

Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK

Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz

Evaluation of the Effectiveness of Body-Psychotherapy in Out-Patient Settings (EEBP)
A Multi-Centre Study in Germany and Switzerland

Autoren

Margit Koemeda-Lutz¹, Martin Kaschke², Dirk Revenstorf³, Thomas Scherrmann⁴, Halko Weiss⁵, Ulrich Soeder⁶

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

Key words

- psychotherapy research
- body-psychotherapy
- effectiveness
- outcome
- naturalistic design

Zusammenfassung

Zum Abschluss einer Multicenterstudie zur begleitenden Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien in Deutschland und der Schweiz werden die wichtigsten Ergebnisse vorgelegt. Von 38 Mitgliedsinstitutionen der European Association for Body Psychotherapy (EABP) nahmen 3 deutsche und 5 Schweizer Mitglieder teil. Die Schweizer Institute sind außerdem Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie. Zu verschiedenen Messzeitpunkten (Therapiebeginn, ein halbes Jahr nach Therapiebeginn, Therapieende [max. 2 Jahre nach Therapiebeginn]) wurden mittels gut eingeführter Fragebogen (u. a. BAI, BDI, SCL-90-R, IIP-D) Symptome und Befindlichkeit der PatientInnen erhoben. Inzwischen liegen auch Daten zur 1-Jahres-Katamnese vor. PatientInnen, die eine körperpsychotherapeutische Behandlung aufsuchen (StudienteilnehmerInnen n = 342), sind in Hinblick auf soziodemografische und psychopathologische Merkmale mit anderen ambulanten PsychotherapiepatientInnen vergleichbar. Nach sechs Monaten Behandlung haben diese PatientInnen eine signifikante Besserung (n = 253) mit kleinen bis mittleren Intra-Class-Effektstärken erfahren. Zum Behandlungsende bzw. spätestens nach 2 Jahren Behandlung (n = 160), wurden in allen Skalen große Effekte erzielt. Katamnestiche Daten (1 Jahr nach Therapieende) liegen für 42 PatientInnen vor. Symptomreduktion und Befindlichkeit sind stabil geblieben. Die AutorInnen werten diese Ergebnisse als Nachweis der Wirksamkeit der untersuchten körperpsychotherapeutischen Methoden unter ambulanten Praxisbedingungen und ordnen ihre Studie der Phase IV („Routineanwendungen“) sowie dem Bereich der naturalistischen Feldforschungsstudien mit einem Level-I-Evidenzgrad zu.

Abstract

Results from a multi-center evaluation study of body-psychotherapies are reported. The design is naturalistic and evaluates the effectiveness of routine applications of body-psychotherapy in outpatient settings. Three German and five Swiss member institutes of the European Association for Body Psychotherapy (EABP: 38 members) participated, the Swiss institutes also being members of the Schweizer Charta für Psychotherapie. At three points of measurement (at intake, after 6 months and at the end of therapy [after two years at maximum]) well established questionnaires (e. g. BAI, BDI, SCL-90-R, IIP-D) were administered. Meanwhile we also have catamnestic data at 1 year after termination of therapy (n = 42). Patients who seek body-psychotherapeutic treatment (n = 342 participated in the study) compare to other outpatient psychotherapeutic patients concerning sociodemographic data, level of impairment and psychopathology. After six months of therapy (n = 253) these patients have significantly improved with small to moderate intraclass effect sizes. At the end of therapy or after two years of treatment at maximum (n = 160) large effect sizes are attained in all scales. These are lasting results according to catamnestic data (n = 42). This naturalistic prospective field study claims to supply evidence for the effectiveness of the evaluated body-psychotherapeutic methods and to classify as phase IV- („routine application“ and level I-evidence.

eingereicht 16. Mai 2006
akzeptiert 26. September 2006

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-951848
Psychother Psych Med 2006;
56: 1–8
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Dr. Margit Koemeda
Psychotherapeutische Praxis
in Zürich und Ermatingen
Fruthwilerstraße 70
8272 Ermatinge, Schweiz
koemeda@bluewin.ch

Einleitung

Körperpsychotherapien zählen zu den quantitativ-empirisch bisher wenig erforschten Methoden, obwohl sie im stationären wie ambulanten Bereich einen nennenswerten Beitrag zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung leisten [22,23,31].

Es liegen inzwischen mehrere Systematisierungs- und historische Einordnungsvorschläge bezüglich körperpsychotherapeutischer Ansätze vor (z.B. [39–46]). Ein kürzlich erschienenes Handbuch [33] macht deutlich, wie sich die Geschichte der Körperpsychotherapie im Zusammenhang mit der psychodynamischen Therapie entwickelte und stellt verschiedene Aspekte körperpsychotherapeutischer Theorie und Behandlungspraxis dar. Im World Wide Web publiziert die European Association for Body Psychotherapy auf ihrer Homepage [47] Definitionen gemeinsamer Grundkonzepte, die in einem laufenden kommunikativen Prozess unter den VertreterInnen der beteiligten Institute weiter verfeinert werden.

Zu den körperpsychotherapeutischen Grundannahmen zählen folgende (ohne hier einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben):

1. Der Körper ist ein unverzichtbarer „Bestandteil“ menschlichen Existierens. Deshalb verdient er in Heilbehandlungen unsere Aufmerksamkeit.
2. Seelische und körperliche Prozesse verlaufen zeitlich parallel, wirken gegenseitig aufeinander ein und können auf unterschiedlichen Systemebenen beobachtet, untersucht und beeinflusst werden.
3. Der verbalen Kommunikation geht entwicklungsgeschichtlich (onto- und phylogenetisch) eine ausgedehnte Phase nonverbaler Kommunikation voraus.
4. Auch im Erwachsenenleben machen kognitiv und verbal vermittelte Informationsverarbeitungs- und Kommunikationsprozesse gegenüber anderen nur einen begrenzten Teil aus.
5. Sowohl Gedächtnisinhalte als auch unbewusstes Material können z.T. über affektive, motorische oder sensorische Engramme angesprochen und ins Bewusstsein geholt werden.
6. Lebendige Vitalität und Gesundheit konstituieren sich nicht bloß aus einem klaren Verstand, sondern haben auch mit einer Balance und guten Regulation auf der physiologischen und emotionalen Ebene zu tun.
7. Körperpsychotherapeutische Verfahren zeichnen sich durch den Einbezug
 - a) nonverbaler Interventionstechniken,
 - b) von Handlungsdialogen,
 - c) manchmal von Berührungen,
 - d) durch eine Diagnostik, die neben verbalen auch nonverbale, z.B. visuelle Informationen berücksichtigt und durch
 - e) psychosomatisch definierte Therapieziele aus.

Frühere Studien zur Körperpsychotherapie basierten auf retrospektiv erhobenen Daten [32,34,38]. Im Folgenden wird über eine Studie berichtet, die die Wirksamkeit von körperpsychotherapeutischen Behandlungen in ambulanten Praxen in Deutschland und der Schweiz prospektiv unter naturalistischen Bedingungen untersucht hat. Nach den Regeln naturwissenschaftlich-medizinischer Forschung [48,49] ist sie der Phase IV, d.h. einer Evaluation der „Routineanwendung“ im Praxisfeld, nach Rudolf [50] der Phase der „praxisbezogenen Psychotherapieforschung“ zuzuordnen und beansprucht im Rahmen der naturalistischen Feldforschungsstudien einen Level-I-Evidenzgrad [51]. Wir berichten über eine Therapie begleitende Evaluationsstudie, bei

der zu verschiedenen Messzeitpunkten (Therapiebeginn, ein halbes Jahr nach Therapiebeginn, Therapieende [max. 2 Jahre nach Therapiebeginn] sowie in einer 1-Jahres-Katamnese) Symptome und Befindlichkeit der PatientInnen erhoben wurden. Die Untersuchung wurde im Januar 1998 auf Initiative des Hakomi Institute of Europe begonnen. Erste Ergebnisse wurden auf dem 7. Europäischen Kongress für Körperpsychotherapie in Travemünde vorgestellt [33]. Inzwischen hat sich die Studie zu einem Multizenterprojekt (Dresden, Heidelberg, Tübingen, Zürich) ausgeweitet. Eine Publikation von Zwischenergebnissen erfolgte 2003 ([36,37] USABP research award 2005). Untersucht wurden ausschließlich PatientInnen in einer ambulanten körperpsychotherapeutischen Behandlung.

TherapeutInnen folgender Richtungen beteiligten sich (in der Reihenfolge des Datenerhebungsbeginns; Namen der Gründungspräsidenten [international und national] sowie Literaturhinweise zu Theorie und Behandlungspraxis der jeweiligen Verfahren in eckigen Klammern): Hakomi Experiential Psychology (Ron Kurtz, Halko Weiss; [54]); Unitive Psychology (Jacob Stammann, Gustl Marlock; [55]); Biodynamische Psychologie (Gerda Boyesen; [56]) – in Deutschland – und Bioenergetische Analyse und Therapie SGBAT (Alexander Lowen; Thomas Ehrensperger; [57, 58]); Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie GFK (Christiane Geiser; Ernst Juchli; [59]); Institut für Integrative Körperpsychotherapie IBP (Jack Lee Rosenberg; Markus Fischer; [60]); Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie SIKOP (George Downing; [61]); Internationales Institut für Biosynthese IIBS (David Boadella; [62]) – in der Schweiz.

In der vorliegenden Studie, die zum Jahresende 2005 ihre mehrjährige Datenerhebung abschloss, wurden folgende Fragen untersucht:

1. Welche PatientInnen nehmen ambulante körperpsychotherapeutische Behandlungen in Anspruch?
2. Welche Besserungen der psychischen und psychosomatischen Symptomatik, der interpersonellen Probleme sowie der Selbstwirksamkeitserwartung werden im Laufe der Therapie erzielt?
3. Sind diese Ergebnisse auch in einer katamnestischen Erhebung nach einem Jahr stabil?
4. Wie gut stimmen Angaben aus der PatientInnen- mit denen aus der TherapeutInnenperspektive überein?

Methodik

Stichprobe und Durchführung

Acht körperpsychotherapeutische Institute bzw. Fachgesellschaften (s.o.), die der European Association for Body Psychotherapy [47] angehören – fünf davon sind zusätzlich Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie [63], beteiligten sich an dieser Studie. Die Auswahl der Institute erfolgte nicht systematisch. Die EABP vertritt in der Schweiz [64] 12 und in Deutschland [65] 16 Fachgesellschaften. Jedes der an der Studie beteiligten Institute benannte einen Forschungskordinator zur Organisation der Datenerhebung. Innerhalb der beteiligten Institute wurden alle ausgebildeten, zertifizierten und in ambulanten Praxen arbeitenden Mitglieder zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die mitwirkenden TherapeutInnen gaben an, die an ihrem Institut gelehrt Methode als Hauptverfahren anzuwenden. Sie wurden aufgefordert, innerhalb bestimmter Zeitfenster, je den neu eine Therapie beginnenden Patienten oder Patientin

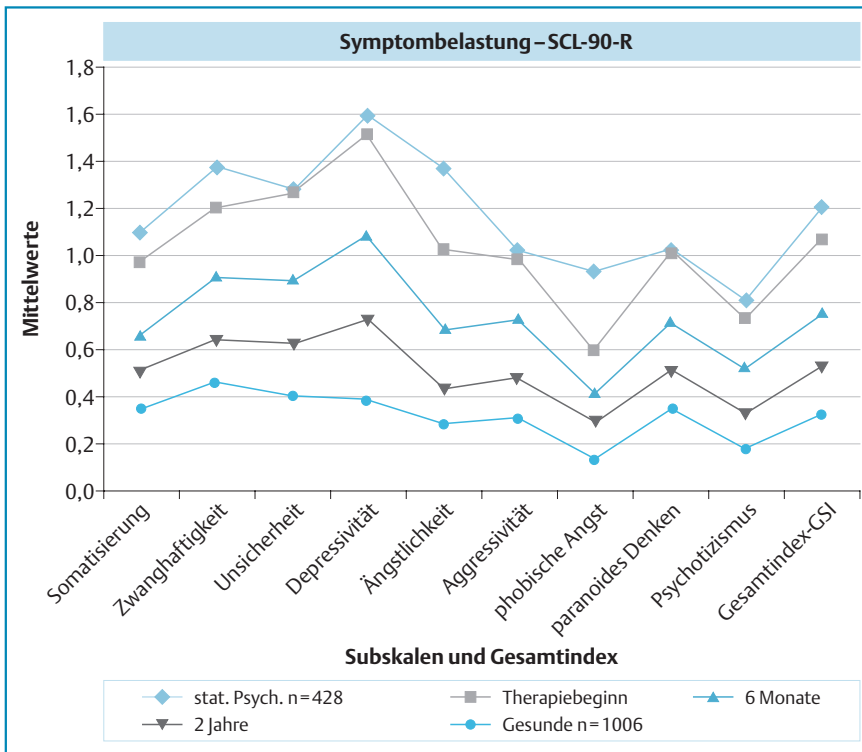


Abb. 1 Skalenmittelwerte SCL-90-R der ambulanten KörperpsychotherapiepatientInnen zu Therapiebeginn, nach 6 Monaten, zum Therapieende bzw. max. nach 2 Jahren Therapie und im Vergleich zu Gesunden sowie einer stationären Psychotherapiegruppe bei Therapiebeginn (GSI: Global Severity Index [Gesamtwert]).

zur Teilnahme an der Studie zu gewinnen. Die PatientInnen wurden über die Studie und die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert. Die TeilnehmerInnen unterschrieben eine Einverständiserklärung, die aus Gründen der Anonymität bei den behandelnden TherapeutInnen verblieb. Die Anonymität der KlientInnen wurde durch einen 6-stelligen selbstgenerierten Buchstabencode gewährleistet.

Die Datenerhebung erfolgte zu Beginn der Therapie, 6 Monate nach Therapiebeginn, zum Therapieende (spätestens aber nach 24 Monaten) und ein Jahr nach Therapieende.

Die acht beteiligten Institute sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten in die Studie eingetreten. Daher erstreckte sich die Datenerhebung über mehrere Jahre (1998 – 2005).

Erhebungsinstrumente

Zur Datenerhebung wurden gut eingeführte oder standardisierte Instrumente verwendet, um den Vergleich mit anderen Studien zu gewährleisten [68, 69]. In Hinblick auf die Körperpsychotherapie sind sie als unspezifisch einzustufen.

Soziodemografische Angaben wurden in Anlehnung an die Deutsche Standarddemografie [70] erhoben. Die behandelnden TherapeutInnen nahmen innerhalb der ersten drei Sitzungen diagnostische Zuordnungen nach ICD-10 [71] vor.

Psychopathologische Symptome wurden mit dem Beck-Angst-Inventar (BAI [72]), dem Beck-Depressions-Inventar, (BDI [73]) und der Symptom-Checkliste SCL-90-R [74, 75] erhoben. Körperliche Beschwerden wurden mit der Beschwerdenliste (BL [76, 77]) und zwischenmenschliche Probleme mit dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D [78, 79]) erfasst. Schließlich wurde die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE [80, 81]) ermittelt. Für wichtige Lebensbereiche (Arbeit, Freizeit und Sozialleben, Familienleben und häusliche Pflichten, körperliches Wohlbefinden) wurden die PatientInnen außerdem nach globalen Veränderungseinschätzungen im Vergleich zum

Therapiebeginn gebeten. Die gesamte Bearbeitungszeit der Fragebogen betrug ungefähr 1 Stunde je Untersuchungszeitpunkt. Die TherapeutInnen gaben zu jedem Erhebungszeitpunkt Informationen zum formalen Stand der Therapie und beurteilten ebenfalls die globalen Veränderungen der KlientInnen in wichtigen Lebensbereichen.

Die durchschnittlichen Veränderungen über den Therapieverlauf hinweg wurden mit Hilfe von multifaktoriellen Varianzanalysen untersucht (Faktor „Institut“ = Institutzugehörigkeit der TherapeutInnen; Messwiederholungsfaktor „Therapiedauer“ = die verschiedenen Erhebungszeitpunkte). Zusätzlich wurden Intra-Class-Effektstärken nach McGaw und Glass [82] berechnet. Sie wurden nach Cohen [83] in klein (0,2 – 0,5), mittel (0,5 – 0,8) und groß (> 0,8) unterteilt.

Ergebnisse

Nach einer Charakterisierung der Klientel ambulanter KörperpsychotherapeutInnen folgen die Ergebnisse zum Therapieverlauf.

Es nahmen insgesamt 124 TherapeutInnen (pro Institut zwischen 8 und 22, durchschnittlich 16) und 342 PatientInnen (pro Institut zwischen 17 und 58, durchschnittlich 43) teil. Pro TherapeutIn wurden 1–14, durchschnittlich 3 PatientInnen untersucht. Die Grundprofessionen der Behandelnden waren: 45,5% ÄrztInnen, 45,5% PsychologInnen, 9% andere.

Die Klientel ambulanter KörperpsychotherapeutInnen

342 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Median 37 J.) nahmen an der Eingangsuntersuchung zu Beginn ihrer Therapie teil. 73% der KlientInnen waren weiblich. Verheiratet waren 36%, 52% waren ledig und 12% geschieden. In einer Partnerschaft lebten 60% und 43% hatten Kinder – im Durchschnitt 2. Der höchste Schulabschluss war für 31% das Abitur, 28% hatten

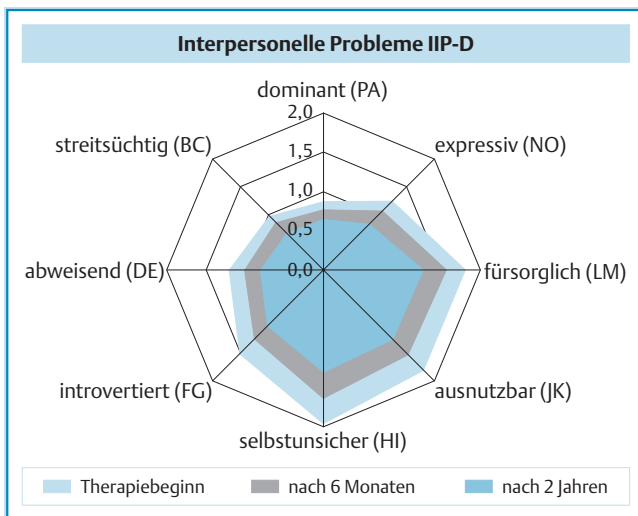


Abb. 2 Skalenmittelwerte IIP-D der ambulanten KörperpsychotherapiepatientInnen zu Therapiebeginn, nach 6 Monaten und zum Therapieende bzw. max. nach 2 Jahren Therapie.

zusätzlich zum Abitur ein Fachhochschul- oder Universitätsstudium abgeschlossen. 41% hatten höchstens die mittlere Reife oder Berufsschulabschlüsse erreicht. 59% der KlientInnen der vorliegenden Studie verfügten bereits zuvor über psychotherapeutische Erfahrungen. Die Kosten der Körperpsychotherapie wurden bei 33% ganz und bei weiteren 29% teilweise durch die Krankenkassen übernommen. 28% finanzierten die Therapie selbst und 10% machten zu dieser Frage keine Angabe. In den soziodemografischen Variablen liegt die hier untersuchte Klientel im Bereich der in anderen Studien zur ambulanten Psychotherapie gefundenen Werte [23, 32, 34, 84, 85].

Die PatientInnen wurden von den Behandelnden nach ICD-10 [71] diagnostiziert. Bei 79% der Fälle wurde nur eine Hauptdiagnose angegeben, in 21% der Fälle stellten die TherapeutInnen Komorbiditäten fest. Die Hauptdiagnosen zu Therapiebeginn wurden zu Störungsgruppen zusammengefasst. Es lagen 41,2% neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) vor, 28,9% affektive Störungen (F3) und 12,9% Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6). F5, F1 und F2 waren nur mit 8,2%, 1,5% bzw. 0,3% vertreten. Z-Kodes wurden zu 7,3% vergeben.

In den eingesetzten Fragebogeninstrumenten wiesen zu Therapiebeginn zwischen 40,6% (Selbstwirksamkeitserwartung) und 88% der PatientInnen (Psychosomatische Beschwerden) klinisch relevante Beeinträchtigungen auf. Die untersuchten PatientInnen wichen in allen erhobenen Maßen hochsignifikant von den Werten Gesunder ab ($4,26 > t > 29,55$; $p > 0,0001$). Das SCL-90-Profil zu Behandlungsbeginn geht aus **Abb. 1** hervor, das IIP-D-Profil aus **Abb. 2**.

Behandlungsverlauf

Abgesehen von den Katamneseuntersuchungen, die z.T. derzeit noch laufen (s. [89]), wurde die Datenerhebung Ende 2005 abgeschlossen. Für den Zeitpunkt 6 Monate nach Therapiebeginn liegen 253, nach 2 Jahren Therapie bzw. zum Therapieende 160 und als katamnestische Erhebungen ein Jahr nach Therapieende 42 auswertbare Datensätze vor. Im letzten Quartal 2005 wurden alle teilnehmenden TherapeutInnen nochmals kontaktiert und zum Verlauf der untersuchten Therapien befragt. Der Rücklauf bei dieser Zusatzbefragung betrug 58% und bezieht sich auf 199 von 342 PatientInnen. In 43% dieser Fälle war die Therapie in-

zwischen regulär abgeschlossen. 26% waren aus der Sicht der Behandelnden vorzeitig beendet worden (aus äußeren Gründen: Wegzug, Finanzierung nicht mehr gesichert, Tod oder aus inneren Gründen: Abbrüche). Bei 54,9% der regulär beendeten Therapien dauerte die Behandlung weniger als 2 Jahre, d.h. die zweite Messung erfolgte zum Abschluss der Therapie. In der übrigen knappen Hälfte der Behandlungen stellt die Messung nach 2 Jahren Therapiedauer eine Zwischenmessung dar.

Da die PatientInnen die Fragebogen z.T. nicht vollständig ausfüllten, ergeben sich für die einzelnen Messinstrumente unterschiedliche Fallzahlen. Die regulär beendeten Therapien ($n = 84$) hatten im Durchschnitt 24 Monate gedauert ($SD = 14,8$ Monate) und 52,8 Sitzungen beansprucht ($SD = 42,7$; Median = 42,5). Von diesen PatientInnen hatten zusätzlich zur Psychotherapie 11% Medikamente erhalten. Bei den abgebrochenen Therapien ($n = 53$) dauerte die Behandlung durchschnittlich 10 Monate ($SD = 7,7$ Monate; Median 8 Monate) und hatte 26,3 Sitzungen beansprucht ($SD = 21,2$; Median 21 Sitzungen). 24% dieser PatientInnen hatten Medikamente erhalten. Bei den noch laufenden Therapien ($n = 62$) betrug die Behandlungsdauer bis Ende 2005 6–7 Jahre (1,6%), 4–5 Jahre (8,2%), 3–4 Jahre (14,8%) oder 2–3 Jahre (75,4%). Nach 2003 wurden keine Therapiebeginnsmessungen mehr durchgeführt. Diese noch laufenden Behandlungen hatten bis Ende 2005 durchschnittlich 105 Sitzungen beansprucht ($SD = 59,2$; Median = 89,5 Sitzungen). 28% dieser PatientInnen erhalten Medikamente.

Eine Überprüfung der Ausgangsdaten für die vier Teilstichproben (vollständige Daten zu Beginn, zur 6-Monats-Erhebung, 2 Jahre nach Therapiebeginn bzw. Therapieende sowie die 1-Jahres-Katamnese) ergab, dass durch die Selektion keine statistisch signifikanten Verzerrungen der Ausgangswerte erfolgten). Die Überprüfung erfolgte mit χ^2 -Tests für Schulbildung und Geschlecht ($0,01 \leq \chi^2 \leq 2,28$; $0,32 \leq p \leq 0,94$; Ausnahme: höhere Schulbildung bei den Katamnesen [$\chi^2 = 15,91$; $p = 0,0004$]) und mit zweiseitigen t-Tests für das Alter sowie alle eingesetzten Fragebogen ($0,29 \leq t \leq 1,9$; $0,06 \leq p \leq 0,78$).

Gruppenverläufe

Die Institutszugehörigkeit der TherapeutInnen hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Therapieverläufe ($0,32 \leq F_{\text{Inst}}[7;140] \leq 2,37$; $0,06 \leq p \leq 0,94$; $0,26 \leq F_{\text{Inst} \times \text{Zeit}}[14;280] \leq 1,89$; $0,14 \leq p \leq 0,95$; Ausnahme IIP-D: $F_{\text{Inst} \times \text{Zeit}}[14;280] = 1,89$; $p = 0,03$; hier erzielen die Unitive-TherapeutInnen die größte Veränderung von $MW = 1,83$ bei Therapiebeginn zu $MW = 0,93$ nach 2 Jahren). Die Therapiedauer hingegen hatte in allen Fällen einen hoch signifikanten Einfluss ($17,07 \leq F_{\text{Zeit}} \leq 72,28$; $p < 0,0001$; s. **Abb. 3**).

Varianzanalysen für den Vergleich zwischen Therapieende (es gingen Therapien ein, die mehr als ein halbes Jahr dauerten) und Katamnesen ergaben, dass die Werte stabil blieben oder sich sogar noch verbesserten ($0 \leq F_{\text{Zeit}} \leq 2,88$; $0,1 \leq p < 0,97$; BL: $F_{\text{Zeit}} = 2,88$; $p < 0,01$).

Innerhalb der ersten 6 Monate fanden durchschnittlich 21 Sitzungen ($SD = 9,04$) statt. Es gingen 253 Fälle in die Auswertung ein.

Angst (BAI), Depressivität (BDI), allgemeine Symptombelastung (SCL-90), körperliche (BL) und interpersonale Probleme (IIP-D) nahmen während der ersten sechs Behandlungsmonate signifikant ab. Gleichzeitig nahm die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) signifikant zu (vgl. **Abb. 3**; $*** = p < 0,0001$).

In den Vergleich zwischen Behandlungsbeginn und -ende, maximal nach 2 Jahren Therapiedauer gingen 160 Fälle ein. Durchschnittlich erfolgten bis zu diesem Zeitpunkt 58 Sitzungen.

Veränderung der Beeinträchtigungen mit fortschreitender Therapiedauer

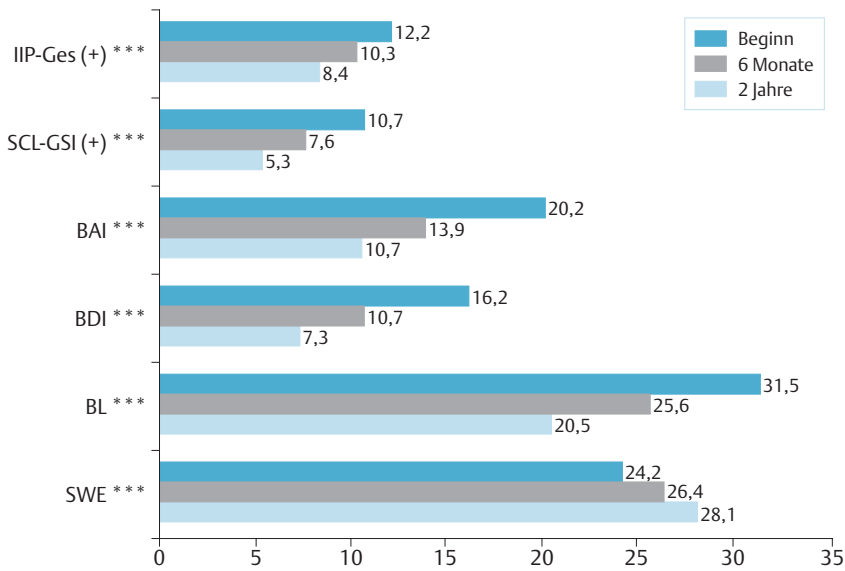


Abb. 3 MANOVAS: Vergleich der Mittelwerte zu Behandlungsbeginn, nach 6 Monaten und zum Behandlungsende bzw. max. nach 2 Jahren; $17,07 \leq F_{\text{Therapiedauer}} [2;143] \leq 72,57$; $p < 0,001$; IIP: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Gesamtscore, SCL-GSI: Symptom-Checkliste – Global Severity Index, BAI: Beck-Angst-Inventar, BDI: Beck-Depressions-Inventar, BL: Beschwerdenliste und SWE: Selbstwirksamkeitserwartung. (+) Für die SCL-90-R wurden die Werte der Anschaulichkeit halber mit 10 und für das IIP mit 8 (durchschnittliche Subskalensummen) multipliziert.

Effektstärken nach 6 Monaten und nach max. 2 Jahren Behandlung

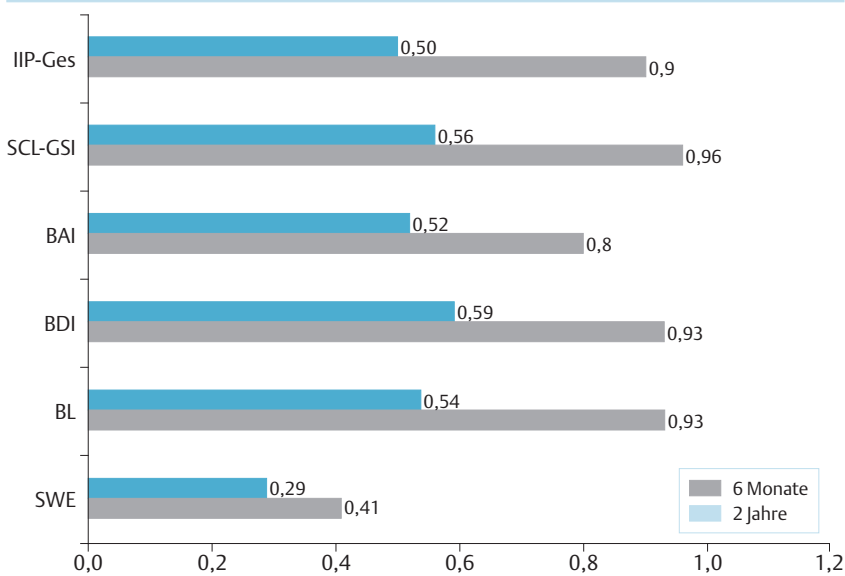


Abb. 4 Effektstärken nach 6 Monaten und nach max. 2 Jahren Therapiedauer (bezogen auf den Therapiebeginn): klein (0,2 – 0,5), mittel (0,5 – 0,8) und groß (> 0,8). IIP-Ges: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Gesamtscore, SCL-GSI: Symptom-Checkliste – Global Severity Index, BAI: Beck-Angst-Inventar, BDI: Beck-Depressions-Inventar, BL: Beschwerdenliste und SWE: Selbstwirksamkeitserwartung.

Die Verbesserungen in allen Skalen fielen deutlicher aus als in den ersten sechs Monaten der Therapie. Wiederum nahmen Angst, Depressivität, allgemeine Symptombelastung, körperliche und interpersonale Probleme deutlich ab. Die Selbstwirksamkeitserwartung nahm wiederum signifikant zu (vgl. **Abb. 3**; *** = $p < 0,0001$).

Die Effektstärken für die Veränderungen zwischen Behandlungsbeginn und 6 Monaten sowie zwischen Behandlungsbeginn und -ende bzw. max. 2 Jahren Therapiedauer sind in **Abb. 4** zusammengestellt. In den ersten 6 Monaten der Therapie erfolgten kleine bis mittlere Verbesserungen in allen untersuchten Merkmalen. Bis zum Therapieende bzw. max. nach 2 Jahren waren auf allen Skalen (außer der Selbstwirksamkeitserwartung: $d = 0,41$) mit Effekten zwischen 0,80 und 0,96 große Verbesserungen erzielt worden.

Individuelle Veränderungen

Ergänzend zu den Gruppenverläufen sollen für BAI, BDI, BL, IIP-D und SCL-90 individuelle Veränderungen berichtet werden. Diese Auswertung bezieht je nach Messzeitpunkt die Daten von 253, 160 bzw. 42 Personen ein.

Die Häufigkeiten der klinisch relevanten Angstsymptome (BAI ≥ 11) reduzierten sich von 70% bei Therapiebeginn über 53% nach 6 Monaten auf 41% nach 2 Jahren und 38% bei der Katamnese. Die Häufigkeit der klinisch relevanten Depressivität (BDI ≥ 18) reduzierte sich von 35% bei Therapiebeginn über 17% nach 6 Monaten auf 5,8% nach 2 Jahren und betrug bei den PatientInnen, von denen uns katamnestische Werte vorliegen, 19%. Erhöhte Depressionswerte bei Therapiebeginn sanken von 34% auf 17% nach 2 Jahren und 14% bei der Katamnese ($11 \leq \text{BDI} \leq 17$). 77% befanden sich zum Therapieende bzw. max. nach 2 Jahren im normalen Bereich (BDI ≤ 10), 68% bei der Katamnese. Hin-

sichtlich psychosomatischer Beschwerden gaben zu Therapiebeginn 88% der PatientInnen Belastungen an, die über dem Mittelwert Gesunder lagen (MW = 14,3; SD = 10,8), nach 6 Monaten nur mehr 23%; von den PatientInnen, die nach 2 Jahren noch in Therapie waren, waren es 34% und bei den Katamnesebefragungen 46%. In Bezug auf interpersonale Probleme befanden sich zu Behandlungsbeginn 29% der PatientInnen im auffälligen Bereich (Stanine ≥ 7), nach 6 Monaten noch 23%, nach 2 Jahren 10%, bei der Katamnese 8%.

Für die SCL-90-R sind sowohl Cut-off-Werte als auch kritische Differenzen bekannt. So können in Einzelfallbetrachtungen statistisch und klinisch bedeutsame Veränderungen unterschieden werden [90,91]. Nach Franke [75] wurde als kritische Differenz ein GSI-Rohwert von 0,30 für PsychotherapiepatientInnen angesetzt. Geschlechtsspezifische Cut-off-Werte liegen bei 0,57 (Männer) bzw. bei 0,77 (Frauen). Innerhalb von 2 Jahren haben sich 41% der PatientInnen so weit verbessert, dass ihre Symptombelastung der gesunden Normalbevölkerung entspricht. Über die Hälfte der PatientInnen (57%) hat eine statistisch bedeutsame Verbesserung erreicht.

Bezüglich der Beschwerdeliste und des Angstinventars zeichnete sich eine Tendenz ab, dass diejenigen PatientInnen, die auch nach zwei Jahren noch in Behandlung waren, zu Therapiebeginn eine höhere Belastung angegeben hatten ($p = 0,06$).

Globalmaße der Beeinträchtigung – ein Perspektivenvergleich

In vier Bereichen (1. Arbeit und Ausbildung, 2. Freizeit und Sozialeben, 3. Familienleben und häusliche Pflichten und 4. Körperliches Wohlbefinden) wurden zu allen Messzeitpunkten sowohl die Einschätzung der Behandelnden wie auch der PatientInnen erhoben (die Skalen reichten von 0 = keine bis 8 = maximale Beeinträchtigung). Außerdem wurden nach 6 Monaten und nach 2 Jahren Angaben über die wahrgenommene Veränderung gemacht (1 = sehr viel besser bis 7 = sehr viel schlechter). Beide Parteien konstatierten übereinstimmend über alle Bereiche hinweg mit zunehmender Therapiedauer eine kontinuierliche Abnahme der Beeinträchtigungen (Hauptfaktor *Therapiedauer*: $2,16 \leq F_{Zeit}[2;104] \leq 147,65$; $0,0001 < p \leq 0,12$). PatientInnen und TherapeutInnen stimmten bezüglich der wahrgenommenen Veränderungen im Durchschnitt sehr gut überein. Interessanterweise schätzten die Behandelnden die Beeinträchtigungen zu Therapiebeginn und auch noch nach 6 Monaten signifikant gravierender ein als die PatientInnen selbst (Hauptfaktor *Perspektive*: $0,96 \leq F_{Perspektive}[1;105] \leq 13,98$; $0,0003 \leq p \leq 0,33$). Nach 2 Jahren hatte sich dieser Trend umgekehrt (Interaktion *Therapiedauer* * *Perspektive*: $6,52 \leq F_{Zeit}[2;104] \leq 15,93$; $0,0001 < p \leq 0,01$). Die paarweisen Korrelationen der PatientInnen- und TherapeutInnenurteile liegen (zu Beginn, nach 6 Monaten und 2 Jahren) für den Bereich *Arbeit* zwischen $r = 0,37$ und $r = 0,45$ ($p < 0,0001$), für den Bereich *Freizeit und Sozialleben* zwischen $r = 0,33$ und $r = 0,54$ ($p < 0,0001$), für den Bereich *Familienleben* zwischen $r = 0,13$ ($p = 0,01$ bei Therapiebeginn) und $r = 0,46$ ($p < 0,0001$) und für den Bereich *Körperliches Wohlbefinden* zwischen $r = 0,32$ und $r = 0,41$ ($p < 0,0001$). Die Korrelationen bezüglich der wahrgenommenen Veränderung betragen nach 6 Monaten Behandlung $r = 0,50$ und nach 2 Jahren $r = 0,47$ ($p < 0,0001$).

Diskussion



Die vorliegende Studie dokumentiert einen repräsentativen Ausschnitt aus dem realen Beitrag, den KörperpsychotherapeutInnen zur ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland und der Schweiz leisten und trägt in diesem Segment zur Qualitätssicherung bei. Sie untersucht ambulante Körperpsychotherapien unter den naturalistischen Bedingungen der Versorgungspraxis.

Zahlreiche Studien zur Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie wurden im Kontext von universitären Behandlungseinrichtungen durchgeführt. Dem Vorteil der hohen internen Validität, der u. a. in einer weit gehenden Operationalisierung des therapeutischen Vorgehens, einer starken Selektion der behandelten KlientInnen und dem hohen Standard der Begleitevaluation begründet ist, steht eine geringe ökologische Validität gegenüber [52, 53]. Nach wie vor ist daher vergleichsweise wenig über die Wirksamkeit von Psychotherapie außerhalb stationärer und universitärer Behandlungseinrichtungen bekannt (Phase IV [48,49], „praxisbezogene Psychotherapieforschung“ [50], Level-I-Feldforschungsstudien [51]). Zur Behebung dieser Forschungslücke will die vorliegende Arbeit beitragen.

Gegenüber früheren Studien zur Körperpsychotherapie, die auf ausschließlich retrospektiv erhobene Daten zurückgriffen [32 34, 38], werden erstmals prospektive Daten berichtet.

Körperpsychotherapeutische Schulen wiesen bislang eine relativ große Distanz zum akademischen Wissenschaftsbetrieb auf. Erst der in den letzten Jahren zunehmende Druck zum Nachweis der Behandlungswirksamkeit ermöglichte eine Outcomestudie wie die vorliegende. Die Durchführung einer Multizenterstudie zur Wirksamkeit von (Körper-)Psychotherapie unter naturalistischen Bedingungen stellt hohe Anforderungen an die Organisationsfähigkeit, die Geduld und die Ausdauer aller Beteiligten. Gerade wenn eine standardisierte Erfolgsmessung nicht üblicher Bestandteil der Therapie ist, ist der mit der Evaluation verbundene Zusatzaufwand beträchtlich. Die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Untersuchung ließ z. T. große Bedenken seitens der TherapeutInnen gegenüber einer wissenschaftlichen Evaluation ihrer praktischen Tätigkeit offenkundig werden. Da außerdem die meisten Beteiligten den für die Studie notwendigen Arbeitsaufwand ehrenamtlich erbrachten, kam es mehrfach zu Motivationseinbrüchen. Dies bewirkte einen eher schleppenden Verlauf der im Januar 1998 begonnenen Datenerhebung. Vermutlich beruht die z. T. drastische Abnahme der Fallzahlen von Therapiebeginn zum Therapieende und zur Katamnese auf dieser mangelnden Evaluationsroutine nicht nur bei den betreffenden PatientInnen, sondern auch bei den teilnehmenden TherapeutInnen.

Der Einbezug einer ursprünglich geplanten Wartelisten-Kontrollgruppe wurde z. T. aus praktischen Gründen (niedergelassene KörperpsychotherapeutInnen sind selten in der Situation, Wartelisten anzulegen) und z. T. aus ethischen Gründen (Therapiesuchenden muss so rasch als möglich ein Behandlungsplatz vermittelt werden – Zuweisung an KollegInnen) wieder verworfen. Darüber hinaus existieren mittlerweile genügend vergleichbare Evaluationsstudien zu anderen Verfahren, sodass die vorliegenden Ergebnisse eingeordnet werden können.

Die PatientInnen niedergelassener KörperpsychotherapeutInnen weisen zu Beginn der Therapie typische, der Klientel anderer therapeutischer Orientierungen vergleichbare Diagnose- und Symptomprofile, sowie einen gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich höheren Bildungsstand auf [92]. Bei einem

erheblichen Anteil der untersuchten PatientInnen liegen Komorbiditäten vor. Abgesehen von dem relativ hohen Anteil an Z-Kodes (7,3%) ergibt sich in der vorliegenden Studie ein ähnliches Diagnoseprofil (F4 > F3 > F6) wie in zwei anderen Schulen übergreifenden Untersuchungen zur ambulanten Psychotherapie [26,80]. Es entspricht auch den Ergebnissen der kürzlich an der TU Dresden durchgeführten, mehr als 150 000 TeilnehmerInnen umfassenden Metaanalyse [83,93], wonach F4-Diagnosen mit Abstand den höchsten, F3-Diagnosen den zweithöchsten Anteil an psychischen Erkrankungen in Europa ausmachen. Eine genauere Analyse der diagnostischen Daten und ihres Zusammenhangs mit Therapieergebnissen nimmt Kaschke [83] vor.

Die vergleichsweise häufige Verwendung von Z-Kodes zur Charakterisierung der Hauptproblematik dürfte damit zusammenhängen, dass die berichteten Diagnosen innerhalb der ersten drei Sitzungen zu stellen waren und dass es PatientInnen zu Beginn möglicherweise leichter fällt, über äußere Faktoren zu sprechen, die ihr Leben beeinträchtigen. Ein anderer Grund könnte darin liegen, dass ein bedeutender Teil der Fälle nicht über Krankenkassen abgerechnet wurde und daher die Vergabe einer „krankheitswertigen“ Eingangsdiagnose aus formalen Gründen häufig nicht zwingend erforderlich war. Die Symptomprofile weisen dennoch auf einen hohen Anteil klinisch relevanter Beeinträchtigungen zu Behandlungsbeginn hin.

Die statistischen Analysen zeigen, dass die Wirksamkeit von ambulanter Körperpsychotherapie mit zunehmender Therapiedauer steigt. Statistisch bedeutsame Behandlungseffekte treten nicht nur auf Gruppenebene ein, sondern auch im Einzelverlauf werden klinisch bedeutsame Verbesserungen erzielt. In den ersten sechs Monaten der Behandlung werden bereits signifikante Verbesserungen erreicht, die sich zum Therapieende hin nochmals deutlich steigern. Bemerkenswert ist neben der Symptomreduktion im psychischen, körperlichen und interpersonellen Bereich insbesondere die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung. Selbstwirksamkeit wird als wichtige Ressource im Zusammenhang mit der Bewältigung von Stress und emotionalen Problemen angesehen und gilt als stabile Persönlichkeitsdimension [80]. Die Effektstärke für die Selbstwirksamkeitserwartung zum Behandlungsende liegt zwar deutlich unter derjenigen für den Gesamtwert der Symptom-Checkliste ($d[SWE]=0,41$ vs. $d[SCL]=0,96$), ist aber als Veränderung in einer Persönlichkeitsdimension von großer praktischer Bedeutung. Sie weist darauf hin, dass durch Körperpsychotherapie nicht nur Symptome erfolgreich reduziert werden, sondern dass durch die Therapie auch Impulse für eine positive Persönlichkeitsentwicklung gegeben werden. Die Ergebnisse zu interpersonalen Problemen belegen, dass sich schon während der Therapie auch im zwischenmenschlichen Umfeld positive Veränderungen einstellen.

Die zum Behandlungsende erzielten Ergebnisse blieben überwiegend bis zur 1-Jahres-Katamnese stabil.

Die Ergebnisse zum Perspektivenvergleich bezüglich der globalen Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen zeigen zum einen, dass die Sichtweise der Behandelnden mit der Sichtweise der Behandelten ähnlich ist und doch nicht gänzlich übereinstimmt. Ein Vergleich der Mittelwerte spiegelt eine anfänglich möglicherweise überfürsorgliche Haltung der TherapeutInnen wider (die Schwere der Beeinträchtigung wird im Vergleich zur Sicht der PatientInnen überschätzt), die dann gegen Ende der Therapie in eine Haltung übergeht, die man mit leicht forcierter Autonomieförderung bezeichnen könnte (die Schwere der Beeinträchtigung wird im Vergleich zur Sicht der PatientInnen unterschätzt). Dass die Übereinstimmung von individuellen Thera-

peutInnen-PatientInnen-Paaren keineswegs perfekt ist, zeigen die entsprechenden Korrelationskoeffizienten. Nicht zuletzt daraus beziehen Psychotherapien vielleicht aber auch ihre notwendige Dynamik.

Dem naturalistischen Studiendesign entsprechend und weil für die untersuchten Methoden zwar in sich konsistente Behandlungstheorien und Behandlungstechniken (54–62), aber bisher keine störungsspezifischen Behandlungsmanuale vorliegen, mussten wir uns in der vorliegenden Studie bezüglich der angewandten Behandlungsmethoden auf die Institutsmitgliedschaft der teilnehmenden TherapeutInnen sowie auf deren Selbsterklärung bezüglich der von ihnen angewandten Methode stützen. Es wurden keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede zwischen den TherapeutInnen der acht verschiedenen Institute gefunden. Dies entspricht den Ergebnissen Methodenvergleichender Metaanalysen [3,4], wonach die angewandten Therapiemethoden einen vernachlässigbar geringen Teil der Outcomevarianz erklären. Lediglich im Bereich der interpersonellen Probleme fanden sich zu Therapiebeginn gehäuft PatientInnen mit überdurchschnittlichen Ausprägungen bei Unitive Psychology-TherapeutInnen ein, welche im Laufe der Behandlung eine überdurchschnittliche Senkung dieser Ausprägung erzielten.

Eine Überprüfung ergab, dass sich die vollständig dokumentierten Fälle (vier Messungen) von den unvollständigen (drei und weniger Messungen) in den Ausgangswerten zu Therapiebeginn nicht unterscheiden. Die Fälle, bei denen Messungen nach einem halben Jahr vorliegen, dürfen als repräsentativ für die eingangs untersuchte Gesamtklientel angesehen werden. Wer bis zu zwei Jahren in Behandlung blieb, hatte zu Therapiebeginn tendenziell erhöhte Angstwerte und mehr körperliche Beschwerden. Katamnesen liegen wiederum von einer für die eingangs untersuchte Gesamtklientel repräsentativen Subgruppe vor (außer dass diese PatientInnen über eine signifikant höhere Bildung verfügten). PatientInnen, deren Therapien länger als zwei Jahre dauerten, sowie solche, deren Behandlungen vorzeitig abgebrochen wurden, erhielten häufiger zusätzlich zur Psychotherapie auch Medikamente als PatientInnen, deren Behandlung im Zeitraum der Studie regulär, nach durchschnittlich 2 Jahren, abgeschlossen wurden (28% bzw. 24% vs. 11%).

Die untersuchte Klientel hatte nicht in allen untersuchten Variablen zu Therapiebeginn klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen aufgewiesen, sodass die Kategorie „unverändert“ auch solche Fälle mit einschließt, die bereits zu Beginn keine klinisch relevante Störung aufwiesen. Von den katamnestisch untersuchten PatientInnen wiesen 1 Jahr nach Behandlungsende 62% keine erhöhten Angstsymptome, 81% keine klinisch relevanten Depressivitätswerte, 54% keine von der Norm Gesunder abweichenden körperlichen Beschwerden, 92% keine interpersonellen Probleme und 41% keinerlei psychopathologischen Probleme mehr auf.

Ausblick



Es wäre wünschenswert, wenn sich zukünftig einerseits vermehrt Kooperationen zwischen professionellen ForscherInnen und praktizierenden PsychotherapeutInnen anbahnen, andererseits der Dialog zwischen verschiedenen Therapieschulen weiter intensivieren würde.

Für die körperpsychotherapeutischen Schulen macht die vorliegende Studie deutlich, dass sie einen Wirksamkeitsvergleich anhand von Standardinstrumenten der Therapiefor-

scheuen müssen. In Zukunft stellt sich für sie die Aufgabe, spezifische Therapieziele zu formulieren und hierfür geeignete Messinstrumente zu entwickeln. Dann könnten die hier vorgestellten Erfolgsmaße um körperpsychotherapiespezifische Variablen ergänzt werden. Des Weiteren könnten störungsspezifische Vorgehensweisen besser operationalisiert und deren Wirksamkeit untersucht werden.

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

Fazit für die Praxis

Körperpsychotherapeutische Behandlungen der untersuchten Richtungen werden von PatientInnen in Anspruch genommen, die nach soziodemografischen Variablen, wie auch bezüglich des Beschwerdebildes und dem Schweregrad der Beeinträchtigung der Klientel ambulanter Psychotherapien entsprechen.

Die Wirksamkeit der Behandlungen konnte in verschiedenen Bereichen (Angst, Depression, andere psychopathologische Symptome, interpersonelle Probleme und körperliche Beschwerden) nachgewiesen werden. Bereits nach 6 Monaten waren signifikante Besserungen zu verzeichnen. Die Verbesserungen nahmen mit der Behandlungsdauer deutlich zu (Effektstärken nach max. 2 Jahren Behandlung $\geq 0,80$).

Literatur

Angaben zu den AutorInnen sowie weitere Fragestellungen und Ergebnisse sind der Internetpublikation zu entnehmen: www.thieme.de/ppmp oder www.thieme-connect.de.