache von kommunikativen Störungen

Diese Technik greift besonders den fünften und sechsten Lebensbereich auf. Der Therapeut untersucht mit dem Klienten dessen Charakterprozess und individuelle Glaubenssysteme anhand der Sprache (fünfter -) und restriktiver innerer Bilder (sechster, dysfunktionaler Lebensbereich). Wichtig ist die Lösung von einem statischen Begriff der Charakterstruktur hin zu einem Charakterprozess, der eher dem Konzept des ‚Potenzialraums‘ von Winnicott (1965; zitiert nach Boadella, 2006, S. 211) entspricht.

2.2.2.4.8 Integrative Körperpsychotherapie – IBP (Integrative Body Psychotherapy)

Internationaler Gründungspräsident war Jack Lee Rosenberg, nationaler Markus Fischer. Wie sich bereits aus dem Namen schließen lässt, verbindet die Integrative Körperpsychotherapie explizit – ähnlich der GFK- und der Unitive-Methode - verschiedene Ansätze. Auf der Basis des neoreichianischen Ansatzes werden Elemente der Feldenkrais-Methode, Gestalttherapie und Yoga integriert. Rosenberg erweiterte die zentralen Konzepte der Gestalttherapie auf die somatische Ebene und nannte das damalige Verfahren ‚Gestalt Body Psychotherapy‘ (Rosenberg, Rand & Asay, 1985). Schwerpunkte der Arbeit von Rosenberg sind Sexualität, Liebesbeziehungen und sogenannte Release-Techniken zur Entspannung von Haltemustern des ganzen Körpers, der als energetisches System betrachtet wird (Rosenberg & Morse, 2006).

Techniken

Die Angaben der Techniken der Integrativen Körperpsychotherapie stammen wie die Techniken der Bioenergetik aus dem Ratingmanual für psychotherapeutische Konzepttreue der Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAPS, Schweizer Charta für Psychotherapie, 2008).

1 Körper(erleben) bewusst machen

Der Therapeut thematisiert die Körperwahrnehmung und / oder regt den Klienten zur Selbstbeobachtung an. Aufgegriffen werden kann jegliche Wahrnehmung des Körpers, die aktuell empfunden wird – zum Beispiel Gestik, Mimik, (muskuläre) Spannungen, Blockaden, Bewegungen, Wärme-Kälte, Schmerz, sinnesspezifische Wahrnehmungen.

Der Therapeut kann die Wahrnehmungen lenken und vertiefen. Oft entstehen dabei Gedanken, Bilder, Emotionen oder Erinnerungen, die in Bezug zur Körperwahrnehmung gesetzt werden und auch in weitere Techniken integriert werden können.

2 Verbindung herstellen zwischen verbaler, emotionaler und körperlicher Ebene

Diese Technik wird selten allein angewendet, sondern entspricht eher einer grundlegenden Haltung / Ausrichtung des Therapeuten. Dieser spricht immer wieder die drei Ebenen Kognition, Emotion und Körper beim Klienten an. Damit ist diese Technik Teil vieler anderen Techniken. Ist eine hinreichende Wahrnehmung des Klienten aller drei Ebenen erreicht, wird diese Technik kaum noch explizit angewandt. Ähnliches gilt für die zuvor beschriebene Technik des Körpererlebens. Beide werden meist zu Beginn der Psychotherapie verstärkt angewandt, um den Klienten für die Wahrnehmung des eigenen Körpers und dessen Integration mit Emotionen und Kognitionen zu öffnen.

3 (Energetische) Grenzen

Der Therapeut vermittelt energetische und / oder räumliche Grenzkonzepte und initiiert Arbeit damit. So kann der persönliche Raum des Klienten durch Ziehen einer Grenze (z. B. mit einer Schnur) markiert werden. Dabei können die entstehenden Kognitionen, Emotionen, Körperempfindungen und –impulse integriert werden. Der Umgang mit der Grenze kann aus zwei Blickwinkeln betrachtet werden: Das aktive Grenzen setzen und das passive Grenzen gesetzt bekommen. Weiter können andere Personen imaginativ oder durch Stellvertreter (z. B. dem Therapeuten bei Einzelsitzungen) hinzugenommen werden.

Wird mit energetischen Grenzen gearbeitet, bezieht sich der Therapeut meist auf eine Einteilung des Körpers in vertikaler Richtung in sieben Segmente. Hier kann mit den bereits erwähnten Release-Techniken gearbeitet werden.

4 Charakter- / Schutzstil vermitteln und damit arbeiten

Der Therapeut erklärt erst dem Klienten das Konzept der Charakter- bzw. Schutzstile und regt dazu an, mit diesen zu arbeiten. Hierzu werden v. a. Beziehungsmuster angesprochen, die bereits im Säuglingsalter entstehen – zum Beispiel hinsichtlich Nähe / Distanz, Angst vor Verlassenheit und / oder Überflutung, Un- / Fähigkeit, Ja / Nein zu

sagen. Der Klient wird ausführlich über seine Stile informiert und es werden neue funktionale Verhaltensweisen erprobt.

Bezieht sich der Therapeut bei den Beziehungsmustern auf die therapeutische Allianz geht diese Technik in die Arbeit mit Übertragung / Gegenübertragung über.

5 ‚Agency‘ vermitteln und damit arbeiten

Die ‚Agency‘ stellt eine besondere Form des Charakter- oder Schutzstils dar. Übersetzt wird Agency mit ‚Agentenverhalten‘ und stellt ein nach außen gerichtetes, automatisiertes Gefälligkeitsverhalten dar zur gleichzeitigen Kompensation von mangelndem Selbstwertgefühl. Der Therapeut vermittelt die entwicklungspsychologische Entstehung von Agency als Schutzverhalten. Es werden die individuellen kognitiven, emotionalen und körperlichen Anzeichen der Agency des Klienten angesprochen. Entsprechend der vierten Technik können auch hier neue funktionale Verhaltensweisen untersucht oder geübt werden.

2.3 Psychotherapieforschung

Psychotherapieforschung ist ein relativ junges wissenschaftliches Gebiet, das erst seit etwa 60 – 80 Jahren existiert (Caspar & Jacobi, 2004).

Nach Dorsch Psychologisches Wörterbuch (1998) untersucht die Psychotherapieforschung Wirksamkeit und Wirkweise von Psychotherapien. Orlinsky (1998) definiert Psychotherapieforschung als eine Art der Beobachtung und Analyse menschlichen Verhaltens und menschlicher Erfahrungen, die in spezifischen Situationen mit geeigneten Methoden durchgeführt wird. Je nach Aufgabenstellung werden dabei deskriptive, explanative oder evaluative Methoden angewendet. Kriz bezeichnet Psychotherapieforschung als Grenzwissenschaft zwischen somatischen und sozialen Prozessen (2008).

Nach Westmeyer (1979) ist das Ziel in der psychotherapeutischen Forschung die Unterscheidung von begründetem und unbegründetem psychotherapeutischen Handeln mit den Mitteln der Methodik.

Im Folgenden wird zuerst ein kurzer Überblick über die historische Entwicklung der Psychotherapieforschung gegeben, danach werden verschiedene Ansätze, Paradigmen und Dichotomien der Forschung zur Psychotherapie ausführlich angeführt und im letzten Abschnitt wird näher auf die Forschung zur Körperpsychotherapie eingegangen.

2.3.1 Historische Entwicklung

A. E. Meyer (1990) unterteilt die historische Entwicklung der Psychotherapieforschung in drei Phasen: Die klassische, die Rechtfertigungs- und die Phase der differenziellen Psychotherapie-Effizienzforschung. Rudolf (1998) und Müller-Hofer (2002) ergänzen die drei Phasen um eine sich anschließende vierte, die Phase der praxisbezogenen Psychotherapieforschung.

2.3.1.1 Phase der klassischen Falldarstellung

Die klassische Phase begann mit der Veröffentlichung der ‚Studien über Hysterie‘ von Freud und Breuer im Jahr 1895 (zitiert nach Strauß & W. Wittmann, 2005). Die Methodik war ein intraindividueller Vorher-Nachher-Vergleich. Freud selbst schrieb zu seiner Darstellungsmethodik in Einzelberichten: „Die Heilerfolge geben weder einen Grund, damit zu prahlen, noch sich ihrer zu schämen. Aber solche Statistiken sind überhaupt nicht lehrreich, das verarbeitete Material ist so heterogen, dass nur sehr große Zahlen etwas besagen würden. Man tut besser, seine Einzelerfahrungen zu befragen.“ (Freud, 1969, Band I, S. 580).

Schwachpunkt solcher Vergleiche ist der retrospektive Ansatz, der eine Konfundierung der Ergebnisse mit subjektiven Interpretationen des Therapeuten ermöglicht (Bortz & Döring, 1995; Kriz, 2007). Auch entsprach Freuds Vorgehen der Fallbeschreibungen nach Rudolf (1998) eher dem literarischen Stil einer Novelle und war weit von den Kriterien der Einzelfallstudien entfernt, die später entwickelt wurden (z. B. mit systematischer Datensammlung oder selbstkritischer Überprüfung der Schlussfolgerungen).

2.3.1.2 Phase der Rechtfertigungsforschung

Die Rechtfertigungsphase folgte auf die Aussage Eysencks im Jahr 1952 die Besserungen der (psychoanalytischen) Psychotherapie wären hauptsächlich durch Spontanremissionen erklärbar. Vier Jahrzehnte später, 1993, relativierte Eysenck selbst seine Formulierung und betonte, er war damals zu der Auffassung gelangt, dass aufgrund der mangelnden Forschung (noch) nicht davon ausgegangen werden konnte, dass die tiefenpsychologischen Therapien positive Effekte hätten. Obwohl spätere Untersuchungen die Schlussfolgerungen Eysencks widerlegten (Bergin, 1971; Dührssen & Jorswieck, 1962; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; McNeilly & Howard, 1991), hatten sie einen prägenden Einfluss auf die Psychotherapieforschung. So wurde die Forderung Eysencks nach Kontrollgruppenvergleichen aufgegriffen. Ebenso wurden Wartelisten-, Placebo- und direkte Vergleichsstudien durchgeführt. Die Patientenstichproben waren monosymptomatisch und die Behandlungsmethoden manualisiert.

Das wesentliche Ziel dieser Phase, der systematische und quantitative Nachweis der Effektivität von Psychotherapie, wurde von vielen Autoren immer wieder bestätigt (Howard, Koptka, Krause & Orlinsky, 1986; Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Hill, 2003; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Seligman, 1995; Smith, Glass & Miller, 1980; Wampold, 2001; W. Wittmann & Matt, 1986). Exemplarisch können hier Lambert und Ogles (2004, S. 148) zitiert werden zum Ergebnis dass Psychotherapie hilft: „This consistent finding across thousands of studies and hundreds of meta-analyses is seemingly undebatable.“

2.3.1.3 Phase der differenziellen Psychotherapie-Effizienzforschung

Nach dieser klar positiven Beantwortung der zentralen Frage der Phase der Rechtfertigungsforschung, ob Psychotherapie wirkt, entstanden neue, differenziertere Untersuchungen. Die Phase der differenziellen Psychotherapie-Effizienzforschung begann etwa ab den 70er Jahren (A. E. Meyer, 1990; Rudolf, 1998). Die wesentliche Frage dieser Phase formulieren Strauß und Wittmann (2005) folgendermaßen: „Welche Behandlungsmaßnahme durch wen, zu welchem Zeitpunkt, führt bei welchem Individuum mit welchen spezifischen Problemen unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis, zu welchem Zeitpunkt?“ (S. 761). Daraus folgte und folgt auch aktuell noch die Untersuchung der Wirkfaktoren von Psychotherapie, die in spezifische

und unspezifische Faktoren eingeteilt werden können. Die unspezifischen Wirkfaktoren werden auch als gemeinsame oder allgemeine Faktoren bezeichnet (Hubble, Duncan & Miller, 1999; Strupp & Hadley, 1979). Eng verbunden mit der Untersuchung spezifischer Wirkfaktoren ist die Störungsspezifität. Diese bezeichnen Caspar und Jacobi (2004) als die „sicherlich einflussreichste Perspektive der letzten Dekade(n) innerhalb der klinischen Psychologie“ (S. 397) und sie hat damit auch die Psychotherapieforschung für viele Jahre sehr stark geprägt. Auf die Wirkfaktoren und besonders die Störungsspezifität wird im Abschnitt 2.4 *Störungsspezifität* noch gesondert eingegangen.

2.3.1.4 Phase der praxisbezogenen Psychotherapieforschung

Klinische Studien, die den Schwerpunkt der differenziellen Effizienzforschung ausmachten, können nicht oder nur sehr begrenzt auf naturalistische Situationen übertragen werden, da das Gütekriterium der hohen internen Validität meist einer geringen externen Validität gegenübersteht. (Bowe, 2008; Leichsenring, 2004, 2008; Heekerens, 2005; Rudolf, 1998; Zurhorst, 2003). Daher entstand ab den 90er Jahren zunehmende Kritik am bisherigen Schwerpunkt der RCTs (randomized controlled trial), die als sogenannter ‚Goldstandard‘ das Paradigma der Psychotherapieforschung darstellten. Entsprechend änderte das NIMH (National Institute of Mental Health) in den USA teilweise seine methodische Ausrichtung und die Vergabe von Fördergeldern Ende der 90er Jahre. So wurden und werden experimentelle Studien zwar weiter gefördert, sollen aber vermehrt unter Praxisbedingungen durchgeführt werden. Bedingung der Förderung bleiben weiter randomisierte, prospektive und manualorientierte Designs. (Niederehe, Street & Lebowitz, 1999; <http://www.nimh.nih.gov/research/bridge/htm> (Zugriff am 03.07.2008)). Damit entspricht die Ausrichtung des NIMH nicht dem der sogenannten ‚naturalistischen‘ Studien (Heekerens, 2005; Strauß & W. Wittmann, 2005). Diesen entspricht die Phase IV in der Therapieevaluation, die Linden (1989, S. 453) auch als „Anwendungsüberwachungsphase“ bezeichnete. Auch wenn die ursprüngliche Definition von Linden der Pharmakotherapie galt, lässt sich diese entsprechend auf die Psychotherapie übertragen (Tschuschke & Kaechele, 1996). Baumann und Reinecker-Hecht sprechen von der Phase IV innerhalb der klinischen Psychotherapie als „Implementierung einer Interventionsmethode im Praxisfeld“ (2005, S. 391). Linden sagt weiter über diesen Evaluationsabschnitt: „In der Phase IV findet der

eigentliche Test auf die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit einer Therapie statt“ (1989, S. 453).

Ergänzend ist noch eine mögliche fünfte Phase der Therapieforschung zu nennen, die ‚patient focused psychotherapy research‘ (W. Lutz, 2001, 2002; Lambert, 2005). Bei diesem Ansatz werden kontinuierlich Daten laufender Psychotherapien gesammelt und bestimmte Merkmale in Beziehung zu typischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien gesetzt. Darauf aufbauend kann während dem laufenden Therapieprozess dem Therapeuten Rückmeldung gegeben werden – sogenannte Ergebnis-Monitoring-Strategie (Percevic, Lambert & Kordy, 2006).

2.3.2 Methodik und Begriffe der Psychotherapieforschung

Je nach Fragestellung und Wissenschaftsverständnis werden in der Psychotherapieforschung verschiedene Methoden angewandt und Begriffe verwendet. Das folgende Kapitel gibt hierzu einen Überblick.

2.3.2.1 Qualitative und quantitative Forschung

In der quantitativen Forschung werden die Beobachtungsrealitäten quantifiziert durch den Vorgang des Messens und bilden damit quantitative Daten, die einer statistischen Auswertung unterzogen werden (Bortz & Döring, 1995). Dagegen werden in der qualitativen Forschung Erfahrungsrealitäten verbalisiert, bilden damit qualitative Daten, die interpretativ ausgewertet werden. Die gleichen Autoren ergänzen folgendes: „Qualitative und quantitative Forschung unterscheiden sich jedoch nicht nur in der Art des verarbeiteten Datenmaterials, sondern auch hinsichtlich Forschungsmethoden, Gegenstand und Wissenschaftsverständnis. Nicht selten wurden beide Ansätze sogar als unvereinbare Gegensätze betrachtet oder zumindest durch Gegensatzpaare charakterisiert“ (Bortz & Döring, 1995, S. 271). Extreme Positionen, die einen Alleinvertretungsanspruch eines Ansatzes reklamieren, werden seltener. Im Forschungsalltag werden auch beide Methoden miteinander kombiniert (W. Lutz & Grawe, 2007).

Bei der statistischen Auswertung quantitativer Daten entsteht immer ein Informationsverlust. Kriz schreibt hierzu: „Selbst die Berechnung eines einfachen Mittelwertes oder einer Varianz aus Daten ist aber nur dann im engeren Sinne eine unproblematische Methode, wenn man sich (stillschweigend oder explizit) einig ist, dass die wesentliche Information in der zentralen Tendenz oder aber der Dispersion von Daten steckt.“ (2007, S. 259).

Die randomisierte Zuweisung der Patienten zu den einzelnen Untersuchungsgruppen ist ein weit verbreiteter Ansatz zur Kontrolle von Störvariablen. Dieses Vorgehen ist aber nur dann zielführend, wenn die Stichproben dem angewendeten Test entsprechend groß genug sind. Meistens werden Stichprobengrößen benutzt, die aus pragmatischen oder finanziellen Gründen relativ klein sind (Howard, Krause & Orlinsky, 1986; Kächele, 2008; Orlinsky, 2008). Ein extremes Beispiel ist folgendes: Lieb und Berger (2006) führen verschiedene Untersuchungen an, die für gute Beispiele schulenübergreifender Therapien stehen. Dabei nennen sie auch die „Complicated Grief Therapy für chronische Trauerreaktionen (Harkness et al. 2002)“ (S. 150). Sieht man die Literaturstelle nach, so zeigt sich, dass sie auf $n = 4$ Patienten beruht.

2.3.2.2 Outcome- und Prozessforschung

Die wohl wichtigste inhaltliche Differenzierung ist die zwischen Outcome- bzw. Ergebnisforschung und Prozessforschung (Caspar & Jacobi, 2004). Jacobi und Kosfelder (2000) ergänzen, dass diese Unterscheidung historisch bedingt ist und die Ergebnisforschung der historischen Phase der Rechtfertigung (s. u. 2.3.1.2) und die Prozessforschung der Phase der differenziellen Psychotherapie-Effizienz-forschung (s. u. 2.3.1.3) zuzuordnen ist. Vereinfacht fragt damit die Outcome-Forschung, ob Psychotherapie wirkt und die Prozessforschung, wie die Wirkung entsteht oder was ist das eigentlich therapeutische an der Psychotherapie (Bastine, Fiedler & Kommer, 1989)?

Genauer betrachtet befasst sich die Ergebnis- oder Outcome-Forschung mit den Ergebnissen von Psychotherapie und der Definition von Messung des Therapieerfolgs (Caspar & Jacobi, 2004; Strauß & W. Wittmann, 2005). Die Ergebnisse können in ihrer Wirksamkeit (efficacy) unter experimentellen und kontrollierten Bedingungen untersucht werden, was auch als Laboruntersuchung bezeichnet wird (Heekerens, 2005). Die

Effektivität (effectiveness) stellt die Anwendung in der klinischen Praxis dar. Bei der Untersuchung der Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie (efficiency) werden Kosten-Nutzen-Aspekte berücksichtigt. Die Bedeutung dieses Aspekts ist im Zuge der knapper werdenden finanziellen Mittel im Gesundheitswesen in den letzten Jahren deutlich gestiegen (Bühringer & Hahlweg, 1986; Revenstorf, 2005).

Die Prozessforschung untersucht die Psychotherapie selbst und hierbei auch in besonderem Umfang die allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994), die unter 2.3.2.5 gesondert aufgeführt sind. Kiesler (1985) bezeichnet die Verbindung zwischen den therapeutischen Interventionen zu den Veränderungen des Klienten als das wesentliche ‚missing link‘ der Psychotherapieforschung. Erst durch die Beforschung dieses Zusammenhangs ist ein wissenschaftliches Planen und Vorgehen in der Psychotherapie möglich.

In der Prozessforschung unterscheiden Bastine et al. (1989) zwei Modelle, die zu unterschiedlichen Prototypen führen. Innerhalb der sogenannten Typ-A-Prozessforschung ist die Modellannahme, dass der Therapieprozess ein einheitliches Phänomen darstellt und durch konstante Indikatoren hinreichend beschrieben wird. Die Variablen können über den Therapieprozess hinweg vollständig konstant sein (zum Beispiel Alter, Geschlecht, traits des Therapeuten und Klienten) oder in ihrer qualitativen Ausprägung gleichbleibend, während sich die Quantität im Therapieprozess ändert (zum Beispiel therapeutische Allianz, Empathie und Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit des Klienten). Die Variablen werden als unabhängig aufgefasst und unidirektional wirkend. In der Typ-B-Prozessforschung, die sich später entwickelte, ist das Modell der Psychotherapie ein sequenzielles, das nicht mehr als einheitliches Kontinuum definiert wird. Lazarus und Launier (1981) sprechen von einem transaktionalen Kausalverständnis, bei dem die Variablen in einer Wechselwirkung zueinander stehen. So können frühe Therapieerfolge sich positiv auf das Verhalten des Klienten im Alltag auswirken, was zu weiteren Erfolgen führen kann und sich auch auf die therapeutische Allianz positiv auswirkt. Bandura beschrieb diese Wechselwirkungen als ‚reziproken Determinismus‘ (1979). Damit wurde durch die Typ-B-Prozessforschung die Trennung in reine Outcome- und Prozessforschung aufgegeben und solche Untersuchungen dann als Prozess-Outcome-Forschung bezeichnet. Caspar und Jacobi (2004), ebenso Kriz

(1999b) betonen, dass zwar meistens eine kausale Wirkung der Prozess- auf die Outcomevariablen angenommen wird, aber auch Wechsel- und die umgekehrte Wirkrichtung möglich sind.

Kiesler bezog sich bereits 1973 auf die Prozessforschung und sah große Schwierigkeiten darin, dass in der Prozessforschung eigentlich zu viele verschiedene Konstrukte berücksichtigt werden müssen, die wiederum verschiedene Messoperationen erfordern.

Zusammenfassend interpretieren Orlinsky, Ronnestad und Willutzki die Prozess-Outcome-Forschung wie folgt: „Outcome appears to be best understood as a synergistic result of the patient’s problems and resources, combined with the therapist’s skills and limitations“ (2004, S. 363).

2.3.2.3 Therapieerfolg

Schulte (1993) geht davon aus, dass Therapieerfolg mittels multipler Kriterien (Veränderungs- und Zielerreichungsmessung), multidimensional (mehrere Instrumentarien), multimethodal (direkte und indirekte Veränderungsmessung) und multimodal auf mehreren Ebenen (störungsspezifisch und störungsübergreifend) erfasst werden soll. Ähnlich äußern sich die meisten anderen Autoren (Bastine, 1992; Lambert & Hill, 1994; Seidenstücker & Baumann, 1978; W. Wittmann, 1987). So resümieren Michalak, Kosfelder, F. Meyer und Schulte (2003) bei ihrer Untersuchung der Unterschiede zwischen retrospektiver Erfolgsbeurteilung (direkte Erhebung) oder der Verwendung von Veränderungsmaßen (indirekte Erhebung): „Eine Beschränkung auf lediglich eine Erfolgsdimension erscheint weder im Forschungs- noch im Praxiskontext gerechtfertigt“ (S. 94). Neben der Messung auf verschiedenen Ebenen sollen auch verschiedene Datenquellen (zum Beispiel Patient, Therapeut, Krankenkassen) verwendet werden (F. Meyer & Schulte, 2002; W. Wittmann, 1990).

Die drei Ebenen auf denen der Psychotherapieerfolg gemessen werden soll unterteilt Schulte (1993) folgendermaßen. Auf der Ebene der Krankheitsursachen und des Krankheitsdefektes sind therapieschulspezifische Maße notwendig. Auf der Ebene der Symptomatik sind störungsspezifische und störungsübergreifende Maße angemessen (zum Beispiel Beck Depressions Inventar, BDI, Hautzinger et al., 1994; Symptom Check

Liste, SCL-90-R, Franke, 1995). Auf der Ebene der Krankheitsfolgen sollen schul- und störungsübergreifende Erfolgsmaße verwendet werden (zum Beispiel Globales Rating vier allgemeiner Lebensbereiche, S. Schneider & Margraf, 1996).

Kritisiert werden kann am Ansatz von Schulte, dass er sich am allgemeinen Paradigma der Krankheit in der Medizin orientiert, dessen bipolares Modell Gesundheit nur als Abwesenheit von Krankheit definiert (R. Lutz & Mark, 1995). Anders gehen bei den Evaluationsstrategien R. Lutz und Stock (2001) zwar auch von drei Ebenen aus. Die ersten beiden Ebenen (symptomzentriert und beschwerdenorientiert) finden sich im Ansatz von Schulte auf dessen zweiter Ebene der Symptomatik. Als dritte Ebene führen R. Lutz und Stock aber eine salutogenetische Messung des Therapieerfolgs an - zum Beispiel der Lebenszufriedenheit (LZH, R. Lutz, 1995). Diese ist bezüglich der meisten Therapieschulen als unspezifisch einzustufen. Orlinsky (2008) weist innerhalb der Salutogenese auf die Selbstwirksamkeit hin, die als eher stabile trait-Variable einzustufen ist und damit gegenüber den meistens gemessenen und änderungssensitiveren state-Variablen eine Sonderstellung einnimmt (Schwarzer, 1994).

Die Heterogenität der Operationalisierungen des Therapieerfolgs ist sehr groß. Froyd und Lambert (1989, zitiert nach Lambert et al., 1992) fanden in 348 Studien, veröffentlicht zwischen 1982 und 1988, insgesamt 1430 verschiedene Messinstrumente, von denen 840 (59 %) nur ein mal benutzt wurden. Doch auch innerhalb der gleichen Studie ist die Heterogenität des Erfolgsmaßes sehr groß. Lambert und Hill (1994) untersuchten bei der gleichen Studie die Abhängigkeit des Therapieerfolgs von der Art der Operationalisierung und fanden Erfolgsquoten, die zwischen 69 und 6 % lagen. In der aktuellen fünften Ausgabe des Handbook of Psychotherapy and Behavior Change beschreiben Hill und Lambert (2003) den Stand der Messung des Therapieerfolgs:

The measurement of outcome is in a state of chaos, with little agreement among researchers about the specific measures to be used. We look forward to the day when researchers can agree on a minimal core outcome battery for measuring changes in clients with specific disorders. (p. 124)

Angesichts dieser Problemlage wurde immer wieder die Forderung aufgestellt, vermehrt Studien durchzuführen, die den Therapieerfolg auch anhand von Außenkriterien operationalisieren, die nicht allein auf Testwerten basieren (Lambert, Shapiro & Bergin,

1986; Schulte, 1993; W. Wittmann, Nübling & Schmidt, 2002). Dieser Forderung nachkommend untersuchten Beutel, Rasting, Stuhr, Rüger & Leuzinger-Bohleber (2004) die Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustage vor, während und nach psychoanalytischen Langzeitbehandlungen anhand der Aufzeichnungen von Krankenkassen. Die Autoren fanden sowohl eine dauerhafte Abnahme der Arbeitsunfähigkeit als auch ein geringes Niveau der Krankenhaustage während und nach der Therapie.

Kraft, Puschner, Lambert & Kordy untersuchten 2006 ebenfalls ambulante Verläufe von Klienten mittlerer und langer Therapiedauer (Kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische – oder analytische Therapie) in Verbindung mit Daten einer Krankenkasse. Anhand derer wurden die Gesundheitskosten und die Krankenhaustage über einen Zeitraum von vier Jahren untersucht. Die Autoren fanden positive signifikante Zusammenhänge der Gesundheitskosten und der körperlichen Beschwerden mit dem Verlauf der Psychotherapie. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Jacobi (2001) im Bereich der kognitiv-behavioralen Angstbehandlung.

2.3.2.4 Effektstärken und Metaanalysen

Die Einführung von Effektgrößen bzw. Effektstärken ermöglichte die Zusammenfassung verschiedener Psychotherapiestudien. Effektstärken sind definiert als Mittelwertsdifferenzen der möglichen Veränderung während einer Psychotherapie, die an einem Streuungsmaß standardisiert werden (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000). Durch die Berechnung der Effektstärken wurden Metaanalysen ermöglicht, die viele Veröffentlichungen aggregieren und damit das Problem der geringen Teststärke durch die Vergrößerung des Gesamtstichprobenumfangs lösen (Cohen, 1962; Sedlmaier & Gigerenzer, 1989).

Schulte (1993) kritisiert an Metaanalysen, dass die inhaltliche Frage des Therapieerfolgs nicht berücksichtigt wird, sondern durch die Effektstärken nur ein Grad an erreichter Veränderung definiert wird, gleichgültig auf welchen Dimensionen gemessen wurde.

Auf weitere drei Probleme weist Sharpe (1997) in einem Artikel hin mit dem bezeichnenden Titel „Of apples and oranges, file drawers and garbage: Why validity issues in meta-analysis will not go away.“ Damit kritisiert er (1) die Zusammenfassung unterschiedlicher Studien (s. Fischer & Fäh, 1998), (2) die systematische Verzerrung

(publication bias) durch die Tendenz, nur signifikante Ergebnisse zu veröffentlichen (ebenso Melander, Ahlqvist-Rastad, Meijer & Beermann, 2003; Lipsey & Wilson, 1993; Strauß, 2006) und (3) den Einschluss von Studien mangelnder Qualität in die Metaanalysen (s. W. Wittmann & Matt, 1986). Weiter ist das Problem der abhängigen Daten oder Stichproben in Metaanalysen zu nennen (Plath, 1998), da als Analyseeinheiten meist nicht die einzelnen Studien, sondern Teilergebnisse von diesen verwendet werden.

Trotz dieser Probleme können Metaanalysen als ein sehr wesentlicher Fortschritt in der Psychotherapieforschung angesehen werden. Ob sie aber einen „Königsweg“ (S. 5, 2008) darstellen, wird von Fichter bezweifelt, der darauf hinweist, dass fast alle nationalen und internationalen Zulassungsbehörden von Arzneimitteln die Entscheidungen der Zulassungen gerade nicht anhand von Metaanalysen treffen, sondern mittels Reviews oder gar aufgrund von Einzelfallstudien. Ähnlich beurteilen auch Caspar und Jacobi (2004) Metaanalysen: „Die Hoffnung, Metaanalysen würden einige Grundfragen klar und ohne Verzerrungen beantworten, erwies sich bei allem Fortschritt als illusorisch. Teils hat sich der gleiche Streit, der früher auf der Basis von Einzelstudien geführt wurde, nun auf Metaanalysen verlagert“ (S. 403).

Drei Metaanalysen

Die erste umfassende Metaanalyse geht auf **Smith, Glass und Miller** (1980) zurück. Aufgenommen wurden nur experimentelle Kontrollgruppenpläne. Die Autoren ermittelten eine Gesamteffektstärke von $d = 0,85$ aller verwendeten Kriterienmaße. Innerhalb dieser Studie zeigte sich das Problem der unterschiedlichen Reaktivität der Kriterienmaße verschiedener Therapierichtungen (Strauß & W. Wittmann, 2005). Smith et al. ermittelten unterschiedliche Effektgrößen verschiedener Therapierichtungen mit dem höchsten Wert bei der kognitiven Verhaltenstherapie. Werden aber die Reaktivitäten der verschiedenen Kriterienmaße aus der Varianz der Effektgrößen auspartialisiert, sind keine signifikanten Unterschiede der verschiedenen Therapierichtungen mehr festzustellen.

Metaanalysen, die experimentelle Studien ausschließen, sind bisher nur wenige vorhanden. Eine solche stellt die Untersuchung des Zusammenhangs von

Therapiedosis und Besserungsraten von **Howard, Koptka, Krause und Orlinsky** (1986) dar. Die Behandlungsgruppe hatte einen negativ beschleunigten Verlauf der Besserungsrate mit deutlich steilerem Anstieg in der ersten Behandlungsphase. Von der gleichen Arbeitsgruppe stammt eine Nachuntersuchung der Daten unter Einbeziehung einer unbehandelten Kontrollgruppe. Deren Besserungsraten wiesen einen näherungsweise linearen Verlauf auf und erreichte nach 52 Wochen ein Niveau von ca. 45 % (McNeilly & Howard, 1991).

Im deutschen Sprachraum ist die Untersuchung von **Grawe, Donati und Bernauer** (1994) die umfassendste Forschungssynthese. An ihr arbeiteten über einen Zeitraum von 13 Jahren bis zu 16 Wissenschaftler mit einem Auswertungszeitraum von neun Jahren (Grawe et al., 1994). Nach Grawe und Kollegen ist das Ergebnis unter anderem die Überlegenheit der kognitiv-behavioralen Therapien gegenüber den anderen untersuchten Verfahren (Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie und Familientherapie), wenngleich dieses Ergebnis einen möglichen Einfluss des publication bias (exemplarisch Tschuschke, 2005b) und die gerade erwähnte Reaktivität nicht berücksichtigt. Letztere kann zu einer Konfundierung der Fehlervarianz mit der Sensitivität der Kriterienmaße führen (Plath, 1998).

Der wichtigste methodische Kritikpunkt ist, dass bei der Auswertungsstrategie die Signifikanzen lediglich ausgezählt wurden (,vote counting'-Methode), wodurch die Höhe der Effektstärken nicht genutzt wurde (Strauß und W. Wittmann, 2005). Damit war der eigentliche Vorteil von Metastudien, die Erhöhung der Teststärke, nicht mehr gegeben.

Sehr ausführlich setzt sich Plath (1998) mit den methodischen Aspekten der Studie von Grawe et al. auseinander. Sie kritisiert die Auswahl der Güteprofile, die die Qualität der Studien nur eingeschränkt wiedergibt und nach E. Schneider (1996) eine subjektive Verzerrung aufweist. Weiter wird nach Plath das Problem der ,missing data' und der abhängigen Daten nur unzureichend angesprochen. Auch die Informationen zur Analyseeinheit der Untersuchung ist nicht eindeutig. Bei der Ermittlung der z-Werte zum Vergleich der Therapieschulen gingen alle Studienbefunde ein, was zu einer erheblichen, künstlichen Erhöhung des Stichprobenumfangs führte. „Bei dem Vergleich zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalytischer Therapie gibt es 625 Vergleiche für verschiedene Maße zu verschiedenen Messzeitpunkten bei 22 Studien. Zwischen

Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie sind es sogar 761 Vergleiche bei elf Studien!“ (Plath, 1998, S. 740). Dem entsprechen durchschnittlich im ersten Fall 28 und im zweiten Fall 69 Vergleiche pro Studie.

Auch von anderen Autoren wurde teils sehr deutliche Kritik sowohl an der Methodik als auch dem Inhalt der Untersuchung von Grawe et al. geübt: Mertens (1994) zum publication bias, E. Schneider, 1996, bezüglich der nicht eindeutig nachvollziehbaren Auswahl der Studien, Föh und Fischer (1998) zu den von Grawe et al. kritisierten Therapiedauern von mehr als 40 Stunden. Hier kommen u. a. zwei Studien (Kächele & Kordy, 1992; Kordy, 1988) zu anderen Ergebnissen. In keiner der einbezogenen Studien wurde von Grawe et al. eine klassische psychoanalytische Langzeittherapie untersucht. Unter realen Praxisbedingungen der Phase IV fanden Brockmann, Schlüter und Eckert (2006) bei psychoanalytischen Therapien durchschnittlich 209 Sitzungen in 3,6 Jahren und bei verhaltenstherapeutischen 63 Sitzungen in 2,4 Jahren. Auch ist bei der Therapiedauer zu berücksichtigen, dass die meisten kontrollierten Untersuchungen an monosymptomatischen Patienten durchgeführt wurden, die wiederum im realen Praxisalltag eher die Ausnahme als die Regel darstellen (Howard, Cornille, Lyons, Vessey, Lueger & Saunders, 1996; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004).

Unstrittig sind die Ergebnisse der Untersuchung dagegen bezüglich allgemein positiver Ergebnisse von Psychotherapie mit Effektstärken, die deutlich über den Spontanremissionen liegen und auch im Vergleich zu medizinischen Interventionen mit hohen Werten die Untersuchung von Lipsey & Wilson (1993) bestätigten.

Zusammenfassend kann zur methodischen Kritik Plath (1998) zitiert werden:

Deutlich wird, daß die Untersuchung von Grawe et al. nicht den methodischen Standards „harter“ (quantifizierbarer und eindeutig replizierbarer) Metaanalysen genügt, jedoch das „Güteniveau“ narrativer Literaturübersichten der klassischen Art überschreitet. Die Studie von Grawe et al. liegt im „grauen“ Zwischenbereich und weist Mängel in der Dokumentation sowie im methodischen Vorgehen auf. (S. 749).

Neben der methodischen Kritik gab es auch teils sehr deutliche verbale Auseinandersetzungen um die Studie von Grawe und Kollegen. Diese wurden schon mit der Untersuchung und den enthaltenen Äußerungen selbst eingeleitet. So schreiben die Autoren, dass „Anstößigkeiten“ (S. VIII) möglichst vermieden wurden und ansonsten

gewollt seien und verwenden immer wieder Formulierungen, die eher als polemisch und nicht wissenschaftlich zu bezeichnen sind: „lebender und schon toter Gurus“, S. VI; „inzüchtige Kommunikation“, S. 740; „Perversion“, S. 756 und „Therapieschulsumpf“, S. 753. Dass bei solchen Äußerungen eine Debatte entsteht, die nicht rein wissenschaftlich ausgetragen wird war anzunehmen (exemplarisch Diepgen, 1993; Eysenck, 1993; Grawe, 1993, 1995b, 1996; Mertens, 1994; Rüger, 1996, 1998).

Die Ergebnisse verschiedener Metaanalysen lieferten immer wieder gleiche bis sehr ähnliche Effektstärken verschiedener Therapieschulen, obwohl diese ganz verschiedene Modelle der Krankheitsursachen und –behandlungen aufweisen (z. B. Crits-Christoph, 1992; Norcross & Newman, 1992; Smith et al., 1980; Wampold, 2001). Bereits 1936 verwendete Rosenzweig zur Beschreibung dieses Phänomens die Metapher des Dodo-Vogels aus dem Kinderbuch ‚Alice in wonderland‘ von L. Carroll: *Everybody has won and all must have prizes*. Weite Verbreitung fand diese Auffassung dann durch den Artikel von Luborsky et al. (1975), die den Ausspruch des Dodo-Vogels erneut aufgriffen. Shapiro et al. bezeichneten dann 1986 den Widerspruch zwischen den verschiedenen Theorieannahmen der Schulen und der zumindest sehr ähnlichen Ergebnisse als Äquivalenzparadoxon.

Erklärungsansätze für das Paradoxon sind methodische Artefakte (Kazdin & Bass, 1989) und das größere Gewicht allgemeiner gegenüber spezifischer Wirkfaktoren (Hubble et al., 1999; Wampold, 2001). Lambert, Garfield et al. (2004) fassen den Stand der Forschung hierzu bis 2004 wie folgt zusammen: „There is a strong trend toward no differences between techniques or modes in amount of change produced, which is counterbalanced by indications that, under some circumstances, certain methods (generally cognitive behavioral) or modes (family therapy) are superior“ (S. 164).

2.3.2.5 Wirkfaktoren - spezifische und unspezifische

Eng verbunden mit der Diskussion um das Dodo-Verdikt ist auch die Kontroverse um die Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Die Auseinandersetzung um die jeweilige Gewichtung der Wirkfaktoren – spezifische und unspezifische - hat in der Psychotherapieforschung eine lange Tradition (Fiedler, 2001; J.D. Frank, 1982; Karasu, 1986; Kiesler, 1966, 1995; Messer & Wampold, 2002; Strauß, 2001; Strauß & W.

Wittmann, 2005; Strupp & Hadley, 1979; Tschuschke & Czogalik, 1990).

Die Begriffsbildung ist nur bei den spezifischen Wirkfaktoren einheitlich. Unspezifische Faktoren werden auch als allgemeine, gemeinsame, kommunale oder generelle Wirkfaktoren bezeichnet. Als spezifische Wirkfaktoren sind nach Tschuschke (2000) Interventionen des Therapeuten anzusehen, die als spezifisch für die angewandte Therapieschule aufzufassen sind. Unspezifische Wirkfaktoren sind im Gegensatz dazu solche Wirkmechanismen, die allen Psychotherapieformen gemeinsam sind.

Czogalik untersuchte die Bedeutung spezifischer Wirkfaktoren und kommt zu folgender Einschätzung. „Die empirischen Aussagen bezüglich des Effektbeitrags spezifischer Wirkfaktoren liegen in den Literaturberichten zwischen 0 % und 100 % des Placebogewinns. Dies ist ein Tatbestand, der auch der Metaanalyse als Verfahren etwas von ihrem Glanz nimmt“ (1990, S. 16). Als Ursache gibt er an: „Das prinzipielle Problem der empirischen Suche nach spezifischen Faktoren liegt darin begründet, dass Faktoren isoliert und gewogen werden sollen, die nie isoliert wirken, sondern immer in komplexen Wirkungsnetzungen und multifunktionalen Zusammenhängen stehen“ (S. 20; ebenso Lambert & Bergin, 1994; Revenstorf, 2005; Tschuschke, 1990).

Hubble et al. (1999) bezeichnen die wichtigsten Wirkfaktoren von Psychotherapie als ‚die großen Vier‘. Sie beziehen sich dabei direkt auf die von Lambert 1992 gemachten Angaben, benennen die Faktoren aber teils anders:

- Klienten- / extratherapeutische Faktoren als die Elemente, die die Klienten mit in die Therapie bringen. Nach Lambert machen diese Faktoren ungefähr 40 % der erfolgreichen Ergebnisvarianz von Psychotherapie aus.
- Beziehungsfaktoren oder die therapeutische Allianz machen etwa 30 % der Ergebnisvarianz aus.
- Der Faktor Placebo, Hoffnung und Erwartung macht ungefähr 15 % der Ergebnisvarianz aus. Aus diesem erklären sich die Besserungen von Klienten, die lediglich den ersten Behandlungstermin ausgemacht haben (Howard, Lueger, Maling & Martinovic, 1993).
- Technik- und Modellfaktoren stellen spezifische Vorgehensweisen dar, die charakteristisch für bestimmte Therapierichtungen sind (zum Beispiel Biofeedback, systematische Desensibilisierung, Übertragungsphänomene oder

Hypnose).

Die ersten drei Wirkfaktoren sind unspezifisch mit zusammen 85 % der Ergebnisvarianz gegenüber den restlichen 15 % Varianz der spezifischen Technik- und Modellfaktoren.

Wampold geht in seiner metaanalytischen Untersuchung von 2001 davon aus, dass etwa 70 % der Ergebnisvarianz ausgemacht werden von generellen Wirkfaktoren, die allen Therapieverfahren gemeinsam sind. Spezifische Wirkfaktoren gibt er mit 4-8 % an. Die restlichen 22 % sind nach Wampold von bisher unerforschten Therapeutenvariablen und spezifische Eigenschaften von Klienten zu erklären. Wampold untersuchte auch die Ergebnisse der Studien zu verschiedenen spezifischen Wirkfaktoren – neben der systematischen Desensibilisierung, Hypnose, Biofeedback, Befolgung von Therapiemanualen, psychoanalytische Deutung, die Bewegung des Fingers beim EMDR und andere. Als Ergebnis stellte er fest, dass keine einzige spezifische Intervention unabdingbar war für eine erfolgreiche Therapie.

The results of studies using component designs, placebo control groups, mediating constructs, and moderating constructs consistently failed to find evidence for specificity. The history of psychological treatments is littered with examples of treatments that are beneficial to clients but whose psychological explanation for the benefits have failed to be verified (e. g., systematic desensitization and biofeedback). In this chapter it was found that the ingredients of the most conspicuous treatment on the landscape, cognitive-behavioral treatment, are apparently not responsible for the benefits of this treatment. (pp. 147-148)

Dieses Ergebnis steht im deutlichen Widerspruch zu den empirischen Befunden innerhalb der Verhaltenstherapie (exemplarisch Margraf, 2009). Auch zum Umfang der erklärenden Varianz der therapeutischen Allianz liegen andere Untersuchungsergebnisse vor. So kommen hier Horvath und Symonds (1991) auf nur 9 % (vergleichend auch Martin, Garske & Davis, 2000).

Weiter fand Wampold (2001) zwischen den verschiedenen Therapieverfahren deutlich geringere Unterschiede als zwischen den verschiedenen Therapeuten des gleichen Verfahrens.

Die ganze Untersuchung zusammenfassend kommt Wampold zu dem Schluss, dass die Befundlage für die Ablehnung des medizinischen Modells in der Psychotherapie spricht

(ursächlich für die Besserung des Klienten sind die spezifischen Interventionen oder Techniken). Statt dessen sind die zwei wichtigsten Faktoren von Psychotherapie die therapeutische Allianz oder Beziehung („alliance“) und die Überzeugung oder Glaubwürdigkeit („allegiance“) mit der der Therapeut die Interventionen durchführt. Dem entspricht das sogenannte kontextuelle Modell (wesentlich für die Besserung des Klienten sind unspezifische Wirkfaktoren). Das entspricht auch der Auffassung von Jerome D. Frank (1961, 1982), der als erster die Wirkung von Psychotherapie auf allgemeine Faktoren zurückführte.

Einige Autoren gehen davon aus, dass die Dichotomie spezifisch-unspezifisch nur noch einen heuristischen Wert darstellt für die Kategorisierung komplexer Forschungsergebnisse (Butler & Strupp, 1986; Tschuschke, 2005a). Nach Strupp (1995) sollten die unspezifischen Wirkfaktoren differenzierter betrachtet und deren Wirkungsbedingungen genauer definiert werden. Dieser Forderung entspricht die Entwicklung von den sogenannten Psychotherapeutischen Theorien der 1. Generation hin zu Theorien der 2. Generation (Kiesler, 1966). Die Theorien der 1. Generation gingen von spezifischen Wirkfaktoren aus, ohne Grundlagen einer empirischen Evidenz und waren eng an die entsprechenden Therapieschulen gebunden. Die Theorien der 2. (oder neuen) Generation lösen sich einerseits von den Therapieschulen und integrieren gleichzeitig Ergebnisse aus der aktuellen Forschung - idealer Weise in einem reziproken Entwicklungsprozess (Grawe, 1995a). Aus den empirischen Befunden resultieren nach Grawe (2004, 2005) fünf Wirkfaktoren, die unabhängig sind von Therapieschulen und Störungen.

- Therapeutische Allianz
- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Problembewältigung
- Motivationale Klärung

Dabei sind die ersten beiden Faktoren nach Grawe unabdingbar für eine erfolgreiche Therapie.

2.3.2.6 Evidenzbasierte Medizin

Die evidenzbasierte Medizin (evidence based medicine, EBM) erlangt seit den 90er Jahren große Verbreitung. Synonym verwendet wird der Begriff der empirisch validierten

Behandlungen (empirically supported treatments, EST). Methodisch ist damit der Ansatz der randomisierten und kontrollierten Studie verbunden (randomized controlled trials, RCT). Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes und Richardson (1996) definieren die Praxis der evidenzbasierten Medizin als Integration der bestmöglichen externen Evidenz der Forschung mit der individuellen klinischen Expertise. W. Schneider betont (2006), dass gerade der letzte Teil – die klinische Erfahrung des Psychotherapeuten – in der Diskussion um evidenzbasierte Therapie oft wenig bis kein Gewicht erhält.

Von der American Psychological Association (APA) wurden Kriterien aufgestellt, wann ein psychotherapeutisches Verfahren als ‚empirisch gestützt‘ anzusehen ist (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedure, 1995). Hieraus entwickelten sich verschiedene Zusammenstellungen empirisch validierter Behandlungen (Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001). Die Kriterien der APA und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen führten zu kontroversen Diskussionen (exemplarisch Beutler, 1998; Bowe, 2008; Fydrich & W. Schneider, 2006; Hartmann & Zepf, 2003; Henry, 1998; Rudolf, 2008; Seligman, 1995; Spitzer, 2004; Westen et al., 2004; Zurhorst, 2003).

2.3.2.7 Manuale

Mit der evidenzbasierten Medizin und dem RCT-Design eng verbunden ist die Anwendung von Manualen, die detailliert das therapeutische Vorgehen beschreiben und teils determinieren, Hintergrundinformationen für den Therapeuten und meist auch Materialien für den Einsatz während der Behandlung liefern. Das erste Manual wurde von Beck, Rush, Shaw und Emery 1979 veröffentlicht zur kognitiven Therapie der Depression. Im Bereich der Forschung sind Manuale weit verbreitet, in der Praxis besonders in der Verhaltenstherapie aber auch in anderen Richtungen vorhanden. Um die Notwendigkeit bis zur Überlegenheit der Verwendung von Manualen oder deren Ablehnung hat sich inzwischen eine breite Kontroverse gebildet (vgl. Kosfelder, Poldrack & Jacobi, 2002; Schulte, Künzel, Pepping & Schulte-Bahrenberg, 1991; Schmacke, 2005; Silverman, 1996; Tschuschke, 2005a; Wittchen, Hoyer, Fehm, Jacobi & Junge, 2006). Innerhalb der Tiefenpsychologie kamen Henry, Strupp, Schacht, Binder und Butler (1993) bei der Untersuchung eines manualisierten Trainings zu dem Ergebnis, dass dem Gewinn an technischer Kompetenz ein Verlust an therapeutischem Geschick

und Unterstützungsbereitschaft gegenübersteht. Dieses Ergebnis spricht allerdings nicht prinzipiell gegen die Verwendung von Manualen, da es nahe liegt, dass die untersuchten Therapeuten bei weiter fortgesetzter Übung und Auseinandersetzung mit dem Manual hätten lernen können, dieses differenzierter und effektiver einzusetzen.

Eifert (2005) weist darauf hin, dass bereits die Frage nach einer individualisierten versus manualisierten Therapie falsch gestellt ist. Die eigentliche Frage muss lauten: Wann es vorteilhaft ist, einem Manual zu folgen und unter welchen Bedingungen es indiziert ist, davon abzuweichen, um individuelle Faktoren des Patienten zu berücksichtigen. Oder mit den Worten Fiedlers (1997): „Störungsspezifische Therapie erfordert auch in der Manualform immer eine individuelle Zupassung“ (S. 7).

Problematisch beim Ziel der ‚reinen‘ Anwendungssituation der Psychotherapie ist die eklektische Verwendung verschiedener Therapieansätze unter den Therapeuten. So weisen mehrere Autoren darauf hin, dass es nur selten Therapeuten gibt, die ausschließlich ein Therapieverfahren verwenden (Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble et al., 2004; Kriz 1999a; Schweizer, Buchmann, Schlegel & Schulthess, 2002).

Im Bereich der Körperpsychotherapie untersuchten Seidler et al. (2003) Therapeuten der Konzentrativen Bewegungstherapie (n = 91) und stellten fest, dass diese in einem deutlich größeren Umfang eklektisch Therapieverfahren anwendeten als die Therapeuten der beiden Vergleichsstichproben aus der BRD, Schweiz und USA (n = 2376 und n = 1225).

2.3.2.8 Labor- versus Feldforschung

Die Kontroverse zwischen Labor- und Feldforschung entspricht dem Problem der Gewichtung zwischen interner und externer Validität. Während randomisierte und kontrollierte (Labor-)Studien mit RCT-Design eine hohe interne Validität aufweisen und kausale Schlüsse zulassen (Bortz & Döring, 2006), ist deren externe Validität gering, was den Hauptkritikpunkt am RCT-Design darstellt. Reale Praxisbedingungen sind bei diesem Design kaum umsetzbar und ethisch bedenklich (Buchkremer & Klingberg, 2001; Fydrich, 2008; Leichsenring, 2008). Bezüglich Langzeittherapien (mindestens 50 Sitzungen, nicht unter einem Jahr Dauer) gehen de Maat, Dekker, Schoevers und

Jonghe (2007) davon aus, dass das RCT-Design eine inadäquate Methodik darstellt. Weitere Kritikpunkte sind die häufig auftretenden Komorbiditäten (Buchholz, 2008; Gouzoulis-Mayfrank, Schweiger & Sipos, 2008), die Vernachlässigung der Ressourcen von Patienten (R. Frank, 2007), der Ausschluss von 50 bis 60 % der Patienten (Jacobi, 2006; Westen & Morrison, 2001) und die Bildung von Wartegruppen (Casper & Berger, 2008; Revenstorf, 2005). Ausschlusskriterien bei RCT-Studien sind Komorbidität (Morrison, Bradley & Westen, 2003), subklinische Ausprägungen (Mulder, Frampton, Joyce & Porter, 2000) und Anpassungsstörungen (Stirman, De Rubeis, Crits-Christoph & Brody, 2003).

Problematisch ist auch die besonders im deutschen Sprachraum geforderte Bewertung ganzer Therapierichtungen (Strauß & Kächele, 1998), da nach Baumann (2000b) aufgrund der synergistischen Effekte nur einzelne Techniken beurteilt werden können – nicht aber ganze Sammlungen von Techniken.

Leichsenring (2004) zeigt eine Möglichkeit der Auflösung der Kontroverse zwischen kontrollierten und naturalistischen Studien. Nach dem Autor beinhaltet jede Hypothese (und als solche sieht er die beiden Studientypen an) auch einen intendierten Anwendungsbereich. Und diese unterscheiden sich bei beiden Studientypen, so „dass der eine Studientyp den anderen nicht ersetzen kann“ (S.213). Weiter führt er aus, dass in den kontrollierten Studien nicht die Praxis der angewendeten Psychotherapieverfahren überprüft wird, sondern spezifische Abwandlungen dieser Verfahren und damit in Anlehnung an Westmeyer (1982) Labor-Therapien als Spezialfälle von Feld-Therapien aufzufassen sind.

Ob die Effektstärken von Labor- und Feldstudien direkt miteinander vergleichbar sind, ist nicht abschließend geklärt aufgrund der widersprüchlichen Befundlage. Da die Ergebnisse naturalistischer Studien ohne Kontrollgruppenvergleiche mit der Spontanremission konfundiert sind, müssten ihre Effektstärken über denen der RCT-Studien liegen. Die Forschungsgruppe um Shadish fand dagegen durchaus eine Vergleichbarkeit der Effektstärken von randomisierten und naturalistischen Studien (Shadish, Montgomery, Wilsol, Bright & Okwumba, 2000; Shadish, Ragsdale, Glaser & Montgomery, 1997). Westen und Morrison (2001) wiederum gehen davon aus, dass die Effektstärken von RCT-Studien gegenüber naturalistischen Studien überschätzt werden.

Sie fanden eine hohe Korrelation ($r = 0,71$) der Anzahl der Ausschlusskriterien mit den Effektstärken der Prä-Post- Erhebungen. Weiter korrelierte der Prozentsatz ausgeschlossener Patienten mit dem Prozentsatz nach der Therapie gebesserter Patienten ($r = 0,41$). Ähnlich äußern sich F. Jacobi und Kosfelder (2000, S. 248): „Die zunehmende klinische Relevanz einer Therapiestudie ist direkt mit einem Anstieg der Heterogenität der untersuchten Patienten und Behandlungen verbunden (z. B. aufgrund Komorbidität oder unterschiedlicher Therapiedauer) und damit auch mit einer Erhöhung der Varianz der Ausgangsdaten“. Letzteres führt bei der Berechnung der Effektstärke zur Erhöhung des Nenners und damit zur Verringerung der Effektstärke. Insgesamt kann damit festgehalten werden, dass meistens keine direkte Vergleichbarkeit beider Untersuchungsansätze vorliegt.

2.3.2.9 Was ist empirisch zu validieren?

Eher übergreifend betrachtet geht Norcross (2005) davon aus, dass keine der geschätzten mehr als 400 Psychotherapien in der Lage ist, alle Anforderungen abzudecken. Lambert, Bergin et al. äußern sich ebenfalls im 'Handbook of Psychotherapy and Behavior Change' (2004, S. 9) zu diesem Thema: "Lists of 'empirically supported treatments' are static and seem to offer only a false guarantee of effectiveness." Die Autoren betonen, dass jegliche Forschungsergebnisse nur vorläufiger Natur sind und ihr Sinn hauptsächlich darin besteht, Ausgangslage für weitere Forschung zu sein. Entscheidend ist die Qualität der Diskussion, während die Qualität der Ergebnisse stets zu hinterfragen ist. Im gleichen Werk nehmen Beutler et al. auch bezug zu den Wirkfaktoren: „We conclude that the tendency to pit relationship factors against technical ones, or common factors against specific ones, or the dodo bird against 'empirically supported treatments', must be replaced by a more integrative and synergistic perspective" (2004, p. 292). So äußert sich auch Neukom (2003a), der eine konstruktive Koexistenz der Ansätze von Labor- und Feldforschung fordert.

Strauß und W. Wittmann (2005) verweisen darauf, dass inzwischen mehrere Autoren dazu übergegangen sind, statt des „Nachweises empirisch validierter Behandlungen den Nachweis empirisch validierter Behandler zu fordern“ (S. 781) und dass dies „den Schulenstreit in der Psychotherapie endgültig obsolet werden ließe“ (S. 781).

Vergleichbar fordern Rosen und Davison (2003) sowie Westen et al., (2004) die Abkehr von empirisch validierten Therapieverfahren und eine Berücksichtigung empirisch validierter Prinzipien von Psychotherapie. Ähnlich äußert sich auch Grawe: „Nicht Therapiemethoden müssen empirisch validiert werden, nicht Therapieformen anerkannt werden, sondern Ausbildungsprogramme“ (2005, S. 10).

2.3.2.10 Drei exemplarische Studien

NIMH-Depressionsstudie

Untersucht wurden multizentrisch 250 ambulante Patienten, die randomisiert den vier Behandlungsgruppen zugewiesen wurden: Kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonale Psychotherapie, Imipramin-Behandlung mit ärztlichen Standardgesprächen und Placebo mit ärztlichen Standardgesprächen. Die Behandlungen dauerten 16 Wochen (Elkin, 1994; Elkin et al., 1989). In der Erstausswertung hatten alle Gruppen signifikante Reduktionen der depressiven Symptomatik und signifikante Erhöhungen des allgemeinen Funktionsniveaus. Es gab keine signifikanten Differenzen zwischen den beiden Psychotherapieformen und der Imipramin-Behandlungsgruppe.

Imber et al. (1990) untersuchten die drei Behandlungsgruppen auch hinsichtlich ihrer Wirkungsweise. Sie fanden, dass sowohl Imipramin, kognitive und interpersonelle Therapie bereits allein wirkten auf allen drei Ebenen der Physiologie, Kognition und sozialer Interaktion - ohne signifikante Unterschiede. Damit beeinflussten die drei jeweils spezifischen Interventionstechniken mit ihren entsprechenden Ätiologiemodellen keineswegs spezifisch, sondern multikausal auch innerhalb der beiden anderen Ebenen. Aufgrund dieser und v. a. auch vieler widersprüchlicher empirischer Befunde zur Outcome-Prozess-Forschung kommen Caspar und Jacobi, F. (2004) zu dem Schluss: „Therapieerfolge können anscheinend auf sehr unterschiedlichem Wege zustande kommen“ (S. 398).

Vergleich zwischen kognitiver Verhaltenstherapie und Medikation

Barlow, Gorman, Shear und Woods (2000) verglichen die Wirkung von Pharmako- und Verhaltenstherapie. Wie in der NIMH-Studie wurde Imipramin verwendet - allerdings nicht bei der Behandlung von Depressionen, sondern von Panikstörungen. Dass das gleiche Medikament bei so verschiedenen Erkrankungen wie Depression und

Panikstörung als ‚state of the art‘ verabreicht wurde, kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass die physiologischen Reaktionen des Körpers auf Substanzen nicht nur monokausal entsprechend dem medizinischen Modell zu betrachten sind, sondern eher nach dem kontextuellen (Wampold, 2001) oder auch einem systemischen Modell (Kriz, 1999b, 2008; Grawe, 2000).

Das Design der Studie (n = 324) entsprach dem RCT-Ansatz, war multizentrisch und es wurden jeweils anerkannte Experten der Verhaltens- und der Pharmakotherapie gleichermaßen daran beteiligt. Die Erfassung der Symptomatik erfolgte durch externe Evaluatoren, denen die Gruppenzugehörigkeit unbekannt war. Die Auswertung wurde nach dem intention-to-treat-Ansatz (ITT) durchgeführt und ergab beim Follow-up-Erhebungszeitpunkt (6 Monate nach Ende der Behandlung) folgende Erfolgsquoten: ca. 30% unter Verhaltenstherapie, ca. 25% bei VT und Imipramin und ca. 20% bei alleiniger Gabe von Imipramin (verbunden mit regelmäßigen ärztlichen Kontakten). Wurden nur die erfolgreichen Therapien betrachtet, war Imipramin der Verhaltenstherapie überlegen. Wurden dagegen die Abbrecher berücksichtigt (ITT-Analyse) war die Verhaltenstherapie überlegen. Ebenso waren deren Ergebnisse stabiler, weil es bei psychotherapeutischer Behandlung weniger Rückfälle gab. Sowohl die Medikationsgabe, Psychotherapie als auch deren Kombination wirkten besser als das medikamentöse Placebo.

Bemerkenswert sind zwei Ergebnisse. Die zusätzliche Gabe des Medikaments reduzierte die Erfolgsquote der psychotherapeutischen Behandlung. Die gefundenen Erfolgsquoten, basierend auf der ITT-Analyse, widersprechen den sonst oft berichteten Raten von 70-80 % bei der Behandlung von Panikstörungen mit Verhaltenstherapie.

Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie

In dieser wurde ein Vergleich durchgeführt zwischen ambulanten verhaltenstherapeutischen und analytischen Langzeittherapien (mindestens 25-80 Sitzungen) in Praxen niedergelassener Psychotherapeuten (Brockmann, Schlüter, Brodbeck & Eckert, 2002). Das Design war naturalistisch und prospektiv. Untersucht wurden nur Patienten mit Angst- oder / und depressiver Störung. Es wurden jeweils 31 Patienten untersucht, die im Mittel der Verhaltenstherapie 63 Sitzungen und bei Psychoanalyse 185 Sitzungen erhielten. Er gab vier Erhebungszeitpunkte: Bei Therapiebeginn, nach 1 Jahr, nach 2,5 und nach 3,5 Jahren.

Obwohl diagnostische Vergleichbarkeit vorlag, unterschieden sich die Patienten in der Schulbildung (signifikant höher bei Psychoanalysen), Zugangsmodus (signifikant häufiger aufgrund eines Vorschlags bei Verhaltenstherapien), Einnahme psychotroper Substanzen (signifikant häufiger bei Verhaltenstherapien) und der Symptombelastung des GSI (signifikant höhere Werte in allen 9 Skalen der SCL-90-R bei Verhaltenstherapiepatienten).

Beide Behandlungen wurden sehr erfolgreich durchgeführt: Effektstärken (0-3,5 Jahre) bei Psychoanalyse GSI 1,4 und IIP 1,2 bei Verhaltenstherapie GSI 1,1 und IIP 0,9. Diese Ergebnisse wurden bei der Untersuchung der Langzeitfolgen hauptsächlich bestätigt. Die Effektstärken blieben auch beim Vergleich nach 7,5 Jahren gleich mit der Ausnahme der Werte des IIP bei Psychoanalysepatienten, die sich nochmals deutlich auf 2,0 verbesserten (Brockmann et al., 2006).

2.3.3 Körperpsychotherapieforschung

Der Bereich der Forschung wurde über viele Jahre in den verschiedenen Körperpsychotherapien fast ausschließlich qualitativ durchgeführt in Form von Fallberichten (Geuter, 2004). Ein Grund hierfür scheinen teils die Ursprünge in der psychoanalytischen Richtung zu sein, die ebenfalls lange Zeit wenig Wert auf quantitative Empirie legte. Ein weiterer Grund ist der Aspekt der Erfahrungs- und Introspektionsorientierung in den Körperpsychotherapien, der lange den Forderungen der Wissenschaft nach objektiver Operationalisierung widersprach (Loew & Tritt, 2006). Erst in den letzten Jahren hat durch den Legitimationsdruck in der Psychotherapie auch die quantitative Forschung in der Körperpsychotherapie zugenommen (May, 2005). Nach wie vor sind aber deren Kontakte zur akademischen Wissenschaft im Vergleich zur Verhaltenstherapie fast nicht vorhanden und im Vergleich zur Psychoanalyse immer noch deutlich unterrepräsentiert (Geuter, 2006b), was die Forschung bisher und auch weiter sehr erschwert und einschränken wird. Darüber hinaus sind im Bereich der Körperpsychotherapien auch Therapeuten tätig, die über keine akademische Ausbildung verfügen. Hierzu schreibt Kächele: „Völlig vernachlässigt von der Forschung dürfte übrigens der Sektor der nichtlizenzierten psychotherapeutisch Tätigen sein, die als Heilpraktiker eine bundesdeutsche Besonderheit sind“ (2008b, S. 57).

Mit der raschen Entwicklung der neurophysiologischen (Grundlagen-)Forschung in den letzten Jahren entstanden ausgeprägte Verbindungen der Neurologie und Physiologie zur Psychotherapie und letztlich auch zu den Körperpsychotherapien (Grawe, 2004; Sulz, Schrencker & Schrickler, 2005). Mit einigen neurobiologischen Verfahren werden bereits aktuell Therapien bei psychologischen Störungen durchgeführt, beispielsweise die Vagusnervstimulation (Nemeroff et al., 2006) oder die Deep brain stimulation (Schlaepfer et al., 2008). Der rein neurochirurgischen Stimulation des Nervus vagus sind verschiedene Ansätze in den Körperpsychotherapien gegenüberzustellen, deren Interventionsmodelle explizit mit dem enterischen Nervensystem arbeiten - und damit auch mit dem Nervus vagus als dessen afferente Verbindung zum Gehirn (besonders zu erwähnen ist hier die biodynamische Psychotherapie nach Boyesen). Deshalb bezeichnet Gottwald die Körperpsychotherapien auch als Vagusnervtherapien (2006; ebenso Kolk, 2005; zitiert nach Bachg, 2006).

Die Einbeziehung des Körpers ist in den etablierten Psychotherapierichtungen durchaus in Diskussion, auch schon länger vorhanden und aktuell zunehmend. Für die Psychoanalyse sei Moser (mit Pessa, 1998) angeführt und für die Verhaltenstherapie Sulz (2006) und Langlotz-Weis (2002). Exemplarisch kann hier genannt werden die bereits seit Jahrzehnten praktizierte (körperliche) Entspannung als Antagonist bei Ängsten (Paul, 1966; Wolpe, 1959). Beispielhaft sei der Titel eines Buches der Herausgeber Sulz et al. (2005) angeführt: Die Psychotherapie entdeckt den Körper - Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit?

Die strikte Trennung zwischen den verschiedenen Therapierichtungen mit deren gleichzeitiger Betonung exklusiver Interventionstechniken ist wohl einerseits ein Ergebnis des lange gehegten und inzwischen eher überholten Schulenstreits und andererseits von einer gewissen Praxisferne. In der realen Praxissituation haben viele Psychotherapeuten schon immer neue Techniken integriert und eklektisch gehandelt. So wird auch in einigen Körperpsychotherapien bei der Behandlung der Angststörungen als Leitlinie die Exposition verwendet bei gleichzeitiger Focussierung auf den Körperausdruck und einer möglichen psychodramatischen Reinszenierung der angstauslösenden Situation (Röhricht, 2006a). Ebenso integriert die Verhaltenstherapie Körperarbeit und schlägt damit eine Brücke zur Körperpsychotherapie (beispielsweise Huber, Hauke, Ruppert & Zaudig, 2005).

Spezifische Wirkfaktoren der Körperpsychotherapien

Das sehr heterogene Feld der Körperpsychotherapie erschwert die Untersuchung der Wirkfaktoren. So kommt Wehowsky zu folgendem Schluss: „Da sich die Körperpsychotherapie in unterschiedliche Verfahren und viele einzelne Schulen differenziert, ist ein übergreifender Konsens hinsichtlich ihrer Wirkfaktoren aus meiner Sicht noch nicht gegeben“ (2006, S. 188). Als wichtigster spezifischer Wirkfaktor kann wohl betrachtet werden - zusammenfassend bezeichnet - die Interaktion zwischen Psyche und Körper: Auf der Ebene der Bewusstseinsprozesse als Verkörperung und Emergenz (von top-down- und bottom-up-Prozessen, s.a. die obige Bezeichnung als Vagusnervtherapien, die einem bottom-up-Prozess entsprechen) und als Theorie der affektmotorischen Schemata (Downing, 1996, 2006). Weiter erwähnt werden muss hier auch der teilweise postulierte und potentielle Wirkfaktor der Energie, der bisher naturwissenschaftlich kaum erforscht ist. Ursprung ist der auf Reich zurückgehende Begriff des Orgons als einer sogenannten ‚kosmischen Lebensenergie‘, die nach Reich allerdings naturwissenschaftlich direkt nicht nachweisbar ist – und sich damit auch einer (direkten) Untersuchung bereits per Definition entzieht (Wehowsky, 2006).

2.3.3.1 Historische Einordnung der Forschung in der Körperpsychotherapie

Die Einteilungen von A. E. Meyer (1990) und Rudolf (1998) sind historisch geprägt und beziehen sich auf die etablierten Psychotherapieverfahren. Übertragen auf die Körperpsychotherapien befinden sich diese in der zweiten, der Rechtfertigungsphase (s. a. Müller-Hofer, 2002). Zur Untersuchung der Wirkfaktoren der Körperpsychotherapien (dritte Phase) gibt es bisher nur wenige empirische Untersuchungen allerdings im weiteren Sinn viele theoretische Veröffentlichungen, besonders im angloamerikanischen Raum (Loew & Tritt, 2006). Boadella geht davon aus, dass es geschätzt ca. 5000 Einzelfalldarstellungen in den Körperpsychotherapien gibt.

Der Rechtfertigungsphase entsprechende Forschung liegt besonders im Bereich der funktionellen Entspannung aus der Forschungsgruppe um Loew vor, die dem RCT-Design entsprechen (exemplarisch Loew, Siegfried, Bohmann, Martus, Tritt & Hahn, 2001; Loew, Sohn, Martus, Tritt & Rechlin, 2000; Loew, Weber, Martus, Hahn &

Siegfried, 1996). Auch die Konzentrierte Bewegungstherapie, die Tanztherapie und die Bioenergetische Analyse können nach Röhricht (2000) und Seidler (2001) als empirisch relativ gut gestützt betrachtet werden (Monsen & Monsen, 2000). In der praxisbezogenen Psychotherapieforschung, der vierten Phase, liegen auch bereits Untersuchungen vor: Beispielsweise Gudat, 1997; Müller-Hofer, 2002; Seidler, 2001; Seidler, Schreiber-Willnow, Hamacher-Erbguth & Pfäfflin, 2002 und die EWAK-Studie (s.u. 2.3.3.2).

Damit zeigt sich, dass die Kategorisierungen von A. E. Meyer (1990) und Rudolf (1998) die historische Entwicklung der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie als Hauptströmungen der Psychotherapie zwar gut abbilden. Die Körperpsychotherapien und andere weniger etablierte Psychotherapien lassen sich nur noch bedingt in dieses Schema ordnen. Für diese gilt vielmehr, dass die zweite, dritte und vierte Phase parallel verlaufen.

2.3.3.2 EWAK-Studie (Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien)

Vor dem Hintergrund des bereits erwähnten Mangels an empirischer Forschung wurde von der Hakomi-Forschungsgruppe eine Evaluationsstudie initiiert, die die Wirksamkeit ambulanter Körperpsychotherapien untersuchte und sich zu einer Multicenterstudie erweiterte, die auf insgesamt acht Institute aus der BRD (3) und der Schweiz (5) zurückgriff (Koemeda-Lutz, Kaschke, Revenstorf, Scherrmann, Weiss & Soeder, 2004; Koemeda-Lutz, Kaschke, Revenstorf, Scherrmann, Weiss & Soeder, 2006; Soeder, Kaschke, Scherrmann, Dobiasch, Weiss & Revenstorf, 1999).

Das Design der Studie war naturalistisch mit 1-Gruppen-Prä-Post-Plan. Auf die Bildung einer externen Kontrollgruppe wurde verzichtet. Untersuchungszeitpunkte waren Therapiebeginn (n = 343), nach 6 Monaten (n = 254), Therapieende (spätestens 2 Jahre nach Beginn, n = 168) und eine 1-Jahres-Katamnese (n = 59). Die Erhebung wurde anhand standardisierter Instrumente (Fydrich, Laireiter, Saile & Engberding, 1996) durchgeführt, die bezüglich Körperpsychotherapie unspezifisch sind.

Die untersuchten Patienten befanden sich bezüglich ihrer soziodemographischen Daten und des Umfangs der Psychopathologie im Rahmen ambulanter Psychotherapiepatienten anderer Studien (Hessel, Schumacher, Geyer & Brähler, 2001;

Scheidt, Seidenglanz, Dieterle, Hartmann, Bowe & Hillenbrand, 1998; Schweizer et al., 2002). Die Effektstärken wurden nach McGaw und Glass (1980) berechnet und nach Cohen (1977) in klein (0,2-0,5), mittel (0,5-0,8) und groß (>0,8) unterteilt. Im ersten halben Jahr der Behandlung fanden sich in allen untersuchten Instrumentarien kleine bis mittlere Verbesserungen und bei Therapieende waren auf allen Skalen große Verbesserungen erreicht worden – mit der Ausnahme der Selbstwirksamkeit im mittleren Bereich. Einen umfangreichen Überblick hierzu bieten die bereits erwähnten Veröffentlichungen von Koemeda-Lutz et al. (2004, 2006) und Soeder et al. (1999).

Die Ergebnisse belegten die Wirksamkeit der untersuchten ambulanten Körperpsychotherapien in einem Bereich, der anderen ambulanten Psychotherapieverfahren entsprach (Barlow et al., 2000; Brockmann et al., 2002; Ventling, Bertschi & Gerhard, 2006 und Wampold 2001).

2.4 Störungsspezifität

Bevor der Begriff Störungsspezifität näher betrachtet werden kann, ist der zugrunde liegende Begriff der psychischen Störung zu untersuchen. Mit diesem wiederum eng verbunden sind Diagnostik und Klassifikation, so dass zuerst alle drei Begriffe näher untersucht werden sollen.

2.4.1 Zugrundeliegende Begriffe

2.4.1.1 Psychische Störung

Caspar, Herpertz und Mundt (2008a) nennen als allgemein anerkannte Kriterien für das Vorhandensein einer psychischen Störung:

- Leidensdruck (bei den Betroffenen und / oder Angehörigen)
- Gefährdung (Eigen- und / oder Fremdgefährdung)
- Einschränkung der Funktionsfähigkeit (z. B. beruflich, sozial)
- Ich-Dystonie versus Ich-Syntonie (das Empfinden von Symptomen als nicht normal oder als normal bezüglich der eigenen Person; s. a. Fiedler, 2007)

Nach Wittchen und Hoyer sind psychische Störungen ein „klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster, das bei einer Person auftritt“ (2006, S. 8) und oben genannte Kriterien beinhaltet. Zusätzlich zu diesen Kriterien definieren die Autoren psychische Störung über

- ein hohes Risiko, Schmerzen oder einen umfangreichen Verlust an Freiheit zu erleiden
- das Syndrom oder Muster muss mehr beinhalten als eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein Ereignis (z. B. eine ‚normale‘ Trauerreaktion)
- es muss bei der Person eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung beobachtbar sein, die unabhängig vom ursprünglichen Auslöser ist
- normabweichendes Verhalten (z. B. politischer, religiöser oder sexueller Art) oder Konflikte des Einzelnen mit der Gesellschaft stellen nur dann psychische Störungen dar, wenn sie Symptome einer oben beschriebenen Funktionseinschränkung sind (s. a. Fydrich (2006), der die Abweichung von Normen als wichtige Komponente einer psychischen Störung definiert).

Wittchen und Hoyer (2006) verweisen weiter darauf, dass psychische Störungen – und damit auch Diagnosen - keine Entitäten darstellen, die sich grundlagenwissenschaftlich eindeutig definieren lassen. Psychische Störungen sind Konstrukte, die einen Konsens von Forschern und Praktikern darstellen und zeitlichen sowie kulturellen Schwankungen unterliegen. Die genauen Grenzen des Begriffs ‚psychische Störung‘ sind nicht definiert.

Ebenso impliziert der Begriff psychische Störung eine Unterscheidung zwischen psychischen und körperlichen Störungen, die so nicht haltbar ist, sondern einen ‚reduktionistischen Anachronismus‘ aus der Phase des Leib-Seele-Dualismus darstellt (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996, S. 944).

Insbesondere im ambulanten Bereich wurde immer wieder eine geringe Reliabilität der Diagnosen festgestellt: J. Wittmann, Hollweg, Krüger, Strauß und Möller (2000) bei Depressionen in der Zeitspanne von 15 Jahren. Bermeo, Friedrich und Härter (2008) fanden ebenfalls bei Depressionen eine Übereinstimmung zwischen den formalen Kriterien der ICD-10 und den klinisch getroffenen Diagnosen von nur 8,5 % (10,3 % bei Verhaltenstherapeuten und 6,8 % bei tiefenpsychologischen Therapeuten), (Zur Instabilität der Angsterkrankung s. a. weiter unten unter *2.4.2.3 Inhaltliche Aspekte der Störungsspezifität*).

Abschließend sei noch festgehalten, dass die alleinige Konzentration auf einen defizitären Störungsbegriff inzwischen nicht mehr als Standard der Klinischen Psychologie betrachtet werden kann. Ergänzend sind die Ressourcen und salutogenetischen Aspekte zu berücksichtigen (Caspar et al., 2008a; Fiedler, 2004; Frank, 2007; Renneberg & Hammelstein, 2006; Wittchen & Hoyer, 2006).

2.4.1.2 Diagnostik und Klassifikation

„Klassifikationen sind Bemühungen, die Vielfalt an Einzelercheinungen in *übergeordnete Einheiten* zu ordnen“ (Baumann & Stieglitz, 2005, S. 109). Sie sind Grundprinzipien in allen Wissenschaften, da mit ihnen Gesetzmäßigkeiten untersucht werden. Das Klassifizieren wird von Westmeyer (2005) als eine zentrale Aufgabe der Klinischen Psychologie bezeichnet.

Die häufigsten Einheiten der Klassifikation sind Merkmale und Personen. Bei der Merkmalsklassifikation werden anhand von Symptom- oder Merkmalskonfigurationen höhere Einheiten gebildet - die Syndrome. Die Klassifikation von Personen entspricht hauptsächlich der Diagnostik. Die einzelnen Elemente der Klassifikationssysteme stellen Typologien dar, da sie durch hinreichende aber nicht notwendige Elemente definiert werden. Zwischen den einzelnen Typen gibt es dadurch keine klaren Grenzen und die

Zugehörigkeit zu einem Typ wird von verschiedenen Merkmalszusammenstellungen erreicht (Freyberger, Stieglitz & Wittchen, 2001; Zerssen, von, 1973).

Die aktuellen und international dominierenden Klassifikationssysteme sind das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1994, 4th ed.) und die ICD-10 (10th revision of the international classification of diseases. Chapter V (F): Mental and behavioural disorders, 1995).

Beide Klassifikationssysteme lassen sich v. a. durch drei Merkmale charakterisieren (Baumann & Stieglitz, 2005):

- Die *operationale Diagnostik* definiert für jede Störung Kriterien (Ein- und Ausschlusskriterien), die mit spezifischen Verknüpfungsregeln verbunden sind.
- Es gilt das *Komorbiditätsprinzip* nach dem mehrere psychische Störungen gleichzeitig auftreten können, die keiner hierarchischen Struktur unterliegen. Durch die Symptomüberlappung bei vielen verschiedenen Störungen erhöht sich artifiziell die Komorbiditätsrate (vgl. Fydrich, 2006)
- Die Diagnostik ist *multiaxial* – findet also auf mehreren Ebenen statt, die als Achsen bezeichnet werden und entspricht damit dem Ansatz der multimodalen Diagnostik (z. B. Baumann & Stieglitz, 2008b).

Wichtigste Vorteile des DSM-IV und der ICD-10 sind die Schaffung einer einheitlichen Kommunikationsgrundlage verschiedener Einrichtungen, Länder und Kulturkreise sowie insbesondere die deutliche Erhöhung der Reliabilität (Freyberger & Schneider, 2001; Wittchen, 2006). Gleichzeitig räumen Baumann und Stieglitz (2005) aber ein, dass es zu diskutieren ist, ob die Erhöhung der Reliabilität womöglich eine Reduktion der Validität zur Folge hatte (wogegen z. B. Sartorius et al., 1993, und Wittchen & Semler, 1991, von einer Erhöhung der Validität ausgehen). So wird beispielsweise die Negation der psychosozialen Ätiologiekonzepte kritisiert – insbesondere von psychoanalytischer, psychodynamischer und von Seite der Gesprächspsychotherapie (exemplarisch Eckert, 1994; Janssen & Schneider, 1994; Schumacher, 1994). Aufgrund dieser Kritik entwickelte sich aus psychoanalytischer Richtung die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD (Hrsg.), 1997).

Von verschiedenen Autoren wird betont, dass die operationalisierte phänomenologische

Klassifikation der Störungen nicht der eigentlichen Erkrankung entspricht (Baumann & Stieglitz, 2001; Eid & Petermann, 2006; Paar & Wiegand-Grefe, 2001; Petzold, 2006). Bower (2005) weist darauf hin, dass der Begriff ‚störungsspezifisch‘ unpräzise ist. Denn die Orientierung an den Kriterien der ICD-10 ist ‚syndromspezifisch‘ und als Störung ist eher die Definition aus dem Psychotherapeutengesetz zu benutzen: ‚Störung mit Krankheitswert‘, die neben den syndromalen Kriterien auch die individuelle bio-psycho-soziale Störungsgenese beinhaltet. Diesen Sachverhalt fassten Mundt und Backenstrass (2005) prägnant damit zusammen, dass die Diagnose nicht mit der Störung zu verwechseln ist.

2.4.2 Störungsspezifität – Definition, Methodik und inhaltliche Aspekte

Der Begriff der Spezifität in der Psychotherapieforschung bezog sich ursprünglich auf die Untersuchung der Behandlungsmodelle, es folgte die Untersuchung des Settings mit Vergleichen zwischen Einzel- und Gruppentherapien und erst seit Mitte der 90er Jahre wurde die Spezifität der Störungen genauer untersucht (Herpertz, Caspar, Mundt, 2008; Paar & Wiegand-Grefe, 2001; Strauß, 2001). Die störungsspezifische Perspektive ist laut Caspar und Jacobi (2004) innerhalb der Klinischen Psychologie der letzten Dekade auch die einflussreichste Perspektive.

Paar & Wiegand-Grefe (2001) definieren Störungsspezifität als „ein fokussiertes Arbeiten an der aktuellen (komorbiden) Störung, am Problem oder Konflikt (je nach Therapieschule), vor dem Hintergrund der Lerngeschichte und bedeutsamer kognitiv-emotionaler Erfahrungen“ (S. 179). Sie betrachten Störungsspezifität als Oberbegriff von Symptom- und Konfliktspezifität. Beide Begriffe stellen keine sich ausschließenden Gegensätze dar, sondern sind als Pole eines Kontinuums aufzufassen.

Symptomspezifität

Innerhalb der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren liegt der Behandlungsschwerpunkt auf der aktuellen Problem- und Symptomebene. Nach Zielke (2008) entwickelte sich die störungsspezifische Verhaltenstherapie parallel zur Einführung der beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV und nutzte deren verhaltensnahe, phänomenorientierte Störungsdefinitionen. Gleichzeitig ist in der Verhaltenstherapie die Perspektive der Störungsspezifität wesentlich entwickelt worden und auch heute noch innerhalb der verschiedenen Therapieschulen am weitesten verbreitet (Margraf & S. Schneider, 2009).

Konfliktspezifität

In den psychodynamischen Verfahren konzentriert sich die Behandlung auf einen – bewussten oder unbewussten – psychodynamischen Konflikt (Wiegand-Grefe & Paar, 2008). Die Konfliktspezifität ist eng mit Franz Alexanders verbunden, der in den 50er Jahren für psychosomatische Störungen spezifische Konflikte definierte. Inzwischen ist diese enge Konfliktspezifität allerdings als überholt anzusehen (Overbeck, Grabhorn, Stirn & Jordan, 1999).

2.4.2.1 Spezifitätsparadoxon

Entsprechend dem Äquivalenzparadoxon (der verschiedenen Psychotherapieschulen) gehen Strauß und W. Wittmann (2005) auch von einem Spezifitätsparadoxon aus. So finden sich neben den umfangreichen Befunden allgemeiner psychotherapeutischer Wirkfaktoren (Hubble et al., 1999, Lambert et al., 2004, Wampold, 2001) auch zahlreiche Befunde störungsspezifischer Ansätze, die ‚allgemeinen Therapien‘ überlegen sind. Dies gilt insbesondere für die in-vivo-Desensibilisierung bei Phobien, aber auch bei sexuellen Funktionsstörungen, Essstörungen und der Posttraumatischen Belastungsstörung (Strauß & W. Wittmann, 2005). Einen Erklärungsansatz des Spezifitätsparadoxons geben die Autoren selbst indem sie auf die Wechselwirkung allgemeiner und spezifischer Wirkfaktoren von Psychotherapie hinweisen. Demnach wirken spezifische Wirkfaktoren durchaus auch allgemein und umgekehrt. Eine weitere

Erklärung des Spezifitätsparadoxons kann die Researcher Allegiance sein. Messer (2002) und Luborsky et al. (1999) fanden, dass der Großteil der Ergebnisvarianz von Psychotherapiestudien aus der Zentrenzugehörigkeit der Untersucher resultierte. Ähnlich können auch Studien der Störungsspezifität dadurch beeinflusst werden, in welchem Umfang die jeweiligen Untersucher und Methodiker von der Wirksamkeit der störungsspezifischen Interventionen überzeugt sind. Auch kann das sogenannte ‚file-drawer‘-Problem (Revenstorf, 2005; Sharpe, 1997; Strauß, 2006) die vorhandenen Störungsspezifitäten zumindest teilweise erklären: Neben den publizierten signifikanten Ergebnissen kann es noch weit mehr nicht publizierte Studien geben, deren Ergebnisse keine Signifikanz oder deutlich geringere Werte aufweisen und nicht publiziert werden. Eine Studie von Watzke, Schulz, Luppä & Stöbel-Richter (2007) untersuchte die Veröffentlichungen in drei deutschsprachigen Zeitschriften der Jahrgänge 2005 und 2006 bezüglich integrativer versus störungsspezifischer Behandlungsansätze. Dabei fanden die Autoren, dass integrative Ansätze nur 9 mal publiziert wurden, während störungsspezifische Ansätze 62 Publikationen aufwiesen. Auch diese Gewichtung der Veröffentlichungspraxis kann zu einem publication bias führen (s. a. bereits unter 2.3.2.4 *Effektstärken und Metaanalysen*).

2.4.2.2 Methodik der Störungsspezifität

Das Paradigma der Störungsspezifität geht davon aus, dass es bei verschiedenen Störungen unterschiedlich effektive Behandlungstechniken gibt. Bisherige Untersuchungen wurden fast ausschließlich unter den Bedingungen der RCT-Forschung (randomized controlled trials) durchgeführt mit randomisierter Patientenzuweisung, kontrollierten Bedingungen, monosymptomatischen Patienten und Manualisierung der Behandlungstechniken, woraus eine hohe interne Validität folgt (Bortz & Döring, 2006; Reinecker, 2009).

Dagegen ist die externe Validität solcher Untersuchungen eher gering (Baumann, 2000b; Henningsen & Rudolf, 2000). Randomisierte Patientenzuweisungen bedingen ein Klientel, dem die Art der psychotherapeutischen Behandlung gleichwertig oder gleichgültig ist, was die Repräsentativität deutlich einschränkt, da die Mehrzahl der Patienten unter Praxisbedingungen sich keineswegs ‚blind‘ gegenüber der Behandlung

verhält. Die Forderung der ‚Blindheit‘ der Patienten gegenüber der Behandlung stammt aus der Pharmaforschung und wurde auf die Psychotherapieforschung übertragen. Dass diese Übertragung nicht angemessen ist, da Psychotherapie kein Pharmakon darstellt (Revenstorf, 2005), ist inzwischen ausführlich dargestellt worden: Bei der Gabe von Medikamenten sind deren Wirksubstanz und der Behandler zwei verschiedene physikalische Einheiten, während in der Psychotherapie Behandler und ‚Wirksubstanz‘ nicht trennbar in einer Person liegen (Baumann, 2000a).

Komorbiditäten treten unter Praxisbedingungen sehr häufig auf – beispielsweise zwischen den Persönlichkeitsstörungen der Achse 2 des DSM-IV untereinander und mit den Störungen der Achse 1 (Fiedler, 2007). Viele Autoren betrachten Komorbidität inzwischen als Regelfall (Frohburg, 2006; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005; Kessler et al., 1994) und betonen die Irrepräsentativität monosymptomatischer Fälle (Kriz, 2008; Revenstorf, 2005). Manualisiertes Vorgehen in der Psychotherapie entspricht nach Lambert et al. (2004) nicht dem Vorgehen der meisten Psychotherapeuten in der realen Praxissituation, sondern ein eklektischer Ansatz. Diese Form der Behandlung nimmt mit wachsender Praxiserfahrung der Therapeuten nach Zurhorst (2003) noch weiter zu (ebenso Norcross & Goldfried, 2005 und Zobel, Karim, Kech, Berger & Schramm, 2008).

Die geringe externe Validität der störungsspezifischen Untersuchungen nach dem Ansatz der RCT-Forschung lässt kaum Übertragungen auf die reale Praxissituation zu. Das betont Leichsenring (2004) aus wissenschaftstheoretischer Sicht und verweist darauf, dass keiner der beiden Studientypen (RCT-Ansatz und naturalistische Forschung) den anderen ersetzen kann, da sich beide auf unterschiedliche Anwendungen beziehen.

Der Anteil störungsspezifischer Behandlungstechniken an den Wirkfaktoren von Psychotherapie ist eher als klein einzustufen. Wampold (2001) fand in einer Metaanalyse, dass das Weglassen einer spezifischen Komponente bei Therapieverfahren keine Änderung der Wirksamkeit ergab. Nach W. Schneider (2006) schränken zwei Aspekte das Paradigma der Störungsspezifität ein: Erstens wurden in großen, kontrollierten Studien keine Spezifitäten der verschiedenen Methoden nachgewiesen – beispielsweise die NIMH-Studie zur Depressionsbehandlung (u. a.

Elkin et al., 1989), in der die pharmakologische, verhaltenstherapeutisch-kognitive und interpersonale Therapie gleichermaßen wirkten auf physiologischer, kognitiver und sozialer Ebene. Und zweitens wirken störungsspezifische Interventionen auch bei anderen Störungen oft gleichwertig effektiv. Frohburg (2006) stellt prinzipiell in Frage, ob störungsspezifische Indikationen zu untersuchen seien, angesichts des geringen Umfangs der Veränderungsvarianz durch verfahrensspezifische Faktoren und bezieht sich dabei auf Lambert et al., 1986; Lambert, 1992 und Asey und Lambert, 2001, mit 15 % Veränderungsvarianz durch Therapietechnik sowie auf Wampold, 2001, mit nur 8 %.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Die Mehrzahl der Autoren sind sich darin einig, dass störungsspezifische Effekte in Psychotherapien vorhanden sind und diese, wenn auch nur in geringem Umfang, unter RCT-Bedingungen nachgewiesen wurden.

2.4.2.3 Inhaltliche Aspekte der Störungsspezifität

Neben der methodischen Debatte um die Störungsspezifität existiert auch eine ausführliche inhaltliche Auseinandersetzung über die Bedeutung der störungsspezifischen Perspektive. Wie bereits erwähnt gehen einige Autoren davon aus, dass die Störungsspezifität die wichtigste Perspektive der letzten Dekade darstellt. Gleichzeitig sind aber die verfahrensspezifischen Faktoren bereits als gering einzustufen (s. o.). Noch geringer ist die Varianzaufklärung der Therapieergebnisse durch die Diagnosen von nur 2 % (Beutler, 1996).

Unter klinischen Aspekten ergeben sich mehrere Probleme der Störungsspezifität. Innerhalb der psychosomatischen Rehabilitation fanden sich keine oder nur geringe Unterschiede zwischen störungsspezifischen und störungsunspezifischen Gruppen (Wiegand-Grefe & Paar, 2008; Schmitz-Buhl, Paar & Kriebel, 2001). Oft spielt der Chronifizierungsgrad bei gleichzeitig hoher Komorbidität eine größere Rolle als die eigentliche Störung (Freyberger, 2001; Guthrie, 2000) und Symptome unterliegen nicht nur einer zeitlichen Variabilität (Neukom, 2003b), sondern auch der hinlänglich bekannten interpersonalen durch verschiedenen Diagnostiker (Bermeo et al., 2008) sowie einer institutionellen Variabilität (Assmann, 2003). Die zeitliche Variabilität wurde umfangreich von Margraf (2001, zitiert nach Grawe, 2004) bei Angststörungen

untersucht an einer repräsentativen Stichprobe junger Frauen. Diese hatten beim ersten Erhebungszeitpunkt (N=2064) zu 18,3 % eine Angststörung. Beim zweiten Erhebungszeitpunkt nach eineinhalb Jahren (N=1569) hatten nur noch 57 % der Frauen eine Angststörung, die auch beim ersten Zeitpunkt eine solche Störung aufwies. In diesem Zeitraum fand keine psychotherapeutische Behandlung statt. Grawe geht davon aus (2004), dass Patienten mit schweren Störungen meistens schon in der frühen Kindheit Verletzungen ihres Bedürfnisses nach Bindung und Kontrolle erlitten. Und die aktuelle Störung nur das letzte Glied einer Kette verletzender Erfahrungen darstellt (s. a. Strauß, 2006a).

Die meisten Autoren sind sich darin einig, dass die alleinige Berücksichtigung einer Störung keine ausreichende Behandlungsgrundlage darstellt (Berns, 2006; Caspar, Herpertz & Mundt, 2008b; Clarkin & Levy, 2004; Freyberger & Caspar, 2008; Frohburg, 2006; Lambert, Bergin & Garfield, 2004; Orlinsky, 2003; Wittchen & Hoyer, 2006). So äußern sich auch Bastine et al. (1989), die darauf verweisen, dass die Taxonomie des DSM-III nicht reicht für eine aussagekräftige Prognose und Indikationsstellung. Aufgrund der Fülle dieser Befunde kann davon ausgegangen werden, dass eine Indikation ausschließlich aufgrund einer diagnostizierten Störung eher als Kontraindikation aufzufassen ist.

Fiedler (2001) hat die Kontroversen der Therapieschulen treffend in fünf Mythen zusammengefasst, von denen der erste die Kontroverse personenzentrierte versus störungsspezifische Psychotherapie betrifft und darauf verweist, dass störungsspezifische Therapie immer auch personenzentriert realisiert werden muss. Auch die weiteren Gegensätze (Ressourcen versus defizitäre Störungen, therapeutische Beziehung versus therapeutische Technik, Biographie versus Gegenwartsbetrachtung und Konkurrenz versus Integration) spiegeln das uneffektive und inzwischen auch immer mehr überholte Denken oder Auseinandersetzen in reinen Gegensätzen zwischen den Psychotherapieschulen wider.

W. Schneider (2006) kritisiert am Paradigma der Störungsspezifität, dass das Störungswissen (Entstehungsbedingungen der Störung und deren aufrechterhaltende Faktoren) und das Veränderungswissen (notwendige therapeutische Interventionen) als homogen betrachtet werden. Dabei werden z. B. die

Faktoren Persönlichkeitsentwicklung des Patienten, dessen Krankheitsverarbeitung und Veränderungsziele zu wenig berücksichtigt.

Wenn die Diagnose allein aber so wenig aussagekräftig ist für den Psychotherapieerfolg, welche Faktoren von Seiten des Therapeuten sind dann wichtig?

An erster Stelle ist sicher der Faktor der therapeutischen Allianz zu nennen, der als empirisch sicherster unspezifischer Wirkfaktor zu betrachten ist (Casper & Jacobi, 2004; Lambert, Garfield & Bergin, 2004; Strauß & W. Wittmann, 2005). Orlinsky (2003) schlägt in einem 3-Ebenen-Modell vor, neben der Störung die Person des Patienten selbst sowie dessen Kultur zu beachten – und zugleich auch die Person des Therapeuten und dessen Kultur, da Psychotherapie immer ein reziproker Prozess ist. Die Bedeutung der kulturellen Dimension zeigt sich zum Beispiel im medizinischen Begriff des Morbus Mediterraneus: „Eine kulturelle Stereotypie im Kleid eines pseudomedizinischen Fachterminus“ (Noack, Fangerau & Vögele, 2007, S. 43) gegenüber Schmerzpatienten aus dem Mittelmeerraum.

Neben den inzwischen häufiger beachteten und untersuchten kulturellen Unterschieden zwischen Patient und Therapeut ist auch der Aspekt der Migration des Patienten zu berücksichtigen, der nach Behrens und Calliess (2008) mindestens gleich große Relevanz aufweist. Mösko, Schneider, Koch und Schulz (2008) stellten regressionsanalytisch fest, dass der Migrationshintergrund einen unabhängigen negativen Prädiktor des Therapieerfolgs darstellt.

Der Begriff der Störungsspezifität entspricht der Perspektive des Therapeuten auf den Klienten. Aus Sicht des Klienten, kann die Störung aber ganz anders aussehen. So fanden Grosse Holtforth und Grawe (2002) bei der Untersuchung der Therapieziele von Patienten einer Psychotherapieambulanz, dass nur 9 % der Patienten als alleiniges Therapieziel die Besserung ihrer Störung angaben, 15 % aber die Besserung interpersonaler Probleme als alleiniges Ziel. Bei 28 % der Patienten wurde die Besserung der Störung als Therapieziel überhaupt nicht genannt.

Eine anschauliche Erklärung für die geringe Aussagekraft einer rein störungsspezifischen Perspektive ist das Allgemeine Modell von Psychotherapie (generic model of psychotherapy, Orlinsky & Howard, 1987). Dieses immer noch relativ

einfache kategoriale Modell berücksichtigt neben anderen Aspekten vier Elemente des unmittelbaren Therapieprozesses: Patient, Therapeut, Störung und Behandlungsmodell. Daraus ergeben sich nach den Autoren hauptsächlich vier verschiedene Passungen:

- Therapeut - Patient
- Behandlungsmodell - Störung
- Therapeut - Störung
- Patient - Behandlungsmodell

Ergänzend ist zu erwähnen, dass auch die beiden anderen Passungen wichtig für den Therapieprozess sein können: Die Passung Therapeut – Behandlungsmodell, wenn Psychotherapeuten innerhalb des öffentlichen Versorgungssystems arbeiten (wollen), können sie in der BRD nur zwischen den Richtlinienverfahren wählen. Und die Passung Patient - Störung. Sie beinhaltet beispielsweise das Wissen (umfangreich oder wenig bis kein) und die Einstellung des Patienten gegenüber der Störung.

Störungsspezifität berücksichtigt v. a. die Passung Störung – Behandlungsmodell. Werden die anderen drei – oder bis zu fünf – Passungen nicht berücksichtigt, kann die Varianz der Störungsspezifität derart mit den anderen Variablen konfundiert sein, dass der eigentliche störungsspezifische Effekt nicht mehr feststellbar ist.

Clarkin & Levy (2004) nennen als wichtige Klientenvariablen die Bereitschaft zur Veränderung und Bindungsmuster (zur Bedeutung der Bindungen s. a. Strauß, 2006a). Wie bereits erwähnt, löste sich Guthrie (2000) ganz vom Störungsbegriff und untersuchte stattdessen den Chronifizierungsgrad von Patienten.

Reaktanz bei Patienten ist nach Beutler, Mohr, Grawe, Engle, & MacDonald (1991) eine der wichtigsten Eigenschaften, die das Therapieergebnis beeinflussen. Negativ kann Reaktanz als Widerstand und positiv als Bestreben nach Unabhängigkeit definiert werden. Sie erfordert vom Therapeuten eine differenzielle Interventionsstrategie: Bei hohem Bedürfnis nach Unabhängigkeit profitierten die Patienten vor allem von nondirektiver Behandlung, während Patienten mit geringer Reaktanz von direkter Therapie mehr profitierten.

Auch die bereits unter 2.3.2.5 *Wirkfaktoren - spezifische und unspezifische* genannten Faktoren der zweiten Generation sind hier nochmals zu nennen: Therapeutische Allianz,

Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und motivationale Klärung (Grawe, 2004, 2005).

Ein weiterer Befund spricht gegen die große Bedeutung einer (alleinigen) Störungsspezifität. So fanden Trachsel, Itten, Stauffer, Grosse Holtforth und Hofer (2008) bei einer störungsspezifischen ambulanten Gruppenpsychotherapie phobischer Patienten, dass nicht nur störungsspezifische Therapieziele erreicht wurden, sondern auch in einem beträchtlichen Umfang störungsübergreifende Therapieziele, obwohl diese nicht Inhalt der Behandlung waren.

Der aktuelle Forschungsstand zur Störungsspezifität im ambulanten, naturalistischen Bereich allgemein ist kaum – im Bereich der Körperpsychotherapie nach Kenntnis des Verfassers noch nicht vorhanden (Loew und Tritt, 2006, May, 2005).

2.4.3 Körperpsychotherapeutische Störungsspezifität

Die Körperpsychotherapien sind dem psychodynamischen Behandlungsmodell weit näher als dem verhaltenstherapeutischen Modell. Daher entspricht deren Behandlung nach Wiegand-Grefe und Paar (2008) eher dem Ansatz der Konfliktspezifität.

Geuter (2002) verweist darauf, dass die verschiedenen Körperpsychotherapien bei ihren Veröffentlichungen störungsspezifische Schwerpunkte aufweisen. So sind bei den Neoreichianern besonders narzisstische Störungen, schwere Ich-Störungen, Traumata, sexueller Missbrauch und Krebs vertreten, in der Tanztherapie sind das die Psychosomatik und Psychosen, bei der Funktionellen Entspannung Asthmaerkrankungen und bei der Konzentrativen Bewegungstherapie wiederum Psychosomatik, Psychosen und ‚frühe Störungen‘. Diese Schwerpunkte stellen genau genommen aber nur Spezifitäten der Veröffentlichungen dar und nur indirekt Behandlungs- oder Störungsspezifitäten. Ausführlich mit der störungsspezifischen Körperpsychotherapie hat sich Röhrich (2000) befasst. Für das Störungsbild der Schizophrenie, auf das hier nicht näher eingegangen werden soll, da es in der Studie nur marginal vorkam, sind Röhrich und Priebe mit mehreren Veröffentlichungen zu

nennen (z. B. 1996; 1997; 1998).

2.4.3.1 Störungsspezifisches Körpererleben und Interventionen (nach Röhricht, 2000)

Zu den Techniken schreibt Röhricht, dass es kaum möglich ist, diese zu systematisieren, da viele verschiedene methodische Elemente in eklektischer Form verwendet werden. Wie bereits unter 2.2.3.4 *Teilnehmende Körperpsychotherapieinstitute* erwähnt können allerdings Atemarbeit und das aus der Bioenergetik stammende Grounding als Grundinterventionen in fast allen Körperpsychotherapien betrachtet werden.

2.4.3.1.1 Depressive Störungen

Körpererleben

Herabgesetzter Muskeltonus, Schweregefühl, reduzierte Psychomotorik sowie allgemein Reduktion der Mimik und Gestik.

Interventionen

Arbeit am mimischen und / oder gestischen Ausdruck, eventuell mit Spiegelung durch den Therapeuten, vor dem Spiegel oder mit Videofeedback. Psychodramatischer Ausdruck der Grundemotionen (Freude, Trauer, Furcht, Wut, Ekel, Überraschung), Arbeit mit unterschiedlichen Gewichten in den Händen (Gräff, 1989).

2.4.3.1.2 Angststörungen

Körpererleben

Angst drückt sich in einer großen Zahl körperlicher Symptome aus, wodurch Angststörungen eine besondere Nähe zur Körperpsychotherapie aufweisen. Die häufigsten körperlichen Symptome sind: Schwindel, Erstickungsgefühle, Atemnot,

Brustschmerzen oder –enge, Parästhesien, weiche Knie, Tachykardie, Durchfall, Harndrang und Zittern (s. a. Röhricht, Beyer & Priebe, 2002).

Interventionen

Die Technik der Exposition wird auch in der Körperpsychotherapie in abgewandelter Form angewandt. Meist ist das die (psychodramatische) Reinszenierung der angstausslösenden Situation mit besonderer Beachtung des Körperausdrucks.

Stärkung des Körper-Selbst z. B. durch Schutz- und Selbstverteidigungsgesten. Nach Görlitz (1998) kann die Angst dabei unterstützend in einem Gegenüber imaginiert oder real personifiziert werden. Einnehmen der allgemeinen Angsthaltung (Kopf zwischen nach oben gezogenen Schultern einklemmen) mit anschließendem Übergang / Finden einer normalen oder stärkenden Haltung (Röhricht, 2006a).

2.4.3.1.3 Persönlichkeitsstörungen

Zu den Persönlichkeitsstörungen liegen eher wenige körperorientierte Behandlungen vor, die sich meistens mit der Borderline- und der narzisstischen Störung befassen (Geuter, 2006c). Ein gemeinsames Merkmal der Persönlichkeitsstörungen ist die geringe Ich-Stabilität, die sich auch in unscharf ausgebildeten Ich-Grenzen ausdrückt (Thielen, 2006). Deshalb sind zu Beginn der Therapie nach Schroeter (1994) aufdeckende, affektmobilisierende oder kathartische Interventionen kontraindiziert, weil (noch) keine ausreichende Ich-Kontrolle zur Integration zur Verfügung steht. Ähnlich äußert sich Downing, der betont, dass bei den meisten persönlichkeitsgestörten Patienten zuerst „funktionale innere Techniken“ (1996, S. 39) über einen längeren Zeitraum anzuwenden seien, bevor später auch direkte Berührungen möglich sind.

An dieser Stelle sei betont, dass in diesem Abschnitt nur die Interventionen der Körperpsychotherapien beschrieben werden, die auch spezifisch für sie sind. Die realen Behandlungen umfassen weit mehr Interventionen, die natürlich auch nicht nur der Körperpsychotherapie entsprechen. Das gilt nicht nur bei den Persönlichkeitsstörungen,

sondern bei allen Störungen.

Körpererleben

Das Körpererleben der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen ist sehr heterogen. Zusammenfassend lässt sich nur die bereits erwähnte Ich-Schwäche feststellen, die sich zwar auch körperlich aber nicht homogen manifestiert. Klein (1993) verweist darauf, dass oft eine mangelnde Besetzung der Körperperipherie vorliegt.

Interventionen

Bildung eines sicheren Bodenkontaktes mittels verschiedener Grounding-Übungen. Gesten des Selbst-Respekts einnehmen. Körperwahrnehmungen z. B. mit dem Focus auf der Körperperipherie, räumliche Nähe und Distanz zu einem Gegenüber, Sensibilisierung und Stabilisierung. Auch hier können Arbeiten mit den Grundemotionen angemessen sein (meist mit den Schwerpunkten Furcht, Trauer, Freude und Wut).

2.5 Ambulante Psychotherapie

Die internationale Psychotherapieforschung untersucht hauptsächlich ambulante Kurz-Psychotherapien (Puschner, Haug, Häfner, & Kordy, 2004). „In fact, most research is conducted on therapy offered once a week for no more than 14 weeks, and in most practice settings treatment actually averages closer to five sessions“ (Lambert, Bergin & Garfield, 2004, S. 9). In den deutschsprachigen Ländern ist dagegen bereits die Versorgungsstruktur eine andere. Auch die (teil-)stationären Behandlungen haben hier einen bedeutenden Anteil an der gesamten psychotherapeutischen Leistungserbringung (Watzke, Barghaan, Harfst, Koch & Schulz, 2009). Erbracht werden die ambulanten Leistungen hauptsächlich durch niedergelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeuten. In der BRD wird auch ein Teil der Psychotherapieleistungen von Heilpraktikern geleistet. Über das Ausmaß und Effektivität dieses Sektors liegen bislang

nach Kenntnis des Verfassers keine Untersuchungen vor (Kächele, 2008).

Die ambulante Versorgungslage in der BRD (nur Erwachsene) weist deutliche Schwankungen auf. Diese liegen zwischen 5 und 53 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2004). So sind besonders in den neuen Bundesländern weniger Psychotherapeuten vertreten – ebenso im ländlichen Raum und tendenziell in den nördlichen Bundesländern (Dahm, 2005; Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2006). Die Wartezeiten auf ein Erstgespräch betragen in einer repräsentativen Untersuchung für die BRD durchschnittlich 1,9 Monate (Zepf, Mengele & Hartmann, 2003). Weiter betrug die Wartezeit auf einen Therapieplatz im Durchschnitt 4,6 Monate, bei jeder zweiten Anfrage nach einem Erstgespräch und Behandlung wurden keine probatorischen Sitzungen durchgeführt und nach den probatorischen Sitzungen wurden ungefähr 35 % der diagnostizierten Patienten nicht in Behandlung übernommen, obwohl die Diagnosen eine Behandlungsbedürftigkeit nahe legten (Zepf et al., 2003).

Die erforderliche Behandlungsdauer ist abhängig vom praktizierten Verfahren. So gaben bei einer Untersuchung von Löscherbach et al. (2000) die befragten Psychotherapeuten folgende durchschnittlich erforderliche Therapiedauer pro Patient an: Psychoanalyse 160 Stunden, tiefenpsychologische Therapie 70 und für Verhaltenstherapie 44 Stunden. Verglichen mit der bereits zitierten Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie (Brockmann et al., 2002) liegen die realen Praxisangaben damit leicht über dem theoretisch angegebenen Bedarf (Faktor 1,16 bei Psychoanalyse, Faktor 1,43 bei Verhaltenstherapie).

Bezüglich der angewendeten Verfahren kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit der ambulanten Psychotherapiebehandlungen nicht mit einer einzelnen Schulrichtung, sondern methodenübergreifend durchgeführt werden (Beutler et al., 2004; Grünwald, Kiss & Keller, 2008; Tschuschke, 2005a). Therapiewechsel stellen im ambulanten Bereich keine Ausnahme dar. Nach Kriz (2005) haben 30-45% der ambulanten Psychotherapiepatienten eine oder mehrere psychotherapeutische Behandlungen in deren Vorgeschichte und wechselten dann den Therapeuten und / oder das Therapieverfahren.

Die Zufriedenheit von Patienten mit ambulanter Psychotherapie ist bisher nur wenig untersucht worden. Puschner, Bauer, Kraft und Kordy (2005) fanden hohe

Zufriedenheitsraten, was der Befundlage im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich entspricht (Schulz, Barghaan, Harfst, Bleich, Pawils, Kawski et al., 2008). Deshalb bezeichneten Leimkühler und Müller (1996) die Patientenzufriedenheit als eher unabhängige soziale Tatsache. In einer Untersuchung von Puschner et al. (2005) zeigte sich eine geringe Übereinstimmung der Zufriedenheitsurteile aus Therapeuten- und Patientensicht.

Von Puschner und Kraft (2008) liegt eine Untersuchung der Kosteneffektivität ambulanter Behandlungen vor, die kognitive Verhaltenstherapie und tiefenpsychologische Therapie miteinander verglich. Es fanden sich nach den Autoren keine nennenswerten Unterschiede beider Verfahren.

Wie bereits unter 2.4. *Störungsspezifität* erwähnt, ist der Forschungsstand zur Störungsspezifität im ambulanten, naturalistischen Bereich allgemein deutlich unterrepräsentiert – im Bereich der Körperpsychotherapie nach Kenntnis des Verfassers noch nicht vorhanden (Loew und Tritt, 2006, May, 2005).

2.6 Fragestellungen und Hypothesen

2.6.1 Fragestellungen

2.6.1.1 Fragestellungen Voruntersuchung

Aus der EWAK-Studie ging bereits grob hervor, dass die untersuchten acht Körperpsychotherapien als gemeinsame Stichprobe im soziodemographischen und im Bereich der Tests definiert werden konnten. Diese Vorbefunde wurden innerhalb der vorliegenden Arbeit nochmals genauer untersucht, weil alle soziodemographischen Variablen und Tests berücksichtigt werden sollten und die Stichprobe sich, wie schon berichtet, bei Therapiebeginn und nach 6 Monaten leicht änderte.

2.6.1.1.1 Frage V1 - Soziodemographie

Sind die acht Körperpsychotherapien in ihren soziodemographischen Variablen homogen genug, um in einer gemeinsamen Stichprobe zusammengefasst werden zu können?

2.6.1.1.2 Frage V2 - Instrumentarien

Sind die acht Körperpsychotherapien in ihren Werten der Instrumentarien homogen genug, um in einer gemeinsamen Stichprobe zusammengefasst werden zu können?

2.6.1.2 Fragestellungen Hauptuntersuchung

Die vorliegende Arbeit ging der übergeordneten Frage nach, ob sich Störungsspezifitäten auch in einem naturalistischen, ambulanten Setting von Körperpsychotherapien finden ließen als unterschiedliche Behandlungserfolge und, falls vorhanden, in welchem Umfang das der Fall war.

2.6.1.2.1 Frage H1 – F-Codierungen, einstellig

Unterscheidet sich der Therapieerfolg der Störungsgruppen, die aufgrund übergreifender Diagnostik gebildet wurden?

2.6.1.2.2 Frage H2 – F-Codierungen, mehrstellig

Unterscheidet sich der Therapieerfolg der Störungsgruppen, die aufgrund detaillierter Diagnostik, teils mit Nachcodierungen, gebildet wurden?

2.6.1.2.3 Frage H3 – Komorbidität

Unterscheidet sich der Therapieerfolg der Störungsgruppen, die unterschiedlich viele Diagnosen hatten?

2.6.1.2.4 Frage H4 – Clusteranalytische Störungsgruppen

Unterscheidet sich der Therapieerfolg der Störungsgruppen, die aufgrund einer Faktoren- und Clusteranalyse gebildet wurden?

2.6.2 Hypothesen

Die vorliegende Arbeit war als explorative Untersuchung einzustufen, da die bisherige Befundlage des Untersuchungsgegenstands unterrepräsentiert bis noch nicht vorhanden war. Explorative Untersuchungen waren nach Bortz und Döring (2006) eher hypothesengenerierend als hypothesenprüfend. Daraus folgte, dass die formulierten Hypothesen ebenfalls eher einen explorativen Anspruch hatten, der auch der Beschreibung der Befundlage diene.

2.6.2.1 Hypothesen Voruntersuchung

2.6.2.1.1 Hypothese V1 - Soziodemographie

Die acht untersuchten Körperpsychotherapien unterscheiden sich in den 13 soziodemographischen Variablen nicht signifikant.

Die 13 Variablen sind: Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulabschluss, Berufsabschluss, Partnerschaft, mit Partner zusammen lebend, Kinder, Kinderanzahl, Personen im Haushalt, Wartezeit, Therapiefinanzierung und vorherige psychotherapeutische Behandlung.

2.6.2.1.2 Hypothese V2 - Instrumentarien

Die acht untersuchten Körperpsychotherapien unterscheiden sich in den 13 Kennwerten der verwendeten 12 Instrumentarien zu den drei Erhebungszeitpunkten Therapiebeginn, nach 6 Monaten und Therapieende nicht signifikant.

Die 13 Instrumente / Kennwerte sind: SCL, IIP, BAI, BDI, BL, GesN, GesP, SWE, LZH, GRT, GRK, AVT und AVK (ausführlich s. u. 3.2 *Erhebungsinstrumente*).

2.6.2.2 Hypothesen Hauptuntersuchung

2.6.2.2.1 Hypothese H1 – F-Diagnosen, einstellig

Es gibt mindestens einen signifikanten Unterschied der vier folgenden Störungsgruppen nach ICD-10:

- F3 (Affektive Störungen)
- F4 (Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen)
- F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)
- F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen).

2.6.2.2.2 Hypothese H2 – F-Diagnosen, mehrstellig

Es gibt mindestens einen signifikanten Unterschied der neun detaillierten, teils nachcodierten, Störungsgruppen:

- F33 (Depression, rezidivierend)
- F40 / 41 (phobische Störungen / sonstige Angststörungen)
- F43.1 (Posttraumatische Belastungsstörung)
- F43.2 (Anpassungsstörung)
- F45 (somatoforme Störungen)
- F50 (Essstörungen)
- F60 / 61 (Persönlichkeitsstörungen / kombiniert und sonstige Persönlichkeitsstörungen)
- n43.2 (nachcodierte Anpassungsstörungen)
- alle and. (alle anderen F-Diagnosen).

2.6.2.2.3 Hypothese H3 - Komorbidität

Es gibt mindestens einen signifikanten Unterschied der vier Störungsgruppen mit unterschiedlicher ICD-10-Diagnoseanzahl:

Keine Diagnose

Einfachdiagnose

Doppeldiagnose

Mindestens Dreifachdiagnose.

2.6.2.2.4 Hypothese H4 – Clusteranalytische Störungsgruppen

Es gibt mindestens einen signifikanten Unterschied der clusteranalytisch gefundenen Störungsgruppen.

3 Methodik

3.1 Design der Untersuchung

3.1.1 Design der EWAK-Studie als Datenbasis

Datenbasis der vorliegenden Untersuchung war die bereits unter 2.3.3.2 *EWAK-Studie (Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien)* beschriebene Studie (Koemeda-Lutz et al., 2004, 2006).

Das Design der Studie wurde naturalistisch als 1-Gruppen-Prä-Post-Plan mit Eigenkontrollgruppe konzipiert (Strauß & Wittmann, 2005). Auf die Bildung einer externen Kontrollgruppe wurde aus ethischen Gründen (Buchholz, 2008; Fydrich, 2008), methodischen Problemen (Revenstorf, 2005) sowie dem damit verbundenen erheblichen Mehraufwand verzichtet. Es gab vier Untersuchungszeitpunkte: Therapiebeginn, nach 6 Monaten, Therapieende (spätestens 2 Jahre nach Beginn) und eine 1-Jahres-Katamnese.

Die Erhebung wurde anhand standardisierter Instrumente (Fydrich et al., 1996) durchgeführt, die bezüglich Körperpsychotherapie unspezifisch waren, um eine Datenbasis zu erhalten, die auch Vergleiche mit anderen Therapierichtungen ermöglichte (s. u. 3.2 *Erhebungsinstrumente* zur ausführlichen Darstellung der Instrumentarien).

Zur Teilnahme an der Studie aufgerufen wurden alle Institute bzw. Fachgesellschaften der EABP (European Association for Body Psychotherapy). Diese vertritt in der BRD 16 und in der Schweiz 12 Fachgesellschaften. Die Auswahl erfolgte nicht systematisch, sondern war allein Entscheidung der Institute. Jedes beteiligte Institut stellte einen Forschungskordinator, der die Datenerhebung organisierte. Zur Teilnahme wurden alle

Therapeuten aufgerufen, die die Ausbildung abgeschlossen hatten, zertifiziert und in ambulanter Praxis tätig waren. Weiterhin musste die Körperpsychotherapiemethode des Instituts als Hauptverfahren angewendet werden. Innerhalb bestimmter Zeitspannen wurden alle neu beginnenden Klienten über die Studie und die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert. Willigten sie in die erfragte Teilnahme ein, unterschrieben sie eine Einverständniserklärung. Diese blieb zur Anonymität beim Therapeuten. Die Anonymität gegenüber der Datenauswertung wurde durch einen 6-stelligen selbstgenerierenden Buchstabencode erreicht. Es wurde eine gesamte Stichprobe von mindestens 200 Klienten (25 pro Institut) bei Therapiebeginn angestrebt. Da die einzelnen Institute zu verschiedenen Zeitpunkten in die Untersuchung eintraten, erstreckte sich die Erhebung der Daten von 1998 bis 2006.

3.1.2 Design der Untersuchung der Störungsspezifität

Die Untersuchung ging der Frage nach, ob sich Störungsspezifitäten auch in einem naturalistischen, ambulanten Setting von Körperpsychotherapien als unterschiedliche Behandlungserfolge fanden und in welchem Umfang das der Fall war. Einschränkend war festzuhalten, dass keine einzelnen Behandlungs-techniken untersucht wurden, sondern die ‚allgemeine Technik‘ der acht untersuchten Körperpsychotherapien. Der Faktor Technik des Postulats der Störungsspezifität wurde damit verallgemeinert und konstant gehalten, variiert wurde der Faktor Störung. Weiter wurde die Methodik eher unspezifisch und heterogen gewählt, um dem Forschungsstand des Untersuchungsgebiets zu entsprechen, das sowohl im naturalistischen Bereich niedergelassener Psychotherapeuten als auch im Bereich der Körperpsychotherapien kaum erforscht war. Die detaillierten Angaben des Versuchsplans finden sich unter 3.4 *Statistische Datenanalyse*.

Die Katamnese konnte aufgrund zu geringer Fallzahlen ($n = 59$) nicht in die Untersuchung der Störungsspezifität aufgenommen werden. Die Stichprobe änderte sich gegenüber der EWAK-Studie durch Zunahme bei Therapieende von 160 auf 168 Fälle und die Änderung eines Falles bei der Einstufung von Therapiebeginn und der

Erhebung nach 6 Monaten. In den anderen Aspekten des Designs entsprach die vorliegende Untersuchung dem Design der EWAK-Studie.

3.2 Erhebungsinstrumente

3.2.1 Auswahl der Instrumente

Nach Baumann und Stieglitz (2001) kann die Auswahl der Erhebungsinstrumente theoriegeleitet oder technologisch erfolgen. Sind die Konstrukte der Untersuchungsverfahren mit den Konstrukten der Intervention in einem gemeinsamen theoretischen Rahmen verbindbar, liegt eine theoriegeleitete Auswahl vor. Eine technologische Auswahl der Instrumente orientiert sich dagegen zum Beispiel an Kriterien der internationalen Normierung, Ökonomie oder dem Bekanntheitsgrad. Gemäß dieser Einteilung fand die Auswahl der Instrumentarien technologisch statt, da sie auf der (inter-)nationalen Vergleichbarkeit und damit auch dem Bekanntheitsgrad beruhte.

Der Einsatz von Selbst- und Fremdbeurteilungen zusammen wurde gewählt, da eine Erhebungsart den Therapieerfolg nur unzureichend abbildet. So gehen Baumann und Stieglitz (2008a) davon aus, „dass Selbst- und Fremdbeurteilung unterschiedliche und nicht ersetzbare Perspektiven zur Abbildung von psychischen Phänomenen darstellen“ (2008a, S. 167).

Ähnlich verhält es sich mit den prospektiven und retrospektiven Erhebungen des Therapieerfolgs. Die prospektive Erhebung ist eine Veränderungsmessung und wird indirekt mit zwei Erhebungszeitpunkten durchgeführt, während die retrospektive Erhebung direkt erfasst wird mit einem Erhebungszeitpunkt (Nübling, Steffanowski, Wittmann & Schmidt, 2004). Auch diese Erhebungsstrategien sollten beide bei der Ermittlung des Therapieerfolgs angewendet werden. „Letztlich sind retrospektive Erfolgsbeurteilungen besonders durch den Zustand des Patienten am Ende der Therapie bestimmt, während Veränderungsmessungen stärker mit dem Zustand des Patienten vor der Therapie korrelieren (Vocks, Joormann, Michalak, Kosfelder & Meyer,

2005, S. 92; ebenso Hill & Lambert, 2004, sowie Steffanowski, Lichtenberg, Nübling, Wittmann & Schmidt, 2003).

In Tabelle 3.1 wurden die verwendeten Instrumentarien als Übersicht zusammengestellt mit der Beurteilungs-, Erhebungsart, Gesundheitsperspektive und dem verwendeten Kriterium.

Tab. 3.1: Übersicht der verwendeten Instrumente

Instrumente (abgekürzt)	Beurteilung (s = selbst, f = fremd)	Erhebung (i = indirekt, d = direkt)	Gesundheitsperspektive (p = pathologisch) (s = salutogenetisch) (sp = pathol. + salutog.)	Verwendetes Kriterium
SCL (GSI)	s	i	p	Durchschnittswert
IIP	s	i	p	Durchschnittswert
BAI	s	i	p	Summenwert
BDI	s	i	p	Summenwert
BL	s	i	p	Summenwert
GesN	s	i	p	Summenwert
GesP	s	i	s	Summenwert
SWE	s	i	s	Summenwert
LZH	s	i	s	Summenwert
GRT	f	i	p	Summenwert
GRK	s	i	p	Summenwert
AVT	f	d	sp	Einzelwert
AVK	s	d	sp	Einzelwert

Anmerkungen: SCL: Symptom-Checkliste von Derogatis - SCL-90-R (Franke 1995), IIP: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - IIP-D (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994), BAI: Beck Angst Inventar (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988), BDI: Beck-Depressions-Inventar

(Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994), BL: Beschwerdenliste (Zerssen, von, 1996), GesN: Gesundheitsskala-Neurotizismuswert (R. Lutz, Franzen, Heyn, Schmid, Sick & Steinl, 1995), GesP: Gesundheitsskala-Positivwert (R. Lutz et al., 1995), SWE: Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer, 1994), LZH: Lebenszufriedenheit (R. Lutz, 2000), GRK: Globales Rating/Klient (S. Schneider & Margraf, 1996), GRT: Globales Rating/Therapeut (S. Schneider & Margraf, 1996), AVT: Allgemeine Verbesserung des Therapieerfolgs/Therapeut (S. Schneider & Margraf, 1996), AVK: Allgemeine Verbesserung des Therapieerfolgs/Klient (S. Schneider & Margraf, 1996).

Abschließend sei noch darauf verwiesen, dass psychologische Tests immer subjektive Einschätzungen wiedergeben und keine eher objektiven Befunde im Sinne der Medizin darstellen (Kriz, 2003).

3.2.2 Einzelne Instrumente

3.2.2.1 Die Symptom-Checkliste – SCL-90-R

Die SCL-90-R (abgekürzt SCL) geht im Original auf Derogatis zurück, der 1977 jene Fassung mit ergänzendem Handbuch veröffentlichte, die seitdem benutzt wird. Das 'R' dieser Fassung steht für revised, da Derogatis noch einige Änderungen vornahm. Die deutsche Fassung der SCL stammt von Franke (1995).

Die SCL ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und besteht aus 90 Items. Von diesen werden 83 in den folgenden neun Skalen zusammengefasst: 1) Somatisierung, 2) Zwanghaftigkeit, 3) Unsicherheit im Sozialkontakt, 4) Depressivität, 5) Ängstlichkeit, 6) Aggressivität / Feindseligkeit, 7) Phobische Angst, 8) Paranoides Denken und 9) Psychotizismus. Die Skalen beinhalten zwischen sechs (6. und 8. Skala) und dreizehn (4. Skala) Items. Die verbleibenden 7 Items werden als Zusatzitems keiner Skala zugeordnet (Franke, 1995).

Die SCL ist nach Franke ab ca. 14 Jahren anwendbar, die Ausfülldauer beträgt 10-15 Minuten. Die fragende Formulierung lautete: 'Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?'. Die Antworten werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala gegeben. Diese reicht von 0 bis 4 und ist codiert mit: *überhaupt nicht, ein wenig, ziemlich, stark und sehr stark*. Zum Beispiel wird erfragt, wie sehr die Patienten unter Nervosität oder innerem Zittern litten.

Mit der Frage nach den letzten sieben Tagen, schließt die SCL nach Franke ein „Zeitfenster“ (1995, S. 5) zwischen sehr variablen momentanen Befindlichkeiten und überdauernden Persönlichkeitseigenschaften. Die wesentlichen Anwendungsgebiete der SCL sind bei Patienten mit psychischen Störungen gegeben in der Untersuchung intraindividuelle Veränderungen (psychotherapeutische und pharmakologische Interventionen) und in der psychopathologischen Diagnostik.

Für alle Skalen können u. a. Mittelwerte berechnet werden, mehrere Gesamtindices und ipsatierte Skalenwerte. Der häufigste verwendete Gesamtindex ist der GSI (global severity index), der die grundsätzliche psychische Belastung angibt (Mittelwert der angegebenen Items). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der neun Skalen variiert je nach Untersuchung zwischen 0,51 und 0,89 (Franke, 1995; Hessel et al., 2001).

Für die deutsche Version der Symptom-Checkliste wurde keine Neukonstruktion der Skalen durchgeführt, sondern die neun Skalen der Version von Derogatis übernommen aufgrund der internationalen Vergleichbarkeit bei einem seit 18 Jahren angewendeten Manual (Franke, 1995). Bei verschiedenen Untersuchungen der Faktorenstruktur fanden sich teils leicht andere neun Faktoren (Rief und Fichter, 1992) bis hin zu nur einem Generalfaktor (Hessel et al., 2001; Vassend und Skrondal, 1999).

Aufgrund der kulturellen Unterschiede zwischen der USA und der BRD wurde für die deutsche Version der Symptom-Checkliste eine neue Normierung der Stichprobe vorgenommen. Die Normierungsstichprobe setzte sich aus 1006 Angehörigen der Technischen Universität Braunschweig zusammen. Zielgruppe waren nach Franke (1995, S. 14) „... ‘ganz normale Menschen’ ...“. Ein Ausschlusskriterium war die eigene Beschreibung als „... ‘sehr krank’.“ (S. 14). Die Geschlechtszugehörigkeit war fast gleichverteilt.

Bei der Einzelauswertung der SCL sind die Faktoren Geschlecht und Bildung anhand der erstellten Normtabellen zu berücksichtigen (Franke, 1995).

3.2.2.2 Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - IIP

Das IIP-D (abgekürzt IIP) geht auf die drei Autoren Horowitz, Strauß und Kordy zurück. Ersterer begann Ende der siebziger Jahre mit der Arbeit an einem Programm zur Messung und Diagnose interpersonaler Probleme, das zur Entwicklung des IIP führte. Strauß und Kordy übertrugen das IIP, in Zusammenarbeit mit Horowitz, 1987 ins Deutsche (das 'D' steht für die Deutsche Version).

Das IIP ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und existiert in einer Kurzform mit 64 und einer Langform mit 127 Items. In beiden Fällen werden aber immer nur die 64 Items der Kurzform ausgewertet. Da das IIP interpersonale Probleme untersucht, werden die Fragen zu den einzelnen Items entsprechend formuliert: 78 Items mit der Formulierung 'Es fällt mir schwer, zu tun' und 49 Items mit 'Ich tue zu sehr' (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994). Die Antworten werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala gegeben. Diese reicht von 0 bis 4 und ist entsprechend mit *nicht, wenig, mittelmäßig, ziemlich und sehr* codiert.

Das Anwendungsgebiet liegt nach den Autoren in der „... **Status- und Prozessdiagnostik** [Hervorhebung im Original] für die Psychotherapie in Klinik und Forschung“ (Horowitz et al. 1994, S. 11). Da die interpersonale Theorie nicht schulengebunden ist, galt das den Autoren nach ebenso für das IIP.

Der theoretische Hintergrund des Inventars geht auf Sullivan zurück, der sich bereits 1953 mit interpersonalen Theorien befasste. Timothy Leary entwickelte 1957, aufbauend auf Sullivans Theorie, ein Circumplex-Modell des interpersonalen Verhaltens. Dieses enthält zwei Hauptdimensionen, 'Zuneigung' und 'Dominanz / Kontrolle'. Beide Dimensionen sind genau orthogonal zueinander angeordnet und haben jeweils zwei Extreme: 'Feindselig' und 'Freundlich' auf der Dimension der Zuneigung und 'Dominierend' und 'Unterwürfig' auf der Dimension der Kontrolle (Horowitz et al., 1994).

Die weiteren 4 Skalen ergeben sich als Schnittstellen zwischen den eben genannten Extremen. So bilden die Extreme 'Hassen' und 'Dominieren' die Skala 'Tadeln', aus 'Hassen' und 'Unterwerfen' folgt 'Schmollen', 'Unterwerfen' und 'Freundlich' führt zu 'Nachgeben' und aus 'Freundlich' und 'Dominieren' resultiert 'Beraten'.

Es wurde für die deutsche Version keine Neukonstruktion der Skalen durchgeführt, sondern die Skalen des IIP übernommen. Diese wurden nicht empiriegeleitet erstellt, da ihr Hintergrund, wie schon erwähnt, die Theorien Sullivans und Learys waren. Die Normierungsstichprobe zur deutschen Version bestand aus N = 1335 Probanden, die in drei Teilstichproben zerfiel: 506 Psychotherapiepatienten, 368 Rehabilitanten nach Herzerkrankung und 461 Studenten. Die Geschlechter waren annähernd gleich verteilt und bedingt durch die dritte Teilstichprobe der Studenten waren jüngere Probanden überrepräsentiert.

Die Faktoren Geschlecht und Alter sind bei der individuellen Auswertung des Tests anhand der erstellten Normtabellen zu berücksichtigen (Horowitz et al., 1994; Strauß, 2002).

3.2.2.3 Das Beck-Angst-Inventar - BAI

Die Publikation des Originalartikels des Beck-Angst-Inventars (abgekürzt BAI) geht auf Beck, Epstein, Brown und Steer (1988) zurück, das Manual auf Beck und Steer (1993). Die deutschsprachige Version stammt von Margraf und Ehlers (2007). Das BAI ist ein Selbstbeurteilungstest und erfasst somatische und kognitive Angstsymptome. Die Probanden geben auf einer 4-stufigen Likert-Skala von 0-3 (*Überhaupt nicht*, *Wenig (es störte mich nicht sehr)*, *Mittel (Es war sehr unangenehm, aber ich konnte es aushalten)* und *Stark (Ich konnte es kaum aushalten)*) an, wie sehr sie in den zurückliegenden 7 Tagen unter den einzelnen Symptomen litten. 13 Items erfassen physiologische Symptome, fünf erfassen kognitive Aspekte und drei Items erfassen sowohl somatische als auch kognitive Symptome. Von den 21 Items lehnen sich 19 an die Symptomlisten des DSM-III-R zur Klassifikation der generalisierten Angst und von Panikanfällen an. Der Anwendungsbereich liegt im gesamten klinischen und psychotherapeutischen Spektrum. Das BAI wurde nicht anhand von Diagnosesystemen konstruiert, so dass zwar Aussagen zur Schwere der Angstsymptomatik getroffen werden können aber keine Stellung einer Diagnose möglich ist (Möbius & Margraf, 2003).

Die Bearbeitungszeit des BAI beträgt 5-10 Minuten. Es kann sowohl bei Jugendlichen als auch Erwachsenen durchgeführt werden. Die Auswertung erfolgt durch Bildung des

Summenwertes aller gewichteten Items. Damit werden Werte zwischen 0 und 63 erreicht. Nach dem Manual von Beck und Steer (1993) stehen Gesamtwerte von 0-7 für minimale Ängstlichkeit, 8-15 für ein leichtes Maß, 16-25 für ein mittleres Maß und alle Werte ab 26 für eine hohe Ausprägung von Ängstlichkeit.

Der theoretische Hintergrund war einerseits das Ziel, einen einfachen Test zu konstruieren zur Erfassung der Schwere verbreiteter klinischer Angstsymptome. Weiterhin sollte ein weniger abhängiger Test von depressiver Symptomatik geschaffen werden, die bis dato konfundiert war mit den vorhandenen Angstkonstrukten. Die Itemliste des BAI wurde aus anderen Verfahren entwickelt, die zur Zeit der Konstruktion verbreitet waren.

Die Faktorenstruktur wird im Originalartikel von Beck et al. (1988) mit einer 2-Faktoren-Lösung angegeben: Somatische Symptome und subjektive / panikartige Symptome. Im Manual dagegen (Beck & Steer, 1993) wird das Ergebnis einer Clusteranalyse mit 4 Clustern der Angstsymptome angegeben: neurophysiologische, subjektive, panikartige und autonome Symptome. Für beide Varianten finden sich nach Möbius und Margraf (2003) bestätigende Untersuchungen.

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) ist als hoch einzustufen. Sie liegt bei gemischten psychiatrischen Stichproben bei 0,92 (Beck et al., 1988) und bei Probanden mit einer Angststörung zwischen 0,85 und 0,93 (Beck und Steer, 1993). Für die deutschsprachige Version fanden sich sehr ähnliche Werte. Die Retestreliabilität liegt nach Beck et al. (1988) nach einer Woche bei $r = 0,75$. Auch über die Dauer von 18 Monaten fanden Möbius und Margraf (2003) eine eher hohe zeitliche Stabilität der Retestreliabilität mit r von 0,50 bis 0,60. Die konvergente Validität lag bei der deutschen Version zur Subskala Ängstlichkeit der SCL-90-R bei $r = 0,73$ und zur STAI-Traitskala (State Trait Anxiety Inventory) bei $r = 0,48$. Aufgrund der Konstruktion des BAI (s. o.) zeigt dieses wie gewünscht, eine diskriminante Überlegenheit gegenüber dem STAI: BAI / BDI $r = 0,47$ und BAI / STAI-Trait $r = 0,80$ (Margraf & Ehlers, 2007). Cox, Cohen, Dorenfeld & Swinson (1996) kritisieren, dass die BAI im wesentlichen nur panikartige Symptome erfasst, was zwar zur beabsichtigten Erhöhung der diskriminanten Validität gegenüber Depression führt aber gleichzeitig das Konstrukt der Angst verzerrt.

Für die deutsche Fassung wurden Normwerte ermittelt aus einer repräsentativen

Erhebung (n = 3000) bezüglich Geschlecht, Alter und Ost- / Westdeutschland.

3.2.2.4 Das Beck-Depressionsinventar - BDI

Das Beck-Depressionsinventar (abgekürzt BDI) geht in der Originalfassung auf Beck, Ward, Mendelson, Mock und Erbaugh (1961) zurück, die deutsche Fassung wurde 1992 von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller veröffentlicht. Das BDI liegt in mehreren deutschen Fassungen bzw. Übersetzungen vor, die sich auch aus der Anpassung an die Diagnosesysteme ICD und DSM ergaben. Das BDI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und erhebt die Schwere depressiver Symptomatik bei klinischen und psychotherapeutischen Stichproben – insbesondere Patienten mit depressiver Störung. Der Altersrange der Anwendbarkeit liegt zwischen 16 und 80 Jahren. Die Bearbeitungszeit beträgt ungefähr 10 Minuten. Erfragt werden 21 Gruppen von Aussagen, die depressive Symptome beschreiben. Jeweils sind vier Aussagen möglich, die nach zunehmender Belastung angeordnet sind: 0 = nicht vorhanden, 1 = leichte Ausprägung, 2 = mäßige Ausprägung und 3 = schwere Ausprägung. Die Patienten sollen aus jeder Gruppe die Aussage wählen, die bezogen auf die zurückliegenden 7 Tage am besten auf sie zutrifft (Hautzinger, 1992).

Theoretischer Hintergrund des BDI waren klinische Beobachtungen von Patienten ohne ein explizit zugrundeliegendes ätiologisches Modell. Allerdings überwiegen affektive, kognitive und somatische Items, während z. B. motorische Auffälligkeiten, Gewichtszunahme oder erhöhtes Schlafpensum nicht berücksichtigt wurden. 9 der 21 Items beziehen sich auf kognitive Auffälligkeiten. Da Beck selbst auch eine kognitive Theorie der Depression entwickelte (Beck et al., 1979), kann wohl von einem impliziten kognitiven Ätiologiemodell gesprochen werden.

Innerhalb der Psychotherapie depressiver Störungen ist das BDI eines der häufigsten angewendeten Verfahren, wird aber auch im gesamten klinischen bzw. sozialpsychologischen Bereich oft angewendet.

Faktorenanalytische Untersuchungen ergaben nach Hautzinger et al. (1992) meist vier und bis zu sieben Faktoren. Allerdings gingen die meisten Autoren von einem Generalfaktor aus, da die Interkorrelationen der Faktoren hoch und die aufgeklärte

Varianz einzelner Faktoren gering war. Damit lag die Annahme eines Generalfaktors nahe und die Auswertung in Form eines Summenwertes aus der Addition aller vom Probanden angegebenen Skalenstufen. Dieser drückt die Schwere der depressiven Symptomatik aus und kann Werte zwischen 0 und 63 annehmen. Werte von 0 bis 11 werden als klinisch unauffällig oder remittiert interpretiert, Werte über 11 gelten als leichte Depression, ab 18 wird von einer klinischen Signifikanz ausgegangen und ab Werten von 27 von einer schweren Depression.

Die Reliabilität als innere Konsistenz ist hoch einzustufen (Kammer, 1983, mit 0,82 für die deutsche Version; ebenso Richter, Werner & Bastine, 1994). Die Korrelationen mit anderen Erhebungsinstrumenten depressiver Symptomatik liegen nach Hautzinger (2002) zwischen 0,79 und 0,89. Dagegen fanden Schotte, Maes, Cluydts, De Doncker & Cosyns (1997) nur eine Korrelation zwischen dem BDI und der Hamilton-Depressionsskala von 0,36. Victor (2004) zieht daraus den Schluss, dass beide Instrumentarien nicht austauschbar sind.

Die Retest-Reliabilität ist nicht hoch, was allerdings auch als intendierte Änderungssensitivität betrachtet werden kann. Validität ist nach Hautzinger (1991) inhaltlich durch die Ausrichtung an den internationalen Diagnosesystemen gegeben. Nach Richter (1991) ist auch die Konstruktvalidität nachgewiesen.

Normwerte, die auf einer Eichstichprobe basieren und gegebenenfalls nach Alter und Geschlecht differenzieren, existieren nicht, allerdings Vergleichswerte für verschiedene klinische Gruppen.

3.2.2.5 Die Beschwerdenliste - BL

Die Beschwerdenliste (abgekürzt BL) geht auf von Zerssen zurück. Die Anwendung kann sowohl bei psychisch Kranken als auch Gesunden im Alter von 15 – 79 Jahren erfolgen. Die Bearbeitungszeit beträgt 1 – 5 Minuten. Die BL liegt auch in einer Parallelfom (BL') vor.

Die BL ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das die subjektive Beeinträchtigung durch v. a. körperliche und allgemeine Beschwerden erhebt.

Theoretischer Hintergrund war weniger eine Theorieannahme als die Beobachtung, dass Patienten oft über viele körperliche und allgemeine Beschwerden klagen – auch wenn sie keine oder keine schweren körperlichen Erkrankungen haben und diese körperorientierten Klagen auch dann nachlassen, wenn sich ‚nur‘ eine eindeutig psychische Besserung einstellt (Zerssen, von, 1981). Nach von Zerssen werden auch körperliche Symptome leichter von den Patienten berichtet als psychische (2002), da erstere keinen inneren Widerständen unterliegen. Entsprechend resultiert der Bezug zur Psychotherapie über dieses Phänomen, dass die Reduktion der körperlichen Beschwerden als indirektes Kriterium einer erfolgreichen Psychotherapie definiert werden kann.

Die Entwicklung des Tests erfolgte aus einer Beschwerdenliste somatisch -, psychisch - und psychosomatisch Erkrankter, die nach der klinischen Erprobung sowohl Item- als auch Faktorenanalysen unterzogen wurden bis zum Resultat der beiden Parallelformen.

Beide Formen bestehen aus je 24 Items. Erfragt wird, wie stark bei den Probanden *zur Zeit* Beschwerden auftreten, die durch einfache Substantive (z. B. Übelkeit) beschrieben werden. Der Belastungsgrad wird durch eine 4-stufige Skala (*gar nicht, kaum, mäßig* und *stark*) mit 0-3 erfasst. Ausgewertet wird ein Summenwert. Dieser kann Werte zwischen 0 und 72 erreichen.

Das Gütekriterium der Paralleltest-Reliabilität liegt bei 0,85 in der Eichstichprobe und 0,88 bei einer Gruppe psychiatrischer Patienten. Ebenso fanden sich bedeutende Korrelationswerte (0,60 – 0,70) mit anderen Tests, die entsprechende Beschwerden erfassen (Zerssen, v., 2002). Es wurde eine repräsentative Eichstichprobe aus der Bevölkerung der BRD erhoben im Alter zwischen 20 und 64 Jahren (N = 1761), die eine ausreichende Normierung gewährleistet (Zerssen, v., 1986).

3.2.2.6 Die Gesundheitsskala - Ges

Die Gesundheitsskala stammt aus der Marburger Gesundheitsstudie (R. Lutz et al., 1995). Sie ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und eine der wenigen Skalen, in der pathologische und salutogenetische Items gemischt verwendet werden. Erhoben werden überwiegend positive oder negative Kognitionen in Form von Einstellungen. Der Anwendungsbereich liegt nach den Autoren sehr breit gefächert im ganzen Spektrum des Gesundheitswesens. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 5 Minuten.

Theoretischer Hintergrund ist der empirische Befund, dass Kranke und Gesunde nicht getrennte Populationen darstellen, sondern sich die Verteilungen überlappen (R. Lutz et al., 1995; sowie R. Frank, 2007; R. Lutz & Ahlswede, 2008; Renneberg & Hammelstein, 2006). Die Entwicklung des Tests fand über mehrere Schritte statt, in denen ein Itempool immer mehr reduziert wurde nach den Testgütekriterien und weiteren methodischen Ansätzen (R. Lutz, 1995).

Insgesamt umfasst der Test 28 Items, bei denen der Proband auf einer 4-stufigen Likert-Skala seine Einschätzung angibt auf den Stufen: 0 = ‚stimmt nicht‘, 1 = ‚stimmt kaum‘, 2 = ‚stimmt eher‘, 3 = ‚stimmt‘. Aus den 14 pathologischen Items (z. B. ‚Ich habe häufig das Gefühl, im Stress zu sein‘) wird ein Summenwert berechnet (GesN, das ‚N‘ steht für negativ) und aus den 14 salutogenetischen Items (z. B. ‚Ich kann mich schnell und sicher entscheiden‘) ebenso ein Summenwert (GesP, das ‚P‘ steht für positiv).

Für die GesP-Skala liegen von R. Lutz et al. (1995) Werte einer gesunden und einer kranken Stichprobe vor, die in Tabelle 3.2 aufgeführt wurden. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt meistens bei 0,90 (R. Lutz, 2009).

Tab. 3.2: Kennwerte einer gesunden und kranken Stichprobe der GesP-Skala

Gesundheitszustand	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Gesunde (n=119)	44,66	6,30	26	56
Kranke (n=130)	32,78	8,27	14	56

Anmerkungen: Keine

3.2.2.7 Die Selbstwirksamkeitserwartung - SWE

Autoren des Tests zur Selbstwirksamkeitserwartung (abgekürzt SWE) sind Schwarzer und Jerusalem. Insgesamt wird die Skala seit mehr als 20 Jahren eingesetzt und ist nur leicht redaktionell verändert worden. Der Anwendungsbereich liegt bei Jugendlichen und Erwachsenen von 12 Jahren bis ins hohe Alter. Die Bearbeitungszeit beträgt ungefähr 4 Minuten (Schwarzer und Jerusalem, 1999).

Der Test stellt ein Selbstbeurteilungsverfahren dar mit 10 Items, das die allgemeine optimistische Selbstüberzeugung erfasst. Diese wird definiert als subjektives Vertrauen in die eigene Person, eine schwierige Situation erfolgreich zu meistern (Schwarzer, 1994). Der theoretische Hintergrund des Tests ist das Konzept der Selbstwirksamkeit von Bandura, das wiederum Teil der sozial-kognitiven Theorie von Bandura ist (1997). Innerhalb der Psychotherapie ist die Selbstwirksamkeitserwartung vielfach einsetzbar und stellt als recht stabile Persönlichkeitsdimension (trait) eher eine Ausnahme dar zu den anderen meist variableren Konstrukten (states). In einer Untersuchung von Casey, Oei & Newcombe (2005) war das Konstrukt der Selbstwirksamkeit prognostisch relevanter für die Reduktion der Symptome als die therapeutische Arbeitsbeziehung. Nach Schwarzer (2002) kann die Selbstwirksamkeitserwartung auch als erwartete Copingkompetenz aufgefasst werden.

Die Entwicklung des Tests begann 1979 mit einem Itempool, der mehreren Hundert Schülern vorgelegt und in der Folge psychometrisch untersucht wurde. Seit 1981 existiert die Fassung mit 10 Items. Immer wieder wurde bei Untersuchungen eine einfaktorielle Struktur gefunden (Schwarzer, 1994).

Der Aufbau des SWE-Tests ist eine eindimensionale Skala. Alle 10 Items sind gleichsinnig gepolt und werden auf einer 4-stufigen Likert beantwortet. Jedes Item drückt eine stabile Attribution des Erfolgs aus, wodurch die Skala lediglich die positiven Aspekte von Selbstwirksamkeit abbildet. Der individuelle Testwert ergibt sich als Summenwert aller 10 Items und liegt zwischen 10 und 40.

Das Gütekriterium der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) streut innerhalb vieler deutschen Stichproben zwischen 0,80 und 0,90 und innerhalb von 23 Nationen zwischen 0,76 und 0,90. Kriteriumsvalidität ergibt sich nach Schwarzer und Jerusalem

(1999) aus den positiven Korrelationen mit dem dispositionalen Optimismus (Schwarzer, 1999) und mit Arbeitszufriedenheit, sowie negativen Korrelationen mit Ängstlichkeit und Depressivität. Prognostische Validität ließ sich nach Schwarzer (2002) nachweisen durch die Vorhersage individueller Unterschiede bei körperlichen Beschwerden und Depressivität über zwei Jahre hinweg.

Normen in Form von T-Werten sind im Internet angegeben (http://www.fu-berlin.de/gesund/skalen/t_norms.htm [06.04.2009]). Der Mittelwert liegt bei den meisten Stichproben bei 29 Punkten und die Standardabweichung bei 4 Punkten (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

3.2.2.8 Die Lebenszufriedenheit - LZH

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (abgekürzt LZH) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und stammt aus dem Marburger Untersuchungsinstrumentarium (R. Lutz, 2000), das ca. 60 Skalen enthält. Bei der LZH werden personenzentrierte Items erhoben, die nach R. Lutz und U. Schneider (2000) generelle Aussagen zum Selbstkonzept erfassen und ein direktes Maß für seelische Gesundheit darstellen. Der Anwendungsbereich liegt nach R. Lutz breit gefächert im ganzen Spektrum des Gesundheitswesens. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 3 Minuten.

Insgesamt 12 Items erfassen die Zufriedenheit des Probanden in verschiedenen Lebensbereichen (in Klammer die Anzahl der jeweiligen Items): Gesundheit (1), Geld / Einkommen (1), Beruf und ähnliche Tätigkeiten (1), Ehe / Partnerschaft (1), Familienleben (1), Nachbarschaft (1), Freundeskreis (1), Freizeit (3), Wohnsituation (1) und gesellschaftliches Ansehen (1).

Theoretischer Hintergrund der LZH, wie des gesamten Marburger Untersuchungsinstrumentariums, ist der Ansatz der Salutogenese von Antonovsky (1988), der in einem eindimensionalen Modell der Pathogenese die Salutogenese gegenüberstellte. Weiterentwicklungen des Ansatzes gehen auch – zumindest potentiell - von einem zweidimensionalen oder bipolaren Krankheitsmodell aus, in dem kranke und gesunde Faktoren unabhängig voneinander vorkommen (Lutz et al., 1995; Lutz & Mark, 1995).

Die Angaben des Probanden werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala aufgenommen (*sehr unzufrieden, eher unzufrieden, eher zufrieden, zufrieden und sehr zufrieden*). Aus diesen wird ein Summenwert berechnet.

Als Gütekriterien ist nur die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) bekannt mit ca. 0,90 in verschiedenen Untersuchungen (R. Lutz, 2009).

3.2.2.9 Globale Ratings von Klient und Therapeut

3.2.2.9.1 Globales Rating / Klient (GRK) und Globales Rating / Therapeut (GRT)

Nach S. Schneider und Margraf (1996) sollten nicht nur direkte Störungsaspekte erhoben werden, sondern auch ob und in welchem Umfang allgemeine Lebensbereiche beeinträchtigt sind. Hierzu entwickelten sie eine Standardform (Margraf & S. Schneider, 1990). Die globalen Ratings (abgekürzt GR) dienen der Erfassung der Belastung des Probanden in verschiedenen Lebensbereichen. Erfasst werden: 1) Arbeit und Ausbildung, 2) Freizeit und Sozialleben, 3) Familienleben und häusliche Pflichten und 4) Körperliches Wohlbefinden. Die Formulierungen folgen weitgehend dem Vorschlag von S. Schneider und Margraf (1996) für die ersten drei Bereiche, während die Erfassung des körperlichen Wohlbefindens für die EWAK-Studie entsprechend ergänzt wurde.

Die vier Ratings wurden als Selbstbeurteilungsverfahren sowohl vom Klienten (GRK) als auch vom Therapeuten (GRT) angegeben. In der Originalfassung wurde eine 5-stufige Likert-Skala verwendet mit den Kategorien: *gar nicht, ein wenig, mäßig, schwer und sehr schwer/massiv beeinträchtigt*. In der angewandten Form der vorliegenden Studie wurde eine 9-stufige Likert-Skala benutzt indem noch vier Zwischenstufen (nur mit Ziffern bezeichnet) eingeführt wurden, um das Konstrukt genauer zu erfassen. Die entsprechende Frage lautete dann im Bereich der Arbeit und Ausbildung in der Fassung für den Klienten: „Schätzen Sie Ihre Beeinträchtigung bei Arbeit oder Ausbildung auf dieser 0-8 Skala ein“.

Für die GRs lagen keine Normierungen und keine Gütekriterien vor. Es konnte lediglich auf Vergleichswerte aus anderen Studien zurückgegriffen werden.

3.2.2.9.2 Allgemeine Verbesserung des Therapieerfolgs / Therapeut (AVT) und Allgemeine Verbesserung des Therapieerfolgs / Klient (AVK)

Auch die Einschätzung der allgemeinen Verbesserung oder Verschlechterung des Therapieerfolgs (abgekürzt AV) geht auf S. Schneider und Margraf zurück (1996) und hat einen ähnlichen Aufbau wie die GRs. Ebenso handelt es sich um ein Selbst- (Klient) und Fremdbeurteilungsverfahren (Therapeut). Die Erfassung wird allerdings retrospektiv durchgeführt – im Gegensatz zu allen anderen prospektiven Instrumentarien. Es wird direkt nach der Änderung seit Therapiebeginn gefragt. S. Schneider und Margraf (1996) betonen, dass die Erfassung nicht nur Verbesserungen, sondern auch Verschlechterungen enthalten muss, da sonst eine Verzerrung der Ergebnisse entsteht. Die Formulierung zur Beantwortung lautet (nach einer kurzen Erklärung) im Fall des Klienten: ‚Im Vergleich zum Beginn der Therapie fühle ich mich:‘. Geantwortet wird auf einer 7-stufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten: *sehr viel besser, viel besser, etwas besser, unverändert, etwas schlechter, viel schlechter, sehr viel schlechter*.

Auch für die AVs lagen keine Normierungen und keine Gütekriterien vor. Wodurch lediglich auf Vergleichswerte aus anderen Studien zurückgegriffen werden konnte.

3.3 Nachcodierung der Diagnostik

Die Diagnostik wurde nicht standardisiert durchgeführt und auch nicht retrospektiv von externen Ratern überprüft. Dadurch war sie mit einem erheblichen Unsicherheitsfaktor behaftet (s. a. unter 2.4.2.3 *Inhaltliche Aspekte der Störungsspezifität*). Auch die Häufigkeit der angegebenen ICD-10-Diagnosen von 59,7 % war eher als gering einzustufen. Zwar hatten 13,4 % der Therapeuten allgemeine Diagnoseangaben gemacht (z. B. Posttraumatische Belastungsstörung), die sich relativ sicher direkt in eine ICD-10-Diagnose überführen ließen, doch stellte auch dieses Vorgehen eine leichte Reduktion der Sicherheit der Diagnosen dar. Für die restlichen 27 % der Diagnosen wurde zur Untersuchung der Störungsspezifität ein Algorithmus erstellt, der eine Nachcodierung vornahm. Die Entscheidungsregeln waren folgende:

- F-Diagnosen der ICD-10 (z. B. F41.0) hatten Priorität vor allgemeinen Diagnoseangaben (z. B. Panikstörung) und diese wiederum vor allgemeinen Angaben (z. B. Angst oder ängstlich).
- bei Mehrfachdiagnosen (ICD-10) hatten Priorität die beiden Diagnosen Essstörung und Somatisierung aufgrund des engen Bezugs zur Körperpsychotherapie und wurden an erste Stelle gesetzt. Bei allen anderen Mehrfachdiagnosen blieb die Reihenfolge erhalten.
- Die Diagnose des Therapeuten hatte Priorität vor den Anliegen des Klienten. Auf die Angaben der Klienten wurde nur zurückgegriffen, wenn die Angaben des Therapeuten nicht ausreichend waren.
- Wurden nur in einem allgemeinen Sinne Symptome angegeben (z. B. Angst im Beruf) wurde eine Anpassungsstörung (F43.2) nachcodiert (Caspar et al., 2008a).

Die Nachcodierung wurde konservativ durchgeführt, indem nur grobe ICD-10-Angaben gemacht wurden - z. B. F4a, wenn nicht näher bezeichnete Ängste angegeben wurden. Hierbei konnte nicht nur auf Angaben der Therapeuten zurückgegriffen werden, sondern bei Bedarf wurden die Angaben der Klienten zusätzlich verwendet („Welches Anliegen führt(e) den Klienten/die Klientin in körperpsychotherapeutische Behandlung?“, erhoben durch die Therapeuten).

Einen Sonderfall stellten die Persönlichkeitsstörungen dar. Zum einen waren sie in den ersten Sitzungen in denen die Diagnostik stattfand nicht immer sicher zu diagnostizieren und zum anderen betrachteten die Klienten selbst meistens nur bestimmte Persönlichkeitsstörungen als krankheitsrelevant und kamen mit diesen zur Psychotherapie (Borderline-Störungen, F60.31; ängstlich (vermeidende), F60.6 und schizoide Persönlichkeitsstörungen; F60.1; Fiedler, 2007).

Deshalb wurden die Auswertungen der beiden ersten Hypothesen (F-Codierungen der ICD-10) auf zwei Arten durchgeführt. Im ersten Fall wurden die Persönlichkeitsstörungen nur in den drei gerade genannten Fällen auch als solche codiert, was einer ‚klientenorientierten‘ Diagnostik entsprach. Alle anderen Angaben von Persönlichkeitsstörungen wurden den Anpassungsstörungen zugeordnet. Im anderen

Fall wurden alle Persönlichkeitsstörungen auch als solche weiter codiert, was als ‚therapeutenorientierte‘ Diagnostik bezeichnet wurde.

3.4 Statistische Datenanalyse und Untersuchungs-plan

Die Rohdaten wurden in das Computerprogramm SPSS (Statistical Package for the Social Science, Version 15) eingegeben und mit diesem ausgewertet.

3.4.1 Voruntersuchung – Homogenität der Körperpsychotherapien

Ziel der Vorstudie war die Untersuchung der Homogenität der acht teilnehmenden Körperpsychotherapien in zwei Bereichen.

Soziodemographie (Hypothese V1): Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulabschluss, Berufsabschluss, Partnerschaft, mit Partner zusammen lebend, Kinder, Kinderanzahl, Personen im Haushalt, Wartezeit, Therapiefinanzierung und vorherige psychotherapeutische Behandlung.

Die Untersuchung wurde mit dem Chi²-Test durchgeführt.

Instrumentarien (Hypothese V2): Es wurden alle 13 Kennwerte der 12 verwendeten Instrumente untersucht (SCL, IIP, BAI, BDI, BL, GesN, GesP, SWE, LZH, GRT, GRK, AVT und AVK; s. u. 3.2 *Erhebungsinstrumente*).

Die Untersuchung wurde mit zweifaktorieller ANOVA durchgeführt (Faktor Institut und Faktor Test).

3.4.2 Hauptuntersuchung – Störungsspezifität

3.4.2.1 Unabhängige Variablen

Als unabhängige Variablen gingen die verschiedenen Störungsgruppen der Hypothesen wie bereits unter 2.6 *Fragestellungen* beschrieben in die Untersuchung ein.

Innerhalb der beiden ersten Hypothesen wurden zwei Codierungsarten der Persönlichkeitsstörungen vorgenommen und verglichen: eine ‚klientenorientierte‘ und eine ‚therapeutenorientierte‘ Codierung (s. ausführlich u. 3.3 *Nachcodierungen*).

F-Codierungen, einstellig (Hypothese H1)

Es wurden vier Störungsgruppen untersucht: F3, F4, F5 und F6.

F-Codierungen, mehrstellig (Hypothese H2)

Es wurden neun Störungsgruppen untersucht: F33, F40 / 41, F43.1, F43.2, F45, F50, F60 / 61, n432 und alle anderen.

Komorbidität (Hypothese H3)

Es wurden vier Störungsgruppen untersucht: Keine, Einfach-, Doppel- und Drei- und Mehrfachdiagnosen.

Clusteranalytische Störungsgruppen (Hypothese H4)

Ziel war die Bildung von Störungsgruppen aufgrund aller verwendeter Tests, die unabhängig von der Diagnostik der ICD-10 waren. Lediglich die beiden direkt erhobenen Instrumente (Allgemeine Verbesserung des Therapieerfolgs von Therapeut, AVT, und Klient, AVK) wurden nicht aufgenommen, da sie bei Therapiebeginn noch nicht erhoben wurden. Als angemessene Verfahren wurden die Faktorenanalyse zur Datenreduktion und eine anschließende Clusteranalyse zur Bildung der Gruppen verwendet (Bortz, 1999, Bortz und Döring, 2006, Tabachnick & Fidel, 2007).

Im ersten Schritt wurde eine Faktorenanalyse der 10 Items der Lebenszufriedenheit und der jeweils vier Items des Globalen Ratings von Klient und Therapeut durchgeführt, um deren Items zusammenzufassen, da sie keinen direkten Störungsbezug hatten. Damit gingen 18 Items in diese Faktorenanalyse ein. Die Berechnung erfolgte mit der Hauptkomponentenanalyse und anschließender Varimaxrotation (Revenstorf, 1978, 1980, Holz-Ebeling, 1995). Die Anzahl interpretierter Faktoren richtete sich nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium, dem Scree-Test und einer sinnvollen Interpretierbarkeit der Faktoren.

Im zweiten Schritt gingen die gefundenen Faktoren in eine erneute Faktorenanalyse mit den anderen Tests bzw. Subtests ein. Von der Marburger Gesundheitsskala wurden die beiden Subskalen P und N verwendet, von der SCL-90-R alle neun Subskalen und vom IIP alle acht Subskalen. Weitere Elemente waren die Summenwerte von SWE, BAI, BDI, BL und die beiden Faktoren der ersten Faktorenanalyse, womit die Summe der Elemente der zweiten Faktorenanalyse 25 betrug. Die Berechnungen und Interpretationsschritte wurden wie bei der ersten Faktorenanalyse durchgeführt.

Im dritten Schritt wurden die gefundenen Faktoren mittels Clusteranalyse untersucht. Die Clusteranalyse wurde mit dem k-means-Algorithmus als häufigst angewendetes nicht hierarchisches Verfahren durchgeführt (Bortz, 1999; Hair & Black, 2002). Dieser vorangestellt wurde zur notwendigen Ermittlung der Clusteranzahl eine hierarchische Clusteranalyse mit der Fusionsmethode Zentroid (Bortz, 1999; Tabachnick & Fidel, 2007). Die Ergebnisse wurden auf Interpretierbarkeit überprüft und danach als Störungsgruppen der vierten Hypothese der Hauptuntersuchung verwendet.

3.4.2.2 Abhängige Variable

Als abhängige Variable wurde die Besserung der Klienten definiert. Erfasst wurde diese anhand der 9 Tests (10 Kennwerte) mit indirekten Eigenratings der Klienten (s. Tab. 3.1). Die drei weiteren Instrumentarien (GRT, AVT, AVK) wurden gesondert untersucht. Die Zusammenfassung erfolgte auf zwei Arten.

z-Werte

Anhand von z-Werten wurden die unterschiedlichen Dimensionen der Instrumentarien vereinheitlicht. Um die pathologischen und salutogenetischen Skalen zusammenzufassen, wurden die salutogenetischen mit -1 multipliziert.

Faktorenanalyse

Eine Zusammenfassung aufgrund der Faktorladungen einer Faktorenanalyse der Instrumentarien wurde durchgeführt, um eine möglicherweise mehrdimensionale Struktur zu überprüfen und zu berücksichtigen. Festgelegt wurde hierzu die Anwendung einer Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimaxrotation. Weiter wurden zwei Bedingungen für diese Art der Zusammenfassung festgelegt: Der aufgeklärte gesamte Varianzanteil der ermittelten und interpretierten Faktoren musste mindestens 60 % betragen und es musste eine sinnvoll interpretierbare Faktorenstruktur gefunden werden. In diesem Fall wurden die Faktorladungen nach der Rotation als Gewichtungsfaktoren bei der Zusammenfassung verwendet.

3.4.2.3 Kontrollvariablen

Für einige Instrumentarien lagen Normtabellen für soziodemographische Variablen bei individueller Auswertung vor: SCL: Geschlecht und Bildung (Franke, 1995), IIP: Geschlecht und Alter (Horowitz et al., 1994), BL: Geschlecht (Zerssen, von, 2002). Vergleichswerte des BDI berücksichtigten Geschlecht und Alter (Hautzinger, 2002). Mit den Vergleichswerten der übrigen Instrumentarien zusammengenommen stellten Geschlecht und Alter die wichtigsten soziodemographischen Faktoren dar, die das Therapieergebnis beeinflussen konnten. Dennoch war die Befundlage hierzu nicht eindeutig. Von Schreiber-Willnow & Seidler lag eine Studie zur Konzentrativen Bewegungstherapie vor, die zwar nicht Untersuchungsgegenstand war aber als Körperpsychotherapie dem relativ nahe kommt: „Es zeigt sich, dass Geschlecht und Alter keine prädiktive Bedeutung für das Behandlungsergebnis haben und auch nicht deutlich hinsichtlich des Behandlungsverlaufs differenzieren“ (2002, S. 343). Daig, Burkert, Albani, Martin und Brähler (2008) berichteten, dass Frauen häufiger über körperdysmorphe Störungen klagen und die Beurteilung des Körperbildes geschlechtsspezifisch ist, was wiederum für die Aufnahme des Geschlechts als

Kontrollvariable sprach.

Aus diesen Gründen wurden Geschlecht und Alter als Kontrollvariablen in das Untersuchungsdesign aufgenommen.

Eindeutiger war die Befundlage bei den beiden anderen Kontrollvariablen: Anfangsbelastung und Therapiedauer. Dass die Aufnahme der Anfangsbelastung als Kontrollvariable erforderlich war, ergab sich aus dem zu erwartenden Regressionseffekt (Nachtigall & Suhl, 2002a; Nachtigall & Suhl, 2002b; Suhl & Nachtigall, 2002). Die Therapiedauer war ebenso zu berücksichtigen, da es als gesichert angesehen werden konnte, dass die Besserung während der Psychotherapie abhängig vom Faktor Zeit war (Howard et al., 1986; s. a. unter 3.4.3).

3.4.2.4 Prüfverfahren

Die Hauptuntersuchungen wurden mit zweifaktorieller ANCOVA durchgeführt (Faktor Störungsgruppen, 2- bis 9-fach gestuft, und Faktor Messwiederholung, 3-fach gestuft).

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Überprüfung der Mittelwertsunterschiede auf Signifikanz mit dem F-Test sind Normalverteilung der Fehlerkomponenten und Homogenität der Varianzen. Auf diese Überprüfung wurde aus drei Gründen verzichtet (Bortz, 1999; Tabachnick & Fidel, 2007): Varianzanalytische Verfahren sind bei Stichprobengrößen ≥ 10 relativ robust (insbesondere Kovarianzanalysen). Diese Grenze wurde nur ein mal ($n = 8$) in 19 Fällen unterschritten, die nächste Zellengröße lag mit 12 bereits über der Grenze und die durchschnittliche Zellengröße lag mit 31,6 weit über dieser Grenze. Durch die deutliche Anhebung der Signifikanzgrenzen aufgrund der Testkumulierung (s. u. 3.4.4 *Signifikanzniveau*) wurde gleichzeitig möglichen Auswirkungen von Verletzungen der Voraussetzungen entgegengewirkt. Und als drittes steht bei explorativen Untersuchungen, wie bereits erwähnt, die Hypothesengenerierung im Vordergrund und nicht die Hypothesenprüfung für die mögliche Verletzungen der Voraussetzungen weit wichtiger sind.

3.4.3 Nachuntersuchungen

Im Anschluss an die Hauptuntersuchung der vier Hypothesen wurde noch die Therapiedauer allein als abhängige Variable untersucht, sowie eine multiple Regressionsanalyse gerechnet zur Untersuchung des Einflusses der Kontrollvariablen.

Weiter wurden nicht nur die Ergebnisse der drei nicht zusammengefassten Tests, sondern die Hauptwirkungen aller Tests einzeln berichtet. Diese Angaben dienen dem Interesse klinisch tätiger Psychologen, die eher mit den jeweils einzelnen Instrumentarien und anderen Zusammenfassungen arbeiten.

3.4.4 Signifikanzniveau

Beim Signifikanzniveau des α -Fehlers wurde von den allgemein anerkannten Grenzen ausgegangen (z. B. Bortz, 1999). Entsprechend wurden 5 % mit einem * gekennzeichnet, weiter wurden 1 % mit ** und 0,1 % mit *** gekennzeichnet.

α -Fehler-Kumulierung

Eine α -Adjustierung wurde nur teilweise vorgenommen. Denn einerseits gab es keine Regeln zur Berechnung einer genauen Adjustierung, da zu viele weitere Faktoren berücksichtigt werden müssten – z. B. Korrelationen zwischen den einzelnen Ergebnissen und Voraussetzungsverletzungen der Prüfverfahren (Tabachnick & Fidel, 2007). Und andererseits beruhte bereits das 5-%-Niveau lediglich auf einer Konvention.

Bei der Homogenitätsüberprüfung der Voruntersuchung wurde eine Anpassung des α -Fehlers durchgeführt, um die Ergebnisse der jeweils 13 Tests adäquat zu interpretieren. Die genaue Durchführung der Anpassung ist im Ergebnisteil angegeben.

In der Hauptuntersuchung trat ebenfalls eine Kumulierung auf durch die zwei Zusammenfassungen, vier untersuchte Hypothesen an der gleichen Stichprobe, die gleichzeitige Untersuchung von 6 Hauptwirkungen sowie 5 Wechselwirkungen und die drei Tests, die nicht in die Zusammenfassung aufgenommen wurden. In den

Ergebnisstabellen wurden die bereits erwähnten anerkannten Grenzen der Signifikanz verwendet und mit einem bis drei Sternen gekennzeichnet. Die Interpretation folgte aber einer Erhöhung der Signifikanzgrenzen: 5 % wurden als mögliche Artefakte nicht als signifikante Ergebnisse interpretiert, 1 % wurden als signifikant und 0,1 % als sehr signifikant interpretiert.

In der Nachuntersuchung wurde keine Anpassung des α -Fehlers vorgenommen, sondern die Ergebnisse mit den üblichen Signifikanzgrenzen berichtet, da die Nachuntersuchungen lediglich der Informationsgewinnung dienten und mit ihnen keine Entscheidungen über die Hypothesen getroffen wurden.

4 Ergebnisse

4.1 Stichproben

4.1.1 Klientenstichprobe

Es gingen 343 Klienten bei Therapiebeginn in die Untersuchung ein (s. a. *Tab. 4.4 Fallzahlen der Erhebungszeitpunkte der Institute*).

Soziodemographie

Das Alter bei Therapiebeginn reichte von 20 bis 67 Jahre, Mittelwert 37,87 (Standardabweichung 9,24) und der Median lag bei 37. Bei Behandlungsbeginn waren 72,8 % des Klientels weiblich und 27,2 % männlich. Verheiratet waren 36,2 %, ledig 51,5 %, geschieden 12,4 % der Patienten. In einer Partnerschaft lebten 62,0 % des Klientels und 43,5 % hatten Kinder (Mittelwert 1,92 und Standardabweichung 0,86). Die Anzahl der im Haushalt der Klienten wohnenden Personen betrug als Mittelwert 2,40 (Standardabweichung 1,41). Hauptschulabschluss hatten 16,5 % der Klienten, Realschule oder polytechnische Oberschule 25,1 % und die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife 57,2 %. Beruflich hatten 6,9 % keinen Abschluss, 8,1 % waren noch in Ausbildung, 33,1 % hatten eine betriebliche oder schulische Ausbildung abgeschlossen, 9,9 % eine Fach-, Meister- oder Technikerschule, 14,5 % einen Fachhochschulabschluss und 27,4 % einen Hochschulabschluss (vgl. Tab. 4.1 mit weiteren Angaben).

Tab. 4.1: Soziodemographie der Klientenstichprobe

Variable	n	relative Häufigkeit (Prozent)	AM	SD
Alter	342		37,87	9,24
Geschlecht	342			
männlich	93	27,2		
weiblich	249	72,8		
Familienstand	340			
verheiratet und zusammen lebend	100	29,4		
verheiratet und getrennt lebend	23	6,8		
ledig	175	51,5		
geschieden	42	12,4		
Partnerschaft	308			
ja	191	62,0		
nein	117	38,0		
Falls Partner	227			
mit diesem zusammen lebend	125	55,1		
nicht mit diesem zusammen lebend	102	44,9		
Schulabschluss	339			
ohne Abschluss	4	1,2		
Hauptschule	56	16,5		
Realschule	85	25,1		
(Fach-)Hochschulreife	194	57,2		
Berufsabschluss	332			
kein Abschluss	23	6,9		
Lehre oder schulische Ausbildung	110	33,1		
Fach-, Meister- oder Technikerschule	33	9,9		
Fachhochschule	48	14,5		
Hochschule	91	27,4		

Ergebnisse

Variable	n	relative Häufigkeit (Prozent)	AM	SD
noch in Ausbildung	27	8,1		
Anzahl der Kinder	338		1,92	0,86
kein Kind	191	56,5		
ein Kind	48	14,2		
zwei Kinder	61	18,0		
drei Kinder	34	10,1		
vier und mehr Kinder	4	1,2		
Personenanzahl im Klientenhaushalt	337		2,40	1,41
eine Person	111	32,9		
zwei Personen	95	28,2		
drei Personen	50	14,8		
vier und mehr Personen	81	24,0		

Anmerkungen: n = Anzahl der Patienten, AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung

Behandlungscharakteristik bei Therapiebeginn

Von den untersuchten Klienten hatten 63,2 % eine psychotherapeutische Vorbehandlung, die in 77,1 % der Fälle ebenfalls eine ambulante Einzeltherapie war. Durchschnittlich dauerte diese 34,33 Monate (Standardabweichung 41,49; Minimum 0 und Maximum 336) mit 91,58 Sitzungen (Standardabweichung 130,41; Minimum 2 und Maximum 1000) (vgl. Tab. 4.2 mit weiteren Angaben).

Tab. 4.2: Psychotherapeutische Vorbehandlungen

Variable	n	relative Häufigkeit (Prozent)	AM	SD
Vorbehandlung, psychotherapeutisch	318			
Ja	201	63,2		
Nein	117	36,8		
Art der Vorbehandlung	188			
ambulante Einzeltherapie	145	77,1		
stationäre Einzeltherapie	9	4,8		
ambulante Gruppentherapie	7	3,7		
stationäre Gruppentherapie	2	1,1		
sonstige	25	13,3		
Dauer der Vorbehandlung (in Monaten)	203		34,33	41,49
Anzahl der Sitzungen der Vorbehandlung	201		91,58	130,41

Anmerkungen: n: Anzahl der Patienten; AM: Arithmetisches Mittel; SD: Standardabweichung

4.1.2 Therapeutenstichprobe

Insgesamt nahmen an der Studie 129 Therapeuten teil. Minimum bei den einzelnen Instituten war 8 (Unitive), das Maximum betrug 25 (GFK) und der Mittelwert lag bei 16,13 (Standardabweichung = 5,21). Je Therapeut wurden zwischen 1 und 14 Patienten in die Studie eingebracht, der Mittelwert betrug 2,66 (Standardabweichung = 2,18). Der Grundprofession nach waren in der Schweiz 25 % Ärzte, 54 % Psychologen und 21 % andere Professionen, in Deutschland 13 % Ärzte, 31 % Psychologen, 33 % andere Professionen (bei 23 % ohne Angaben).

4.1.3 Therapieprozess

Warteliste, Wartezeit und Therapiefinanzierung

Von 336 Klienten, die hierzu Angaben machten, mussten nur 23 (6,8 %) sich auf die Warteliste des Therapeuten setzen lassen. Die Wartezeit betrug für $\frac{3}{4}$ der Klienten weniger als 4 Wochen, fast 20 % warteten zwischen 5 und 12 Wochen und 6 % warteten über 12 Wochen auf den Beginn der Therapie. Die Finanzierung der Behandlung wurde bei 37,2 % vollständig durch eine Kranken- oder Ersatzkasse getragen, bei 31,9 % teilweise und 30,9 % waren Selbstzahler. Zu ergänzen war hier der relativ hohe Anteil von 42 Klienten, die keine Angaben machten, was 12,2 % entsprach (vgl. Tab 4.3 mit weiteren Angaben).

Tab. 4.3: Warteliste, Wartezeit und Therapiefinanzierung

Variable	n	relative Häufigkeit (Prozent)
Warteliste	336	
ja	23	6,8
nein	313	93,2
Dauer der Wartezeit (Wochen)	302	
weniger als vier	226	74,8
fünf bis zwölf	58	19,2
mehr als zwölf	18	6,0
Finanzierung der Therapie	301	
vollständig durch eine Kasse	112	37,2
teilweise durch eine Kasse	96	31,9
Selbstzahler	93	30,9

Anmerkungen: n = Anzahl der Patienten

Fallzahlen

Insgesamt brachten die 8 Körperpsychotherapien bei Therapiebeginn 343 Fälle ein

(Minimum 17, Maximum 58). Nach 6 Monaten betragen die Fälle 252 (Minimum 13, Maximum 45) und bei Therapieende 169 (Minimum 10, Maximum 36) (vgl. Tab. 4.4 mit weiteren Angaben). Als vorzeitiges Therapieende wurden 22 Fälle mit Therapeuten- und Klientenangaben erfasst.

Tab. 4.4: Fallzahlen der Erhebungszeitpunkte der Institute

Körperpsychotherapieart	Beginn	6 Monate	Therapieende
Hakomi	47	30	17
Bioenergetik	58	45	36
Biodynamik	47	36	23
Unitive	17	13	12
GFK	45	30	10
SIKOP	35	29	23
IBP	49	35	17
IIBS	45	34	31
Summe	343	252	169

Anmerkungen: Hakomi: Hakomi Experiential Psychology, Bioenergetik: Bioenergetische Analyse und Therapie, Biodynamik: Biodynamische Psychologie, Unitive: Unitive / Integrative Körperpsychotherapie, GFK: Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie, SIKOP: Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie, IBP: Institut für Integrative Körperpsychotherapie, IIBS: Internationales Institut für Biosynthese

Sitzungsanzahl und Dauer

Der Mittelwert der Sitzungsanzahl beim ersten Erhebungszeitpunkt betrug 3,22 Stunden (Standardabweichung 2,23; Median 3, Minimum 0; Maximum 20). Die Sitzungsdauer in Minuten hatte einen Mittelwert von 57,91 (Standardabweichung 10,04; Minimum 45; Maximum 90). Nach 6 Monaten (dem zweiten Erhebungszeitpunkt) waren im Mittel 20,61 Sitzungen erfolgt (Standardabweichung 9,02) und bis Therapieende (spätestens nach 24 Monaten) fanden im Durchschnitt 58,43 Sitzungen statt (Standardabweichung 27,83) (s. Tab. 4.5 mit weiteren Angaben).

Tab. 4.5: Anzahl der Sitzungen der drei Erhebungszeitpunkte und Dauer

Variable	n	AM	SD	Minimum	Maximum
Anzahl der Sitzungen					
bei Therapiebeginn	340	3,22	2,23	0	20
nach 6 Monaten	243	20,61	9,02	5	110
Therapieende	164	58,43	27,83	6	200
Dauer der Sitzungen (in Minuten)	342	57,91	10,04	45	90

Anmerkungen: n = Anzahl der Patienten, AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung

Psychopathologie

Den Schwerpunkt der vorhandenen Störungen bei Therapiebeginn bildeten die F3- und F4-Diagnosen mit 94 und 143 Fällen. Danach folgten die F6-Diagnosen mit 48 und die F5-Diagnosen mit 27 Fällen (s. mit weiteren Angaben Tab. 4.6).

Tab. 4.6: Verteilung der Hauptdiagnosen nach ICD-10 (Dilling und Freyberger 2000)

Hauptdiagnosen	Beginn		½ Jahr		2 Jahre	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
F1	3	0,9	1	0,4	1	0,6
F2	1	0,3	1	0,4	1	0,6
F3	94	27,5	68	26,9	42	26,1
F4	143	41,8	107	42,3	64	39,8
F5	27	7,9	20	7,9	13	8,1
F6	48	14,0	35	13,8	30	18,6
Z	22	6,4	20	7,9	10	6,2
X	4	1,2	1	0,4	0	0
Gesamt	342	100	253	100	161	100

Anmerkungen: F1: Störungen aufgrund psychotroper Substanzen, F2: Schizophrene Störungen, F3: Affektive Störungen, F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, F5: Psychische Störungen mit körperlichen Symptomen und Faktoren, F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Z: Z-Codes und X: Sonstige Symptomatiken

4.2 Voruntersuchung – Homogenität

4.2.1 Soziodemographie

Ergebnisse

Zur Untersuchung der Homogenität der acht Körperpsychotherapien wurden die 13 erhobenen soziodemographischen Variablen einem Chi²-Test unterzogen. Die einzelnen Ergebnisse wurden in Tabelle 4.7 aufgelistet.

Tab. 4.7: Homogenitätsuntersuchung der soziodemographischen Variablen (Chi²-Test)

Soziodemographische Variable	Chi ² -Wert	df	Signifikanz (2-seitig)
Geschlecht	16,523	7	0,021 *
Alter	39,516	21	0,009 **
Familienstand	11,856	14	0,618
Schulabschluss	33,227	14	0,003 **
Berufsabschluss	26,003	14	0,026 *
Partnerschaft	2,333	7	0,939
Falls Partner zus. lebend	10,477	7	0,163
Kinder	11,920	7	0,103
Kinderanzahl	5,910	7	0,550
Personen im Haushalt	17,264	21	0,695

Ergebnisse

Wartezeit	28,584	7	0,000 ***
Therapiefinanzierung	60,833	14	0,000 ***
Vorherige Behandlung	11,478	7	0,119

Anmerkung: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Folgend sind die Abweichungen der Variablen von Tab. 4.1 aufgeführt, wenn aufgrund der Häufigkeit ($> 20\%$) der Zellen mit Werten < 5 Kategorien zusammengefasst oder wie beim Alter aus einer kontinuierlichen Variable Kategorien gebildet werden mussten: Alter (bis 34, 35-39, 40-44, 45 und älter), Familienstand (verheiratet, ledig, geschieden), Schulabschluss (Haupt- / Volksschule, Realschule / mittlere Reife / polytechnische Oberschule, allgemeine / fachgebundene Hochschulreife), Berufsabschluss (keinen Abschluss, Lehre / Fach- / Meisterschule / Berufsakademie, Fachhochschul- / Hochschulabschluss), Kinderanzahl (1, 2 und mehr), Personen im Haushalt (1, 2, 3, 4 und mehr), Wartezeit (weniger als 4 Wochen, 4 und mehr Wochen). Der höchste Wert der Häufigkeit der Zellen mit Werten < 5 lag bei der Kinderanzahl mit 12,5 deutlich unter der 20%-Marke. Die Häufigkeitsangaben der Variablen wurden bereits in der *Tab. 4.1 Soziodemographie der Klientenstichprobe* angegeben.

Auffällig waren besonders die höchst signifikanten Werte der Wartezeit und Therapiefinanzierung. Folgend die Werte mit standardisierten Residuen ≥ 2 , die als ausschlaggebend für die Signifikanz anzusehen waren (Bortz, 1999).

Bei der Wartezeit resultierte der höchst signifikante Wert aus den Psychotherapien der Biodynamiker und von Unitive. Die Klienten der Biodynamik waren bei der Wartezeit von ‚4 und mehr Wochen‘ deutlich unterrepräsentiert: Anzahl 3, erwartete Anzahl 10,3 und standardisiertes Residuum -2,3. Dagegen waren die Klienten der Unitivepsychotherapie bei der gleichen Wartezeit überrepräsentiert: Anzahl 8, erwartete Anzahl 4,0 und ein standardisiertes Residuum von 2,0.

Bei der Therapiefinanzierung resultierte der Signifikanzwert aus Angaben von Bioenergetik, Biodynamik, Unitive und SIKOP. Die teilweise Finanzierung der Bioenergetiktherapie durch die Krankenkassen war deutlich höher als erwartet: Anzahl 26, erwartete Anzahl 15,9 mit standardisiertem Residuum von 2,5. Die teilweise Kassenfinanzierung bei Biodynamik war deutlich unterrepräsentiert: Anzahl 4, erwartete Anzahl 13,4 und standardisiertes Residuum -2,6. Teils dementsprechend war der Anteil der Selbstzahler bei Biodynamik deutlich höher: Anzahl 26, erwartete Anzahl 13 und standardisiertes Residuum 3,6. Ähnliche Tendenz hatten die Unitivetherapien bei den

Selbstzahlern: Anzahl 10, erwartete Anzahl 4,9, standardisiertes Residuum 2,3. Die Häufigkeit innerhalb der Psychotherapien von SIKOP, die teils durch Kasse finanziert wurden, war wieder deutlich überdurchschnittlich: Anzahl 18, erwartete Anzahl 9,2 und standardisiertes Residuum 2,9.

Häufigkeit der Tests

Bei 13 χ^2 -Tests musste von einer α -Fehler-Kumulierung ausgegangen werden. Daher wurde das α -Fehler-Niveau der einzelnen Tests entsprechend relativiert. Bei wachsender Anzahl der Tests wird die Bonferoni-Korrektur (Bortz, 1999) nach folgender Formel durchgeführt:

$$\alpha' = \alpha / m$$

mit α' = korrigiertes α -Niveau, α = ursprüngliches α -Niveau, m = Anzahl der Tests

Daraus folgte $\alpha' = 0,05 / 13 = 0,00385$. Nach diesem korrigierten Signifikanzniveau unterschieden sich die Subgruppen der Klienten der körperpsychotherapeutischen Richtungen signifikant nur noch bei den Wartezeiten ($p < 0,000$) und der Therapiefinanzierung ($p < 0,000$). Der Unterschied beim Schulabschluss ($p = 0,003$) lag im Bereich der korrigierten Signifikanzgrenze, während der Berufsabschluss mit $p = 0,026$ nach der Korrektur keine signifikanten Unterschiede der Körperpsychotherapieschulen mehr hatte (wie auch das Geschlecht der Klienten). Die nicht signifikanten Unterschiede der Berufsabschlüsse konnten als Hinweis darauf betrachtet werden, dass der Schulabschluss auch nicht als signifikant einzustufen war, da beide Variablen miteinander konfundiert waren und der Berufsabschluss für die meisten Klienten die aktuellere und damit relevantere Variable darstellte.

Einordnung der Ergebnisse

Für die Differenzen der Wartezeiten konnte keine zugrundeliegende Erklärung über die unterschiedlichen Therapieformen hinaus angeführt werden. Leicht relativiert werden sollte das Ergebnis nur durch das Minimum der Anzahl der Therapeuten bei Unitive von acht.

Die unkorrigiert höchste Signifikanz bei der Therapiefinanzierung war dagegen wahrscheinlich auf die verschiedenen Erstattungssysteme in der Schweiz und Deutschland zurückzuführen. In der Schweiz bietet das Kassensystem gegenüber dem in der BRD für Körperpsychotherapeuten mehr Abrechnungsmöglichkeiten (Grünwald, Kiss & Keller, 2008). Dem entsprachen in der Tendenz alle Abweichungen: Erstattung teils durch Kasse in der Schweiz mit hohen Residuumwerten bei Bioenergetik und SIKOP, Erstattung teils durch Kasse in Deutschland mit niedrigen Residuumwerten bei Biodynamik, Selbstzahler in Deutschland mit hohen Residuumwerten bei Biodynamik und Unitiver Körperpsychotherapie. Dadurch war ein erheblicher Teil der Signifikanz der Therapiefinanzierung auf die unterschiedlichen Erstattungssysteme der beiden Länder zurückzuführen.

Hypothesenüberprüfung Soziodemographie

Damit verblieb als einzig sicherer signifikanter Unterschied die Differenz bei der Wartezeit. Da sich bei dieser ‚nur‘ zwei der acht Therapieformen mit entsprechenden Residuumwerten unterschieden und nicht davon auszugehen war, dass die verschiedenen Wartezeiten einen wesentlichen Einfluss auf die Störungsspezifität hatten, wurde das Klientel der acht Körperpsychotherapien insgesamt bezüglich der 13 soziodemographischen Variablen als hinreichend homogen für die vorliegende Untersuchung der Störungsspezifität angenommen (mögliche Auswirkungen der signifikanten Differenz der Wartezeit wurden im Diskussionsteil noch genauer betrachtet).

4.2.2 Instrumentarien

Ergebnisse

Zur Untersuchung der Homogenität der acht Körperpsychotherapien wurden neben den soziodemographischen Variablen auch die Instrumentarien untersucht mit zweifaktorieller ANOVA. Die Ergebnisse wurden in Tabelle 4.8 aufgelistet. Auffällig waren die bei allen Tests höchst signifikanten Werte des Faktors Zeit ($p < 0,000$). Sehr signifikant war der Unterschied der Körperpsychotherapien bei der AVK (Allgemeine Verbesserung/Verschlechterung vom Klienten eingeschätzt) mit einem Wert von 0,004. Die Wechselwirkung aus Zeit und Körperpsychotherapie ergab beim IIP einen signifikanten Unterschied mit 0,017, der sich bereits in der Untersuchung der EWAK-Studie zeigte.

Tab. 4.8: p-Werte der Homogenitätsuntersuchung der Instrumentarien (ANOVA)

Test	Faktor Zeit	Faktor KPT	Zeit * KPT
SCL	0,000 ***	0,313	0,226
IIP	0,000 ***	0,672	0,017 *
BAI	0,000 ***	0,564	0,304
BDI	0,000 ***	0,436	0,150
BL	0,000 ***	0,735	0,130
GesN	0,000 ***	0,452	0,630
GesP	0,000 ***	0,554	0,243
SWE	0,000 ***	0,941	0,304
LZH	0,000 ***	0,088	0,288
GRT	0,000 ***	0,429	0,801
GRK	0,000 ***	0,055	0,221

Ergebnisse

AVT	0,000 ***	0,669	0,578
AVK	0,000 ***	0,004 **	0,617

Anmerkung: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Die verwendeten Abkürzungen der Tests sind dem Abkürzungsverzeichnis und auch der Tabelle 3.1. *Übersicht der verwendeten Instrumente* zu entnehmen

Häufigkeit der Tests

Bei 13 ANOVAs trat wie bereits bei der Untersuchung der Soziodemographie eine α -Fehler-Kumulierung auf. Da die Anzahl der ANOVAs und der Variablen jeweils 13 war, können die Erläuterungen zur α -Fehler-Kumulierung von 4.2.1 *Soziodemographie* übernommen werden. Nach der entsprechenden Korrektur unterschieden sich die Therapierichtungen signifikant nur noch beim Faktor Zeit. Die Werte des IIP lagen deutlich nicht mehr im signifikanten Bereich und die Angaben der AVK lagen leicht über der korrigierten Signifikanzgrenze, so dass auch diese als nicht mehr signifikant zu betrachten waren zumal die AVK aus inhaltlichen Gründen nicht in die Zusammenfassung der Tests für die Hauptuntersuchung einging.

Einordnung der Ergebnisse

Die durchgängig höchst signifikanten p-Werte (unkorrigiert) des Faktors Zeit entsprachen den Ergebnissen der EWAK-Studie und repräsentierten in allen Tests die Reduktion pathologischer oder Zunahme salutogenetischer Symptome.

Hypothesenüberprüfung Instrumentarien

Damit wurde das Klientel der acht verschiedenen Körperpsychotherapien bezüglich der 13 Instrumentarien als für die vorliegende Untersuchung der Störungsspezifität sicher hinreichend homogen angenommen.

4.2.3 Hypothesenüberprüfung der Voruntersuchung

Zusammenfassend konnte die vorliegende Stichprobe bezüglich der untersuchten Soziodemographie und der Tests als hinreichend homogen betrachtet werden, um in die Hauptuntersuchung als zusammengefasste Stichprobe einzugehen.

4.3 Hauptuntersuchung

4.3.1 Nachcodierung

Von 343 Fällen bei Therapiebeginn wurden 201 mit F-Codes nach ICD-10 durch die Therapeuten codiert. Drei Fälle wurden vom zweiten Erhebungszeitpunkt (6 Monate) und ein Fall von Therapieende übernommen. Eine Übersicht der Codierungen und Nachcodierungen wurde in Tab. 4.9 angegeben. Die Nachcodierungen wurden nach den erstellten Entscheidungsregeln (s. u. 3.3 *Nachcodierung*) insgesamt 57 mal vorgenommen. Davon entfielen 46 auf Nachcodierungen, die unmittelbar in entsprechende ICD-10-Diagnosen überführt werden konnten (s. Tab. 4.10) und 11 Nachcodierungen, die nur noch eine grobe Diagnose zuließen (s. Tab. 4.11).

Tab. 4.9: Fallzahlen der Codierungen und Nachcodierungen (Therapiebeginn)

Codierungsart	Anzahl	Prozent
ICD-10, F-Codes	205	59,7
ICD-10, verbale (F-)Codes	46	13,4
Allg. verbale Angaben (codierbar)	11	3,2
unzureichende oder keine verbalen Angaben	81	23,6

Anmerkungen: Summe = 343; die F-Codes der ICD-10 wurden von den Therapeuten vorgenommen, die beiden anderen Codierungsarten sind Nachcodierungen

Tab. 4.10: Nachcodierungen verbaler ICD-10-Angaben (Therapiebeginn)

Diagnose des Therapeuten	Anzahl	Nachcodierung
Larvierte Depression	1	F32.8
Neurotische Depression	5	F34.1 Dystimia
Depressive Störung / Depression	6	F3Xd
Paniksyndrom	1	F41.0 Panikstörung
Angstneurose	3	F41.1 Generalis. Angststörung
ängstl. abhäng. Neurosenstruktur	1	F41.1 Generalis. Angststörung
Akute Belastungsstörung	1	F43.0 Belastungsreaktion, akut
Posttraumatische Belastungsstörung	7	F43.1 PTBS
(Schwere) Traumatisierung	4	F43.1 PTBS
Überbelastungsdepression	1	F43.2 Anpassungsstörung
Anpassungsreaktion	1	F43.2 Anpassungsstörung
Reaktive Depression	1	F43.2 Anpassungsstörung
Somatoforme Störung	1	F45 Somatisierungsstörung
Somatoforme Schmerzstörung	2	F45.4 Somatoforme Schmerz- störung

Ergebnisse

Neurotische Persönlichkeit	1	F48.9 Nicht näher bezeichn. neurotische Störung
Neurotische Reaktion	1	F48.9
Chronische Magersucht	1	F50.0 Anorexia nervosa
Bulimie	3	F50.2 / F50.3 (Atypische) Bulimia nervosa
Polyphagie	1	F50.9 Nicht näher bezeichnete Essstörung
Sexuelle Störung	1	F52 Sexuelle Funktionsstörung
Borderline-Störung	2	F60.31 Borderline-Störung
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	1	F60.80 Narzisstische Persön- lichkeit(ssstörung)

Anmerkung: Summe = 46

Tab. 4.11: Nachcodierungen allgemeiner Angaben (Therapiebeginn)

Störungsangaben	Anzahl	nachcodiert als
Depressive Zustände, Episoden oder Verstimmungen	5	f3d
Unruhe, Ängste	1	f4a
Aufarbeitung (alter) Traumata	2	f43.1
Multiple Sklerose	1	f43.2
Zustand nach Hysterektomie	1	f43.2
Weichteilrheumatismus, Angst	1	f54

Anmerkung: Summe = 11

Zusammenfassung der Störungsgruppen

Im Anschluss an die Nachcodierungen wurden die Diagnosen zu solchen Kategorien zusammengefasst, die inhaltlich sinnvoll waren und eine ausreichende Anzahl zur

Auswertung gewährleistet. Nicht aufgenommen wurden reine Angaben von Z-Codierungen (10 Fälle).

Tab. 4.12: Zusammenfassung der Störungsgruppen

Diagnose	enthaltene F- und f-Codierungen	Anzahl gesamt
Depression, rezidivierend	33.0, 33.1, 33.2, 33.x	14
Angststörungen	40.1, 41, 41.0, 41.1, 41.2	12
Posttraumatische Belastungs- störung	43.1	14
Anpassungsstörungen	43.2	17
Somatoforme Störungen	45, 45.0, 45.1, 45.4	12
Essstörungen	50.0, 50.1, 50.2, 50.3	8
Persönlichkeitsstörungen	60.x, 61	14
Anpassungsstörung, nachcodiert	n432	27
alle anderen Diagnosen	10.x, 2x, 32, 32.0, 32.1, f34.1, 3x, 42, 42.0, 48.9, 4x, 52, 54, 68	32

Anmerkungen: Summe = 150, n = nachcodiert, x = verschiedene Möglichkeiten der Codierung

4.3.2 Zusammenfassung der Tests zur abhängigen Variablen

Die Zusammenfassungen erfolgten auf zwei Arten. Anhand von z-Werten und aufgrund einer Faktorenanalyse. Jeweils wurden die 10 indirekten und von Klienten angegebenen Tests / Subtests zusammengefasst (s. a. Tab. 4.13).

Faktorenanalyse zur Testzusammenfassung

Es fand sich eine 2-Faktorenlösung mit einem aufgeklärten Varianzanteil von 57,5 % beim ersten Faktor und 12,6 % beim zweiten Faktor vor der Rotation, was einem hohen

gesamten aufgeklärten Varianzanteil von 70,1 % entsprach. Der dritte Faktor erreichte nur noch einen Wert von 6,8 %, erfüllte damit deutlich nicht mehr das Kaiser-Guttman-Kriterium (nur solche Faktoren zu interpretieren, deren Eigenwerte > 1 sind) mit einem Eigenwert von 0,68 und lag nicht mehr vor dem Knick des Eigenwertediagramms (Scree-Test nach Cattell 1966, zitiert nach Bortz, 1999, S. 528). Die Faktorladungen und Kommunalitäten der 10 Tests wurden in Tabelle 4.13 aufgeführt.

Tab. 4.13: Faktorladungen und Kommunalitäten der zusammengefassten Tests

Instrumente (abgekürzt)	Faktor 1	Faktor 2	Kommunalitäten
SCL	0,842	0,368	0,844
IIP	0,543	0,545	0,592
BAI	0,904	0,114	0,831
BDI	0,634	0,569	0,726
BL	0,895	0,133	0,818
GesN	0,663	0,447	0,640
GesP	-0,299	-0,835	0,786
SWE	-0,116	-0,780	0,622
LZH	-0,183	-0,789	0,655
GRK	0,495	0,501	0,497

Anmerkungen: Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse, Rotationsmethode: Varimax, Faktorladungen über 0,750 wurden fettgedruckt

Interpretation der Faktoren

Beide Faktoren konnten leicht interpretiert werden.

Faktor 1: ‚Hohe Ängstlichkeit mit großer körperlicher und psychischer Gesamtbelastung‘.

Die Beschwerdenliste wurde im Sinne körperlicher Belastung definiert, da 18 der 24 Items eindeutig körperliche Symptome erfragen.

Faktor 2: ‚Mangelnde Aspekte der Salutogenese‘ mit den einzelnen Komponenten allgemeine Kognitionen zur Gesundheit (GesP), Lebenszufriedenheit (LZH) und Selbstwirksamkeitserwartung (GKE).

Die zehn Testwerte wurden zur Zusammenfassung der Belastungswerte mit den Faktorladungen aus Tab. 4.13 gewichtet.

4.3.3 Faktoren- und clusteranalytische Bildung der vierten Hypothese

Faktorenanalyse 1

Im ersten Schritt wurden die 18 Items der Lebenszufriedenheit und der Globalen Ratings (s. u. 3.4.2.1 *Unabhängige Variablen*) zusammengefasst. Nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium fanden sich fünf Faktoren, deren Anzahl sich nach dem Scree-Test auf zwei reduzierte. Diese beiden Faktoren klärten vor der Rotation 27,8 % und 10,6 % der Varianz auf (Summe 38,4 %). Auf dem ersten Faktor luden folgende Items der Lebenszufriedenheit hoch: 7, 8, 10, 11 und 12 (Faktorladungen zwischen 0,546 und 0,786). Auf dem zweiten Faktor luden alle vier Items des globalen Ratings der Klienten sowie Item 1 der Lebenszufriedenheit (Faktorladungen zwischen 0,564 und 0,867). Die höchste Ladung (0,867) hatte die Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens). Interpretierbarkeit war eindeutig vorhanden.

Faktor 1: ‚Zufriedenheit mit Freizeit und Freundeskreis‘ (und gesellschaftlichem Ansehen)

Faktor 2: ‚Globale Belastung, vom Klienten angegeben‘ (mit Unzufriedenheit bei Gesundheit)

Zu erwähnen ist noch der dritte Faktor auf dem alle vier Items des globalen Ratings der Therapeuten hoch luden (zwischen 0,595 und 0,744). Auch der vierte und fünfte Faktor

waren leicht interpretierbar als Zufriedenheit mit Beruf und Einkommen sowie mit Partnerschaft und Familienleben. Alle drei hatten aber zu geringe Varianzaufklärungen, um sie in die nächste Faktorenanalyse zu übernehmen.

Faktorenanalyse 2

Von den 25 Tests, Subtests und zwei Faktoren der ersten Faktorenanalyse ergab sich nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium eine 5-Faktorenlösung, die sich mit dem Scree-Test auf 3 Faktoren reduzierte. Diese klärten vor der Rotation 38,0 %, 12,0 und 11,2 % der Gesamtvarianz auf, was eine kumulierte Aufklärung von 61,2 % ergab. Der vierte und fünfte Faktor hatten mit 4,9 und 4,4 % Varianzaufklärung deutlich geringere Werte. Interpretierbarkeit lag bei allen 5 Faktoren ausreichend vor (in Klammer Angabe der (Sub)Tests bzw. Faktoren der ersten FA und der fünf höchsten Faktorladungen).

Faktor 1: ‚Angst und Somatisierung‘ (BAI, 0,815; BL, 0,799; SCL-Somatisierung, 0,793; SCL-Ängstlichkeit, 0,743 und SCL-phobische Angst, 0,673)

Faktor 2: ‚Paranoides Denken‘ mit Unsicherheit und latenter Aggressivität (SCL-paranoides Denken, 0,854; SCL-Psychotizismus, 0,763; SCL-Unsicherheit, 0,744; SCL-Aggressivität, 0,701 und SCL-Depression, 0,648)

Faktor 3: ‚Geringe psychische Gesundheit‘ – mit den Kriterien Unzufrieden mit Freizeit, Freundeskreis und geringer positiver Selbstwirksamkeit (P-Skala, -0,772; Freizeit und Freundeskreis, -0,762; GKE, -0,669; globale Belastung, 0,592; BDI, 0,577)

Faktor 4 und 5 hatten ausschließlich im Bereich der acht Subskalen des IIP hohe Ladungen (maximal 0,828 und -0,811) und erreichten bei den anderen Tests maximal -0,168 und 0,206 (jeweils bei der GKE).

Clusteranalysen

Zur notwendigen Ermittlung der Clusteranzahl wurde eine hierarchische Clusteranalyse

durchgeführt (Fusionsmethode Zentroid). Aus der Koeffizientenentwicklung ergab sich eine 2-Clusterlösung (Erhöhung des Koeffizienten im letzten Fusionsschritt von 9,664 auf 21,564 mit dem Faktor 2,231). Als Distanzmaß wurde der quadrierte euklidische Abstand gewählt.

Danach wurde die 2-Clusterlösung in eine erneute Clusteranalyse nach dem k-means-Algorithmus eingegeben, um die Verteilung der Fälle zu optimieren. Die endgültige Lösung der Clusterzentren nach 11 Iterationen hatte die in Tab. 4.10 wiedergegebene Struktur.

Tab. 4.14: Clusterzentren der endgültigen Lösung

Faktoren	Cluster	
	1	2
1 Angst und Somatisierung	-0,156	0,322
2 Paranoides Denken	-0,534	1,101
3 Geringe psychische Gesundheit	-0,165	0,340

Interpretiert wurde das Cluster 1 als wenig ‚paranoides Denken‘ mit leicht reduzierter ‚Angst und Somatisierung‘ und leicht reduzierter ‚geringer psychischer Gesundheit. Das Cluster 2 wurde interpretiert als ‚paranoides Denken‘ mit leichter Ausprägung von ‚Angst und Somatisierung‘ sowie ‚geringer psychischer Gesundheit‘. Bezüglich der drei Faktoren konnte damit zusammenfassend Cluster 1 eine salutogenetische und Cluster 2 eine pathologische Tendenz zugeschrieben werden.

Von den 343 Fällen bei Therapiebeginn entfielen auf das erste Cluster 204 Fälle und das zweite Cluster 99 bei 40 fehlenden Fällen. Von den 169 Fällen bei Therapieende gingen 135 Fälle in die Untersuchung der clusteranalytischen Störungsgruppen ein (88 bei Cluster eins und 47 bei Cluster zwei).

4.3.4 Deskriptive Statistiken der Hypothesen

Nachfolgend wurden die deskriptiven Statistiken (arithmetisches Mittel und Standardabweichung) der zusammengefassten Belastungswerte der vier Hypothesen angegeben.

4.3.4.1 F-Codierungen, einstellig - Hypothese 1

z-Werte

Die Belastungen der Gesamtstichprobe hatten eher geringe Differenzen der arithmetischen Mittel, was der Zusammenfassung mit z-Werten entsprach. Das AM betrug bei Therapiebeginn 0,113, nach 6 Monaten 0,037 und bei Therapieende 0,006. Die Standardabweichungen nahmen über den Therapieverlauf hinweg nur sehr gering zu: von 0,768 über 0,781 auf 0,819, was eher als Artefakt aufzufassen war (s. mit weiteren Angaben Tab. 4.15a). Identische Werte galten für die Gesamtstichproben der beiden Hypothesen zwei und drei, da die Zusammenfassung durch z-Standardisierung an der Gesamtstichprobe mit 343 Fällen zur gleichen Untersuchungsstichprobe (n = 150) für die ersten drei Hypothesen führte. Eine z-Standardisierung führt immer zu einem arithmetischen Mittel von 0 und einer Standardabweichung von 1. Aus den Abweichungen zeigte sich, dass die Untersuchungsstichprobe der Klienten, die die Therapie auch beendeten, höhere Belastungswerte bei Therapiebeginn hatte (0,113) und homogener war (0,768).

Tab. 4.15a: Belastungswerte des Therapieverlaufs (z-Werte), H1 (F-Codierungen, einstellig)

F-Codes	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
3	26	0,163	0,870	0,053	0,672	-0,217	0,640
4	97	0,100	0,732	-0,005	0,718	-0,017	0,793
5	12	0,180	0,892	0,107	1,090	0,351	1,162

Ergebnisse

6	15	0,058	0,788	0,223	1,077	0,267	0,876
Gesamt	150	0,113	0,768	0,037	0,781	0,006	0,819

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen; F3: Affektive Störungen, F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, F5: Psychische Störungen mit körperlichen Symptomen und Faktoren, F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Faktor 1 – ‚hohe Ängstlichkeit und körperliche Belastung‘

Die arithmetischen Mittel der Belastungswerte des ersten Faktors der ersten Hypothese (einstellige F-Codierungen) zeigten bei Therapiebeginn nur geringe Unterschiede bei einem Mittelwert von 7,860. Die Standardabweichungen bei Therapiebeginn (Gesamtstichprobe 3,230) waren eher groß und abhängig von den F-Codierungen wenig schwankend. Das arithmetische Mittel der gesamten Stichprobe reduzierte sich bei 6 Monaten über 5,802 auf 4,255 bei Therapieende, was einer Besserung der Klienten entsprach. Gleichzeitig nahm die Standardabweichung ebenfalls ab über 3,059 auf 2,824. Gleiche Werte hatte die Gesamtstichprobe von Faktor 1 bei Hypothese 2 und 3, da es sich untersuchungsbedingt um die gleiche Stichprobe handelte.

Innerhalb der Störungsgruppen fand über den Therapieverlauf hinweg eine Differenzierung der Belastungswerte statt mit der höchsten Belastung bei den F6-Codierungen (5,280) und der geringsten bei den F3-Codierungen (3,472) bei Therapieende (s. mit weiteren Angaben Tab. 4.15b).

Tab. 4.15b: Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 1), H1 (F-Codierungen, einstellig)

F-Codes	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
3	26	8,089	3,737	5,839	2,705	3,472	2,300
4	97	7,793	3,075	5,619	2,900	4,158	2,707
5	12	7,938	3,627	5,929	3,431	5,454	3,754
6	15	7,841	3,384	6,818	4,274	5,280	3,247
Gesamt	150	7,860	3,239	5,802	3,059	4,255	2,824

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen; F-Codierungen s. Tab. 4.15a

Faktor 2 - ‚mangelnde Aspekte der Salutogenese‘

Die arithmetischen Mittel der Belastungswerte des zweiten Faktors der ganzen Stichprobe lagen bei Therapiebeginn bei $-0,803$ (Standardabweichung 2,104), nach 6 Monaten bei $-2,036$ (SD 2,137) und bei Therapieende bei $-3,140$ (SD 1,967). Stichprobenbedingt hatten auch Hypothese 2 und 3 bei Faktor 2 die gleichen Werte. Diese Reduktion der Belastungswerte entsprach wie beim ersten Faktor einer Besserung der Klienten (s. Tab. 4.15c mit weiteren Angaben). Auch alle einzelnen Diagnosegruppen zeigten eine kontinuierliche Abnahme der Belastungswerte.

Tab. 4.15c: Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 2), H1 (F-Codierungen, einstellig)

F-Codes	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
3	26	-0,625	2,376	-1,840	1,968	-3,676	1,547
4	97	-0,838	1,997	-2,203	1,912	-3,226	1,901
5	12	-0,712	2,540	-1,961	3,097	-2,333	2,743

6	15	-0,959	2,123	-1,358	2,888	-2,304	2,079
Gesamt	150	-0,803	2,104	-2,036	2,137	-3,140	1,967

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen; F-Codierungen s. Tab. 4.15a

4.3.4.2 F-Codierungen, mehrstellig - Hypothese 2

z-Werte

Die arithmetischen Mittel und die Standardabweichungen der Belastungswerte entsprachen, wie bereits erwähnt, den Angaben von Hypothese 1 und 3 (s. Tab. 4.16a mit weiteren Angaben). Auffällig war der Verlauf der Belastungswerte bei den Essstörungen (F50). Diese nahmen von 0,468 bei Therapiebeginn auf 0,249 nach 6 Monaten ab und zum Therapieende zu auf 0,686, was über dem Anfangswert lag. Durch die kleinste Fallzahl (n = 8) der Störungsgruppen war diese Entwicklung eher als Artefakt zu interpretieren.

Tab. 4.16a: Belastungswerte des Therapieverlaufs (z-Werte), H2 (F-Codierungen, mehrstellig)

F-Codes	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
33	14	0,238	1,005	0,038	0,774	-0,286	0,660
40 / 41	12	0,419	0,595	0,149	0,513	0,467	0,960
431	14	0,222	0,769	0,042	0,769	-0,370	0,572
432	17	0,192	0,723	-0,081	0,828	0,079	0,832
45	12	0,123	0,800	0,103	0,859	-0,095	0,860
50	8	0,468	0,878	0,249	1,227	0,686	1,247
60 / 61	14	0,019	0,853	0,394	1,004	0,151	0,908
n432	27	-0,077	0,723	-0,022	0,707	-0,028	0,619
alle and.	32	-0,038	0,694	-0,131	0,653	-0,080	0,782
Gesamt	150	0,113	0,768	0,037	0,781	0,006	0,819

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen; F33:

Depressionen, rezidivierend, F40 / 41: Angststörungen, F431: Posttraumatische Belastungsstörungen, F432: Anpassungsstörungen, F45: Somatoforme Störungen, F50: Essstörungen, F60 / 61: Persönlichkeitsstörungen, n432: Nachcodierte Anpassungsstörungen, alle and.: Alle anderen F-Diagnosen (auch nachcodiert)

Faktor 1 - ‚hohe Ängstlichkeit und körperliche Belastung‘

Die arithmetische Mittel und die Standardabweichungen der Gesamtbelastung der Zusammenfassung nach Faktor 1 bei Hypothese 2 hatten, wie bereits erwähnt, die gleichen Werte wie bei Hypothese 1 und 3 (s. Tab. 4.16b mit weiteren Angaben). Auffällig war, dass bei den Persönlichkeitsstörungen von Therapiebeginn zur Erhebung nach 6 Monaten keine nennenswerte Reduktion der Belastung stattfand (7,684 und 7,471), während die anderen Diagnosegruppen Reduktionen der Belastung erfuhren. Zum Therapieende reduzierte sich die Belastung bei den Persönlichkeitsstörungen dann auch deutlich auf 4,836. Diese Auffälligkeit war wie die der Essstörungen (AM 9,056 bei Therapiebeginn, 6,115 nach 6 Monaten und 6,536 bei Therapieende) eher als Artefakt aufzufassen, da die Standardabweichungen hoch waren (zwischen 3,511 und 4,191).

Tab. 4.16b: Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 1), H2 (F-Codierungen, mehrstellig)

F-Codes	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
33	14	8,334	4,301	5,940	3,146	3,264	2,444
40 / 41	12	9,264	2,508	6,054	1,967	5,924	3,173
431	14	8,635	3,437	6,227	3,368	3,085	2,120
432	17	7,868	3,215	5,190	3,260	4,352	2,817
45	12	8,396	3,309	6,331	3,690	4,052	3,157
50	8	9,056	3,790	6,115	3,771	6,536	4,191
60 / 61	14	7,684	3,580	7,471	4,050	4,836	3,511
n432	27	6,918	2,980	5,492	2,675	4,134	2,222

alle and.	32	7,156	2,701	5,041	2,429	3,875	2,377
Gesamt	150	7,860	3,239	5,802	3,059	4,255	2,824

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen; F-Codierungen s. Tab. 4.16a

Faktor 2 - ‚mangelnde Aspekte der Salutogenese‘

Die arithmetischen Mittel und die Standardabweichungen entsprachen den Werten von Hypothese 1 und 3. Auffällig war, wie bei Faktor 1, die Entwicklung der Belastungsstärke der Persönlichkeitsstörungen. Es gab auch hier von Therapiebeginn zur Erhebung nach 6 Monaten keine nennenswerte Reduktion der Belastung (-1,140 und -0,940), während die anderen Störungsgruppen eine Verringerung der Belastung erfuhren. Erst zum Therapieende ergab sich eine deutliche Reduktion auf AM = -2,561 (s. mit weiteren Angaben Tab. 4.16c). Auch die Essstörungen wiesen einen abweichenden Verlauf der Belastung auf, der dem von Faktor 1 entsprach: AM bei Therapiebeginn 0,094, nach 6 Monaten -1,551 und bei Therapieende -1,559).

Tab. 4.16c: Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 2), H2 (F-Codierungen, mehrstellig)

F-Codes	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
33	14	-0,378	2,705	-2,000	2,199	-3,895	1,586
40 / 41	12	-0,194	1,588	-1,856	1,542	-2,000	2,377
431	14	-0,567	2,352	-2,185	2,019	-4,237	1,419
432	17	-0,485	1,892	-2,363	2,147	-2,960	1,872
45	12	-0,977	2,172	-2,170	2,245	-3,447	1,911
50	8	0,094	2,429	-1,551	3,433	-1,559	2,881
60 / 61	14	-1,140	2,276	-0,940	2,689	-2,561	2,227
n432	27	-1,290	1,929	-2,170	1,918	-3,343	1,537
alle and.	32	-1,092	1,995	-2,317	1,909	-3,217	1,860

Gesamt	150	-0,803	2,104	-2,036	2,137	-3,140	1,967
--------	-----	--------	-------	--------	-------	--------	-------

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen; F-Codierungen s. Tab. 4.16a

4.3.4.3 Mehrfachdiagnosen - Hypothese 3

Die deskriptive Statistik der Untersuchung der Mehrfachdiagnosen wies von allen Hypothesen die größten Differenzen und dadurch auch größten Signifikanzwerte auf (s. die Übersicht in der Tab. 4.19).

z-Werte

Die arithmetischen Mittel und die Standardabweichungen der Belastung der z-Werte der dritten Hypothese lagen wie zu erwarten bei den identischen Werten der ersten beiden Hypothesen (s. Tab. 4.15a, Tab. 4.16a und 4.17a mit weiteren Angaben). Auffällig waren die durchschnittlichen Belastungswerte des Therapieverlaufs nach Diagnoseanzahl getrennt (Hauptfaktor Diagnoseanzahl): Keine Diagnosen $-0,026$, Einfachdiagnosen $-0,047$, Doppeldiagnosen $0,215$ und Dreifachdiagnosen $0,326$. Damit hatten die Dreifachdiagnosen auch die höchste Belastung, gefolgt von den Doppeldiagnosen und waren beide überdurchschnittlich belastet. Keine und Einfachdiagnosen waren unterdurchschnittlich belastet, wobei die einfachen Diagnosen leicht geringer belastet waren als die Klienten ohne Diagnose.

Tab. 4.17a: Belastungswerte des Therapieverlaufs (z-Werte), H3 (Komorbidität)

Diagnose- anzahl	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
0	30	-0,006	0,715	0,008	0,808	-0,081	0,622
1	71	0,126	0,803	-0,069	0,682	-0,197	0,708
2	37	0,204	0,676	0,149	0,818	0,291	0,945
3 und mehr	12	0,048	0,990	0,386	1,070	0,545	1,039

Gesamt	150	0,113	0,768	0,037	0,781	0,006	0,819
--------	-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen

Faktor 1 - ‚hohe Ängstlichkeit und körperliche Belastung‘

Die arithmetischen Mittel und die Standardabweichungen der Gesamtstichprobe entsprachen den Werten des Faktors eins der beiden ersten Hypothesen. Auffällig war, dass die Belastungsintensität der Einfachdiagnosen (Hauptfaktor Anzahl der Diagnosen) im Durchschnitt der drei Messzeitpunkte (5,676) fast identisch mit der Belastung bei keiner Diagnose war (5,597). Dagegen waren die durchschnittlichen Belastungen bei Zwei- und Dreifachdiagnosen deutlich höher: 6,529 und 6,944 (s. Tab. 4.17b mit weiteren Werten).

Tab. 4.17b: Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 1), H3 (Komorbidität)

Diagnose- anzahl	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
0	30	7,216	2,915	5,638	3,173	3,937	2,212
1	71	7,971	3,449	5,431	2,761	3,627	2,502
2	37	8,241	2,718	6,293	3,226	5,054	3,157
3 und mehr	12	7,642	4,255	6,893	3,817	6,297	3,628
Gesamt	150	7,860	3,239	5,802	3,059	4,255	2,824

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen

Faktor 2 - ‚mangelnde Aspekte der Salutogenese‘

Die arithmetischen Mittel und die Standardabweichungen der Belastung bei Faktor 2 entsprachen den Werten der Hypothesen 1 und 2. Auch beim zweiten Faktor zeigte

sich die ähnliche Tendenz wie beim Faktor eins, dass der Hauptfaktor Diagnosen bei den Einfachdiagnosen einen Belastungswert von $-2,246$ hatte und fast dem Wert entsprach ohne Diagnosen mit $-2,203$. Die Doppeldiagnosen hatten den Wert $-1,525$ und die Dreifachdiagnosen $-1,419$ und waren damit erwartungsgemäß höher belastet (s. mit weiteren Werten Tab. 4.17c). Anzumerken ist noch, dass bei Therapiebeginn die Belastungswerte von keiner Diagnose ($-1,114$) und der dreifachen Diagnose ($-1,068$) am ähnlichsten waren.

Tab. 4.17c: Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 2), H3 (Komorbidität)

Diagnose- anzahl	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
0	30	-1,114	1,929	-2,074	2,129	-3,422	1,517
1	71	-0,819	2,221	-2,299	1,939	-3,619	1,716
2	37	-0,436	1,868	-1,763	2,228	-2,375	2,253
3 und mehr	12	-1,068	2,560	-1,226	2,890	-1,962	2,414
Gesamt	150	-0,803	2,104	-2,036	2,137	-3,140	1,967

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen

4.3.4.4 Clusteranalytische Gruppen - Hypothese 4

z-Werte

Auch hier war, wie bei den z-Werten der ersten drei Hypothesen die clusteranalytische Gesamtstichprobe ($n = 135$) gegenüber der Ausgangstichprobe bei Therapiebeginn ($n = 343$) etwas mehr belastet (arithmetisches Mittel $0,066$) und homogener (Standardabweichung $0,771$). Wie zu erwarten reduzierten sich die Belastungswerte der Stichproben über den Therapieverlauf. Die einzelnen Werte der beiden Cluster unterschieden sich deutlich. Die durchschnittliche Standardabweichung der Gesamtstichprobe lag bei $0,779$ (s. Tab. 4.18a mit weiteren Angaben).

Tab. 4.18a: Belastungswerte des Therapieverlaufs (z-Werte), H4 (Clusteranalyse)

Cluster	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
1	88	-0,298	0,596	-0,264	0,604	-0,259	0,647
2	47	0,747	0,577	0,503	0,731	0,472	0,906
Gesamt	135	0,066	0,771	0,003	0,745	-0,004	0,822

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen; Cluster 1: Salutogenetische Tendenz mit wenig paranoidem Denken, Cluster 2: Pathologische Tendenz mit paranoidem Denken

Faktor 1 - ‚hohe Ängstlichkeit und körperliche Belastung‘

Die arithmetischen Mittel der Belastungswerte des Faktors 1 der vierten Hypothese nahmen in der gesamten Stichprobe (wie den beiden einzelnen Clustern) konstant ab: Therapiebeginn 7,669, nach 6 Monaten 5,634 und bei Therapieende 4,201 (s. Tab. 4.18b mit weiteren Angaben).

Tab. 4.18b: Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 1), H4 (Clusteranalyse)

Cluster	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
1	88	6,301	2,831	4,675	2,520	3,376	2,213
2	47	10,230	2,384	7,442	2,778	5,746	3,203
Gesamt	135	7,669	3,269	5,634	2,919	4,201	2,826

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen; Cluster 1: Salutogenetische Tendenz mit wenig paranoidem Denken, Cluster 2: Pathologische Tendenz mit paranoidem Denken

Faktor 2 - ‚mangelnde Aspekte der Salutogenese‘

Die arithmetischen Mittel der Belastungswerte des Faktors 2 der vierten Hypothese nahmen ebenfalls in der gesamten Stichprobe und den einzelnen Clustern konstant ab von $-0,932$ bei Therapiebeginn über $-2,111$ nach 6 Monaten auf $-3,158$ bei Therapieende (s. Tab. 4.18c mit weiteren Werten).

Tab. 4.18c: Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 2), H4 (Clusteranalyse)

Cluster	N	Therapiebeginn		nach 6 Monaten		Therapieende	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
1	88	-1,902	1,656	-2,815	1,744	-3,741	1,551
2	47	0,885	1,562	-0,792	1,907	-2,065	2,231
Gesamt	135	-0,932	2,096	-2,111	2,039	-3,158	1,978

Anmerkungen: AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, N = Fallzahlen; Cluster 1: Salutogenetische Tendenz mit wenig paranoidem Denken, Cluster 2: Pathologische Tendenz mit paranoidem Denken

4.3.5 Überprüfung der Hypothesen – mit Haupt- und Wechselwirkungen

Persönlichkeitsstörungen der Hypothesen 1 und 2 (ICD-10-Codierungen)

Wie bereits im Methodikteil erwähnt (3.3 *Nachcodierung*), ist ein wesentlicher Unterschied der Persönlichkeitsstörungen deren Grad an Ich-Syntonität (s. a. u. 2.4.1.1 *Psychische Störung*). Deshalb wurden die zusammengefassten Tests der Hypothesen 1 und 2 sowohl mit der ‚therapeuten-‘ als auch der ‚klientenorientierten‘ Diagnostik berechnet und auf mögliche Differenzen untersucht. Es fanden sich in beiden Fällen keine signifikanten Unterschiede der beiden Codierungsarten (t-Test für abhängige Stichproben; $df = 9$; 5%): Hypothese 1, $t = 0,098$, $p = 0,894$ und Hypothese 2, $t = 0,278$, $p = 0,787$.

Daher wurde im folgenden die ‚therapeutenorientierte‘ Codierung verwendet, die alle von den Therapeuten diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen auch so beibehielten unabhängig von den Angaben / Anliegen der Klienten. Dieses Vorgehen erschien inhaltlich adäquat, da Persönlichkeitsstörungen schwere Störungen darstellen, die potentiell längere Behandlungsintervalle beanspruchen als die alternativ codierten Anpassungsstörungen (n432) und damit auch der Anteil der Umcodierungen kleiner blieb.

Übersicht der Hypothesen

Zur besseren Veranschaulichung wurden in der folgenden Tabelle die F- und p-Werte der vier Hypothesen zusammengefasst, bevor danach die einzelnen Ergebnisse angeführt wurden (s. Tab. 4.19). Nach der Anpassung des Signifikanzniveaus waren nur noch die drei p-Werte der dritten Hypothese (Komorbidität) signifikant: Faktor 1 mit $p = 0,004$ und sehr signifikant Faktor 2 mit $p = 0,001$ und die z-Werte-Zusammenfassung mit $p = 0,000$. Eine Tendenz zur Signifikanz konnte noch bei der vierten Hypothese (clusteranalytische Bildung der Störungsgruppen) festgestellt werden bei der z-Werte-Zusammenfassung mit $p = 0,032$ und dem Faktor 2 der faktorenanalytischen Zusammenfassung mit $p = 0,042$.

Tab. 4.19: Übersicht zu allen 4 Hypothesen

	F-Codes, grob		F-Codes, fein		Komorbidität		Clustering	
	F	p	F	p	F	p	F	p
z-Werte	1,633	0,184	1,432	0,188	6,543	0,000***	4,701	0,032*
Faktor 1	1,766	0,156	1,237	0,282	4,683	0,004**	1,752	0,188
Faktor 2	1,508	0,215	1,447	0,182	5,590	0,001***	4,213	0,042*

Anmerkungen: F-Werte = Pillai-Spur; * $\leq 0,05$, ** $\leq 0,01$, *** $\leq 0,001$; p-Werte $\leq 0,05$ sind fettgedruckt

4.3.5.1 F-Codierungen, einstellig - Hypothese 1

Insgesamt gingen 150 Fälle in die Untersuchung der groben F-Codierungen ein:

Affektive Störungen (F3) mit 26 Fällen, neurotische -, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) mit 97, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) mit 12 und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) mit 15 Fällen. Die hohe Anzahl der F4-Diagnosen ergab sich aus der überproportional hohen Anzahl der Nachcodierungen (s. a. Tab. 4.15a, b und c).

Hauptwirkungen

Die p-Werte der Hypothesenprüfung waren nicht signifikant und lagen zwischen 0,156 (Faktor 1) und 0,215 (Faktor 2) bei einem Freiheitsgrad von 3 (s. mit weiteren Werten Tab. 4.20). Damit wurde die erste Hypothese abgelehnt.

Die Zeit war nur bei der faktorenanalytischen Zusammenfassung signifikant: $p = 0,004$ bei Faktor 1 und hatte bei Faktor 2 nur noch eine Tendenz zur Signifikanz mit $p = 0,024$. Der p-Wert der z-Wert-Zusammenfassung lag bei 0,563. Der signifikante Wert der Zeit von Faktor 1 beruhte hauptsächlich auf der Differenz zwischen Therapiebeginn und Therapieende (s. Tab. 4.15b).

Von den Kovariaten waren die Therapieminuten, Alter und Geschlecht nicht signifikant, während die Anfangsbelastung bei allen drei Werten der beiden Zusammenfassungen mit $p = 0,000$ das höchste Signifikanzmaß des Rechenprogramms erreichte. Identische p-Werte der Anfangsbelastung waren auch bei allen drei anderen Hypothesen vorhanden.

Wechselwirkungen

Entsprechend dem höchsten Signifikanzmaß der Anfangsbelastung bei den Hauptwirkungen fiel auch die Wechselwirkung von Zeit und Anfangsbelastung drei mal mit dem höchsten Signifikanzmaß von $p = 0,000$ aus (s. Tab. 4.20). Wiederum galten identische Werte bei den drei anderen Hypothesen.

Die Wechselwirkung von Zeit und Therapieminuten war bei Faktor 2 als nicht signifikant anzusehen ($p = 0,048$).

Tab. 4.20: F- und p-Werte der 1. Hypothesenuntersuchung (F-Codierungen, einstellig), Haupt- und Wechselwirkungen beider Zusammenfassungen

Hauptwirkungen												
	Zeit		Anf-Bel		Th-min		Alter		Geschlecht		Hypothese 1	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
z-Werte	0,577	0,563	290,734	0,000***	0,432	0,512	0,711	0,401	0,948	0,332	1,633	0,184
Faktor 1	5,859	0,004**	267,943	0,000***	0,098	0,755	0,040	0,841	0,013	0,908	1,766	0,156
Faktor 2	3,852	0,024*	266,726	0,000***	0,122	0,727	1,556	0,214	1,015	0,315	1,508	0,215

Wechselwirkungen											
	Zeit*Anf-Bel		Zeit*Th-min		Zeit*Alter		Zeit*Geschlecht		Zeit*Hypothese 1		
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	
z-Werte	22,347	0,000***	2,612	0,077	0,656	0,521	0,289	0,749	1,592	0,149	
Faktor 1	29,339	0,000***	2,715	0,070	1,686	0,189	0,920	0,401	1,614	0,143	
Faktor 2	30,118	0,000***	3,111	0,048*	0,399	0,672	0,116	0,891	2,120	0,051	

Anmerkungen: F-Werte = Pillai-Spur; p-Werte $\leq 0,05$ sind fettgedruckt; * = nicht signifikant (5 %), ** = signifikant (1 %), *** = sehr signifikant (0,1 %); df = 3 bei Hypothesentest; Anf-Bel = Anfangsbelastung, Th-min = Therapieminuten

4.3.5.2 F-Codierungen, mehrstellig - Hypothese 2

Zusammen gingen 150 Fälle in die Untersuchung der detaillierten F-Codierungen ein. Die einzelnen Fallzahlen können den Tabellen 4.16a, b und c entnommen werden.

Hauptwirkungen

Die p-Werte der Hypothesenprüfung ($df = 8$) waren nicht signifikant und lagen zwischen 0,182 (Faktor 2) und 0,282 bei Faktor 1. Der p-Wert der z-Wert-Zusammenfassung betrug 0,188. Damit wurde die zweite Hypothese abgelehnt.

Der Hauptfaktor Zeit war, wie bei Hypothese 1, nur bei der faktorenanalytischen Zusammenfassung signifikant: bei Faktor 1 sehr signifikant mit $p = 0,001$ und signifikant bei Faktor 2 mit $p = 0,009$. Der z-Wert hatte mit $p = 0,490$ keine Signifikanz (s. Tab. 4.21 mit weiteren Angaben).

Von den Kovariaten waren die Therapieminuten, Alter und Geschlecht nicht signifikant, während die Anfangsbelastung bei allen drei Werten das maximale Signifikanzmaß mit $p = 0,000$ hatte.

Wechselwirkungen

Die Wechselwirkung von Zeit und Hypothese fiel bei allen drei Werten in den nicht signifikanten Bereich: z-Werte, $p = 0,041$; Faktor 1, $p = 0,012$ und Faktor 2, $p = 0,013$. Faktor 1 und 2 waren aber grenzwertig zur Signifikanz, so dass sie als Tendenz interpretierbar waren: Die größte Differenz der Zellenmittelwerte fand sich bei Faktor 1 zwischen F40 /41 bei Therapiebeginn (AM 9,264 mit SD 2,508) und F431 bei Therapieende (AM 3,085 mit 2,120) (s. Tab. 4.16b). Bei Faktor 2 lag die größte Differenz der Zellenmittelwerte zwischen F50 bei Therapiebeginn (AM 0,094 mit SD 2,429) und wiederum F431 bei Therapieende (AM -4,237 und SD 1,419) (s. Tab. 4.16c). Entsprechend der Hauptwirkungswerte der Anfangsbelastung waren auch die

Wechselwirkungen von Zeit und Anfangsbelastung maximal signifikant ($p = 0,000$).
Die Wechselwirkungen der Zeit mit Therapieminuten, Alter und Geschlecht war nicht signifikant (s. Tab. 4.21).

Tab. 4.21: F- und p-Werte der 2. Hypothesenuntersuchung (F-Codierungen, mehrstellig), Haupt- und Wechselwirkungen beider Zusammenfassungen

Hauptwirkungen												
	Zeit		Anf-Bel		Th-min		Alter		Geschlecht		Hypothese 2	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
z-Werte	0,717	0,490	277,828	0,000***	0,281	0,597	0,741	0,391	0,526	0,470	1,432	0,188
Faktor 1	6,907	0,001***	253,156	0,000***	0,005	0,944	0,051	0,822	0,001	0,978	1,237	0,282
Faktor 2	4,874	0,009**	259,084	0,000***	0,069	0,793	1,614	0,206	0,516	0,474	1,447	0,182

Wechselwirkungen										
	Zeit*Anf-Bel		Zeit*Th-min		Zeit*Alter		Zeit*Geschlecht		Zeit*Hypothese 2	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
z-Werte	21,408	0,000***	1,586	0,209	0,692	0,503	0,253	0,777	1,731	0,041*
Faktor 1	28,348	0,000***	1,759	0,176	1,729	0,181	0,652	0,522	2,021	0,012*
Faktor 2	30,289	0,000***	2,012	0,138	0,460	0,632	0,143	0,867	2,001	0,013*

Anmerkungen: F-Werte = Pillai-Spur; p-Werte $\leq 0,05$ sind fettgedruckt; * = nicht signifikant (5 %), ** = signifikant (1 %), *** = sehr signifikant (0,1 %); df = 8 bei Hypothesentest; Anf-Bel = Anfangsbelastung, Th-min = Therapieminuten

4.3.5.3 Mehrfachdiagnosen - Hypothese 3

Insgesamt gingen 150 Fälle in die Untersuchung der Komorbiditäten ein. Die einzelnen Fallzahlen können der Tabelle 4.17a, b und c entnommen werden.

Hauptwirkungen

Die p-Werte der Hypothesenprüfung ($df = 3$) waren alle drei signifikant: sehr signifikant bei den z-Werten ($p = 0,000$) und beim Faktor 2 ($p = 0,001$) und signifikant bei Faktor 1 ($p = 0,004$). Welche einzelnen Differenzen dabei signifikant wurden, wurde mit einem Post-Hoc-Test (Scheffé) untersucht (s.u. mit Tab. 22b, c und d). Damit wurde die dritte Hypothese der Hauptuntersuchung bestätigt.

Die Zeit war, wie bei Hypothese 1 und 2, nur bei der faktorenanalytischen Zusammenfassung signifikant: sehr mit $p = 0,001$ bei Faktor 1 und signifikant mit $p = 0,006$ bei Faktor 2 (den Tab. 4.17b und c war zu entnehmen, dass die Signifikanz auf den Differenzen zwischen Therapiebeginn und Therapieende beruhte). Der z-Wert war mit $p = 0,356$ nicht signifikant.

Von den Kovariaten waren, wie bei Hypothese 1 und 2, die Therapieminuten, Alter und Geschlecht nicht signifikant, während die Anfangsbelastung bei allen drei Werten mit 0,000 maximal signifikant ausfiel (s. Tab. 4.22a mit weiteren Angaben).

Wechselwirkungen

Die Wechselwirkungen der Zeit und der Hypothese waren bei zwei Werten signifikant: bei den z-Werten ($p = 0,003$) und bei Faktor 2 ($p = 0,008$). Faktor 1 war mit $p = 0,018$ nicht signifikant, hatte aber eine Tendenz hierzu (s. mit weiteren Werten Tab. 4.22a). Bei der z-Werte-Zusammenfassung lag die größte Zellendifferenz jeweils bei Therapieende zwischen Einfachdiagnose (AM $-0,197$ mit SD $0,708$) und Dreifachdiagnose (AM $0,545$ mit SD $1,039$). Bei der faktorenanalytischen Zusammenfassung ergaben sich folgende größte Differenzen der Zellen: bei Faktor 1

zwischen Doppeldiagnose (AM 8,241 mit SD 2,718) bei Therapiebeginn und einfacher Diagnose bei Therapieende (AM 3,627 mit SD 2,502); bei Faktor 2 zwischen den gleichen Zellen mit Doppeldiagnose (AM $-0,436$ mit SD 1,868) bei Therapiebeginn und Einfachdiagnose bei Therapieende (AM $-3,619$ mit SD 1,716) (s. a. Abb. 1, 2 und 3).

Entsprechend den Hauptwirkungen fiel auch die Wechselwirkung von Zeit und Anfangsbelastung drei mal höchst signifikant ($p = 0,000$) aus. Die Wechselwirkungen der Zeit mit Alter und Geschlecht waren nicht signifikant. Die Wechselwirkung von Zeit und Therapieminuten bei Faktor 2 hatte eine Tendenz zur Signifikanz mit $p = 0,037$ (s. Tab. 4.22a).

Abb. 4.1: Interaktionsdiagramm der Hypothese 3, z-Werte

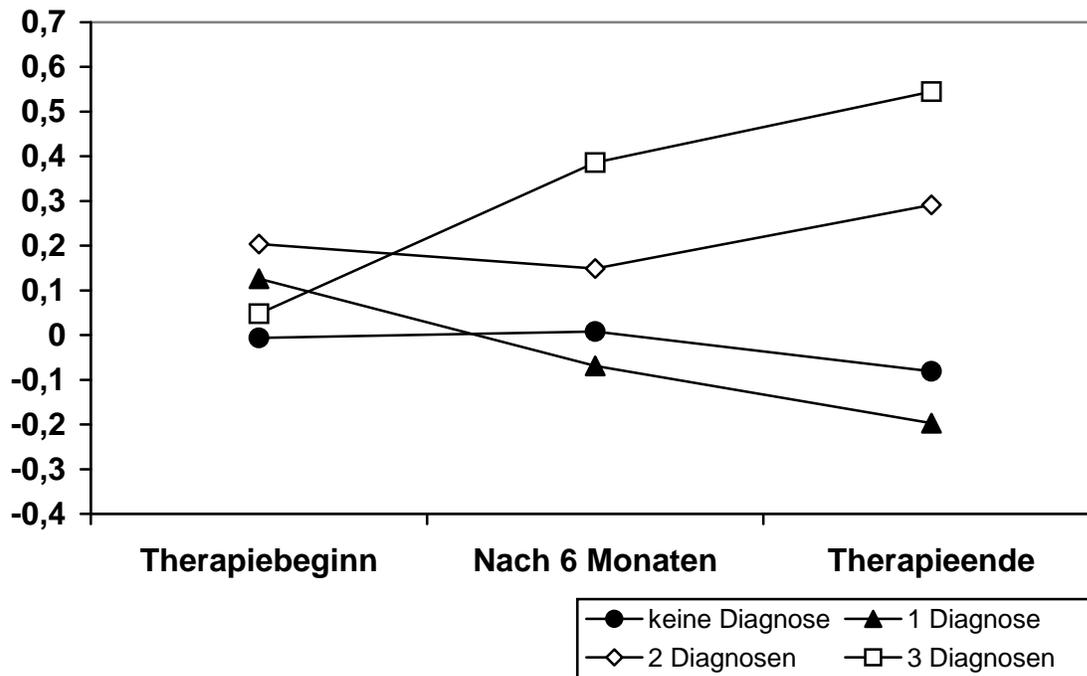


Abb. 4.2: Interaktionsdiagramm der Hypothese 3, Faktor 1

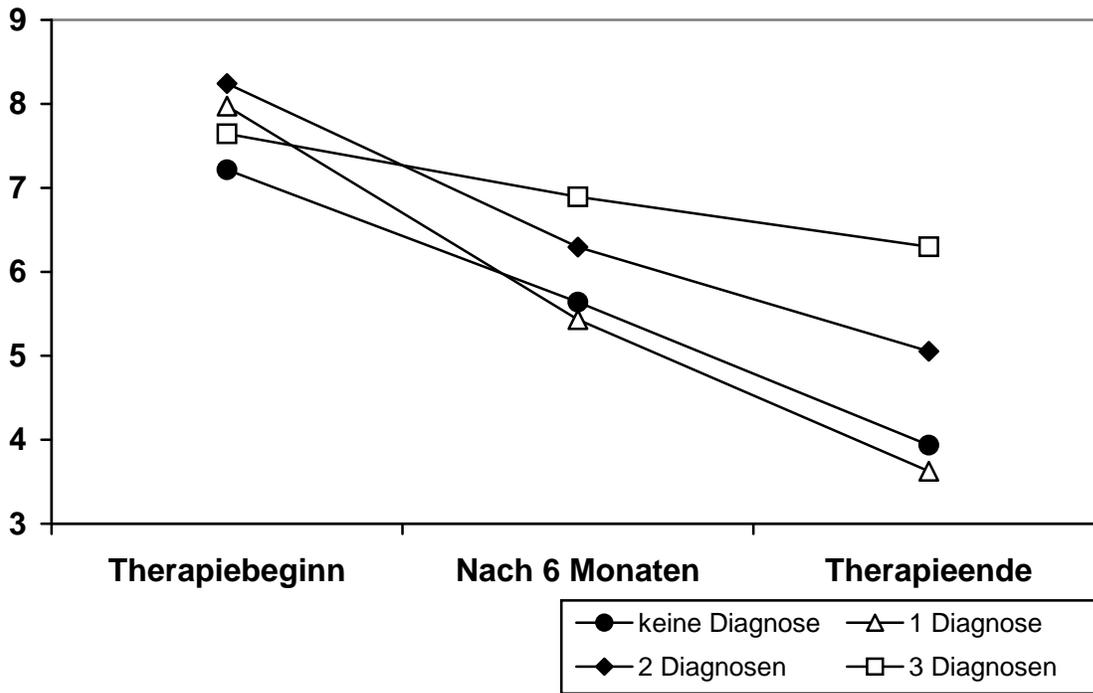
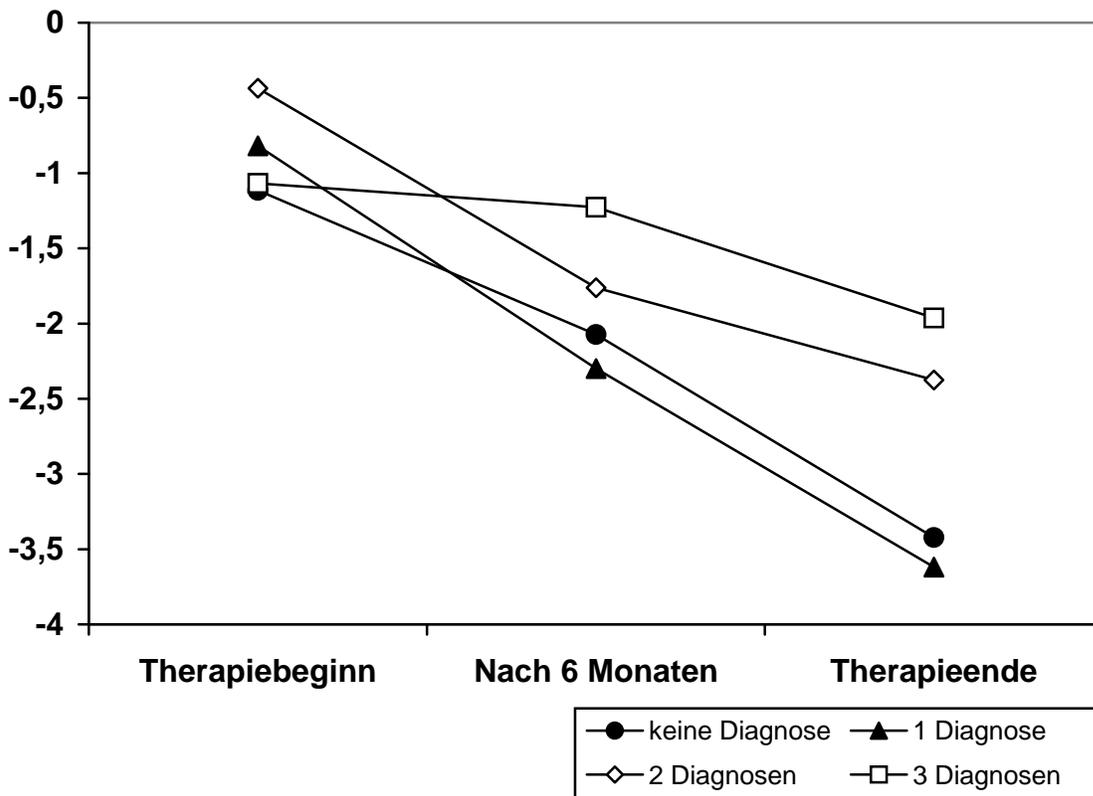


Abb. 4.3: Interaktionsdiagramm der Hypothese 3, Faktor 2



Tab. 4.22a: F- und p-Werte der 3. Hypothesenuntersuchung (Komorbidität), Haupt- und Wechselwirkungen beider Zusammenfassungen

Hauptwirkungen												
	Zeit		Anf-Bel		Th-min		Alter		Geschlecht		Hypothese 3	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
z-Werte	1,041	0,356	317,997	0,000***	0,393	0,532	1,370	0,244	0,419	0,518	6,543	0,000***
Faktor 1	7,122	0,001***	280,657	0,000***	0,183	0,670	0,326	0,569	0,002	0,963	4,683	0,004**
Faktor 2	5,360	0,006**	286,548	0,000***	0,159	0,691	2,591	0,110	0,628	0,429	5,590	0,001***

Wechselwirkungen										
	Zeit*Anf-Bel		Zeit*Th-min		Zeit*Alter		Zeit*Geschlecht		Zeit*Hypothese 3	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
z-Werte	24,037	0,000***	2,810	0,064	1,161	0,316	0,184	0,832	3,343	0,003**
Faktor 1	30,430	0,000***	2,945	0,056	2,368	0,097	0,571	0,566	2,594	0,018*
Faktor 2	31,345	0,000***	3,389	0,037*	0,986	0,376	0,129	0,879	2,948	0,008**

Anmerkungen: F-Werte = Pillai-Spur; p-Werte $\leq 0,05$ sind fettgedruckt; * = nicht signifikant (5 %), ** = signifikant (1 %), *** = sehr signifikant (0,1 %); df = 3 bei Hypothesentest; Anf-Bel = Anfangsbelastung, Th-min = Therapieminuten

Post-Hoc-Tests

Post-Hoc-Tests wurden bei allen Hypothesenuntersuchungen dann durchgeführt, wenn die Signifikanzen die 1-%-Grenze erreichten. Dies war nur bei der dritten Hypothese der Fall. Als Test wurde der Scheffé-Test ausgewählt, der als eher konservativ einzustufen und robust gegen Voraussetzungsverletzungen war. Bei der z-Werte-Zusammenfassung waren zwei Differenzen signifikant: Zwischen einer und zwei Diagnosen betrug die Signifikanz 0,037 und zwischen einer und mindestens drei Diagnosen 0,003 (s. Tab. 4.22b mit weiteren Angaben).

Tab. 4.22b: Scheffé-Test (z-Werte), Komorbidität (Hypothese 3)

Faktorstufe A	Faktorstufe B	Mittlere Differenz	Standardfehler	Signifikanz
1 Diagnose	2 Diagnosen	-0,218	0,0741	0,037
1 Diagnose	3 Diagnosen	-0,440	0,1141	0,003

Anmerkungen: Signifikanz Hypo 3: $p = 0,000$; ‚3 Diagnosen‘ gilt für 3 und mehr Diagn.

Auch die faktorenanalytische Zusammenfassung mit den beiden Faktoren hatte signifikante Werte der Differenzen der Diagnoseanzahl. Beim Faktor eins ergab der Scheffé-Test zwischen der Störungsgruppe mit Einfach- und der mindestens Dreifachdiagnose einen signifikanten Wert von 0,014 (s. mit weiteren Angaben Tab. 4.22c).

Tab. 4.22c: Scheffé-Test (Faktor 1), Komorbidität (Hypothese 3)

Faktorstufe A	Faktorstufe B	Mittlere Differenz	Standardfehler	Signifikanz
1 Diagnose	3 Diagnosen	-1,5141	0,45579	0,014

Anmerkungen: Signifikanz Hypo 3: $p = 0,004$; ‚3 Diagnosen‘ gilt für 3 und mehr Diagn.

Beim Faktor zwei ergaben sich, wie bei der Zusammenfassung der z-Werte, zwei signifikante Differenzen beim Scheffé-Test. Auch hier waren es die Differenzen

zwischen Einfach- und Zweifachdiagnosen sowie zwischen Einfach- und mindestens Dreifachdiagnosen mit den Signifikanzen 0,030 und 0,013 (s. mit weiteren Angaben Tab. 4.22d).

Tab. 4.22d: Scheffé-Test (Faktor 2), Komorbidität (Hypothese 3)

Faktorstufe A	Faktorstufe B	Mittlere Differenz	Standardfehler	Signifikanz
1 Diagnose	2 Diagnosen	-0,6049	0,19923	0,030
1 Diagnose	3 Diagnosen	-1,0272	0,30669	0,013

Anmerkungen: Signifikanz Hypo 3: $p = 0,001$; ‚3 Diagnosen‘ gilt für 3 und mehr Diagn.

4.3.5.4 Clusteranalytische Gruppen - Hypothese 4

Hauptwirkungen

Die p-Werte der Hypothesenprüfung ($df = 1$) waren nicht signifikant, hatten aber zwei mal eine leichte Tendenz dazu: z-Werte, $p = 0,032$ und Faktor 2, $p = 0,042$. Der p-Wert von Faktor 1 betrug 0,188. Damit wurde die vierte Hypothese abgelehnt.

Die Zeit war nicht signifikant und hatte nur im Fall von Faktor 1 eine Tendenz zur Signifikanz ($p = 0,016$). Faktor 2 hatte einen p-Wert von 0,073 und die z-Werte-Zusammenfassung von 0,777. Von den Kovariaten waren, wie bei den drei anderen Hypothesen, die Therapieminuten, Alter und Geschlecht nicht signifikant, während die Anfangsbelastung bei allen drei Werten mit 0,000 maximal signifikant war (s. mit weiteren Angaben Tab. 4.23).

Wechselwirkungen

Passend zur Hauptwirkung der Anfangsbelastung fiel auch die Wechselwirkung von Zeit

und Anfangsbelastung drei mal maximal signifikant ($p = 0,000$) aus. Die Wechselwirkungen der Zeit mit Therapieminuten, Alter, Geschlecht und der Hypothese waren nicht signifikant.

Tab. 4.23: F- und p-Werte der 4. Hypothesenuntersuchung (Clusteranalyse), Haupt- und Wechselwirkungen beider Zusammenfassungen

Hauptwirkungen												
	Zeit		Anf-Bel		Th-min		Alter		Geschlecht		Hypothese 4	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
z-Werte	0,253	0,777	131,108	0,000***	0,028	0,867	0,048	0,827	0,385	0,563	4,701	0,032*
Faktor 1	4,257	0,016*	125,926	0,000***	0,000	0,986	0,008	0,931	0,002	0,967	1,752	0,188
Faktor 2	2,674	0,073	121,018	0,000***	0,006	0,937	0,603	0,439	0,660	0,418	4,213	0,042*

Wechselwirkungen											
	Zeit*Anf-Bel		Zeit*Th-min		Zeit*Alter		Zeit*Geschlecht		Zeit*Hypothese 4		
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	
z-Werte	18,883	0,000***	1,645	0,197	0,150	0,861	0,170	0,844	1,473	0,233	
Faktor 1	25,597	0,000***	1,527	0,221	0,687	0,505	0,583	0,560	1,901	0,154	
Faktor 2	20,936	0,000***	1,834	0,164	0,033	0,968	0,079	0,924	1,090	0,339	

Anmerkungen: F-Werte = Pillai-Spur; p-Werte $\leq 0,05$ sind fettgedruckt; * = nicht signifikant (5 %), ** = signifikant (1 %), *** = sehr signifikant (0,1 %); df = 3 bei Hypothesentest; Anf-Bel = Anfangsbelastung, Th-min = Therapieminuten

4.4 Nachuntersuchung

Die einzelnen Untersuchungen ergaben sich als ergänzende Fragestellungen bereits bei der Planung der Studie (s. a. unter 3.4.3 *Nachuntersuchungen*). Da sie nicht zum Hauptteil der Studie gehörten, sondern diesen nur ergänzen, wurden die Ergebnisse auf das Wesentliche reduziert.

4.4.1 Therapiedauer als abhängige Variable

Die Therapiedauer wurde in zwei Formen operationalisiert:

- Therapieminuten = Sitzungsanzahl * Sitzungsdauer in Minuten
- Sitzungsanzahl

Zur Überprüfung des möglichen Einflusses der verschiedenen Störungsgruppen (unabhängige Variablen, wie in der Hauptuntersuchung) auf die Therapiedauer (abhängige Variable) wurden einfaktorielle ANCOVAs gerechnet. Die Kovariaten waren die verbleibenden drei: Anfangsbelastung, Alter und Geschlecht. Der Messwiederholungsfaktor wurde nicht benötigt, da die Therapiedauer bis Therapieende relevant war.

Therapieminuten

Keine der vier Hypothesen erreichte einen signifikanten Wert. Auch der kleinste p-Wert lag mit 0,165 noch deutlich von der üblichen 0,05-Grenze entfernt (s. Tab. 4.24a mit weiteren Angaben).

Tab. 4.24a: Untersuchung der Hypothesen mittels Therapieminuten

Hypothesen	n	AM	SD	F-Wert	p-Wert
H1 - F-Codes, einstellig	164	3284,18	1564,59	0,836	0,476
H2 - F-Codes, mehrstellig	164	3284,18	1564,59	1,491	0,165

Ergebnisse

H3 - Komorbidität	164	3284,18	1564,59	0,629	0,597
H4 - Clusteranalyse	147	3282,93	1528,80	1,739	0,189

Anmerkungen: n = Fallzahlen, AM = arithmetisches Mittel (gesamt), SD = Standardabweichung (gesamt)

Sitzungsanzahl

Keine der vier Hypothesen erreichte einen signifikanten Wert. Selbst der kleinste p-Wert lag mit 0,202 noch deutlich über der üblichen 0,05-Grenze.

Tab. 4.24b: Untersuchung der Hypothesen mittels Sitzungsanzahl

Hypothesen	n	AM	SD	F-Wert	p-Wert
H1 - F-Codes, einstellig	164	58,43	27,83	0,537	0,657
H2 - F-Codes, mehrstellig	164	58,43	27,83	1,328	0,234
H3 - Komorbidität	164	58,43	27,83	1,086	0,357
H4 - Clusteranalyse	147	58,52	27,47	1,645	0,202

Anmerkungen: n = Fallzahlen, AM = arithmetisches Mittel (gesamt), SD = Standardabweichung (gesamt)

4.4.2 Multiple Regressionsanalyse der Kontrollvariablen

Die multiple Regressionsanalyse der Kontrollvariablen diente der Untersuchung des Einflusses der Kontrollvariablen (Prädiktoren) auf die Belastungswerte unabhängig von den Hypothesen. Die Belastungswerte (Kriterium) wurden ebenso wie die Kontrollvariablen (Prädiktoren) entsprechend der Hauptuntersuchung der Hypothesen berechnet.

Tab. 4.25: Regressionsanalyse der vier Kontrollvariablen (Einschlussmethode)

Kontrollvariable	n	AM	SD	Betagewichte (standardisiert)	T- Wert	Signifikanz
Anfangsbelastung	161	0,089	0,726	0,548	8,092	0,000***
Therapieminuten	161	3331,5	1538,4	0,022	0,320	0,749
Alter	161	39,02	8,55	-0,065	-0,975	0,331
Geschlecht	161	1,77	0,73	0,033	0,485	0,628

Anmerkungen: R^2 -korrigiert = 0,293; n = Fallzahlen, AM = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung

Entsprechend den Ergebnissen der Hauptuntersuchung fand sich ein höchst signifikanter Einfluss der Anfangsbelastung und alle drei anderen Kontrollvariablen waren deutlich entfernt von der 5-%-Grenze und nicht signifikant.

4.4.3 Hauptwirkungen aller einzelnen Tests

Folgend wurden die p-Werte der 12 untersuchten Tests einzeln angegeben (13 Kennwerte, da die salutogenetische Subskala (GesP) und die pathologische Subskala (GesN) der Gesundheitsstudie getrennt eingingen).

Auffällig war, dass bei allen vier Hypothesenuntersuchungen die Kovariate der Anfangsbelastung maximale Signifikanzwerte hatte – mit Ausnahme der AVT und AVK. Die Therapieminuten und das Alter waren nur in einigen Fällen signifikant bis sehr signifikant und das Geschlecht in keinem einzigen Fall signifikant (Therapieminuten: 5 mal *, 2 mal **, Alter: 4 mal *, 1 mal **).

Der Hauptfaktor der Hypothesenuntersuchung hatte bei allen vier Hypothesen zusammen 4 mal *, 4 mal ** und 1 mal ***. Der Hauptfaktor Zeit hatte 8 mal *, 12 mal ** und 0 mal ***. Diese Ergebnisse entsprachen dimensional den Resultaten der Zusammenfassungen in der Hauptuntersuchung.

Tab. 4.26a: p-Werte aller 12 einzelnen Tests der 1. Hypothese (F-Codierungen,

einstellig), nur Hauptwirkungen

Test	Zeit	Anf-Bel	Th-min	Alter	Geschl	Hypo1
SCL-GSI	0,014**	0,000***	0,719	0,480	0,287	0,076
IIP	0,138	0,000***	0,275	0,088	0,121	0,142
BAI	0,007**	0,000***	0,439	0,886	0,973	0,288
BDI	0,079	0,000***	0,787	0,745	0,576	0,170
BL-Z	0,011**	0,000***	0,857	0,987	0,402	0,197
GesN	0,203	0,000***	0,585	0,515	0,777	0,254
GesP	0,601	0,000***	0,220	0,396	0,120	0,248
SWE	0,048*	0,000***	0,838	0,006**	0,710	0,784
LZH	0,213	0,000***	0,237	0,485	0,348	0,709
GRT	0,156	0,000***	0,016*	0,651	0,692	0,447
GRK	0,004**	0,000***	0,293	0,407	0,442	0,376
AVT	0,456	0,533	0,025*	0,895	0,846	0,950
AVK	0,393	0,518	0,574	0,986	0,146	0,394

(Fortsetzung von Tab. 4.26a)

Anmerkungen: Anf-Bel = Anfangsbelastung, Th-min = Therapieminuten, Geschl = Geschlecht; SCL: Symptom-Checkliste, IIP: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, BAI: Beck Angst Inventar, BDI: Beck-Depressions-Inventar, BL: Beschwerdenliste, GesN: Gesundheitsskala-Neurotizismuswert, GesP: Gesundheitsskala-Positivwert, SWE: Selbstwirksamkeitserwartung, LZH: Lebenszufriedenheit, GRK: Globales Rating/Klient, GRT: Globales Rating/Therapeut, AVT: Allgemeine Verbesserung des Therapieerfolgs/Therapeut, AVK: Allgemeine Verbesserung des Therapieerfolgs/Klient

Tab. 4.26b: p-Werte aller 12 einzelnen Tests der 2. Hypothese (F-Codierungen, mehrstellig), nur Hauptwirkungen

Test	Zeit	Anf-Bel	Th-min	Alter	Geschl	Hypo2
SCL-GSI	0,005**	0,000***	0,776	0,547	0,367	0,094
IIP	0,045*	0,000***	0,135	0,025*	0,085	0,026*
BAI	0,003**	0,000***	0,606	0,976	0,940	0,051
BDI	0,080	0,000***	0,698	0,735	0,881	0,081
BL-Z	0,007**	0,000***	0,637	0,839	0,546	0,297
GesN	0,232	0,000***	0,533	0,481	0,708	0,772
GesP	0,370	0,000***	0,290	0,388	0,172	0,503
SWE	0,027*	0,000***	0,900	0,012*	0,929	0,392
LZH	0,121	0,000***	0,409	0,602	0,573	0,958
GRT	0,151	0,000***	0,010**	0,501	0,889	0,004**
GRK	0,005**	0,000***	0,299	0,473	0,503	0,486
AVT	0,303	0,745	0,036*	0,851	0,530	0,250
AVK	0,477	0,462	0,359	0,844	0,308	0,827

Anmerkungen: s. Tab. 4.26a

Tab. 4.26c: p-Werte aller 12 einzelnen Tests der 3. Hypothese (Komorbidität), nur Hauptwirkungen

Test	Zeit	Anf-Bel	Th-min	Alter	Geschl	Hypo3
SCL-GSI	0,009**	0,000***	0,662	0,609	0,388	0,005**
IIP	0,073	0,000***	0,301	0,071	0,183	0,027*
BAI	0,002**	0,000***	0,395	0,846	0,950	0,274
BDI	0,084	0,000***	0,662	0,566	0,942	0,005**
BL-Z	0,006**	0,000***	0,994	0,659	0,372	0,048*
GesN	0,156	0,000***	0,646	0,660	0,721	0,094
GesP	0,272	0,000***	0,156	0,223	0,114	0,033*
SWE	0,011*	0,000***	0,648	0,011*	0,945	0,299
LZH	0,247	0,000***	0,369	0,324	0,599	0,143
GRT	0,120	0,000***	0,003**	0,757	0,964	0,166
GRK	0,004**	0,000***	0,394	0,424	0,719	0,103
AVT	0,286	0,531	0,026*	0,988	0,776	0,882
AVK	0,334	0,576	0,496	0,968	0,224	0,592

Anmerkungen: s. Tab. 4.26a

Tab. 4.26d: p-Werte aller 12 einzelnen Tests der 4. Hypothese (Clusterung), nur Hauptwirkungen

Test	Zeit	Anf-Bel	Th-min	Alter	Geschl	Hypo4
SCL-GSI	0,046*	0,000***	0,953	0,400	0,627	0,000***
IIP	0,242	0,000***	0,843	0,299	0,345	0,004**
BAI	0,017*	0,000***	0,899	0,803	0,871	0,055
BDI	0,166	0,000***	0,630	0,904	0,859	0,063
BL-Z	0,028*	0,000***	0,940	0,936	0,619	0,641
GesN	0,305	0,000***	0,379	0,210	0,752	0,530
GesP	0,628	0,000***	0,188	0,544	0,092	0,095
SWE	0,041*	0,000***	0,629	0,019*	0,949	0,066
LZH	0,333	0,000***	0,372	0,900	0,476	0,670
GRT	0,312	0,000***	0,024*	0,990	0,873	0,303
GRK	0,053	0,000***	0,702	0,181	0,697	0,679
AVT	0,262	0,265	0,070	0,619	0,732	0,450
AVK	0,518	0,936	0,405	0,754	0,221	0,448

Anmerkungen: s. Tab. 4.26a

5 Diskussion

5.1 Design der Untersuchung

Das Design der Untersuchung konnte aufgrund der EWAK-Studie als Datenbasis nur teilweise am Untersuchungsgegenstand ausgerichtet werden. Hieraus ergaben sich direkt drei Probleme: die Einschränkungen bei der Untersuchung der Störungsspezifität, die Auswahl der Instrumentarien und das naturalistische Design, die folgend näher erläutert wurden.

5.1.1 Störungsspezifität

Die vorliegende Studie untersuchte die Störungsspezifität mit einem unspezifischen Ansatz, indem keine speziellen Interventionstechniken untersucht wurden, sondern die zusammengefassten Techniken acht verschiedener Körperpsychotherapieinstitute. Wie im Theorieteil erwähnt, konnte die Störungsspezifität in Symptom- und Konfliktspezifität unterteilt werden, wobei die Konfliktspezifität den Körperpsychotherapien zuzuordnen war (Paar & Wiegand-Grefe, 2001). Eine Untersuchung der Konfliktspezifität hätte eine spezifische Operationalisierung und Erhebung bei den Therapeuten und Klienten erfordert. Dieser Ansatz war bei der vorliegenden Untersuchung nicht umsetzbar, da durch die EWAK-Studie die Daten bereits in anderer Form vorlagen. Deshalb wurde die Störungsspezifität in Form der Symptomspezifität bei Körperpsychotherapien untersucht. Dies war möglich durch die unspezifische Definition der Therapien. Dadurch wurden die Therapien austauschbar und es hätte mit dem gleichen Design auch jede andere Psychotherapieform untersucht werden können.

5.1.2 Auswahl der Erhebungsinstrumente

Die Auswahl der Tests folgte der Vergleichbarkeit mit anderen Evaluationsstudien (Fydrich et al., 1996). Zur Untersuchung der Störungsspezifität hätten teilweise andere Tests verwendet werden sollen. Da die untersuchten Diagnosen der ICD-10 nur sehr wenig interpersonal definiert werden, war das IIP für die ersten drei Hypothesen nicht wichtig. So hatte das IIP bei der Faktorenanalyse zur Zusammenfassung auch nach der Rotation nur relativ geringe Ladungen auf beiden Faktoren: 0,543 und 0,545 (s. *Tab. 4.13*). Bei der vierten Hypothese (Clusterung) hatte das IIP eine potentielle Bedeutung, die sich nicht in der Untersuchung bestätigte. Bei der 2. Faktorenanalyse luden zwar auf Faktor vier und fünf alle acht Subskalen des IIP hoch. Sie hatten aber zu geringe Varianzaufklärungen gegenüber den ersten drei interpretierten Faktoren.

Eine ähnliche Frage stellte sich bezüglich der salutogenetischen Instrumente. Die Definitionen der Störungen der ICD-10 verzichteten vollständig auf salutogenetische Aspekte und damit auf die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), die Lebenszufriedenheit (LZH) und die Positivskala der Gesundheitsskala (GesP). Daher hatten diese für die ersten drei untersuchten Hypothesen (unabhängige Variablen) keine Relevanz. Trotzdem zeigte sich bei der faktorenanalytischen Zusammenfassung (Bildung der abhängigen Variablen) mit dem zweiten Faktor die Bedeutung der salutogenetischen Skalen. Auch wenn die Faktorenanalyse in der durchgeführten Form rein hypothesengenerierend war, konnte der salutogenetisch definierte zweite Faktor als möglicher Hinweis darauf interpretiert werden, dass Gesundheit nicht nur über die Abwesenheit von Krankheit definiert werden kann (Antonovsky, 1988; Renneberg & Hammelstein, 2006), was dem theoretischen Hintergrund der Entwicklung der Skalen zur Lebenszufriedenheit und der Gesundheitsskala entsprach (R. Lutz, 1995).

Auch bei der clusteranalytischen Bildung der Störungsgruppen zeigte sich bereits in der zweiten vorbereitenden Faktorenanalyse die Bedeutung der salutogenetischen Tests, die dort am höchsten auf dem dritten Faktor luden. Damit erwiesen sich die salutogenetischen Tests als durchaus untersuchungsrelevant für die Störungsspezifität – sowohl bei der unabhängigen Variable von Hypothese 4 als auch der abhängigen Variablen.

Die nicht verwendeten spezifischen Skalen der Körperpsychotherapie hatten keinen

negativen Einfluss auf die Untersuchung, da das Design entsprechend gewählt wurde (keine spezifisch körperpsychotherapeutische Definition der abhängigen Variablen). Auch war nicht sicher, dass spezifische Skalen der Körperpsychotherapie über die erforderliche Reliabilität und Validität verfügten, da bisher nur wenige Normierungen dieser Instrumente an größeren Stichproben durchgeführt wurden. Zwei der Ausnahmen waren der *Fragebogen zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens - FEW-16* (Albani et al., 2006) und der *Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers – FBeK* (Strauß, Richter-Appelt & Brähler, 2009).

Weiter war die Befundlage zur Körperpsychotherapie nicht einheitlich, was angesichts des heterogenen Feldes der Psychotherapie auch nicht zu erwarten war. So fanden Seidler und Schreiber-Willnow (2004) entgegen der erwarteten klinischen Meinung durch die Qualität des Körpererlebens keine Beeinflussung des Ergebnisses der körperpsychotherapeutischen Behandlung (Konzentrierte Bewegungstherapie) im stationären Setting. Ergänzend konnte die Beschwerdenliste durchaus als körperpsychotherapeutische Skala aufgefasst werden (s. unter *4.3.2 Zusammenfassung der Tests zur abhängigen Variablen*).

5.1.3 Ambulante Erhebung - naturalistisches Design

Die Untersuchung ambulanter (Körper-)Psychotherapien hatte die erwarteten Vorteile der hohen externen Validität (u. a. Generalisierbarkeit der Ergebnisse) und die Nachteile geringer interner Validität (u. a. Konfundierung der Ergebnisse mit Störvariablen). Nach wie vor ist die Feldforschung gegenüber der Laborforschung unterrepräsentiert (s. hierzu auch ausführlich unter *2.3.2.8 Labor- versus Feldforschung*), wenngleich die Feldforschung durch die aktuell zunehmende Bedeutung der Versorgungsforschung ebenfalls eine deutliche Aufwertung erfährt (Hofmeister, 2009; Kordy, 2008). Rott verweist darauf, dass Feldstudien einen beschreibenden Charakter haben (1995). Aus diesem Grund gehen Bortz und Döring (2006) davon aus, dass es bei explorativen Untersuchungen weitgehend egal ist, wie die Teilnehmer der Untersuchung aus der Population ausgewählt werden.

5.1.4 Drop-out-Analyse

Auf eine systematische Drop-out-Analyse wurde verzichtet angesichts des Untersuchungsgegenstandes. Sowohl bei den einstelligen als auch den mehrstelligen F-Codes fanden sich nur geringe Abweichungen der Ausfallraten zur 6-Monatserhebung und zum Therapieende. Damit konnte davon ausgegangen werden, dass die Drop-out-Raten auf die Störungsspezifität der vorliegenden Stichprobe keinen Einfluss hatten. Weiter fand Spitale (2007) in einer Untersuchung am teilweise gleichen Datensatz keine wesentlichen Unterschiede zwischen Studienabbrechern und Klienten, die die Therapie planmäßig beendeten.

5.1.5 Stichprobenumfang

Der optimale Stichprobenumfang hängt vom Signifikanzniveau, der Effektgröße und der Teststärke ab. Weiter ist das Prüfverfahren zu berücksichtigen. So ist der optimale Umfang pro Störungsgruppe $n = 9$ nach Bortz und Döring (2006) bei einer Varianzanalyse mit Messwiederholung (drei Messungen, mit einer durchschnittlichen Korrelation von $r = 0,5$) mit $df = 1$ (entsprach der vierten Hypothese), einem Alpha-Fehler-Niveau von 0,01, einer Teststärke von 0,80 und einem großen erwarteten Effekt. Bei einem mittleren Effekt steigt die erforderliche Größe der Störungsgruppen bereits auf 20 und liegt bei einem kleinen Effekt bei 130.

Bei der Untersuchung der ersten (F-Codierungen, einstellig) und dritten Hypothese (Komorbidität) mit drei Freiheitsgraden sank der erforderliche Umfang der Fallzahlen pro Störungsgruppe weiter, noch mal deutlicher bei der zweiten Hypothese (F-Codierungen, mehrstellig) mit acht Freiheitsgraden. Weiter verringerten bei allen Hypothesen die Kontrollvariablen die erforderlichen Fallzahlen durch deren Reduktion der Fehlervarianz. Das wesentliche Problem bei der Ermittlung des optimalen Stichprobenumfangs stellte die nicht sichere Definition des β -Fehlers (bzw. der Teststärke = $1-\beta$) dar. Dieser kann nur bei spezifischer Alternativhypothese bestimmt werden. Und wie bereits unter 2.4 *Störungsspezifität* ausgeführt, war zwar eher davon auszugehen, dass es sich bei der vorliegenden Studie um kleine bis möglicherweise mittlere Effekte handelte. Vergleichswerte anderer Studien lagen aber weder aus dem Bereich der

Körperpsychotherapie vor noch vergleichbare Untersuchungen der Störungsspezifität an heterogenen Stichproben. Diese nicht vorhandene Datenlage konnte nicht nur als Hinweis darauf interpretiert werden, dass hier noch Untersuchungen ausstanden, sondern auch darauf, dass solche Untersuchungen an so heterogenen Stichproben wie der vorliegenden kaum realistisch durchzuführen waren aufgrund der erforderlichen großen Stichprobenzahlen.

Abschließend war noch festzuhalten, dass bereits das verwendete Prüfverfahren über so viele Einzelfaktoren verfügte (Korrelationen der 2-fachen Messwiederholung, 4 Kovariaten mit Korrelationen untereinander und eventuell den Variablen, Voraussetzungen und deren Verletzungen, Festlegung des Signifikanzniveaus und der Teststärke), dass eine genaue Angabe eines optimalen Stichprobenumfangs eher eine Pseudogenauigkeit darstellen würde.

Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass der Stichprobenumfang den wesentlichen Kritikpunkt der vorliegenden Untersuchung darstellte. Und die nicht signifikanten Ergebnisse (außer der Komorbidität) als wahrscheinlicher Hinweis auf kleine Effekte und damit zu kleine Stichproben gewertet werden mussten.

5.2 Statistische Datenanalyse

5.2.1 Messgenauigkeit

Skalenniveau

Über das Skalenniveau psychologischer Tests gibt es eine lange, teils sehr kontroverse Diskussion (zum Beispiel Gigerenzer, 1981; Steyer & Eid, 1993; Rogge, 1995b). So wird von Kriz (2003) betont, dass psychologische Tests keine objektiven Befunde im Sinne der Medizin darstellen, sondern subjektive Befindlichkeiten. Zu ergänzen ist dabei auch die Frage, inwiefern Befunde der Medizin objektiv sind, an denen immer mindestens zwei Menschen beteiligt sind – der Befundete und ein Befundender. Fritsche und Linneweber (2006) verweisen darauf, dass der Vorgang der Beobachtung die Untersuchungsobjekte verändert. Und da diese Erkenntnis – das sogenannte Heisenberg-Prinzip - aus der (Quanten-)Physik stammt, gilt sie nach den Autoren auch

in ganz besonderem Umfang für die Messung psychologischer Konstrukte.

Die Kategorie ‚ziemlich‘

Sowohl die SCL-90 als auch das IIP verwenden bei den Items eine fünfstufige Likert-Skala zur Selbsteinschätzung. Beide Tests verwenden auch die Bezeichnung ‚ziemlich‘ für eine Stufe – allerdings nicht für die gleiche. Beim IIP bezeichnet ‚ziemlich‘ die zweithöchste Stufe der Belastung, was angemessen erscheint. Bei der SCL-90 bezeichnet ‚ziemlich‘ dagegen die mittlere Stufe, die eigentlich ein ‚weder - noch‘ ausdrücken soll. Diese kleine Unstimmigkeit hatte wahrscheinlich keinen wesentlichen Einfluss auf die Testergebnisse, da anzunehmen war, dass die Klienten sich eher an der relativen Anordnung der Antwortkategorien zueinander orientierten als an der – noch dazu oft kleingedruckten – verbalen Bezeichnung der Kategorien (Bortz und Döring, 2006). Dennoch stellen solche widersprüchlichen Bezeichnungen das Niveau der Intervallskala in Frage. In der vorliegenden Arbeit mit statistischen Auswertungen, die Intervallskalenniveau erforderten, wurden die Messungen ‚per fiat‘ durchgeführt (Rogge, 1995a) in der Annahme, dass mögliche Verletzungen der Voraussetzungen keine größeren Einflüsse auf die Ergebnisse haben. Hier stellte das von 0,05 auf 0,01 geänderte Signifikanzniveau auch eine Sicherheit gegenüber möglichen Verletzungen der Voraussetzungen dar (Stelzl, 2005; Tabachnick & Fidell, 2007).

5.2.2 Kontrollvariablen

Alle vier Kovariaten

Im Methodikteil wurde schon ausführlich dazu Stellung genommen, warum die Kovariaten inhaltlich im Design aufgenommen wurden (s. u. 3.4.2.3 *Kontrollvariablen*). Folgend soll nun mehr der methodische Aspekt diskutiert werden. Bortz (1999) bezeichnet die Kovarianzanalyse als eine der wenigen Möglichkeiten der Reduktion der Fehlervarianz, ohne die Fallzahl der Stichprobe erhöhen zu müssen. Gleichzeitig stellt sie die Möglichkeit der Kontrolle potentieller Störvariablen dar, was besonders bei der vorliegenden quasiexperimentellen Untersuchung wichtig erschien. Das regressionsanalytische „Herauspartialisieren“ der Unterschiede bei den vier Kovariaten

der Klienten vor der varianzanalytischen Untersuchung war auch angemessen, um die eher zu erwartenden kleinen Effekte mit den gegebenen Stichprobengrößen zu untersuchen.

Die Reduktion der Fehlervarianz durch Kovariaten war dann um so höher anzunehmen, desto höher die Korrelationen zwischen den Kovariaten und der abhängigen Variablen ausfielen. Gleichzeitig sollten die Kovariaten zur Vermeidung von Redundanz untereinander weniger korrelieren (Tabachnick & Fidel, 2007). Untereinander korrelierten die Kovariaten nur gering. Die höchste Korrelation (Pearson, 2-seitige Testung) fand sich zwischen der Anfangsbelastung und den Therapieminuten mit $r = 0,181$ ($p = 0,021$, $n = 164$) und war einzeln betrachtet signifikant. Alle anderen Korrelationen waren nicht signifikant und die geringste Korrelation lag mit $r = -0,007$ ($p = 0,932$, $n = 164$) zwischen Therapieminuten und dem Alter. Angesichts der 6-fachen Testung der Korrelationen relativierte sich das einzelne signifikante Ergebnis, so dass alle Korrelationen der 4 Kovariaten untereinander als nicht signifikant aufzufassen waren und davon auszugehen war, dass sie nur wenig redundante Informationen erfassten (Die Korrelationen der vier Kovariaten mit der abhängigen Variablen (Belastungsniveau) sind nachfolgend angegeben).

Anfangsbelastung

Die Korrelation zwischen Anfangsbelastung und dem Belastungsumfang (z-Werte-Zusammenfassung) bei Therapieende betrug $r = 0,564$ und war mit $p = 0,000$ höchst signifikant ($n = 166$). Diese mittlere Korrelation war aufgrund der Ergebnisse der Hauptuntersuchungen auch zu erwarten gewesen. Sie zeigte die Wichtigkeit der Verwendung der Anfangsbelastung als Kovariate. Gleichzeitig löste sie bezüglich der Anfangsbelastung das Problem des Regressionseffekts (s. u.).

Therapieminuten

Die Korrelation zwischen Therapieminuten und dem Umfang der Belastung (z-Werte-Zusammenfassung) bei Therapieende betrug $r = 0,122$ und war mit $p = 0,123$ nicht signifikant ($n = 161$). Damit war kein wesentlicher Einfluss der Kovariate Therapieminuten auf die Belastungswerte gegeben, was sich auch in der

Nachuntersuchung zeigte (s. unter *4.4.1 Therapiedauer als abhängige Variable*). Die weitere Diskussion der Therapieminuten findet sich unter *5.3.3.1 Therapiedauer als abhängige Variable*).

Geschlecht und Alter

Die Korrelationen zwischen Belastungsumfang und Geschlecht sowie Alter waren nicht signifikant: Geschlecht, $r = 0,089$, $p = 0,254$, $n = 166$; Alter, $r = -0,041$, $p = 0,602$, $n = 166$.

Obwohl sich keine signifikanten Einflüsse des Geschlechts und des Alters sowohl in der Haupt- als auch der Nachuntersuchung (multiple Regressionsanalyse) fanden, war nicht davon auszugehen, dass keine Alters- und Geschlechtseffekte bezüglich der Wahrnehmung des Körpers vorlagen. Exemplarisch sei hierzu aus einer Übersichtsarbeit von Brähler, Felder und Schumacher (2009) zitiert: „In zahlreichen empirischen Studien hat sich immer wieder gezeigt, dass die Angaben zur Auftretenshäufigkeit von Körperbeschwerden in Abhängigkeit vom Alter und vom Geschlecht der befragten Personen variieren“ (S. 54). So klagen nach den Autoren ältere Menschen und Frauen mehr über Körperbeschwerden. Weiter gehen die Autoren auch von einem Einfluss der Epoche auf die Wahrnehmung körperlicher Beschwerden aus und fanden in Teilaspekten des Gießener Beschwerdebogens sehr unterschiedliche Entwicklungen von Frauen und Männern zwischen 1975 und 1994.

Als Erklärungsmöglichkeiten für die nicht gefundenen Effekte beim Geschlecht und dem Alter fanden sich zwei. Methodisch könnten sehr wohl Unterschiede vorhanden gewesen sein, die aufgrund von zu kleinen Effekten und eventuell auch konfundierten Wechselwirkungen nicht auffällig wurden. So hätte zum Beispiel auch eine Wechselwirkung des Geschlechts der Klienten vorhanden gewesen sein können mit dem Geschlecht der Therapeuten, das in der vorliegenden Studie nicht erfasst wurde. Erschwerend war für die statistische Aufdeckung von Geschlechtsunterschieden deren schiefe Verteilung, die sich meist in Psychotherapiestichproben findet (72,8 % Frauen). Wichtiger erscheint aber ein naheliegender Selektionseffekt für den geringen Einfluss von Geschlecht und Alter. Die oben zitierten Differenzen beziehen sich auf die Population der Gesamtbevölkerung. Untersuchungsstichprobe waren Klienten der Körperpsychotherapie. Diese hatten sich zum Großteil selbst für die Therapieform

entschieden (63,2 % mit psychotherapeutischer Vorbehandlung) bzw. finanzierten sie teilweise (31,9 %) oder vollständig (30,9 %) selbst. Allein durch diesen hohen Anteil an (Mit-)Finanzierung war auch von einer hohen Motivation bzw. Interesse der Klienten an ihrer Körperpsychotherapie auszugehen. Hierdurch fand wahrscheinlich eine Selektion der Klientenstichprobe statt, indem Klienten, die eher nur über geringe Körperwahrnehmungen verfügten auch weit weniger einen Körperpsychotherapeuten als Behandler aufsuchten. Aus dieser Selbstselektion ergäbe sich eine Stichprobe der Klienten von Körperpsychotherapie, die eher unabhängig von Alter und Geschlecht eine überdurchschnittlich hohe Wahrnehmung und Bedeutungszuschreibung des eigenen Körpers hätte. Beide Ansätze könnten den bereits zitierten Befund von Seidler & Schreiber-Willnow (2004) erklären, dass sich kein empirischer Zusammenhang fand zwischen der Qualität des Körpererlebens und dem Behandlungsergebnis von Konzentrativer Bewegungstherapie.

Ergänzend sei noch auf einen Befund aus der Medizin zum Faktor des Geschlechts verwiesen. Noack et al. (2007) berichten, dass das Geschlecht des Arztes und des Patienten einen deutlichen Einfluss hat auf die Diagnostik und Therapievorschläge. Demnach erhalten Frauen sowohl mehr als auch billigere Psychopharmaka als Männer. Gleichzeitig verordnen Ärzte mehr Psychopharmaka (v. a. Hypnotika) und Analgetika als Ärztinnen (s. auch Ogrodniczuk, 2006; sowie Franke & Kämmerer, 2001, zur klinischen Psychologie der Frau).

5.2.3 Prüfverfahren

Auf das hauptsächlich verwendete Prüfverfahren der ANCOVA sollte nur kurz eingegangen werden. Bei sehr strenger Auslegung des Skalenniveaus der Untersuchung hätten auch verteilungsfreie Prüfverfahren gewählt werden können. Die Beibehaltung der ANCOVA begründete sich in der gleichzeitigen Verwendungsmöglichkeit der Kovariaten, der Anpassung des Signifikanzniveaus und der Untersuchungsmöglichkeit nicht nur linearer, sondern auch quadratischer Zusammenhänge (zu diesem Punkt s. unter *5.3.3.1 Therapiedauer als abhängige Variable*).

Erwähnt werden sollte noch, dass beispielsweise mit der explorativen Datenanalyse (Sedlmeier, 1996) auch Verfahren unabhängig vom Signifikanztest gewählt hätten werden können.

5.3 Ergebnisse

5.3.1 Voruntersuchung – Homogenität

5.3.1.1 Entscheidung der Homogenität

Soziodemographie

Die Entscheidung, die Klientenstichprobe bezüglich ihrer soziodemographischen Kennwerte als homogen anzunehmen, wurde bereits begründet unter *4.2.1 Soziodemographie*. Hier sollte noch mal näher auf die höchst signifikanten Differenzen der Wartezeit eingegangen werden, die sich v. a. auf Biodynamik und Unitive Körperpsychotherapie bezogen. Beide Therapieformen waren die zwei, die mit den geringsten Therapeutenzahlen in der Studie vertreten waren: 8 bei unitiver und 12 bei biodynamischer Therapie, während der Durchschnitt aller acht Institute mit 16,13 doppelt so groß war wie die Anzahl der Unitive-Therapeuten. Damit konnte der höchst signifikante Wert der Wartezeit zum Teil auch als mögliches Artefakt interpretiert werden. Inhaltlich war eine Auswirkung der unterschiedlichen Wartezeiten auf die Abbruchraten der verschiedenen Störungsgruppen denkbar. Das hätte aber lediglich die Anzahl untereinander geändert und damit geringfügig die Zellengrößen ändern können. Für die eigentliche Untersuchung der Belastungswerte hätten sich wahrscheinlich keine Verzerrungen ergeben.

Instrumentarien

Die Ergebnisse wurden bereits unter *4.2.2 Instrumentarien* berichtet und bedurften hier keiner weiteren Diskussion, da unter Berücksichtigung der Testanzahl keine signifikanten Differenzen auftraten.

5.3.1.2 Selektionseffekte der Therapeuten- und Klienten-stichprobe

Selektionseffekte waren bei einer quasiexperimentellen Untersuchung zu erwarten bzw.

unumgänglich (Rogge, 1995b). Sowohl die Therapeuten- als auch die Klientenstichprobe wurde nicht randomisiert gebildet, sondern stellten eine anfallende oder Ad-hoc-Stichprobe dar (Bortz & Döring, 2006). Dadurch entstand ein bias (systematische Verzerrung), der die externe Validität der Untersuchung reduzierte und nur Verallgemeinerungen auf teilnahme willige Therapeuten und Klienten ermöglichte. So fanden Kächele und Richter (2008) in einer umfangreich angelegten Studie nur 66 % der befragten Therapeuten zur Mitarbeit bereit, während die Bereitschaft zur Mitarbeit bei den Patienten mit 76 % sogar höher lag. Es war eher nicht anzunehmen, dass dieser Selektionseffekt einen Einfluss auf die vorliegende Untersuchung der Störungsspezifität hatte.

Klientenstichprobe

Die Klientenstichprobe wies eine erhebliche Heterogenität auf und entsprach damit einer naturalistischen Stichprobe, die nur durch wenige Ausschlusskriterien reduziert wurde und diesbezüglich eine hohe externe Validität aufwies. Die Reduktion durch Ausschlusskriterien beinhalteten nach Koemeda-Lutz et al. (2006) und Müller-Hofer (2002) fast ausschließlich Klienten, deren hohes Belastungsausmaß einer Teilnahme an der Untersuchung widersprach.

Therapeutenstichprobe

Die Stichprobe der Therapeuten wird in Untersuchungen oft wenig berücksichtigt (Klug et al., 2008). Und wenn auch kaum Unterschiede in den soziodemographischen Daten vorliegen, ist dennoch anzunehmen, dass es sich um eine selektierte Stichprobe handelt (Rudolf, 2008). Der Aufwand für die Therapeuten, an der vorliegenden Studie teilzunehmen war erheblich. Es musste Zeit für die Gespräche mit dem Klienten verwendet werden, die weiteren Erhebungen geplant und durchgeführt werden bis hin zur erneuten Kontaktaufnahme nach Therapieende bei Erhebung der Katamnese. Selbst der rein finanzielle Aufwand (Porto-, Kopierkosten u.s.w.) musste von den Therapeuten getragen werden. Mehrere Therapeuten aller Institute gaben die Rückmeldung, meist aus zeitlichen Gründen teils aus inhaltlichen Gründen, nicht an der Studie teilnehmen zu können oder wollen. Insbesondere letzterer Grund wird immer zu einem Selektionseffekt in der Therapeutenstichprobe führen, der gerade in den

Körperpsychotherapien deutlich höher einzustufen war als beispielsweise in der Verhaltenstherapie, in der Forschung traditionell positiv bewertet wird (Margraf & S. Schneider, 2009). Kächele und Richter (2008) schlagen vor, die Arbeit der an Studien teilnehmenden Therapeuten aufzuwerten durch die Einführung des Titels eines ‚Studientherapeuten‘ in Anlehnung an das Amt des Lehrtherapeuten. Doch auch hierdurch könnte der Selektionseffekt nur reduziert, nicht aber beseitigt werden.

In der vorliegenden Studie schwankte die Anzahl der teilnehmenden Therapeuten und der von diesen eingebrachten Klienten zwischen den einzelnen Instituten. Bei den eingebrachten Klienten pro Therapeut zeigten zwei Institute relativ hohe Maximalwerte. Bei der Biosynthese (IIBS) wurden von einem Therapeuten 12 Klienten in die Studie eingebracht und bei der Bioenergetik je einmal 10, 12 und 14 Klienten pro Therapeut. Diese hohen Werte schränkten einerseits die Validität für die jeweiligen Institute ein und ermöglichten andererseits leichter das Auftreten von Artefakten.

5.3.2 Hauptuntersuchung

5.3.2.1 Nachcodierung

Nur 59,7 % diagnostizierte ICD-10-Angaben der Therapeuten waren gering. Selbst mit den verbalen Angaben von ICD-10-Diagnosen (zum Beispiel PTBS) mit 13,4 % ergaben sich nur 73,1 % relativ gut gesicherter Diagnosen. Zur Einschätzung der Zuverlässigkeit dieser Angaben konnte die Studie von Brockmann et al. (2003; s. u. 2.3.2.10 *Drei exemplarische Studien*) dienen. Dort wurden die Diagnosen der Therapeuten von externen geschulten Interviewern mittels des *Strukturierten klinischen Interviews* (SKID) überprüft und festgestellt, dass die Diagnosen der Therapeuten in 90 % der Fälle mit den Interviewern übereinstimmten. Dies konnte als Hinweis darauf angenommen werden, dass die nicht überprüften Diagnosen in der vorliegenden Studie auch zu einem hohen Prozentsatz einer externen Überprüfung entsprechen würden, da, wie in der Studie von Brockmann et al., die Therapeuten über langjährige Berufsausbildungen und Praxiserfahrungen verfügten.

Kritisch betrachtet war die Unsicherheit der Diagnosen durch den hohen Anteil von Nachcodierungen eher als hoch einzuschätzen. Das galt insbesondere, da keine

Ausschlüsse von der Therapie aufgrund der Diagnosen vorgenommen wurden. In sonst durchgeführten Studien, meist nach dem RCT-Ansatz, waren fast immer Komorbidität (Morrison, Bradley & Westen, 2003) und Anpassungsstörungen (Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph & Brody, 2003) Ausschlusskriterien. Das Problem der Anpassungsstörungen war in der vorliegenden Arbeit, dass diese wahrscheinlich eher unspezifisch mit den meisten anderen Störungen konfundiert waren. Dadurch reduzierte sich die Trennschärfe zwischen den Störungsgruppen bei der Untersuchung der einstelligen und mehrstelligen F-Codierungen (Hypothese 1 und 2). Wahrscheinlich wirkten sich die nicht ausgeschlossenen komorbiden Klienten aber deutlich negativer auf die Untersuchungsergebnisse aus. Wie bereits unter 2.4.2.2 *Methodik der Störungsspezifität* erwähnt gehen viele Autoren davon aus, dass Komorbidität inzwischen in der realen Praxissituation als Regelfall zu betrachten ist (Frohburg, 2006; Revenstorf, 2005). Dafür sprach auch der hohe Prozentsatz ausgeschlossener Klienten bei RCT-Studien von 50 – 60 % (Jacobi, 2006; Westen & Morrison, 2001).

In der vorliegenden Untersuchung hatten 32,7 % der Klienten, die die Therapie beendeten diagnostizierte Komorbiditäten (24,7 % zwei Diagnosen und 8,0 % drei und mehr Diagnosen), während 20,0 % keine und 47,3 % eine Diagnose hatten. Bei Therapiebeginn (s. Tab. 4.9) hatten dagegen 26,8 % der Klienten keine Diagnose. Die Reduktion des Anteils der Klienten ohne Diagnose zum Therapieende hin könnte erklärt werden durch größere Abbruchraten und mehr frühzeitige Therapieenden, die nicht als solche erfasst wurden. Auch sprach das Belastungsniveau der Klienten ohne Diagnose, das mit nur geringen Abweichungen dem der Klienten mit einer Diagnose entsprach, dafür, dass die Körperpsychotherapeuten eher weniger ICD-10-Codes als zu viel diagnostizierten. Ein wahrscheinlicher Grund hierfür könnte gewesen sein, dass bei den Selbstzahlern unter den Klienten (30,9 %) keine ICD-10-Diagnosen für die Therapeuten nötig waren, um mit einem Kostenträger abzurechnen und diese Klienten dann auch nicht alle nach ICD-10 diagnostiziert wurden. Daher dürfte die reale Komorbiditätsrate höher gelegen haben als die vorgefundene.

5.3.2.1.1 Alternative Einteilungen / Bildungen der Störungsgruppen

Neben den naheliegenden ICD-10-Diagnosen als Kriterien zur Einteilung der Störungsgruppen und der auch untersuchten Clusteranalyse nach vorgeschalteten Faktorenanalysen wären noch andere Bildungen der Störungsgruppen möglich gewesen. Die folgende Aufzählung war teilweise nur theoretisch zu betrachten, da einige Alternativen mit dem vorliegenden Datensatz nicht untersucht werden konnten.

Weitere Faktoren- und Clusteranalysen

Wurden in der Studie die rein inhaltlichen Definitionen der Störungsgruppen unterschieden (F-Codierungen einstellig und mehrstellig gegenüber Clusterung), so zeigte sich, dass die beiden Diagnosearten der ICD-10 keine signifikanten Ergebnisse ergaben (kleinster p-Wert = 0,156), während bei der Clusterung eine Tendenz zur Signifikanz vorlag (p-Werte 0,032 bei der z-Werte-Zusammenfassung und 0,042 beim Faktor 2). Daher hätten mit anderen Faktoren- und / oder Clusteranalysen weitere Störungsgruppen gefunden werden können, die vielleicht sogar signifikante Ergebnisse erreicht hätten. Ebenso wäre eine inhaltliche Trennung möglich gewesen, indem pathologische Tests, salutogenetische Tests und eventuell das IIP (als einziges interpersonales Belastungskriterium) nicht zusammengefasst, sondern einzeln zur Bildung von Störungsgruppen benutzt hätten werden können.

OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik)

Durch die Einführung des Prinzips der Komorbidität im Rahmen der ICD-10 (und des DSM-IV) erhöhte sich die Anzahl der Diagnosen der Patienten deutlich. Kriz (2008) betrachtet die hohe Rate an Komorbidität als Hinweis darauf, dass weniger die Patienten diagnostiziert werden, sondern deren Störungsbilder. Alternativ hätten auch Diagnosen untersucht werden können, die nach der OPD gestellt wurden, die auch zusammenhängende Störungsbilder zulässt und dadurch die Komorbidität als ein wesentliches Problem der vorliegenden Untersuchung reduziert hätte.

Vier Störungsgruppen (psychosomatische Behandlungen)

Steffanowski et al. (2005) teilten in der psychosomatischen Rehabilitation eine sehr große Gesamtstichproben aus mehreren Kliniken störungsspezifisch in vier Gruppen ein: Depressive (35,9%), Anpassungsstörungen (32,5%), Angststörungen (10,7%) und somatoforme Störungen (mit körperlichen Erkrankungen, 9%).

Sechs Störungsgruppen (ambulante Behandlungen)

Bei der Untersuchung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der BRD verwendeten Zepf, Mengele und Hartmann (2001) keine ICD-10- oder DSM-IV-Diagnosen. Sie verwendeten 6 Kategorien: „depressive Erkrankung“, „reaktive Störung“, „neurotische Störung“, „Suchtkranke“, „Schmerzpatienten“, „andere Störung“ und „keine Störung“ (S. 155).

Externe Diagnostik

Nicht nur zur verbesserten Diagnostik bei der vorliegenden Studie hätten externe Diagnostiker eingesetzt werden können, sondern deren Diagnosestellungen hätten auch direkt untersucht und mit denen der Therapeuten verglichen werden können.

Chronifizierungsgrad

Guthrie (2000) verzichtete ganz auf ICD-10- oder andere Diagnosesysteme und untersuchte stattdessen Patienten mit einem hohen Grad an Chronifizierung.

Bindungsstile

Aktuell fanden Bindungsaspekte in psychotherapeutischen Behandlungen vermehrt Aufmerksamkeit (Grawe, 2004; Strauß, 2006a; Waldinger, 2003). Auch diese hätten genauer untersucht werden können – in der vorliegenden Studie durch die genauere Untersuchung des IIP.

Es musste auch in Frage gestellt werden, ob eine einmalige Diagnosestellung (meistens in den ersten drei Sitzungen) am Therapiebeginn für eine gesicherte Diagnose ausreichte. Hierzu äußerten sich Bastine et al. (1989) bezüglich Indikationsstellungen: „Wir haben mehrfach darauf aufmerksam gemacht, daß wir es unter Verlaufsaspekten für unangemessen halten, therapeutische Entscheidungen in Form von Indikationsstellungen nur bei Beginn einer Behandlung zu lokalisieren“ (S. 15).

Diese Vielzahl möglicher Bildungen der Störungsgruppen entsprach der gleichen Problematik bei der Messung des Therapieerfolgs, deren Stand nach Lambert und Hill (2003) als chaotisch zu bezeichnen war.

5.3.2.2 Zusammenfassung der Tests zur abhängigen Variablen

Die Zusammenfassung über die z-Werte bedurfte kaum weiterer Diskussion, da die unterschiedlichen Skalendimensionen bei der Zusammenfassung vereinheitlicht werden mussten. Sonst hätten die Tests mit Summenwerten (beispielsweise BAI und BDI) die Tests mit Durchschnittswerten (zum Beispiel SCL und IIP) überlagert. Weiter hatten die Tests mit Summenwerten unterschiedliche Stufenanzahlen bei der Beantwortung der Items, so dass der range (Streubreite) der Summenwerte auch unterschiedlich war.

Die Faktorenanalyse zur Zusammenfassung lieferte mit 70,1 % einen unerwartet hohen aufgeklärten Varianzanteil von zwei Faktoren. Auch dass der zweite Faktor die salutogenetischen Tests erfasste, war nicht sicher zu erwarten gewesen. Dies konnte als Hinweis darauf gesehen werden, dass für die vorliegende Klientenstichprobe Störungen nicht nur über pathologische Tests hinreichend erfassbar waren, sondern auch die salutogenetischen Tests wichtige, störungsrelevante Aspekte erfassten (zur Bedeutung der Salutogenese innerhalb der Körperpsychotherapien siehe Peseschkian, 2006). Dennoch lieferte die Faktorenanalyse bedingt durch deren Rechenoperationen nur heuristische Ergebnisse. Und es waren nicht nur die einzelnen Ladungen der Tests auf den Faktoren zu hinterfragen, sondern auch die gefundene Faktorenlösung selbst hatte nur einen sehr begrenzten, hypothesengenerierenden Wert.

5.3.2.3 Faktoren- und clusteranalytische Bildung der vierten

Hypothese

Faktoren- und Clusteranalysen sind in den meisten Anwendungsformen datenreduzierende und heuristische Verfahren (Bortz, 1999; Revenstorf, 1980; Schilling, 2007a, 2007b). Deren Ergebnisse hängen stark von den mehrfach zu wählenden Auswertungsschritten und den jeweiligen Daten ab – bei der Clusteranalyse kann auch die Sortierreihenfolge des Datensatzes ausschlaggebend für verschiedene Ergebnisse sein. Gleichzeitig liegen kaum objektive Entscheidungsregeln für die Auswertungsschritte vor: Das Kaiser-Guttman-Kriterium ist zwar eine der wenigen objektiven Entscheidungsregeln (alle Faktoren deren Eigenwerte größer als 1 sind werden interpretiert), deren Ergebnisse ergeben aber meist eine zu große Faktorenzahl. Auch der Scree-Test lässt oft keine eindeutige Entscheidung zu. Und die Verwendung der verschiedenen Verfahren der Rotation (FA), Distanzmaße und Fusionsmethoden (CA) unterliegen keinen festen Regeln. Die Ergebnisse beider Verfahren beinhalten damit immer einen Teil an Subjektivität des Anwenders und sind – mit Ausnahme besonderer Verfahren wie der konfirmatorischen Faktorenanalyse – nur hypothesengenerierend zu verwenden. Als solche wurden sie bei der Untersuchung der 4. Hypothese auch verwendet zur Bildung der Störungsgruppen.

Das gerade geschilderte relativ hohe Ausmaß an Subjektivität gilt bereits für die alleinige Durchführung einer Cluster- oder Faktorenanalyse – insbesondere bei Anzahl und Interpretation der Faktoren bzw. Cluster. Im Studienfall wurden zwei Faktorenanalysen mit einer anschließenden Clusteranalyse durchgeführt, so dass unumgänglich von einem subjektiven Anteil an der Clusterlösung auszugehen war. Dem entgegen wirkte der Versuchsplan mit den erwähnten Entscheidungsregeln zur Anzahl und Interpretation der Faktoren (s. unter 3.4.2.2 *Abhängige Variable*). Wichtiger aber war, dass die gefundenen Clusterstrukturen nicht objektiv sein mussten. Das Studienziel war, möglicherweise eine Struktur zu finden und diese dann gegebenenfalls zu untersuchen nach Unterschieden der Besserungen der Störungsgruppen. Die Ergebnisse konnten dann in Relation zu den Störungsgruppen gesetzt werden, die auf den ICD-10-Diagnosen basierten.

Auffällig war bei der ersten Faktorenanalyse, dass sich beide globalen Ratings (s. unter 3.2.2.9.1 *Globales Rating / Klient (GRK) und Globales Rating / Therapeut (GRT)*) von

Klient und Therapeut auch in der Faktorenstruktur fanden. Und zwar nicht, wie erwartet hätte werden können mit inhaltlich gleichen Items (von Klient und Therapeut) auf einem Faktor ladend, sondern alle vier heterogenen Items der Klientenangaben auf dem interpretierten zweiten Faktor und die Angaben der Therapeuten auf dem dritten Faktor, der aufgrund zu geringer Varianzaufklärung nicht in die folgende Faktorenanalyse übernommen wurde.

Daraus ließ sich der Schluss ziehen, dass in den untersuchten Stichproben Therapeuten und Klienten weniger unterschiedliche Beeinträchtigungen durch die Störung in so verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit, Freizeit, Familie und körperlichem Wohlbefinden diagnostizierten oder wahrnahmen. Stattdessen wurden diese vier Bereiche eher einheitlich beeinträchtigt angegeben.

Die durchschnittliche Korrelation nach Pearson zwischen Therapeut und Klient bei allen vier Lebensbereichen war gering mit $r = 0,304$ und entsprach damit den Literaturangaben, dass Eigen- und Fremdbeurteilungen des Therapieerfolgs möglichst beide zu erheben sind (F. Meyer & Schulte, 2002; Lambert & Hill, 1994; Schulte, 1997).

5.3.2.4 Deskriptive Statistiken der Hypothesen

Auffällig war, dass die Standardabweichungen sowohl bei der z-Werte-Zusammenfassung als auch der Zusammenfassung mittels Faktorenanalyse eher hoch einzustufen waren. Dies konnte wahrscheinlich auf die Heterogenität der Stichprobe der naturalistischen Untersuchung zurückgeführt werden und entsprach den Literaturangaben (F. Jacobi & Kosfelder, 2000).

5.3.2.5 Überprüfung der Hypothesen

5.3.2.5.1 Regressionseffekt

Nach mehreren Autoren ist bei der Untersuchung von Differenzwerten, die in der ANCOVA berechnet wurden, der Regressionseffekt zu berücksichtigen (exemplarisch Stelzl, 2005). Vereinfacht und pragmatisch formuliert führt der Regressionseffekt dazu, dass vom Mittelwert abweichende Werte bei erneuter Messung die Tendenz haben, dichter am Mittelwert zu liegen und damit die Streuung der Zweitmessung um den Mittelwert geringer ist als die der Erstmessung (Nachtigall & Suhl, 2002a). Dies führt dazu, dass die gefundenen Belastungswerte bereits allein aufgrund des

Regressionseffektes die Tendenz haben, sich zu bessern – also bei erneuter Messung weniger stark vom Mittelwert abzuweichen. Entsprechendes galt vom ersten Messzeitpunkt der Studie zur zweiten Messung und von dieser zur dritten Messung bei Therapieende. Dennoch konnte dieser Effekt aus folgendem Grund für die vorliegende Untersuchung vernachlässigt werden. Der Regressionseffekt ist ein prinzipieller statistischer Effekt, der sicher nicht mit den Störungsarten konfundiert war. Der einzige Zusammenhang konnte indirekt bestehen über die Abstände der Belastungswerte der jeweiligen Störungsgruppen zur Mitte bei Therapiebeginn. Diese hatten aber in der Studie eher geringe Unterschiede (s. arithmetische Mittelwerte und Standardabweichungen in den Tabellen der deskriptiven Statistik, Tab. 15.a bis 18.c). Auch durch die Verwendung der vier Kovariaten wurde der Regressionseffekt reduziert.

5.3.2.5.2 Anfangsbelastung

Bei allen vier Hypothesenuntersuchungen hatte die Kovariate Anfangsbelastung höchst signifikante Werte ($p = 0,000$). Diese ergaben sich unmittelbar aus dem Design, da die Anfangsbelastung (Kovariate) und die Belastungswerte (abhängige Variable) ähnlich berechnet wurden. Ermittelt wurde die Anfangsbelastung aus allen 10 (indirekten) Tests (mit 11 Kennwerten), die bei Therapiebeginn erhoben wurden (s. *Tab. 3.1: Übersicht der verschiedenen Instrumente*). Bei der Berechnung der Belastungswerte als abhängige Variable wurde nur eine Änderung vorgenommen: Das globale Rating des Therapeuten (GRT) ging nicht in die Berechnung ein. Durch die große Überschneidung beider Variablen erklärte sich die hohe Signifikanz der Anfangsbelastung.

5.3.2.5.3 Hypothesenuntersuchung

Hypothese 1 und 2 (F-Codierungen)

Weder bei Hypothese 1 (F-Codierungen, einstellig) noch bei Hypothese 2 (F-Codierungen, mehrstellig) fanden sich signifikante oder auch nur tendenziell signifikante p -Werte. Wahrscheinliche Gründe hierfür waren, wie bereits berichtet, die Heterogenität der Klientenstichprobe, die kleinen Effekte und besonders die Komorbidität. Auf die Effekte wurde bereits unter *5.15 Stichprobenumfang* eingegangen. Bei der Untersuchung der einfachen F-Codierungen war auch vor der Studie nicht sicher anzunehmen, dass überhaupt Unterschiede der Belastungswerte zwischen F3, F4, F5

und F6 existierten. Lediglich bei den Persönlichkeitsstörungen als lang andauernde Störungen hätte ein geringeres Ausmaß der Besserungen erwartet werden können. Bei den mehrstelligen F-Codierungen hätten sich auch vor der Untersuchung Unterschiede in der Belastungsänderung abhängig von den Störungen postulieren lassen (zum Beispiel F60 / 61 mit höheren Werten der Belastung als F40 / 41).

Hypothese 3 (Komorbidität)

Die teilweise sehr signifikanten Unterschiede bei den Komorbiditäten waren wahrscheinlich auf die größeren Effekte zurückzuführen, da die Fallzahlen pro Zelle denen der ersten Hypothese entsprachen und die Gesamtzahl gleich war. Indirekt sprach dieses Ergebnis auch für die Bedeutung der Komorbidität bei den nicht signifikanten Ergebnissen der ersten beiden Hypothesen, da dieser Faktor bei der dritten Hypothese als Störvariable entfiel, indem die Komorbidität selbst als unabhängige Variable definiert wurde.

Bei den Post-Hoc-Tests (Scheffé) bestätigte sich der bereits berichtete kleine Unterschied zwischen keiner und einfacher Diagnosestellung: Die größten Differenzen fanden sich ausschließlich zwischen Einfach- und mindestens Dreifachdiagnose, so dass die nicht diagnostizierten Klienten leicht höher belastet waren als die Klienten mit Einfachdiagnose.

Hypothese 4 (Clustering)

Bei der vierten Hypothese fanden sich tendenziell Signifikanzen. Dieses Ergebnis war insbesondere im Vergleich zu den ersten beiden Hypothesen zu betrachten. Durch die Verwendung von Faktoren- und Clusteranalyse konnten größere Differenzen der Störungsgruppen erreicht werden als durch die beiden Varianten der ICD-10-Diagnosen. Mögliche Ursachen hierfür waren die nicht genaue Diagnostik der Therapeuten und sehr wahrscheinlich die erforderliche Nachcodierung. Darüber hinaus könnte aber auch eine prinzipiell geringe Validität der Diagnosen Grund hierfür gewesen sein, was Baumann und Stieglitz (2005) diskutieren (s. unter 2.4.1.2 *Diagnostik und Klassifikation*). Ergänzend sei auf die folgende Diskussion der Therapiedauer verwiesen.

5.3.3 Nachuntersuchung

5.3.3.1 Therapiedauer als abhängige Variable

Die Besserungsrate durch Psychotherapie in Abhängigkeit der Dosis ist nach Howard et al. (1986) eine umgekehrt beschleunigte und damit eine quadratische Funktion. Die berechneten Kovarianzanalysen untersuchten bei den Haupt- und Wechselwirkungen lineare Zusammenhänge. Die Tests der Innersubjektkontraste (Hauptfaktor Zeit und dessen Wechselwirkungen) wurden aber auf lineare und quadratische Zusammenhänge hin geprüft. Bei der Wechselwirkung von Zeit mit Therapieminuten fanden sich bei linearen Zusammenhängen bei allen drei Zusammenfassungen und vier Hypothesen deutlich keine Signifikanzen ($AM = 0,697$). Die p-Werte der quadratischen Prüfung lagen dagegen in den gleichen Fällen immer deutlich niedriger, wenngleich sie keine Signifikanz (angepasst) erreichten. Der kleinste p-Wert lag mit 0,011 beim Faktor 2 der faktorenanalytischen Zusammenfassung und das AM betrug 0,046. Diese hauptsächlich quadratische und kaum lineare Wechselwirkung von Zeit und Therapieminuten stützte die Ergebnisse von Howard et al. und konnte die geringe Bedeutung der Therapieminuten als (lineare) Kovariate erklären.

Bei der Untersuchung psychosomatischer Patienten fand Nosper (2008), dass die Behandlungsdauer selbst in diagnostisch homogenen Gruppen stark variierte. Dem entsprachen die deutlich nicht signifikanten Ergebnisse der Untersuchung der Therapiedauer als abhängige Variable in Form von Therapieminuten oder Sitzungsanzahl. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei einer Studie von Hofmeister (2009). Sie untersuchte Klienten in einer realen, ambulanten Praxissituation (integrativer Ansatz von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie) und stellte fest, dass die Therapiedauer unabhängig war vom Ausmaß der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn. Gleichzeitig wurden Langzeittherapien vom Therapeuten erfolgreicher beurteilt als Kurzzeittherapien (Hofmeister, 2009). Borgart und Meermann (1999) fanden einen deutlichen positiven Zusammenhang zwischen Therapiedauer und vom Therapeuten eingeschätzten Erfolg der Behandlung. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass die Therapiedauer auch von subjektiven Entscheidungsfaktoren des Therapeuten

abhängt und diese auch zu einer solchen eher subjektiven Einschätzung des Therapieerfolgs neigen.

5.3.3.2 Multiple Regressionsanalyse der Kontrollvariablen

Die multiple Regressionsanalyse bestätigte die Ergebnisse der ANCOVAS auch unabhängig von den Hypothesen und bedurfte keiner weitergehenden Diskussion.

5.3.3.3 Hauptwirkungen aller einzelnen Tests

Die Darstellung der einzelnen Ergebnisse aller 12 Tests diente dem Interesse der Forscher und Kliniker, die mit den einzelnen Tests arbeiten. Zusammengefasst bestätigten die Ergebnisse der einzelnen Tests die der Zusammenfassungen. Auf eine weitergehende Diskussion sollte deshalb verzichtet werden.

5.4 Ausblick

Dass die Untersuchung von Psychotherapie sehr komplex ist, hat Kiesler bereits 1973 betont. Naturalistische Studien wie die vorliegende haben fast unumgänglich das Problem der Heterogenität und daraus potentiell resultierend das Problem zu kleiner Stichproben. Die konkrete Untersuchung der Störungsspezifität beinhaltet das Problem, dass sie nicht trennbar war von nicht störungsspezifischen Faktoren, wofür auch das Auftreten des Spezifitätsparadoxons sprach. Daraus ergaben sich wiederum kleine Effekte der Differenzen einzelner Störungen. Entsprechend geht Beutler von nur 2 % Varianzaufklärung durch Diagnosen aus (1996).

Weitergehende Untersuchungen der Störungsspezifität sollten diese Probleme aufgreifen. Möglich wäre zum Beispiel eine Untersuchung, die externe Informationen nutzt: Krankenkassendaten für die Bildung der Störungsgruppen durch Diagnosen der Ärzte und als abhängige Variable Krankenhaus- oder krankgeschriebene Tage oder Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Die Datenbasis einer Krankenkasse würde auch genügend große Stichproben ermöglichen. Einen weiteren Aspekt, der abschließend noch aufgegriffen werden sollte, könnte der Ansatz der externen Informationsgewinnung

allerdings nicht untersuchen. Die vorliegenden Daten lieferten auch den Hinweis, dass nicht nur pathologische Aspekte störungsrelevant sein können, sondern auch salutogenetische Faktoren relevant sein können bei der Definition und Differenzierung von psychischen Störungen. Die zusätzliche Berücksichtigung salutogenetischer Faktoren könnte vielleicht das geringe Ausmaß an aufgeklärter Varianz durch die Diagnosen erhöhen.

6 Zusammenfassung

Die Störungsspezifität stellt eine wichtige Perspektive in der aktuellen Forschung und Lehre von Psychotherapie dar. Bisherige Untersuchungen wurden fast ausschließlich unter experimentellen Bedingungen durchgeführt. Die vorliegende Arbeit untersuchte die Störungsspezifität bei ambulanter Körperpsychotherapie. Das Design war naturalistisch und die Datenbasis stammte aus einer multizentrischen Studie (EWAK - Evaluation der Wirksamkeit ambulanter Körperpsychotherapien). Deshalb konnten keine störungsspezifischen, einzelnen Interventionen untersucht werden, sondern die Wirkung aller acht zusammengefassten Körperpsychotherapien. Untersucht wurden ambulante Therapien in Praxen niedergelassener Psychotherapeuten. Aus diesem und aufgrund der untersuchten Körperpsychotherapien war die Studie als explorativ einzustufen, womit sie auch eher hypothesengenerierend als –prüfend war. Entsprechend wurde das Design heterogen gewählt indem bei alternativen Möglichkeiten eher beide beibehalten wurden (zum Beispiel bei der Verwendung eines multiplen Ergebniskriteriums und der Untersuchung der einzelnen Instrumentarien).

Es wurden drei Erhebungszeitpunkte untersucht: Therapiebeginn (n = 343), nach 6 Monaten (n = 252) und bei Therapieende (spätestens nach 2 Jahren, n = 169). Als Instrumente wurden 12 Tests mit 13 Kennwerten verwendet, die unspezifisch für Körperpsychotherapie waren und auch drei salutogenetische Tests enthielten.

In der Voruntersuchung wurden die Klientenstichprobe und die acht Institute der Körperpsychotherapien auf Homogenität untersucht (Chi²-Test und ANOVA). Die Klientenstichprobe konnte bei 13 untersuchten soziodemographischen und therapiespezifischen Variablen trotz zweier höchst signifikanter Abweichungen als für die Studie hinreichend homogen zusammengefasst werden, da beide Abweichungen nicht im soziodemographischen Bereich lagen und der Unterschied bei der Therapiefinanzierung mit den unterschiedlichen Erstattungssystemen in der Schweiz

und der BRD erklärt werden konnte. Die Homogenitätsuntersuchung der Institute bezüglich der einzelnen Testwerte erbrachte bei den 13 Kennwerten unter Berücksichtigung der Anzahl kein signifikantes Ergebnis, so dass die Körperpsychotherapien auch zu einer Stichprobe zusammengefasst wurden.

In der Hauptuntersuchung wurden die Störungsgruppen in vier Hypothesen untersucht: ICD-10-Codierungen einfach (4 Stufen) und mehrfach (9 Stufen), Komorbiditäten (4 Stufen) und mit zwei clusteranalytisch gebildeten Störungsgruppen. Der Clusteranalyse voraus gingen zwei Faktorenanalysen der Testwerte zur Datenreduktion. Die gefundene 2-Clusterlösung differenzierte sich hauptsächlich über den Subtest ‚Paranoides Denken‘ der SCL-90-R.

Die abhängige Variable wurde als multiples Ergebniskriterium aus den 9 Tests mit 10 Kennwerten gebildet, die vom Klienten angegeben wurden und indirekte Erhebungsinstrumente waren. Die Zusammenfassung erfolgte auf zwei Arten: mit z-Werten und mit faktorenanalytischer Gewichtung der Instrumente. Die Faktorenanalyse ergab eine 2-Faktorenlösung mit dem ersten Faktor ‚hohe Ängstlichkeit mit großer körperlicher und psychischer Gesamtbelastung‘ und dem zweiten Faktor ‚mangelnde Aspekte der Salutogenese‘. Als Prüfverfahren wurde eine ANCOVA gewählt mit den Kovariaten Anfangsbelastung, Therapieminuten, Alter und Geschlecht. Das α -Fehler-Niveau der Hauptuntersuchung wurde aufgrund der häufigen Testung sowie möglicher Verletzungen der Voraussetzungen der Prüfverfahren wie folgt festgelegt: 0,05 nicht signifikant (nur mit Tendenz dazu), 0,01 signifikant und 0,001 sehr signifikant. Aufgrund der geringen Anzahl diagnostizierter Störungen nach ICD-10 (60 %) wurde eine Nachcodierung durchgeführt.

Bei der Untersuchung der Störungsgruppen von Hypothese 1 und 2 nach der ICD-10-Diagnostik (einfach und mehrfach) fanden sich auch tendenziell keine signifikanten Unterschiede (kleinster Signifikanzwert bei Faktor 1 von Hypothese 1: $p = 0,156$). Die Untersuchung der Komorbidität von Hypothese 3 ergab ein signifikantes Ergebnis bei Faktor 1 ($p = 0,004$) und zwei sehr signifikante Ergebnisse: z-Werte ($p = 0,000$) und Faktor 2 ($p = 0,001$). Die anschließenden Scheffé-Tests (normales α -Fehler-Niveau) ergaben bei allen drei Zusammenfassungen signifikante bis sehr signifikante Differenzen der Belastungswerte zwischen Einfach- und Dreifachdiagnosen: z-Werte: p

= 0,003, Faktor 1: $p = 0,014$ und Faktor 2: $p = 0,013$. Bei den z-Werten und Faktor 2 waren auch noch die Differenzen zwischen Einfach- und Zweifachdiagnosen signifikant ($p = 0,037$ und $0,030$). Damit unterschieden sich die Differenzen der Belastungswerte zwischen Dreifach- und Einfachdiagnosen bei allen drei Zusammenfassungen derart, dass die Dreifachdiagnosen die geringste Belastungsreduktion aufwiesen. Eine gleichgerichtete Differenz fand sich noch bei zwei Zusammenfassungen zwischen den Zweifach- und Einfachdiagnosen. Die Untersuchung der Hypothese 4 (clusteranalytische Bildung der Störungsgruppen) zeigte eine Tendenz zur Signifikanz bei z-Werten ($p = 0,032$) und dem Faktor 2 ($p = 0,042$). Damit wurde nur die dritte Hypothese bestätigt, während alle drei anderen Hypothesen abgelehnt wurden.

Von den vier Kovariaten hatte die Anfangsbelastung bei allen vier Hypothesen und allen drei Arten der Zusammenfassung maximale p-Werte von 0,000. Dieses Ergebnis wurde als untersuchungsbedingt durch die ähnliche Konstruktion der Belastungswerte interpretiert. Alle drei anderen Kovariaten hatten nur einen sehr geringen Einfluss auf die Belastungswerte.

In einer Nachuntersuchung fanden sich keine wesentlichen Auffälligkeiten bei der Untersuchung der Therapiedauer als abhängige Variable, der multiplen Regressionsanalyse der vier Kovariaten und der Darstellung der Hypothesenuntersuchung aller einzelnen Instrumente.

Die nicht signifikanten Ergebnisse der ersten beiden Hypothesen wurden interpretiert als basierend auf zu kleinen Stichproben aufgrund nur kleiner Effekte, der Heterogenität naturalistischer Stichproben und der potentiell unsicheren Diagnostik mit erforderlichen Nachcodierungen. Dass die clusteranalytischen Störungsgruppen größere Differenzen ergaben als die der beiden ICD-10-Diagnosen konnte ebenfalls ein Hinweis sein auf die unzureichende Qualität der Diagnostik im vorliegenden Design bzw. auch einen möglichen prinzipiellen Qualitätsmangel der ICD-10-Diagnosen.

Auffällig war, dass bei beiden faktorenanalytischen Untersuchungen auch die salutogenetischen Instrumente sich in den Faktorenlösungen fanden. Dies wurde als Hinweis darauf interpretiert, dass auch salutogenetische Aspekte einen wichtigen Anteil von Störungen erfassen könnten.

Zukünftige Untersuchungen der Störungsspezifität (im Bereich der Körperpsychotherapie) sollten die genannten Probleme aufgreifen und das Untersuchungsdesign entsprechend anpassen. Das könnte zur Folge haben, dass die meisten naturalistischen Studien in diesem Bereich einen zu großen Aufwand für hinreichend große Stichproben erfordern würden und die Ressourcen effektiver in anderen Forschungsbereichen einsetzbar sind.

7 Literatur

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Hinz, A., Bailer, H. et al. (2006). Validierung und Normierung des „Fragebogen zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens“ (FEW-16) von Kolip und Schmidt an einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 172-181.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Andritzky, W. (1999). Zur Psychotherapiepraxis von Klinischen Diplom-Psychologen und ärztlichen Psychotherapeuten. *Integrative Therapie*, 25, 418-433.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (1997). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual* (2. korrigierte Aufl.). Bern: Huber.
- Arnim, A. von, Müller-Braunschweig, H. & Joraschky, P. (2006). Körperbezogene Psychotherapieverfahren bei traumatisierten Menschen. In A. Remmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 401-426). Stuttgart: Schattauer.
- Asey, T.P. & Lambert, M.J. (2001). Empirische Ergebnisse für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41-81). Dortmund: Modernes Leben.
- Assmann, J. (2003). *Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und ihre Beziehung zum Ausmaß und zur Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen* (Dissertation). Eberhard-Karls-Universität Tübingen: Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften.
- Auckenthaler, A. (1997). Was bleibt von der Klinischen Psychologie? Medikalisierungsprozesse und ihre Folgen. *Journal für Psychologie*, 5 (3), 63-70.
- Bachg, M. (2006). Die Kreation körperbasierter synthetischer Erinnerungen in „Pesso Boyden System Psychomotor“ (PBSP). *Psychotherapie im Dialog*, 7 (2), 164-168.
- Bandura, A. (1979). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barber, J.P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M.E., Weiss, R.D. et al. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in

- predicting outcome of individual drug counselling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 229-240.
- Barlow D. H., Gorman J. M., Shear M. K., Woods S. W. (2000) Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 19, 2529-2536.
- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. & Krause, R. (1992, 3. Aufl.). *Problemanalyse im therapeutischen Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1992b). Klinisch-psychologische Intervention: Allgemeine Gesichtspunkte und Interventionsforschung. In R. Bastine (Hrsg.) *Klinische Psychologie* (Bd. 2, S. 57-84). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1994). Die Überwindung psychotherapeutischen Schulendenkens – Hindernisse und Hoffnungen. In H. Lang (Hrsg.), *Wirkfaktoren der Psychotherapie* (S. 209-218). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozessforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, (1), 3-22.
- Baumann, U. (2000a). Wirksamkeitsnachweis: Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Pharmakotherapie und Psychotherapie. In W. Maier, R.R. Engel & H.-J. Möller (Hrsg.), *Methodik von Verlaufs- und Therapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Baumann, U. (2000b). Wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren: was ist das? *Fundamenta Psychiatrica*, 14, 162-171.
- Baumann, U. & Perrez M. (2005). Grundbegriffe – Einleitung. In M. Perrez & U Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 31-51). Bern: Hans Huber.
- Baumann, U. & Reinecker-Hecht, C. (2005). Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In M. Perrez & U Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 378-397). Bern: Hans Huber.
- Baumann, U., Stieglitz, R.-D. (2001). Psychodiagnostik psychischer Störungen: Allgemeine Grundlagen. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H.J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 3-20). Stuttgart: Thieme.
- Baumann, U. & Stieglitz R.-D. (2005). Klassifikation. In M. Perrez & U Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 109-127). Bern: Hans Huber.
- Baumann, U., Stieglitz, R.-D. (2008a). Klinisch-Psychologische Diagnostik. Editorial. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56 (3), 167-168.

- Baumann, U., Stieglitz, R.-D. (2008b). Multimodale Diagnostik – 30 Jahre später. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56 (3), 191-202.
- Beck, A.T., Epstein, N.B.G., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety. Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (6), 893-897.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovic.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Behrens, K., Calliess, I.T. (2008). Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten. *Psychotherapie Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 58, 162-168.
- Bergmann, B., Villmann, T. & Gumz, A. (2008). Vom Chaos zur Einsicht – Die Charakterisierung der Dynamik therapeutischer Veränderungsprozesse mittels textanalytischer Untersuchung von Verbatimprotokollen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 379-386.
- Bergin, A.E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (3rd ed., pp. 217-270). New York: Wiley.
- Bermeo, I., Friedrich, C. & Härter, M. (2008). Ambulante psychotherapeutische Versorgung depressiver Patienten. *Psychotherapeut*, 53, 260-267.
- Berns, U. (2006). Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 51, 26-34.
- Beutel, M.E., Rasting, M., Stuhr, U., Rüger, B. & Leuzinger-Bohleber M. (2004). Assessing the Impact of Psychoanalyses and Long-term Psychoanalytic Therapies on Health Care Utilization and Costs. *Psychotherapy Research*, 14 (2), 146-160.
- Beutler, L.E. (1996). *Specific treatments for specific patients: Advances in prescriptive psychotherapy*. Paper presented at the 40th Congress of the German Society for Psychology, Munich.
- Beutler, L.E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 113-120.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, H. et al. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (5th edn., S. 227-306). New York: Wiley.

- Beutler, L.E., Mohr, D.C., Grawe, K., Engle, D. & MacDonald, R. (1991). Looking for differential treatment effects: cross-cultural predictors of differential psychotherapy efficacy. *Journal of Psychotherapy integration*, 1, 121-142.
- Boadella, D. (1989). *Biosynthese Therapie*. Oldenburg: Transform.
- Boadella, D. (1991). *Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese*. München: Kösel.
- Boadella, D. (1992). Wissenschaft, Natur und Biosynthese. Allgemeine wissenschaftliche Grundprinzipien der Biosynthese. *Energie & Charakter*, 23 (5), 2-60.
- Boadella, D. (1997). Körperpsychotherapie: Ihre Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. *Energie & Charakter*, 15, 57-61.
- Boadella, D. (2006). Soma-Semantik – Bedeutungen des Körpers. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*. (S. 208-215). Stuttgart: Schattauer.
- Boadella, D. (2009). *Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese*. Darmstadt: Schirner.
- Borgart, E.-J., Meermann, R. (1999). Bedingungsfaktoren unterschiedlicher Behandlungsdauer bei Angststörungen im Rahmen stationärer Verhaltenstherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 49, 109-113.
- Bortz, J (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler (5. Aufl.)*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation (4. Aufl.)*. Berlin: Springer.
- Bowe, N. (2005). Gehört der störungsspezifischen oder ätiologisch orientierten Psychotherapie die Zukunft? *BVVP-Magazin*, 4 (3), 7-10.
- Bowe, N. (2008). Die Übertragung der EbM-Richtlinien auf die Bewertung von Psychotherapieverfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 12, 23-30.
- Boyesen, G. (1987). *Über den Körper die Seele heilen*. München: Kösel.
- Boyesen, G. & Boyesen, M.L. (1987). *Biodynamik des Lebens*. Essen: Synthesis.
- Boyesen, E. & Freudl, P. (2006). Die Entfaltung libidinöser Kräfte in der neoreichianischen Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 608-616). Stuttgart: Schattauer.
- Bozok, B. & Bühler, K.-E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie – spezifische und unspezifische Einflüsse. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 56, 119-132.

- Brähler, E., Felder, H. & Schumacher, J. (2009). Wenn der Körper zur Last wird: Zum Einfluss von Alter, Geschlecht und Epoche auf körperliche Beschwerden. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild – Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 53-63). Stuttgart: Schattauer.
- Breuer, J., Freud, S. (1991). (Erstveröffentlichung 1895). *Studien über Hysterie*. Frankfurt/M: Fischer.
- Brockmann, J., Schlüter, T., Brodbeck, D., Eckert, J. (2002). Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeit-therapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 47, 347-355.
- Brockmann, J., Schlüter, T., Eckert, J. (2006). Langzeitwirkungen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsycho-therapien – Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 51, 15-25.
- Buchholz, M. B. (2008). Was ist eine methodisch adäquate Wirksamkeitsstudie? *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 12, 12-22.
- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? *Nervenarzt*, 72, 20-30.
- Budjuhn, A., Carl, A. & Lechler, H. (Hrsg.). (1995). *Konzentrierte Bewegungstherapie. Fallbeispiele aus klinischer und ambulanter Praxis*. Reutlingen: DAKBT.
- Bühringer, G. & Hahlweg, K. (1986). Kosten-Nutzen-Aspekte psychologischer Behandlung. *Psychologische Rundschau*, 37 (1), 1-19.
- Butler, S.F. & Strupp, H.H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy* 23 (1), 30-40.
- Caspar, F. (1998). *Connectionist view of psychotherapy*. In D.J. Stein & J. Ludik (Eds.), *Neural networks and psychopathology* (pp. 88-131). Cambridge: University press.
- Caspar, F. & Berger, T. (2008). Die Validitäten und der Wert von Forschung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 1-2.
- Caspar, F., Herpertz, S.C. & Mundt, C. (2008a). Was ist eine psychische Störung? In S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 3-32). München: Urban & Fischer.
- Caspar, F., Herpertz, S.C. & Mundt, C. (2008b). Was ist Psychotherapie? In S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 33-54). München: Urban & Fischer.
- Caspar, F., Jacobi, F. (2004). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 1 Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie*. (S. 395-410). München: CIP-Medien.

- Casey, L.M., Oei, T.P.S. & Newcombe, P.A. (2005). Looking beyond the negatives: A time period analysis of positive cognitions, negative cognitions, and working alliance in cognitive-behavior therapy for panic disorders. *Psychotherapy Research, 15* (1-2), 55-68.
- Chambless D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Chambless D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.
- Cierpka, M., Orlinsky, D., Kächele, H., Buchheim, P. (1997). Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut, 42*, 269-281.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In Lambert M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th ed.* (pp. 194-226). New York: Wiley.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Comer, R. J. (2001). *Klinische Psychologie* (2. Aufl.). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Cox, B.J., Cohen, E., Dorenfeld, D.M. & Swinson, R.P. (1996). Does the Beck Anxiety Inventory measure anything beyond panic attack symptoms? *Behaviour Research and Therapy, 34*, 949-954.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta analysis. *American Journal of Psychiatry, 149*, 151-158.
- Czagalik, D. (1990). Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. In: Tschuschke V., Czagalik D. (Hrsg.) *Psychotherapie – Welche Effekte verändern (7-30)?* Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Dahm, A. (2005). Gesundheitspolitische Grundlagen der ambulante Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (3. Aufl., S. 732-737). Stuttgart: Thieme.
- Daig, I., Burkert, S., Albani, C., Martin, A. & Brähler, E. (2008). Zusammenhang zwischen körperdysmorphen Beschwerden, Körperbild und Selbstaufmerksamkeit an deiner repräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 58*, 16-22.
- Damasio, A.R. (2001). *Descartes' Irrtum*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Davison, G.C., Neale, J.M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Diepgen, R. (1993). Münchhausen-Statistik: Eine Randbemerkung zu einer Argumentationsfigur von Grawe (1992). *Psychologische Rundschau*, 44 (3), 176-177.
- Dietrich, S. (1995). *Atemrhythmus und Psychotherapie. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychosomatik und ihrer Therapien*. Unveröffentlichte Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Bonn.
- Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (1998). Häcker, H. & Stapf, K.H. (Hrsg.). (13. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Downing, G. (2006). Frühkindlicher Affektaustausch und dessen Beziehung zum Körper. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*. (S. 333-350). Stuttgart: Schattauer.
- Dührssen, A. (1996). Die Bedeutung von Wirksamkeits- und Erfolgsmessung für die Psychotherapie – ein persönliches Resumee. In H. Bents, R. Frank & E.-R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie* (S. 6-11). Regensburg: S. Roderer.
- Dührssen, A. & Jorswieck, E. (1962).. Zur Korrektur von Eysencks Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. *Acta Psychotherapeutica Psychosomatica*, 10, 329-342.
- Eberwein, W. (1990). *Impulse von innen*. Oldenburg: Transform.
- Eckert, J. (1994). Diagnostik und Indikation in der Gesprächspsychotherapie. In P. Janssen & W. Schneider (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie und Psychosomatik* (S. 147-164). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des Therapeuten. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* (S. 272-287). Berlin: Springer.
- Ehling, M., Heyde, C. von der, Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P., Quitt, H. (1992). Eine Deutsche Standarddemographie. *ZUMA-Nachrichten*, 31 (16), 29-46.
- Ehrensperger, T. P. (2006). Erdung in der therapeutischen Arbeit und im Alltag. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 692-698). Stuttgart: Schattauer.
- Eid, M. & Petermann, F. (2006). Aufgaben, Zielsetzungen und Strategien der Psychologischen Diagnostik. In F. Petermann & M. Eid (Hrsg.), *Handbuch der Psychologischen Diagnostik* (S. 15-25). Göttingen: Hogrefe.
- Eifert, G. H. (2005). Individuelle versus Standardisierte Therapie. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 197-216). Göttingen: Hogrefe.
- Elkin I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. In A.E. Bergin & L.S. Garfield (eds.)

- Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (4th ed., pp. 114-142). New York: Wiley.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotzky, S.M., Collins, J.F. et al. (1989). NIMH treatment of depression collaborative research program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 971-982.
- Enke, H. & Czogalik, D. (1990). Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In A. Heigl-Evers, F. Heigl & J. Ott (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 142-162). Stuttgart: G. Fischer.
- European Association for Body Psychotherapy - EABP. (1991). What is Body-Psychotherapy? Zugriff am 10.11.2008 unter <http://www.eabp.org/aboutinfo/whatisb.p.htm>
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, *16*, 319-324.
- Eysenck, H.J. (1993). Grawe and the effectiveness of psychotherapy: Some comments. *Psychologische Rundschau*, *44* (3), 177-180.
- Fäh, M., Fischer, G. (Hrsg.). (1998). *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Giessen: Psychosozialverlag.
- Fichter, M.M. (2008). Metaanalysen als Königsweg für die Formulierung von Therapieleitlinien?, *Verhaltenstherapie*, *18*, 5-7.
- Fiedler, P. (1997). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, *18*, 7-39.
- Fiedler, P. (2001). „Störungsspezifisch“ versus „Allgemein“? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *51*, 406-412.
- Fiedler, P. (2004). Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeutenjournal*, (4), 4-12.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Fischer, G. & Fäh, M. (1998). Zur Kritik der empirischen Vernunft in der Psychotherapie(forschung). In M. Fäh & G. Fischer (Hrsg.), *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden* (S. 29-50). Giessen: Psychosozialverlag.
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing* (2nd ed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Frank, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J.H. Harvey & M.M. Parks (Eds.), *The Masters Lecture Series (Vol. 1) Psychotherapy Research and Behavior Change* (pp. 154-167). Washington: APA.
- Frank, R. (Hrsg.). (2007). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

- Frank, R. (2007). Den störungsorientierten Blick erweitern. In R. Frank (Hrsg.) *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (S. 3-16). Heidelberg: Springer.
- Franke, A. & Kämmerer, A. (2001). *Klinische Psychologie der Frau: Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G.H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G.H. (2002). SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostischer Verfahren in der Psychotherapie* (S. 299-303). Göttingen: Hogrefe.
- Freud, S. (1969). (Original 1916). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Studienausgabe, 1. Frankfurt: S. Fischer.
- Freyberger, H. J. (2001). Zur Bedeutung störungsspezifischer vs. allgemeiner Therapieansätze aus der Sicht der Psychiatrie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51, 413-417.
- Freyberger, H.J. & Caspar, F. (2008). Diagnostik und Psychotherapie. In S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 55-75). München: Urban & Fischer.
- Freyberger, H.J. & Schneider, W. (2001). ICD-10-Diagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 46, 115-121.
- Freyberger, H. J., Stieglitz, R.-D. & Wittchen, H.-U. (2001). Klassifikation. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H.J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 50-64). Stuttgart: Thieme.
- Fritsche, I. & Linneweber V. (2006). Nicht-reaktive Verfahren. In F. Petermann & M. Eid (Hrsg.), *Handbuch der Psychologischen Diagnostik* (S. 203-210). Göttingen: Hogrefe.
- Frohburg, I. (2006). Zum Postulat der störungsspezifischen Indikation. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 130-139.
- Fydrich, T. (2006). Diagnostik und Intervention in der Klinischen Psychologie. In M. Amelang & L. Schmidt-Atzert (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik und Intervention* (4. Aufl., S. 495-534). Heidelberg: Springer.
- Fydrich, T. (2008). Wie lässt sich die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Langzeitbehandlungen wissenschaftlich erfassen? *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 12, 38-45.
- Fydrich, T., Laireiter, A.-R., Saile, H., Engberding, M. (1996). Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 161-168.

- Fydrich, T. & Schneider W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 55-68.
- Garfield, S. L., Bergin, A. E. (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.) New York: Wiley.
- Geuter, U. (2000). Historischer Abriss zur Entwicklung der körperorientierten Psychotherapie. In F. Röhrich. *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen* (S. 53-74). Göttingen: Hogrefe.
- Geuter, U. (2002). Körperpsychotherapie als Behandlungsmethode in der stationären psychodynamischen Psychotherapie psychosomatischer Patienten. *Psychotherapeuten Forum*, 9, 5-8.
- Geuter, U. (2004). Körperpsychotherapie - Entwicklungslinien, Behandlungsmodelle, Evaluation. In M. Hermer & H.G. Klinzing (Hrsg.), *Nonverbale Prozesse in der Psychotherapie* (S. 199-219). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Geuter, U. (2006a). Geschichte der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 17-32). Stuttgart: Schattauer.
- Geuter, U. (2006b). Körperpsychotherapie – Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie (Teil 1). *Psychotherapeutenjournal*, 2, 116-122.
- Geuter, U. (2006c). Körperpsychotherapie – Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie (Teil 2). *Psychotherapeutenjournal*, 3, 258-264.
- Gigerenzer, G. (1981). *Messung und Modellbildung in der Psychologie*. München: Reinhardt.
- Görlitz, G. (1998). *Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen* (Reihe „Leben lernen“, Nr. 120). München: Pfeiffer.
- Gottwald, C. (2006). Neurobiologische Perspektiven zur Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 119-137). Stuttgart: Schattauer.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. Schweiger, U. & Sipos, V. (2008). Komorbide Störungen. In S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 657-677). München: Urban & Fischer.
- Gräff, C. (1989). *Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis*. Stuttgart: Hippokrates.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.

- Grawe, K. (1993). Über Voraussetzungen eines gemeinsamen Erkenntnisprozesses in der Psychotherapie: Eine Erwiderung auf Eysenck und Diepgen. *Psychologische Rundschau*, 44 (3), 181-186.
- Grawe, K. (1995a). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1995b). Psychotherapie und Statistik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Konfession: Ein Kommentar zur Auseinandersetzung um unser Buch „Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24 (3), 216-228.
- Grawe, K. (1996). Schlusswort zu einer unerfreulichen Kontroverse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25 (1), 64-66.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-11.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L.S., Watson, J.C. & Lietaer, G. (1998). *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Grosse Holtforth & Grawe (2002). Bern Inventory of Treatment Goals (BIT), Part 1: Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes (BIT-T). *Psychotherapy Research*, 12, 79-99.
- Grünwald, H.S., Kiss, A.Z. & Keller, C. (2008). Ergebnisqualität methodenübergreifender ambulanter Psychotherapie – Eine Wirksamkeitsstudie in der deutschsprachigen Schweiz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 387-394.
- Gudat, U. (1997). Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie – Anwendungsbereiche und Wirkungen. *Psychotherapie Forum*, 5, 28-37.
- Guthrie, E. (2000). Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 177, 131-137.
- Hair, J.F. & Black, W.C. (2002). Cluster analysis. In L.G. Grimm & P.R. Yarnold (eds.), *Reading and understanding more multivariate statistics* (pp. 147-205). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hartmann, H. & Schilder, P. (1927). Körperinneres und Körperschema. *Zeitschrift der gesamten Neurologie und Psychiatrie*, 109, 666-675.
- Hautzinger, M. (1991). Das Beck-Depressionsinventar (BDI) in der Klinik. *Der Nervenarzt*, 62, 689-696.

- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M. (2002). BDI – Beck Depressions Inventar. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostischer Verfahren in der Psychotherapie* (S. 32-34). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1992). *Das Beck-Depressions-inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Heekerens, H.-P. (2005). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut*, 50, 357-366.
- Heimann, P. (1989). *About Children and Children-No-Longer*. London: Routledge.
- Henningsen, P. & Martin, A. (2008). Körperbild und Körperbildintegration. In S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 227-239). München: Urban & Fischer.
- Henningsen, P. & Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50, 366-375.
- Henry, W.P. (1998). Science, politics and the politics of science: the use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research*, 8, 126-140.
- Henry, W.P., Strupp, H., Schacht, T., Binder, J. & Butler, S. (1993). The effects of training in time-limited, dynamic psychotherapy: changes in therapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 441-447.
- Herpertz, S.C., Caspar, F. & Mundt, C. (Hrsg.). (2008). *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Urban & Fischer.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* 47(1), 27-39.
- Hill, C.E. & Lambert, M.J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. In Lambert M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed.. (pp. 84-134). New York: Wiley.
- Hofmeister, B. (2009). *Inanspruchnahme und Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie am Beispiel einer psychotherapeutischen Praxis: Ein Beitrag zur Versorgungsforschung* (Dissertation). Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität, Psychologisches Institut.
- Holz-Ebeling, F. (1995). Faktorenanalyse und was dann? Zur Frage der Validität von Dimensionsinterpretationen. *Psychologische Rundschau*, 46, 18-35.

- Horowitz, L. M., Strauß, B., Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version – (IIP-D)*. Weinheim: Beltz.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 139-149.
- Howard, K.I., Cornille, T.A., Lyons, J.S., Vessey, J.T., Lueger, R.J. & Saunders, S.O. (1996). Patterns of health service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 53, 696-703.
- Howard, K. I., Koptka, S. M., Krause, M. S., Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S. & Martinovic, Z. (1993). A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Hsu, L.M. (1989). Random Sampling, Randomization, and Equivalence of Contrasted Groups in Psychotherapy Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 131-137.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999). *The Heart & Soul of Change. What works in Therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Huber, C., Hauke, W., Ruppert, S., Zaudig, M. (2005). Verhaltenstherapie und Körperarbeit – eine Effektivitätsstudie an psychosomatischen Patienten. In S.K.D. Sulz, L. Schrencker, C. Schricker (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper - oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit* (S. 69-1001)? München: CIP-Medien.
- Imber, S.D., Elkin, I., Watkins, J.T., Collins, J.E., Shea, M.T., Leber, W.R. et al. (1990). Modespecific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 352-359.
- Jacobi, F. (2001). *Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analyse psychologischer Angstbehandlung* (Dissertation). Dresden: Technische Universität.
- Jacobi, F. (2006). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 553-580). Heidelberg: Springer.
- Jacobi, F. & Kosfelder, J. (2000). Psychotherapieforschung: Themen und Kunden. In F. Jacobi & A. Poldrack (Hrsg.), *Klinisch-psychologische Forschung*. (S. 245-266). Göttingen: Hogrefe.
- Janssen, P. & Schneider, W. (Hrsg.). (1994), *Diagnostik in der Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Joraschky, P. (1983). *Das Körperschema und das Körper-Selbst als*

- Regulationsprinzipien der Organismus-Umwelt-Interaktion*. München: Minerva Publikation.
- Joraschky, P., Arnim, A. von & Pöhlmann, K. (2006). Störungen des Körperselbst bei Patienten mit Borderline-Syndrom. In A. Remmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 207-221). Stuttgart: Schattauer.
- Kächele, H. (2008a). Eine Kapuzinerpredigt. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 355-356.
- Kächele, H. (2008b). Forscher und Praktiker – wer lehrt wen was? *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 12, 54-64.
- Kächele, H. & Kordy, H. (1992). Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Nervenarzt*, 63, 517-526.
- Kächele, H. & Richter, R. (2008). „Studientherapeut“ – ein neues Qualitätsmerkmal? *Psychotherapeutenjournal*, (3), 241-243.
- Kammer, D. (1983). Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressionsinventars (BDI). *Diagnostica*, 29, 48-60.
- Kapp, F., Kämmerer, A. (2005). Sozialpsychologische Grundlagen der Psychotherapie. In W. Senf, M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 63-69). Stuttgart: Thieme.
- Karasu, T.B. (1986). The specificity versus non-specificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2004). *Soderauswertung zur ambulanten vertragsärztlichen Psychotherapieversorgung, Stand 31.12.2003*. Köln: KBV.
- Kazdin, A.E. & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Keleman, S. (1987). *Embodying Experience – Forming a Personal Life*. Berkeley: Center Press.
- Keller, A. (2001). Eignet sich das strukturierte diagnostische Interview F-DIPS-DSM-IV für den Einsatz in Studien mit psychosomatischen Patienten? In M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie* (S. 102-113). Gießen: Psychosozialverlag.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in

- the United States. Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis*. Chicago: Aldine.
- Kiesler, D. J. (1995). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm: Revisited. *Psychotherapy Research*, 5, 91-101.
- Klein, P. (1993). *Tanztherapie. Ein Weg zum ganzheitlichen Sein*. München: Pfeiffer.
- Klinkenberg, N. (2008). Körperorientierte Verfahren. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (S. 210-212). Stuttgart: Schattauer.
- Klug, G., Henrich, G., Kächele, H., Sandell, R. & Huber, D. (2008). Die Therapeutenvariable: Immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeut*, 53, 83-91.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M., Raitasalo, R., Haaramo, P. & Järvikoski A. (2009). A randomized and clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107 (1), 95-106.
- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H. und Soeder, U. (2004). Zwischenergebnisse zur Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien. *Psychotherapie Forum*, 12 (2), 70-79.
- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H. und Soeder, U. (2006). Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK. Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 480-487.
- Kohut, H. (1979). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kordy, H. (1988). Time and its relevance for a successful psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49, 212-222.
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung: Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. *Psychotherapeut*, 53, 245-253.
- Kosfelder, J., Poldrack, A. & Jacobi, F. (2000) Klinisch-psychologische Forschung: Themen und Kunden. In F. Jacobi & A. Poldrack (Hrsg.), *Klinisch-Psychologische Forschung* (S. 9-25). Göttingen: Hogrefe.
- Kraft, S., Puschner, B., Lambert, M. J., Kordy, H. (2006). Medical utilization and treatment outcome in mid- and long-term outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16, 241-249.

- Kriz, J. (1999a). Perspektiven zur 'Wissenschaftlichkeit' von Psychotherapie. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven an der Jahrtausendschwelle*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Kriz, J. (1999b). *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas-Universität-Verlag.
- Kriz, J. (2003). Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie (im Auftrage des Schweizerischen Berufsverbands für Angewandte Psychologie). Zugriff am 5.3.2009 unter www.sbap.ch/aktivitaeten/pdf/psygesetz/GutachtenKriz2003.pdf
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 12-20.
- Kriz, J. (2007a). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (6. Aufl.). Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- Kriz, J. (2007b). Wie lässt sich die Wirksamkeit von Verfahren X wissenschaftlich begründen? *Psychotherapeutenjournal*, 3, 258-261.
- Kritz, J. (2008). Welches sind adäquate wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapieforschung? *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 12, 3-11.
- Küchenhoff, J. (2007). Körperinszenierungen. In P. Geißler & G. Heisterkamp (Hrsg.), *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – Ein Lehrbuch* (S. 23-38). Wien: Springer.
- Kurtz, R. (2002). *Hakomi – Eine körperorientierte Psychotherapie* (2. Aufl.). München: Kösel-Verlag.
- Kurtz, R. (2006). Körperausdruck und Erleben in der körperorientierten Psychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 414-422). Stuttgart: Schattauer.
- Lambert, M.J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M.J. (2005). Emerging methods for providing clinicians with timely feedback on treatment effectiveness: An introduction. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 61 (2), 141-144.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The Effectiveness of Psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (2004). Introduction and Historical Overview. In Lambert M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed.. (pp. 3-15). New York: Wiley.

- Lambert, M.J., Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (2004). Overview, trends, and future issues. In Lambert M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed.. (pp. 805-821). New York: Wiley.
- Lambert, M.J. & Hill, C.E. (1994). Assessing Psychotherapy Outcome and Processes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (4th ed., pp. 72-113). New York: Wiley.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (5th ed.). (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. & Masters, K.S. (1992). Choosing outcome assessment devices. *Journal of Counselling & Development*, 70, 527-532.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of Psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (3rd ed., pp. 157-212). New York: Wiley.
- Langlotz-Weis, M. (2002). Die Verhaltenstherapie und der Körper – Eine Beziehung mit Zukunft?. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 59, 28-37.
- Lazarus, A.A. (1976). *Multimodale Verhaltenstherapie*. Frankfurt/M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Lazarus, A.A. (1996). Multimodale Therapieplanung (BASIC ID). In M. Linden, M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (3. Aufl.). (S. 47-51). Berlin: Springer.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.) *Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-259). Bern: Huber.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Leichsenring, F. (2004). "Empirically supported treatments": Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52 (3), 209-222.
- Leichsenring, F. (2008). Wirksamkeitsnachweise für Langzeittherapien bei Persönlichkeitsstörungen aus psychodynamischer Sicht. *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 12, 31-37.
- Leimkühler, A.M. & Müller, U. (1996). Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt*, 67, 765-773.
- Lewis, R. & Lowen, A. (1977). Bioenergetische Analyse. IN H. Petzold (Hrsg.), *Die neuen Körperpsychotherapien* (S. 217-244). Paderborn: Junfermann.
- Lieb, K., Berger, M. (2006). Wem gehört die Psychotherapie? *Psychodynamische Psychotherapie*, 5, 147-153.
- Linden, M. (1989). Die Phase IV der Therapieevaluation. *Der Nervenarzt*, 60, 453-461.

- Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analyses. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Löcherbach, P., Henrich, T., Kemmer, H., Kinstler, H.-J., Knopp-Vater, M., Rieckmann, N. et al. (2000). Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. *Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 125*. Nomos: Baden-Baden.
- Loew, T., Siegfried, W., Bohmann, H., Martus, P., Tritt, K. & Hahn, E.G. (2001). Efficacy of „Functional relaxation“ in Comparison to Terbutaline and a „Placebo Relaxation“ Method in Patients with Acute Asthma. A randomized, prospective, placebo-controlled, crossover experimental investigation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70 (3), 151-157.
- Loew, T., Sohn, R., Martus, P., Tritt, K. & Rechlin, T. (2000). Functional relaxation as a somato-psychotherapeutic intervention: a prospective controlled study. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 6 (6), 70-75.
- Loew, T. H. & Tritt, K. (2006). Empirische Forschung in der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*. (S. 625-630). Stuttgart: Schattauer.
- Loew T., Tritt K., Lahmann C., Röhrich F (2006). Körperpsychotherapien – wissenschaftlich begründet? *Psychodynamische Psychotherapie*, 5 (1), 6-19.
- Loew, T., Weber, A., Martus, P., Hahn, E.G. & Siegfried, W. (1996). Die Wirkung von Funktioneller Entspannung bei akuter Bronchokonstriktion – vergleichbar mit dem Effekt eines Sympathomimetikums? *Forschende Komplementärmedizin*, 3, 110-115.
- Lowen, A. (1979). *Bioenergetik*. Reinbek: Rowohlt.
- Lowen, A. (1988). *Bioenergetik, Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper*. Reinbek: Rowohlt.
- Lowen, A. (2006). Die neurotische Charakterstruktur und das bewusste Ich. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*. (S. 216-220). Stuttgart: Schattauer.
- Lowen, A. & Lowen, L. (1979). *Bioenergetik für Jeden*. Gauting: Kirchheim.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Johnson, S., Halperin, G. et al. (1999). The researcher's own therapy allegiance: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: is it true, that everyone has won and all must have prices? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lueger, R. J. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie.

- Psychotherapeut*, 40, 267-278.
- Lutz, R. (1995). Entwicklung von Skalen zur Diagnostik seelischer Gesundheit. In R Lutz & N. Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke?* (S. 165-182). Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, R. (2009). Telefonische Auskunft der Autors zu Testgütekriterien der beiden Tests Ges und LZH, am 01.07.2009.
- Lutz, R. & Ahlswede, O. (2008). Gesundheits- und Krankheitsmodelle. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (S. 5-8). Stuttgart: Schattauer.
- Lutz, R. & Mark, N. (1995). Zur Gesundheit von Kranken. In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke?* (S. 11-24). Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, R., Franzen, U., Heyn, C., Schmid, S., Sick, U. & Steinl, B. (1995). Gesunde Anteile von Kranken. In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke?* (S. 4-10). Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, R. & Schneider, U (2000). In M. Bassler (Hrsg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie – pro und contra* (S. 233-242). Bern: Hans Huber.
- Lutz, R. & Stock, O. (2001). Therapieevaluationsstrategien. In M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie* (S. 128-146). Gießen: Psychosozialverlag.
- Lutz, W. (2002). Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychotherapy Research*, 12 (3), 251-272.
- Lutz, W. & Grawe, K. (2007). Psychotherapieforschung: Grundlagen, Konzepte und neue Trends. In B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie, Teilband 1* (S. 727-768). Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, W., Martinovich, Z. & Howard, K.I. (2001). Vorhersage individueller Psychotherapieverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 104-113.
- Maat, de S., Dekker, J., Schoevers, R. & Jonghe, F de (2007). The effectiveness of long-term psychotherapy: Methodological research issues. *Psychotherapy Research*, 17, 59-66.
- Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation*, 39, 189-199.
- Margraf, J. (2009). Hintergründe und Entwicklung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen)* (3. Aufl.). (S. 3-45). Heidelberg: Springer.
- Margraf, J. & Ehlers, A. (2007). *Das Beck Angst Inventar (BAI)*. München: Pearson Assessment & Information GmbH.

- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik, Angstanfälle und ihre Behandlung*. (2. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2009). (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen)* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Marlock, G. (1993a). Zur Orientierung. In G. Marlock (Hrsg.), *Weder Körper noch Geist* (S. 7-13). Oldenburg: Transform.
- Marlock, G. (Hrsg.). (1993b). *Weder Körper noch Geist*. Oldenburg: Transform.
- Marlock, G. (Hrsg.). (1998). *Körper, Psyche, Gesellschaft*. Hamburg: Afra.
- Marlock, G. & Weiss, H. (2006a). Einführung: Das Spektrum der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 1-12). Stuttgart: Schattauer.
- Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.). (2006b). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Maslow, A.H. (1973). *Psychologie des Seins*. München: Kindler.
- May, J. (2005). The Outcome of Body Psychotherapy. *The USA Body Psychotherapy Journal, 4* (2), 98-120.
- McGaw, B. & Glass, G.V. (1980). Choice of Metric for Effect Size in Meta-Analysis. *American Educational Research Journal, 17*, 325-337.
- McNeilly, C.L. & Howard, K.I. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research, 1*, 74-78.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive-behavioral modification*. New York: Plenum.
- Melander, H., Ahlqvist-Rastad, J., Meijer, G. & Beermann, B. (2003). Evidence b(i)ased medicine – selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *British Medical Journal, 326*, 1171-1173.
- Messer, S. B. (2002). Empirically supported treatments: cautionary notes. *Medscape General Medicine, 4* (4). Zugriff am 16.04.2009 unter <http://www.medscape.com/viewarticle/445082?mpid=740>
- Messer, S. B. & Wampold, B. E. (2002). Let's Face Facts: Common Factors are More Potent than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9* (1), 18-22.

- Meyer, A.E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Klinische Psychologie*, 19, 287-291.
- Meyer, F. & Schulte, D. (2002). Zur Validität der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 31 (1), 53-61.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F. & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs – Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 94-103.
- Möbius, J. & Margraf, J. (2003). Beck-Angst-Inventar (BAI). In J. Hoyer, J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik – Grundlagen und Testverfahren*. (S. 117-120). Berlin: Springer.
- Monsen, K. & Monsen, J. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: a controlled outcome study. *Psychotherapy* 37 (3), 257-269.
- Monyer, H., Rösler, F., Roth, G., Scheich, H., Singer, W., Elger, C.E. et al. (2004). Das Manifest – Elf führende Neurowissenschaftler über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung. *Gehirn & Geist*, 6, 30-37.
- Morrison, K.H., Bradley, R. & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: a naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 109-132.
- Moser, T. & Pessa, A. (1998). *Strukturen des Unbewussten*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Müller-Hofer, B. (2002). Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) Ergebnisse einer Praxisevaluation (Dissertation). Universität Salzburg.
- Mulder, R.T., Frampton, C., Joyce, P.R. & Porter, R. (2000). Randomized controlled trials in psychiatry. Part II: their relationship to clinical practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 265-269.
- Mundt, C. & Backenstraß, M. (2005). Psychotherapy and classification: psychological, psychodynamic, and cognitive aspects. *Psychopathology*, 38 (4), 219-222.
- Mundt, C., Fuchs, T. & Vogeley, K. (2008). Selbstaktualisierung und Selbstidentität. In S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 133 - 155). München: Urban & Fischer.
- Nachtigall, C. & Suhl, U. (2002a). Der Regressionseffekt. Mythos und Wirklichkeit. *Metheval Report*, 4 (2). Zugriff am 6.7.2009 unter http://www.metheval.uni-jena.de/materialien/reports/report_2002_02.pdf
- Nachtigall, C. & Suhl, U. (2002b). Warum kompliziert, wenn es einfach geht. Teil 1: zur Analyse intraindividuelle Veränderung. *Metheval Report*, 4 (3). Zugriff am 6.7.09 unter http://www.metheval.uni-jena.de/materialien/reports/report_2002_03.pdf
- Nemeroff, C.B., Mayberg, H.S., Krahl, S.E., McNamara, J., Frazer, A., Henry, T.R. et al. (2006). VNS therapy in treatment-resistant depression: clinical evidence and putative neurobiological mechanisms. *Neuropsychopharmacology*, 31, 1345-1355.
- Neukom M. (2003a). Für eine offene Psychotherapieforschung. *Punktum*, 4, 7-11.

- Neukom, M. (2003b). *Grenzen der wissenschaftlichen Evaluation. Wie lässt sich die Wirksamkeit von Psychotherapie messen?* Zugriff am 07.08.2008 unter http://www.arud.ch/fachbeitraege/psychologie/nzz_neukom.htm.
- Neumann, N.-U. & Frasch, K. (2006). Meditation aus neurobiologischer Sicht – Untersuchungsergebnisse bildgebender Verfahren. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 488-492.
- Niederehe, G., Street, L.L. & Lebowitz, B.D. (1999), NIH support for psychotherapy research: opportunities als questions. *Prevention & treatment 2: Article0003a* Zugriff am 03.07.2008 unter <http://www.journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020003a.html>
- Noack, T., Fangerau, H. & Vögele, J. (2007). *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München: Elsevier.
- Norcross, J. C. (2005). A primer of psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed., pp. 3-23). New York: Oxford University Press.
- Norcross & M.R. Goldfried (Eds.). (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. & Newman, C.F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 3-45). New York: Basic Books.
- Nosper, M. (2008). Die Dauer psychosomatischer Rehabilitation – Regelungen, Einflussfaktoren und Empfehlungen. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (S. 292-299). Stuttgart: Schattauer.
- Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W. W. & Schmidt, J. (2004). Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 65, 35-44.
- Ogrodniczuk, J.S. (2006). Men, Women, and their outcome in psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 16 (4), 453-462.
- Orlinsky, D.E. (1998). Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 6, 69-80.
- Orlinsky, D.E. (2003). Störungsspezifische, personenspezifische und kulturspezifische Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 48, 403-409.
- Orlinsky, D.E. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung – Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 345-354.

- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In A.E. Bergin & L.S. Garfield (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 4, 281-308.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcomes research: continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (5th ed.). (pp. 307-389). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., Willutzki, U., Meyerberg, J., Cierpka, M, Buchheim, P. & Ambühl, H. (1996). Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von Psychotherapeutinnen? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 46, 105-113.
- Overbeck, G., Grabhorn, R, Stirn, A, Jordan, J. (1999) Neuere Entwicklungen in der Psychosomatischen Medizin. *Psychotherapeut*, 44, 1-12.
- Paar, G.H. & Wiegand-Grefe, S. (2001). Störungsspezifische Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Bassler M (Hrsg.) *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie*. Gießen: Psychosozialverlag, 176-204.
- Paul, G.L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy*. Stanford: Stanford University Press.
- Percevic, R., Lambert, M.J. & Kordy, H. (2006). What is the predictive value of responses to psychotherapy for its future course? Empirical explorations and consequences for outcome monitoring. *Psychotherapy Research*, 16 (3), 364-373.
- Perls, F. (1976). *Grundlagen der Gestalttherapie*. München: Pfeiffer.
- Peseschkian, N. (2006). Der positive Umgang mit dem Körper – eine salutogenetische und transkulturelle Betrachtung. In: Marlock G & Weiss H (Hrsg.) *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer, 923-930.
- Petzold, H.G. (1985). *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2006). Integrative Trauma-Therapie und „Trostarbeit“ – Ein nichtexponierender, leibtherapeutischer, lebenssinnorientierter Ansatz. In A. Rimmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 427-475). Stuttgart: Schattauer.

- Plath, I. (1998). Die Untersuchung von Grawe, Donati & Bernauer (1994) aus forschungsintegrativer Sicht. Eine methodenkritische Analyse. *Report Psychologie*, 23 (9), 730-749.
- Poeck, K. & Orgass, B. (1963). Über die Entwicklung des Körperschemas. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 32, 538-555.
- Puschner, B., Bauer, S., Kraft, S. & Kordy, H. (2005). Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55, 517-526.
- Puschner, B., Haug, S., Häfner, S. & Kordy, H. (2004). Einfluss des Behandlungssettings auf den Gesundheitsverlauf. Stationäre versus ambulante Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 49, 182-192.
- Puschner, B. & Kraft, S. (2008). Kosteneffektivität ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 268-276.
- Reich, W. (1970). *Charakteranalyse*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Reinecker, H. (2009). Therapieforschung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen)* (3. Aufl.). (S. 83-99). Heidelberg: Springer.
- Rommel, A. (2006). Körper und Persönlichkeit – Persönlichkeitsstörungen in der Perspektive einer medizinischen Anthropologie. In A. Rommel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. XVII-XXII). Stuttgart: Schattauer.
- Rommel, A., Kernberg, O.F., Vollmoeller, W. & Strauß, B. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Körper und Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D. (1978). Vom unsinnigen Aufwand. *Archiv für Psychologie*, 130, 1-36.
- Revenstorf, D. (1980). *Lehrbuch der Faktorenanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Revenstorf, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 10, 22-31.
- Revenstorf, D. (2009). Verhaltenstherapie und andere Therapieformen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen)* (3. Aufl.). (S. 297-312). Heidelberg: Springer.
- Richter, P. (1991). *Zur Konstruktvalidität des Beck-Depressions-Inventars bei der Erfassung depressiver Verläufe*. Regensburg: Roderer.
- Richter, P., Werner, J. & Bastine, R. (1994). Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventars (BDI): Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 3-19.

- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A. & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*, 31, 160-168.
- Rief, W. & Fichter, M. (1992). The Symptom Check List SCL-90-R and its ability to discriminate between dysthymia, anxiety disorders, and anorexia nervosa. *Psychopathology*, 25, 128-138.
- Röhrich, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Röhrich, F. (2006a). Körperpsychotherapie bei schweren psychischen Erkrankungen. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 723-733). Stuttgart: Schattauer.
- Röhrich, F. (2006b). Körperpsychotherapie im Wandel – vom Erfahrungswissen zur Wissenschaft (Editorial), *Psychodynamische Psychotherapie*, 5 (1), 1-5.
- Röhrich, F. (2006c). „Körperschema“, „Körperbild“ und Körpererleben – Begriffsbildung, Definitionen und klinische Relevanz. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 256-262). Stuttgart: Schattauer.
- Röhrich, F. (2009). Das Körperbild im Spannungsfeld von Sprache und Erleben – terminologische Überlegungen. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild – Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 25-34). Stuttgart: Schattauer.
- Röhrich, F., Beyer, W. & Priebe, S. (2002). Störungen des Körpererlebens bei akuten Angsterkrankungen und Depressionen – Neurotizismus oder Somatisierung? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 205-213.
- Röhrich, F. & Priebe, S. (Hrsg.). (1996). Das Körpererleben von Patienten mit einer akuten paranoiden Schizophrenie – eine Verlaufsstudie. *Nervenarzt*, 67, 602-607.
- Röhrich, F. & Priebe, S. (Hrsg.). (1997). Störungen des Körpererlebens bei schizophrenen Patienten. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 65, 323-336.
- Röhrich, F. & Priebe, S. (Hrsg.). (1998). *Körpererleben in der Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1983). Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Corsini J R (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie* (S. 471-512). Weinheim: Beltz.
- Rogge, K.-E. (1995a). Basiskarte: Meßtheorie. In K.-E. Rogge (Hrsg.), *Methodenatlas* (S. 82-89). Berlin: Springer.
- Rogge, K.-E. (Hrsg.). (1995b). *Methodenatlas*. Berlin: Springer.
- Rosen, G.M. & Davison, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27 (3), 300-312.
- Rosenberg, J.L. & Morse, B. (2006). Segmentale Haltemuster im Körper-Geist-System. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 682-691). Stuttgart: Schattauer.

- Rosenberg, J.L., Rand, M. & Asay, D. (1985). *Body, Self and Soul*. Atlanta: Humanics.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy: "At last the dodo said, 'Everybody has won and all must have prices.'". *Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Rott, C. (1995). Basiskarte: Durchführung der Untersuchung. In K.-E. Rogge (Hrsg.) *Methodenatlas* (S. 139-153). Berlin: Springer.
- Rudolf, G. (1998). Taxonomie der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 6, 80-91.
- Rudolf, G. (2008). RCTs und die Realität des praktischen Therapierens. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 357-358.
- Rüger, B. (1996). Eine Erwiderung auf Grawes Artikel „Psychotherapie und Statistik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Konfession.“ *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25 (1), 61-63.
- Rüger, B. (1998). Über statistische Methoden in der Psychotherapieforschung. In M. Fäh, & G. Fischer (Hrsg.), *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. (S. 52-81). Giessen: Psychosozialverlag.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sartorius, N., Kaelber, C.T., Cooper, J.E., Roper, M.T., Rae, D.S., Gulbinat, W. et al. (1993). Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the Clinical Guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioural disorders in ICD-10. *Archives of General Psychiatry*, 50, 115-124.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, Göttingen: Hogrefe.
- Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Satir, V. (1985). *Familienbehandlung. Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie* (5. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Schatz, D. S. (2002). Klassifikation des Körpererlebens und körperpsychotherapeutische Hauptströmungen. *Psychotherapeut*, 47, 77-82.
- Scheidt, C. E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N. & Hillenbrand et al. (1998). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie - Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. *Psychotherapeut*, 43, 92-101.

- Schiepek, G. (2009). Psychotherapie als evidenzbasiertes Prozessmanagement – Ein Beitrag zur Professionalisierung jenseits des Standardmodells. Zugriff am 16.04.2009 unter http://www.pmu.ac.at/Dateien/allgemeine/Schiepek_Jenseits_des_Standardmodells.doc
- Schiepek, G., Lambertz, M., Perlitz, V., Vogeley, K. & Schubert, C. (2003). Neurobiologie der Psychotherapie – Ansatzpunkte für das Verständnis und die methodische Erfassung komplexer biopsychischer Veränderungsprozesse. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 1-27). Stuttgart: Schattauer.
- Schiepek, G., Weihrauch, S., Eckert, H., Trump, T., Droste, S., Picht, A. et al. (2003). Datenbasiertes Real-time-Monitoring als Grundlage einer gezielten Erfassung von Gehirnzuständen im psychotherapeutischen Prozess. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 235-272). Stuttgart: Schattauer.
- Schilder, P. (1923). *Das Körperschema*. Berlin: Springer.
- Schilling, O. (2007a). Clusteranalyse – Einführung und Überblick (Übung „Evaluation und Forschungsmethoden 1“). Unveröffentlichte Übung. Heidelberg: Psychologisches Institut.
- Schilling, O. (2007b). (Explorative) Faktorenanalyse – Einführung und Überblick (Übung „Evaluation und Forschungsmethoden 1“). Unveröffentlichte Übung. Heidelberg: Psychologisches Institut.
- Schlaepfer, T.E., Cohen, M.X., Frick, C., Kosel, M., Brodesser, D., Axmacher, N. et al. (2008). Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression. *Neuropsychopharmacology*, 33, 368-377.
- Schmacke, N. (2006). Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie: Die Frage nach den angemessenen Erkenntnismethoden. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 202-209.
- Schmidt-Zimmermann, I. (2006). Das Spektrum körperpsychotherapeutischer Übungen und Interventionen. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 564-584). Stuttgart: Schattauer.
- Schmitz-Buhl, S.M., Paar, G.H. & Kriebel, R. (2001). Die therapeutische Beziehung im störungsspezifischen Vergleich zu störungsunspezifischen Behandlungsgruppen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie* (S. 205-221). Gießen: Psychosozialverlag.
- Schneider, F., Habel, U., Wagner, M., Franke, P., Salloum, J.B., Shah, N.J. et al. (2001). Subcortical correlates of craving in recently abstinent alcoholic patients. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1075-1083.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1996). Fragebogen, Ratingskalen und Tagebücher für die verhaltenstherapeutische Praxis. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band I*. Berlin: Springer.

- Schneider, W. (2006). Wem gehört die Psychotherapie? *Psychodynamische Psychotherapie*, 5, 64-77.
- Schotte, C.K.W., Maes, M., Cluydts, R., De Doncker, D. & Cosyns, P. (1997). Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *Journal of Affective Disorders*, 46, 115-125.
- Schreiber-Willnow, K. & Seidler, K.-P. (2002). Ist körperorientierte Psychotherapie Frauensache? Eine klinische Prozess-Ergebnisstudie zur Konzentrativen Bewegungstherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 343-357.
- Schreiber-Willnow, K. (2006). Körpererinnerung und Reinszenierung in der Konzentrativen Bewegungstherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (2), 159-163.
- Schroeter, B. (1994). Körperpsychotherapie mit Frühstörungen. In Verein für integrative Biodynamik (Hrsg.), *Körperpsychotherapie zwischen Lust und Realitätsprinzip* (S. 102-113). Oldenburg: Transform.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 4, 374-393.
- Schulte, D. (1997). Dimensions of outcome measurement. In H. Strupp, L.M. Horowitz & M.J. Lambert (Eds.), *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety and Personality Disorders* (pp. 57-80). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. & Schulte-Bahrenberg, T. (1991). Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikern. In D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen* (S. 15-42). Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Bleich, C., Pawils, S. Kowski, S. et al. (2008). Patientenzufriedenheit. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (S. 92-94). Stuttgart: Schattauer.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2006). Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 331-346). Heidelberg: Springer.
- Schumacher, W. (1994). Psychodynamische vs. Psychiatrische Diagnose. In P.L. Janssen & W. Schneider (Hrsg.), *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik* (S. 125-149). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica* 40 (2), 105-123.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors: The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology*, 4, 115-127.

- Schwarzer, R. (2002). SWE – Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostischer Verfahren in der Psychotherapie* (S. 362-365). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.). (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin. Zugriff am 16.4.2009 unter <http://www.selbstwirksam.de>
- Schweizer Charta für Psychotherapie (2008). (Hrsg.: M. Koemeda-Lutz, M. Schlegel & V. Tschuschke). *Ratingmanual für psychotherapeutische Konzepttreue (Version 4.0) im Rahmen der Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAPS)*. (Zugang durch die Hrsg.).
- Schweizer, M., Buchmann, R., Schlegel, M. & Schulthess, P. (2002). Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 10 (3), 127-146.
- Sedlmeier, P. (1996). Jenseits des Signifikanztest-Rituals: Ergänzungen und Alternativen. *Methods of Psychological Research-online*, 1 (4). Zugriff am 3.8.2009 unter <http://www.pabst-publishers.de/mpr/>
- Seidenstücker, G. & Baumann, U. (1987). Multimodale Diagnostik als Standard in der Klinischen Psychologie. *Diagnostica*, 33, 243-258.
- Seidler, K.-P. (2001). Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). Ergebnisse der empirischen Forschung. *Psychotherapeut*, 46, 223-231.
- Seidler, K.-P. & Schreiber-Willnow, D. (2004). Concentrative Movement Therapy as Body-Oriented Psychotherapy for Inpatients with Different Body-Experience. *Psychotherapy Research*, 14 (3), 378-387.
- Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, D., Hamacher-Erbguth, A. & Pfäfflin, M. (2002). Die Praxis der Konzentrierten Bewegungstherapie. *Psychotherapeut*, 47, 223-228.
- Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Pfäfflin, M. (2003). Sind Körperpsychotherapeuten anders? Therapeutisches Selbstverständnis von Therapeuten für Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). *Psychotherapeut* 48, 117-121.
- Seligman, M.E.P. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Seligman, M.E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist* 50, 965-974.
- Shadish, W.R., Montgomery, L.M., Wilso, P., Bright, J. & Okwumba, T. (2000). Effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 6, 992-1002.

- Shadish, W.R., Ragsdale, K., Glaser, R.R., Montgomery, L.M. (1997). Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: Eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik*, 22, 1, 5-33.
- Sharpe (1997). Of apples and oranges, file drawers and garbage: Why validity issues in meta-analysis will not go away. *Clinical Psychology Review*, 17, 881-901.
- Shaw, R. (2004). The Embodied Psychotherapist: An Exploration of the therapists' Somatic Phenomena within the Therapeutic Encounter. *Psychotherapy Research*, 14 (3), 271-288.
- Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S., Watkins, J., Collins, J. et al. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up – Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49 (10), 782-787.
- Silverman W. (1996) Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy*, 33 (2), 207-215.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). Meta-analysis of psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Soeder, U., Kaschke, M., Scherrmann, T., Dobiasch, U., Weiss, H. & Revenstorf, D. (1999). The outcome of Body-Psychotherapy – an evaluation study. 7th European Congress of Body Psychotherapy, Travemünde.
- Spitale, I. (2007). Vergleichende Evaluation der Hypno- und Körperpsychotherapie. Diplomarbeit (unveröffentlicht). Eberhard-Karls-Universität Tübingen: Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften.
- Spitzer, M. (2004). Sollen wir Wasser trinken? Evidenzbasierte Medizin: Risiken und Nebenwirkungen. *Nervenheilkunde*, 23, 435-437.
- Stattman, J. (1991). *Kreative Trance*. Oldenburg: Transform.
- Stattman, J. (1993). Prinzipien von Selbst-Entdeckung und Veränderung. In: G. Marlock (Hrsg.), *Weder Körper noch Geist* (S. 139-146). Oldenburg: Transform.
- Steffanowski, A., Lichtenberg, S., Nübling, R., Wittmann, W. W. & Schmidt, J. (2003). Individuelle Ergebnismessung – Vergleich zwischen prospektiven und retrospektiven Problemangaben in der psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 42, 22-29.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Wittmann, W. W., Schmidt, J. & Nübling, R. (2005). Allgemeine und störungsspezifische Effektivität psychosomatischer Rehabilitation – Ergebnisse einer multizentrischen Studie. *DRV-Schriften, Band 59* (S. 476-479). Frankfurt: VDR.
- Stelzl, I. (2005). *Fehler und Fallen der Statistik*. Münster: Waxmann. (Reprint der gleichnamigen Originalausgabe, 1982, Bern: Hans Huber).

- Steyer, R. & Eid, M. (1993). *Messen und Testen*. Berlin: Springer.
- Stiles, W.B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies as practised in UK national Health Services. *Psychological Medicine*, 36, 555-566.
- Stirman, S. W., De Rubeis, R. J., Crits-Christoph, P. & Brody, P. E. (2003). Are samples in randomised controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6), 963-972.
- Strauß, B. (2001). Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51, 425-429.
- Strauß, B. (2002). IIP-D – Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostischer Verfahren in der Psychotherapie* (S. 206-210). Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B. (2006a). Bindung und Persönlichkeitsentwicklung – Ergebnisse klinischer Bindungsforschung. In A. Remmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 45-63). Stuttgart: Schattauer.
- Strauß, B. (2006b). Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen – Ergebnisse der empirischen Psychotherapie-Forschung. In A. Remmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 295-304). Stuttgart: Schattauer.
- Strauß, B. (2008). Die Zukunft der Psychotherapieforschung – David Orlinskys Visionen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 341-342.
- Strauß, B. & Kächele, H. (1998). The writing on the wall: Comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psycho-therapy Research*, 8, 158-170.
- Strauß, B., Richter-Appelt, H. & Brähler, E. (2009). Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek) – Entwicklung und Anwendungsfelder. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild – Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 64-71). Stuttgart: Schattauer.
- Strauß, B. & Wittmann, W.W. (2005). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (3.Aufl., S. 760-781). Stuttgart: Thieme.
- Strotzka, H. (1969). *Psychotherapie und soziale Sicherheit*. Bern: Huber.
- Strupp, H.H. & Hadley, S.W. (1979). Specific vs nonspecific factors in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- Strupp, H.H. (1995). The psychotherapist's skills revisited. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (1), 70-74.

- Suhl, U. & Nachtigall, C. (2002). Warum kompliziert, wenn es einfach geht. Teil 2: Ergebnisse einer Simulationsstudie zum Vergleich von Veränderungskennwerten. *Metheval Report 4* (4). Zugriff am 6.7.2009 unter http://www.metheval.uni-jena.de/materialien/reports/report_2002_04.pdf
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sulz, S. K. D. (2006). Verhaltenstherapeuten entdecken den Körper. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 915-922). Stuttgart: Schattauer.
- Sulz, S.K.D., Schrencker, L. & Schricker, C. (2005). *Die Psychotherapie entdeckt den Körper oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit?* München: CIP-Medien.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Boston: Pearson.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and Dissemination of empirically-validated psychological treatments. Report and Recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Thielen, M. (2006). Körperpsychotherapie bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 256-262). Stuttgart: Schattauer.
- Trachsel, M., Itten, S., Stauffer, B., Grosse Holtforth, M. & Hofer, D. (2008). Erreichung störungsübergreifender Therapieziele in einer störungsspezifischen ambulanten Gruppenpsychotherapie phobischer Patienten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 359-365.
- Tschuschke, V. (1990). Spezifische und/oder unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie: Ein Problem der Einzelpsychotherapie oder auch der Gruppenpsychotherapie? In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* (243-271). Berlin: Springer.
- Tschuschke, V. (2000). Wirkfaktoren, unspezifische. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Tschuschke, V. (2005a). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 106-115.
- Tschuschke, V. (2005b). Stellungnahme zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) – im Auftrag des Berufsverbandes des Psychologischer PsychotherapeutInnen (BDP).
- Tschuschke, V. & Czogalik, D. (Hrsg.). (1990). *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* Berlin: Springer.
- Tschuschke, V. & Grünwald, H. (2008). Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz. Zugriff am 6.7.2009 unter <http://www.psychotherapieforschung.ch/Downloads/Konzept-PAP-S.pdf>

- Tschuschke, V. & Kaechele, H. (1996). What do psychotherapies achieve? A contribution to the debate centered around differential effects of different treatment concepts. In U. Esser, H. Pabst & W. Speierer, *The power of the person-centered approach. New challenges, perspectives, answers* (S. 159-181). Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie.
- Uexküll, T. von, Fuchs, M., Müller-Braunschweig, H. & Johnen, R. (1994). *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Utzeri, S. (2006). *Vorhersage des kurz- und mittelfristigen Therapieerfolgs psychologischer Interventionen bei depressiven Erkrankungen im höheren Lebensalter* (Dissertation). Eberhard-Karls-Universität Tübingen: Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften.
- Vassend, O. & Skrandal, A. (1999). The problem of structural indeterminacy in multidimensional symptom report instruments. The case of SCL-90-R. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 685-701.
- Ventling, C., Bertschi, H. & Gerhard, U. (2006). Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien bei Patienten mit bekannter ICD-10-Diagnose. *Psychotherapeut*, 51, 346-353.
- Ventling, C. & Gerhard, U. (2000). Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien und Stabilität des Therapieresultats. Eine retrospektive Untersuchung. *Psychotherapeut* 45, 230-236.
- Victor, E.D. (2004). *Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen und der Verlauf depressiver Erkrankungen* (Dissertation). Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität, Psychologisches Institut.
- Vocks, S., Joormann, J., Michalak, J., Kosfelder, J. & Meyer, F. (2005). Diagnostik und Erfolgsmessung in der ambulanten Psychotherapie – Ein Vorschlag. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (89-110). Göttingen: Hogrefe.
- Vogt, R. (2006). Psychodynamische Therapie mit „beseelbaren“ Therapieobjekten. *Psychodynamische Psychotherapie*, 5 (1), 20-31.
- Wahrig – Deutsches Wörterbuch* (2006). R. Wahrig-Burfeind (Hrsg.). Gütersloh: Wissen Media.
- Waldinger, R.J. (2006). Attachment and core relationship themes: Wishes for autonomy and closeness in the narratives of securely and insecurely attached adults. *Psychotherapy Research*, 13 (1), 77-98.
- Wampold, B.E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7 (1), 21-43.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. London: Earlbaum.

- Wampold, B.E. & Bhati, K.S. (2004). Attending to the omissions: A historical examination of evidence-based practice movements. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (6), 563-570.
- Watzke, B., Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. & Schulz, H. (2009). Versorgungsforschung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen)* (3. Aufl.). (S. 845-857). Heidelberg: Springer.
- Watzke, B., Schulz, H., Lupp, M. & Stöbel-Richter, Y. (2007). Welche integrativen und störungsspezifischen Behandlungsansätze sind Gegenstand wissenschaftlicher Beiträge? Eine Literaturübersicht zu psychotherapeutischen Verfahren in deutschsprachigen Zeitschriften. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57, 452-461.
- Wehowsky, A. (2006). Affektmotorische Schemata. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (351-361). Stuttgart: Schattauer.
- Wehowsky, A. (2006). Wirkprinzipien der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (188-201). Stuttgart: Schattauer.
- Weiss, H. (2006a). Bewusstsein, Gewahrsein und Achtsamkeit. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 406-413). Stuttgart: Schattauer.
- Weiss, H. (2006b). Der erfahrende Körper. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 423-429). Stuttgart: Schattauer.
- Weiss, H. & Benz, D. (1987). *Auf den Körper hören*. München: Kösel.
- Welzer, H. & Markowitsch, H. (2001). Umriss einer interdisziplinären Gedächtnisforschung. *Psychologische Rundschau*, 52 (4), 205-214.
- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 6, 875-899.
- Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Westmeyer, H. (1979). Die rationale Rekonstruktion einiger Aspekte psychologischer Praxis. In H. Albert & H.H. Stapf (Hrsg.), *Theorie und Erfahrung. Beiträge zur Grundlagenproblematik der Sozialwissenschaften* (S. 139-161). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Westmeyer, H. (1982). Wissenschaftstheoretische Aspekte der Feldforschung. In J.L. Patry (Hrsg.), *Feldforschung* (S. 67-84). Bern: Huber.

- Westmeyer, H. (2005). Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Klassifikation, Ätiologie und Diagnostik. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 54-67). Bern: Hans Huber.
- WHO / Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F) Klinisch-diagnostische Leitlinien (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Wiegand-Grefe, S. & Paar, G. H. (2008). Konzeptqualität und Therapieschulenmodelle - Störungsspezifität im psychodynamischen Behandlungsmodell. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (S. 105-110). Stuttgart: Schattauer.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt.
- Wiltchko, J. & Renn, K. (1999). Vorwort zur deutschen Ausgabe. In E.T. Gendlin, *Focussing-orientierte Psychotherapie* (S. 7-10). München: Pfeiffer.
- Wittchen, H.-U. (2006). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 26-52). Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2006). Was ist klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 3-23). Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U., Hoyer, J., Fehm, L., Jacobi, F. & Junge, J. (2006). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 409-433). Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U. & Semler, G. (1991). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI) nach ICD-10 und DSM-IV*. Weinheim: Beltz.
- Wittmann, J., Hollweg, M., Krüger, R., Strauß, A. & Möller, H.-J. (2000). Hat sich die Diagnostik der Depression in den vergangenen 15 Jahren geändert? In W. Maier, R.R. Engel & H.-J. Möller (Hrsg.), *Methodik von Verlaufs- und Therapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 35-38). Göttingen: Hogrefe.
- Wittmann, W.W. (1990). Brunswik-Symmetrie und die Konzeption der Fünf-Datenboxen – Ein Rahmenkonzept für umfassende Evaluationsforschung. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 4, 241-251.
- Wittmann, W.W. (1987). Grundlagen erfolgreicher Forschung in der Psychologie: Multimodale Diagnostik, Multiplismus, multivariate Reliabilitäts- und Validitätstheorie. *Diagnostica*, 33, 209-226.
- Wittmann, W.W., Nübling, R. & Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 39-60.

- Wolpe, J. (1959). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- World Health Organization (WHO). (1995). *10th revision of the international classification of diseases. ICD-10, chapter V (F): Mental and behavioural disorders. Primary Health Care Classification (PHC)*. Genf: WHO.
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53, 152-162.
- Zerssen, D. von (1981). Körperliche und Allgemeinbeschwerden als Ausdruck seelischer Gestörtheit. *Therapiewoche*, 31, 865-876.
- Zerssen, D. von (1996). Beschwerden-Liste. In *CIPS: Internationale Skalen für Psychiatrie (4. Aufl.)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Zerssen, D. von (1973). Diagnose. In C. Müller (Hrsg.), *Lexikon der Psychiatrie* (S. 135-139). Berlin: Springer.
- Zerssen, D. von (1986). Clinical Self-Rating Scales (CSRS) of the Munich Psychiatric Information System (PSYCHIS München). In N. Sartorius & T.A. Ban (Eds.), *Assessment of Depression* (pp. 270-3003). Berlin: Springer.
- Zerssen, D. von & Stieglitz, R.-D. (2002). B-L, B-L' – Beschwerden-Liste. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostischer Verfahren in der Psychotherapie* (S. 56-59). Göttingen: Hogrefe.
- Ziegenrucker, H.-C., Junge, A. & Ahrens, D. (1996). Interpersonelle Probleme bei Patienten einer psychosomatischen Klinik. *Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik*, 32, 2-41.
- Zielke, M. (2008). Konzeptqualität und Therapieschulenmodelle - Störungsspezifität im kognitiv-behavioralen Behandlungsmodell. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (S. 110-131). Stuttgart: Schattauer.
- Zurhorst, G. (2003). Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 3, 97-104.

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abb. 4.1:	Interaktionsdiagramm der Hypothese 3, z-Werte	157
Abb. 4.2:	Interaktionsdiagramm der Hypothese 3, Faktor 1	158
Abb. 4.3:	Interaktionsdiagramm der Hypothese 3, Faktor 2	158

Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1:	Perspektiven auf den Körper in der Psychotherapie und entsprechende Wahrnehmung des Körpers	21
Tab. 3.1:	Übersicht der verwendeten Instrumente	95
Tab. 3.2:	Kennwerte einer gesunden und kranken Stichprobe der GesP-Skala	104
Tab. 4.1:	Soziodemographie der Klientenstichprobe	118
Tab. 4.2:	Psychotherapeutische Vorbehandlungen	120
Tab. 4.3:	Warteliste, Wartezeit und Therapiefinanzierung	121
Tab. 4.4:	Fallzahlen der Erhebungszeitpunkte der Institute	122
Tab. 4.5:	Anzahl der Sitzungen der drei Erhebungszeitpunkte und Dauer	123
Tab. 4.6:	Verteilung der Hauptdiagnosen nach ICD-10 (Dilling und Freyberger 2000)	123
Tab. 4.7:	Homogenitätsuntersuchung der soziodemographischen Variablen (Chi ² -Test)	124
Tab. 4.8:	p-Werte der Homogenitätsuntersuchung der Instrumentarien (ANOVA)	128

Tab. 4.9:	Fallzahlen der Codierungen und Nachcodierungen (Therapiebeginn)	131
Tab. 4.10:	Nachcodierungen verbaler ICD-10-Angaben (Therapiebeginn)	131
Tab. 4.11:	Nachcodierungen allgemeiner Angaben (Therapiebeginn)	132
Tab. 4.12:	Zusammenfassung der Störungsgruppen	133
Tab. 4.13:	Faktorladungen und Kommunalitäten der zusammen- gefassten Tests	134
Tab. 4.14:	Clusterzentren der endgültigen Lösung	137
Tab. 4.15a:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (z-Werte), H1 (F-Codierungen, einstellig)	138
Tab. 4.15b:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 1), H1 (F-Codierungen, einstellig)	140
Tab. 4.15c:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 2), H1 (F-Codierungen, einstellig)	140
Tab. 4.16a:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (z-Werte), H2 (F-Codierungen, mehrstellig)	141
Tab. 4.16b:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 1), H2 (F-Codierungen, mehrstellig)	142
Tab. 4.16c:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 2), H2 (F-Codierungen, mehrstellig)	143
Tab. 4.17a:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (z-Werte), H3 (Komorbidität)	144
Tab. 4.17b:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 1), H3 (Komorbidität)	145
Tab. 4.17c:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 2), H3 (Komorbidität)	146
Tab. 4.18a:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (z-Werte), H4 (Clusteranalyse)	147
Tab. 4.18b:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 1), H4 (Clusteranalyse)	147

Tab. 4.18c:	Belastungswerte des Therapieverlaufs (Faktor 2), H4 (Clusteranalyse)	148
Tab. 4.19:	Übersicht zu allen 4 Hypothesen	149
Tab. 4.20:	F- und p-Werte der 1. Hypothesenuntersuchung (F-Codierungen, einstellig), Haupt- und Wechselwirkungen beider Zusammenfassungen	152
Tab. 4.21:	F- und p-Werte der 2. Hypothesenuntersuchung (F-Codierungen, mehrstellig), Haupt- und Wechselwirkungen beider Zusammenfassungen	155
Tab. 4.22a:	F- und p-Werte der 3. Hypothesenuntersuchung (Komorbidität), Haupt- und Wechselwirkungen beider Zusammenfassungen	159
Tab. 4.22b:	Scheffé-Test (z-Werte), Komorbidität (Hypothese 3)	160
Tab. 4.22c:	Scheffé-Test (Faktor 1), Komorbidität (Hypothese 3)	160
Tab. 4.22d:	Scheffé-Test (Faktor 2), Komorbidität (Hypothese 3)	161
Tab. 4.23:	F- und p-Werte der 4. Hypothesenuntersuchung (Clusteranalyse), Haupt- und Wechselwirkungen beider Zusammenfassungen	163
Tab. 4.24a:	Untersuchung der Hypothesen mittels Therapieminuten	164
Tab. 4.24b:	Untersuchung der Hypothesen mittels Sitzungsanzahl	165
Tab. 4.25:	Regressionsanalyse der vier Kontrollvariablen (Einschlussmethode)	166
Tab. 4.26a:	p-Werte aller 12 einzelnen Tests der 1. Hypothese (F-Codierungen, einstellig), nur Hauptwirkungen	167
Tab. 4.26b:	p-Werte aller 12 einzelnen Tests der 2. Hypothese (F-Codierungen, mehrstellig), nur Hauptwirkungen	168
Tab. 4.26c:	p-Werte aller 12 einzelnen Tests der 3. Hypothese (Komorbidität), nur Hauptwirkungen	168
Tab. 4.26d:	p-Werte aller 12 einzelnen Tests der 4. Hypothese (Clustering), nur Hauptwirkungen	169

Faktorenanalyse zur Zusammenfassung

1) Kommunalitäten

	Anfänglich	Extraktion
scl-gsi	1,000	,844
iip	1,000	,592
bai	1,000	,831
bdi	1,000	,726
bl	1,000	,818
gesN	1,000	,640
gesP	1,000	,786
swe	1,000	,622
lzh	1,000	,655
grk	1,000	,497

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

2) Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente	
	1	2
scl-gsi	,842	,368
iip	,543	,545
bai	,904	,114
bdi	,634	,569
bl	,859	,133
gesN	,663	,447
gesP	-,299	-,835
swe	-,116	-,780
lzh	-,183	-,789
grk	,495	,501

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
 Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert

Faktorenanalyse 1 zur Datenreduktion für Clusteranalyse

1) Kommunalitäten

	Anfänglich	Extraktion
lzh1	1,000	,569
lzh2	1,000	,451
lzh3	1,000	,627
lzh4	1,000	,740
lzh5	1,000	,746
lzh6	1,000	,339
lzh7	1,000	,462
lzh8	1,000	,715
lzh9	1,000	,440
lzh10	1,000	,724
lzh11	1,000	,499
lzh12	1,000	,650
grk1	1,000	,549
grk2	1,000	,587
grk3	1,000	,439
grk4	1,000	,774
grt1	1,000	,737
grt2	1,000	,626
grt3	1,000	,488
grt4	1,000	,563

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

2) Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente	
	1	2
lzh1	,091	-,740
lzh2	,137	-,255
lzh3	,238	-,086
lzh4	,088	-,069
lzh5	,157	,005
lzh6	,357	,018
lzh7	,648	-,029
lzh8	,768	-,215
lzh9	,390	-,043
lzh10	,786	-,262
lzh11	,546	-,195
lzh12	,765	-,147
grk1	-,132	,564
grk2	-,385	,617
grk3	-,203	,576
grk4	-,093	,867
grt1	,036	,155
grt2	-,250	,078
grt3	-,086	-,046
grt4	,031	,400

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse
Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert

Faktorenanalyse 2 zur Datenreduktion für Clusteranalyse

1) Kommunalitäten

	Anfänglich	Extraktion
P-Skala Gesundheit	1,000	,754
N-Skala Gesundheit	1,000	,586
GKE-Gesamtwert	1,000	,549
ska1 Somatisierung	1,000	,744
ska2 Zwanghaftigkeit	1,000	,685
ska3 Unsicherheit	1,000	,812
ska4 Depression	1,000	,820
ska5 Ängstlichkeit	1,000	,768
ska6 Aggressivität	1,000	,650
ska7 Phobische-Angst	1,000	,629
ska8 Paranoides-Denken	1,000	,818
ska9 Psychotizismus	1,000	,769
Gesamtwert BDI	1,000	,725
Gesamtwert BAI	1,000	,832
Gesamtwert Beschwerdeliste vZ	1,000	,797
IIP autokratisch	1,000	,778
IIP streitsüchtig	1,000	,681
IIP abweisend	1,000	,630
IIP introvertiert	1,000	,757
IIP unterwürdig	1,000	,709
IIP ausnutzbar	1,000	,717
IIP fürsorglich	1,000	,565
IIP expressiv	1,000	,686
lzh-faktor1-freunde-freizeit-ansehen	1,000	,622
lzh-faktor2-grk-koerper	1,000	,531

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

2) Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente		
	1	2	3
P-Skala Gesundheit	-,119	-,345	-,772
N-Skala Gesundheit	,465	,335	,507
GKE-Gesamtwert	-,094	-,149	-,669
ska1Somatisierung	,793	,255	,172
ska2Zwanghaftigkeit	,504	,556	,302
ska3Unsicherheit	,351	,744	,296
ska4Depression	,413	,648	,468
ska5Aengstlichkeit	,743	,446	,121
ska6Aggressivitaet	,324	,701	,156
ska7Phobische-Angst	,673	,393	-,071
ska8Paranoides-Denken	,227	,854	,186
ska9Psychotizismus	,365	,763	,173
Gesamtwert BDI	,402	,469	,577
Gesamtwert BAI	,815	,354	,187
Gesamtwert Beschwerdeliste vZ	,799	,196	,327
IIP autokratisch	,041	-,116	-,256
IIP streitsuechtig	-,206	,025	-,087
IIP abweisend	-,118	-,004	,098
IIP introvertiert	,130	,001	,251
IIP unterwuerfig	-,007	,054	,161
IIP ausnutzbar	-,122	,062	-,089
IIP fuersorglich	,188	,083	-,001
IIP expressiv	,051	-,086	-,120
lzh-faktor1-freunde-freizeit-ansehen	-,035	-,139	-,762
lzh-faktor2-grk-koerper	,403	,061	,592

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
 Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert

Clusteranalyse 1 für Hypothese 4

1) Verarbeitete Fälle (a,b)

Fälle					
Gültig		Fehlend		Gesamt	
N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
303	88,3	40	11,7	343	100,0

a Quadriertes euklidisches Distanzmaß wurde verwendet

b Zentroid-Linkage

2) Zuordnungsübersicht

Schritt	Zusammengeführte Cluster		Koeffizienten	Erstes Vorkommen des Clusters		Nächster Schritt
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 2	Cluster 1	
1	261	263	,002	0	0	148
2	102	197	,006	0	0	67
3	69	195	,006	0	0	39
4	155	260	,006	0	0	120
5	253	255	,006	0	0	113
6	324	325	,009	0	0	41
7	235	298	,009	0	0	117
8	116	182	,010	0	0	60
9	58	294	,010	0	0	154
10	87	238	,013	0	0	66
11	56	332	,015	0	0	86
12	142	300	,016	0	0	44
13	50	111	,016	0	0	156
14	26	221	,021	0	0	19
15	106	108	,021	0	0	42
16	22	339	,023	0	0	74
17	46	181	,023	0	0	158
18	59	144	,024	0	0	157
19	26	210	,024	14	0	135
20	118	278	,025	0	0	68
21	209	320	,025	0	0	69
22	176	239	,026	0	0	112
23	145	190	,027	0	0	53
24	83	94	,027	0	0	37
25	194	340	,028	0	0	146
26	66	158	,029	0	0	56
27	236	280	,032	0	0	49

Anhang

28	123	249	,034	0	0	111
29	175	204	,036	0	0	73
30	104	139	,036	0	0	144
31	23	143	,036	0	0	75
32	28	89	,037	0	0	131
33	67	228	,041	0	0	86
34	29	86	,041	0	0	88
35	234	295	,042	0	0	53
36	27	70	,043	0	0	74
37	83	216	,044	24	0	147
38	105	107	,045	0	0	155
39	69	125	,046	3	0	44
40	134	146	,047	0	0	106
41	177	324	,048	0	6	70
42	72	106	,048	0	15	173
43	151	208	,049	0	0	73
44	69	142	,049	39	12	199
45	85	140	,050	0	0	193
46	161	217	,051	0	0	213
47	199	243	,053	0	0	99
48	113	265	,054	0	0	80
49	186	236	,055	0	27	166
50	11	17	,055	0	0	159
51	3	306	,055	0	0	129
52	256	321	,056	0	0	140
53	145	234	,057	23	35	124
54	42	304	,058	0	0	94
55	159	215	,058	0	0	112
56	66	259	,059	26	0	72
57	90	329	,061	0	0	145
58	33	292	,062	0	0	182
59	47	202	,063	0	0	242
60	31	116	,063	0	8	70
61	68	173	,063	0	0	110
62	78	222	,063	0	0	154
63	18	168	,063	0	0	178
64	61	115	,064	0	0	146
65	54	225	,066	0	0	183
66	87	141	,066	10	0	164
67	102	282	,066	2	0	187
68	118	303	,066	20	0	174
69	20	209	,068	0	21	115
70	31	177	,068	60	41	119
71	64	252	,069	0	0	153
72	66	187	,069	56	0	91
73	151	175	,071	43	29	137
74	22	27	,072	16	36	186
75	6	23	,072	0	31	176

Anhang

76	41	77	,073	0	0	102
77	109	336	,075	0	0	85
78	4	183	,075	0	0	141
79	277	301	,077	0	0	166
80	113	276	,078	48	0	160
81	60	267	,079	0	0	213
82	246	262	,080	0	0	83
83	246	254	,076	82	0	149
84	39	80	,081	0	0	262
85	109	289	,081	77	0	204
86	56	67	,081	11	33	135
87	213	244	,082	0	0	93
88	29	198	,082	34	0	108
89	157	269	,083	0	0	121
90	160	220	,083	0	0	157
91	38	66	,085	0	72	167
92	82	250	,088	0	0	115
93	55	213	,090	0	87	151
94	42	178	,090	54	0	141
95	91	192	,091	0	0	127
96	283	328	,091	0	0	174
97	7	131	,092	0	0	215
98	147	268	,093	0	0	143
99	199	285	,096	47	0	107
100	76	232	,097	0	0	185
101	203	245	,097	0	0	134
102	15	41	,099	0	76	168
103	110	313	,102	0	0	197
104	247	333	,105	0	0	142
105	293	312	,105	0	0	188
106	95	134	,107	0	40	205
107	199	288	,107	99	0	175
108	29	264	,109	88	0	192
109	53	166	,109	0	0	163
110	68	138	,111	61	0	123
111	123	323	,112	28	0	137
112	159	176	,113	55	22	233
113	13	253	,116	0	5	118
114	211	305	,118	0	0	245
115	20	82	,118	69	92	179
116	132	152	,119	0	0	152
117	235	307	,120	7	0	147
118	13	240	,120	113	0	183
119	31	311	,120	70	0	144
120	124	155	,123	0	4	199
121	73	157	,126	0	89	122
122	8	73	,106	0	121	208
123	68	114	,134	110	0	172

Anhang

124	99	145	,139	0	53	170
125	37	79	,140	0	0	139
126	43	274	,143	0	0	182
127	91	226	,144	95	0	226
128	25	227	,145	0	0	150
129	3	290	,150	51	0	152
130	51	342	,150	0	0	214
131	28	315	,150	32	0	132
132	28	165	,147	131	0	164
133	71	251	,151	0	0	202
134	97	203	,154	0	101	239
135	26	56	,156	19	86	172
136	12	126	,156	0	0	231
137	123	151	,156	111	73	207
138	120	341	,158	0	0	171
139	37	45	,159	125	0	186
140	256	322	,159	52	0	206
141	4	42	,163	78	94	194
142	98	247	,167	0	104	169
143	147	284	,169	98	0	225
144	31	104	,170	119	30	176
145	90	121	,171	57	0	151
146	61	194	,172	64	25	244
147	83	235	,173	37	117	192
148	16	261	,175	0	1	209
149	184	246	,176	0	83	173
150	25	169	,178	128	0	246
151	55	90	,179	93	145	167
152	3	132	,179	129	116	259
153	64	92	,180	71	0	232
154	58	78	,186	9	62	156
155	105	200	,187	38	0	277
156	50	58	,188	13	154	190
157	59	160	,188	18	90	158
158	46	59	,185	17	157	202
159	11	49	,192	50	0	217
160	113	343	,193	80	0	161
161	113	214	,169	160	0	236
162	170	327	,195	0	0	210
163	53	171	,195	109	0	216
164	28	87	,196	132	66	179
165	84	308	,197	0	0	206
166	186	277	,198	49	79	216
167	38	55	,202	91	151	212
168	15	241	,203	102	0	247
169	98	149	,204	142	0	200
170	99	309	,212	124	0	196
171	88	120	,218	0	138	203

Anhang

172	26	68	,219	135	123	217
173	72	184	,228	42	149	205
174	118	283	,230	68	96	198
175	180	199	,233	0	107	198
176	6	31	,235	75	144	190
177	1	5	,236	0	0	203
178	18	163	,244	63	0	204
179	20	28	,245	115	164	196
180	119	212	,245	0	0	227
181	273	299	,247	0	0	210
182	33	43	,248	58	126	226
183	13	54	,250	118	65	260
184	101	154	,251	0	0	215
185	76	112	,252	100	0	223
186	22	37	,253	74	139	187
187	22	102	,230	186	67	214
188	189	293	,260	0	105	234
189	130	286	,261	0	0	228
190	6	50	,270	176	156	218
191	44	316	,272	0	0	239
192	29	83	,276	108	147	242
193	81	85	,276	0	45	259
194	4	231	,288	141	0	221
195	136	319	,299	0	0	220
196	20	99	,306	179	170	232
197	110	337	,306	103	0	241
198	118	180	,310	174	175	207
199	69	124	,314	44	120	249
200	98	248	,316	169	0	212
201	229	310	,326	0	0	230
202	46	71	,331	158	133	261
203	1	88	,337	177	171	227
204	18	109	,340	178	85	235
205	72	95	,341	173	106	223
206	84	256	,345	165	140	237
207	118	123	,354	198	137	208
208	8	118	,355	122	207	245
209	16	153	,368	148	0	235
210	170	273	,368	162	181	228
211	21	314	,371	0	0	275
212	38	98	,374	167	200	244
213	60	161	,385	81	46	273
214	22	51	,392	187	130	247
215	7	101	,418	97	184	241
216	53	186	,419	163	166	238
217	11	26	,425	159	172	243
218	6	24	,425	190	0	250
219	223	275	,437	0	0	278

Anhang

220	136	281	,445	195	0	283
221	4	135	,450	194	0	225
222	30	279	,457	0	0	260
223	72	76	,457	205	185	263
224	100	156	,463	0	0	288
225	4	147	,477	221	143	231
226	33	91	,482	182	127	256
227	1	119	,486	203	180	253
228	130	170	,498	189	210	275
229	201	338	,504	0	0	251
230	196	229	,505	0	201	258
231	4	12	,506	225	136	256
232	20	64	,509	196	153	240
233	65	159	,513	0	112	234
234	65	189	,524	233	188	268
235	16	18	,536	209	204	238
236	62	113	,550	0	161	258
237	32	84	,593	0	206	246
238	16	53	,601	235	216	274
239	44	97	,614	191	134	240
240	20	44	,638	232	239	279
241	7	110	,638	215	197	255
242	29	47	,647	192	59	243
243	11	29	,643	217	242	249
244	38	61	,653	212	146	250
245	8	211	,657	208	114	266
246	25	32	,668	150	237	277
247	15	22	,673	168	214	254
248	117	128	,682	0	0	282
249	11	69	,692	243	199	268
250	6	38	,715	218	244	266
251	201	237	,720	229	0	265
252	35	331	,733	0	0	302
253	1	206	,734	227	0	257
254	15	137	,738	247	0	272
255	7	191	,756	241	0	261
256	4	33	,792	231	226	263
257	1	287	,802	253	0	262
258	62	196	,864	236	230	274
259	3	81	,875	152	193	271
260	13	30	,893	183	222	271
261	7	46	,894	255	202	280
262	1	39	,932	257	84	270
263	4	72	,944	256	223	272
264	57	218	,950	0	0	293
265	164	201	1,021	0	251	293
266	6	8	1,063	250	245	269
267	63	219	1,164	0	0	295

Anhang

268	11	65	1,177	249	234	269
269	6	11	1,120	266	268	279
270	1	103	1,238	262	0	292
271	3	13	1,260	259	260	288
272	4	15	1,269	263	254	289
273	52	60	1,273	0	213	281
274	16	62	1,291	238	258	280
275	21	130	1,305	211	228	276
276	21	224	1,170	275	0	284
277	25	105	1,318	246	155	286
278	96	223	1,494	0	219	285
279	6	20	1,550	269	240	286
280	7	16	1,639	261	274	287
281	52	233	1,674	273	0	287
282	117	122	1,754	248	0	283
283	117	136	1,804	282	220	295
284	21	162	1,852	276	0	292
285	96	230	2,100	278	0	301
286	6	25	2,298	279	277	290
287	7	52	2,424	280	281	289
288	3	100	2,606	271	224	291
289	4	7	2,644	272	287	290
290	4	6	2,879	289	286	291
291	3	4	2,499	288	290	297
292	1	21	3,041	270	284	297
293	57	164	3,211	264	265	294
294	57	75	3,667	293	0	299
295	63	117	4,843	267	283	296
296	63	272	4,778	295	0	298
297	1	3	4,898	292	291	298
298	1	63	5,904	297	296	300
299	34	57	7,563	0	294	300
300	1	34	8,856	298	299	301
301	1	96	9,664	300	285	302
302	1	35	21,564	301	252	0

Clusteranalyse 2 für Hypothese 4

1) Anfängliche Clusterzentren

	Cluster	
	1	2
1 Angst und Somatisierung	3,395	-1,640
2 Paranoides Denken	-1,458	4,302
3 Geringe psychische Gesundheit	-0,324	0,027

Das Iterationsprotokoll endete bei 11

Erklärungen

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel und Quellen verwendet habe.

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation nicht in dieser oder einer anderen Form bereits anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder an einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

Heidelberg, den 25.01.2010

.....

Martin Kaschke