

Körperpsychotherapien – wissenschaftlich begründet?

Eine Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren

Thomas H. Loew, Karin Tritt, Claas Lahmann, Frank Röhrich

Schlüsselwörter

Körperpsychotherapie, empirische Studien

Keywords

Body psychotherapy, empirical studies

Zusammenfassung

Der in den letzten Dekaden rasch expandierte Bereich körperbezogener Psychotherapieverfahren wird einer kritischen Prüfung unterzogen. Eine begriffliche Klärung und Differenzierung der Termini „Körpertherapie“, „Körperpsychotherapie“ sowie „Psychotherapieformen, die auch körpertherapeutische Elemente einsetzen“ stellt den Ausgangspunkt dar. Bei einer Sichtung der Literatur werden vier verschiedene Kategorien empirischer Arbeiten in diesem Zusammenhang erkennbar. Angerissen werden Schwierigkeiten bei methodologisch anspruchsvollen Untersuchungen des körperpsychotherapeutischen Terrains, die sich aus der Ausdehnung des Forschungsgegenstandes auf nonverbale Bereiche der Interaktion ergeben. Die körperpsychotherapeutischen Ansätze, für die empirisch evaluierte Studien vorliegen, werden kurz vorgestellt und anschließend in einer kritischen Zusammenfassung erörtert.

Summary

The field of body-oriented psychotherapeutic approaches, which expanded rapidly in the past decades, is critically assessed. The terms “body(-oriented) therapy“, “body(-oriented) psychotherapy“ and “psychotherapy, which also employs body-oriented techniques“ are differentiated as a starting point. In order to view this field, extensive research of the relevant data banks was conducted, which revealed four different types of empirical work in this context. The scarce number of empiric studies on body-psychotherapies is presented together with a short introduction to the approaches, for which such studies are available, followed by a critical summary of the current state of the evidence base for body psychotherapy.

**Body psychotherapy – scientifically proved?
An overview of empirically evaluated body oriented psychological therapies**

PDP 2006; 5: 6–19

Kaum ein Bereich der Psychotherapie ist derart mit Vorurteilen behaftet wie die so genannten Körper(psycho)therapien. Sie scheinen die Phantasie der Fachleute und erst recht die der Laien zu beflügeln – oft mit einem negativen Beigeschmack (Moser 1991, Schnell 1982). Erschwerend kommt hinzu, dass der kör-

per(psycho)therapeutische Markt ein fast undurchdringbares Dickicht an Angeboten bereithält (Übersicht Röhrich 2000). Diese unterscheiden sich in Bezug auf Menschenbilder, Entwicklungsmodelle, Pathogenese, verwendete Techniken und der Komplementarität mit anderen psychotherapeutischen Verfahren, z.B. analyti-

schen (Moser 1991), humanistischen (Green 1987) oder verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Doubrawa 1991), weisen gleichzeitig jedoch auch ein weites Spektrum an sich überlappenden Interventionsstrategien auf. Neben den etablierten Hauptströmungen der Körperpsychotherapie, wie z. B. Bioenergetik, Funktionelle Entspannung oder Konzentrierte Bewegungstherapie, lassen sich auch Hinweise auf eher „exotische“ Nebenströmungen, wie z. B. Gentle Bioenergetics, Holotropic Breathwork, ORGONizando, Polarity Energetics Training, Postural Integration, Rebirthing und vieles mehr finden. Diese Vielzahl von Orientierungen erschwert die Systematisierung und Bewertung von körperpsychotherapeutischen Verfahren.

In diesem Beitrag wird eine Skizzierung des Stellenwerts der Körperpsychotherapie, eine begriffliche Klärung sowie eine Kurzdarstellung und Kommentierung des methodologischen Feldes vorgenommen. Nach einer Darstellung zweier übergreifender Ansätze erfolgt eine Begrenzung auf die körperpsychotherapeutischen Methoden, für die zumindest eine empirische Studie vorliegt. Körpertherapeutische Verfahren, die bisher nicht wissenschaftlich untersucht sind, werden hier nicht weiter berücksichtigt. Dabei soll jedoch keinesfalls der Trugschluss erweckt werden, dass Verfahren, die bislang noch keine Prüfung erfahren haben, auch keine Wirksamkeit besitzen.

Die Körpertherapie wird häufig zusammen mit anderen Methoden wie z. B. krankheitsbezogener Informationsvermittlung (Oberdahlhoff 1984) angeboten. Andritzky (1996), der der Frage nachging, welche Methoden neben den Richtlinienverfahren in deutschen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken Anwendung finden, schrieb 545 stationäre Einrichtungen an. Insgesamt 128 verschiedene „unkonventionelle“ Methoden wurden von den 314 an dieser Untersuchung teilnehmenden Institutionen (Rücklaufquote 57,6%) praktiziert. Dabei wurden am häufigsten Kunst- und Ausdruckstherapien (in 58% der Stichprobe) eingesetzt, gefolgt von Körpertherapien (54,1%), Entspannungsverfahren und Meditation (40,1%) sowie Körperpsychotherapien im engeren Sinne (9,6%). Demnach wird

zumindest eine Form der Körpertherapie in etwa der Hälfte der stationären Einrichtungen angeboten.

Definition des Begriffs Körperpsychotherapie

Unter den Begriff „Körpertherapie“ (KT) werden eine Reihe sehr heterogener therapeutischer Verfahren bzw. Körpertechniken subsummiert. Eine Systematisierung dieser Unterschiede erscheint für eine differenzierte Betrachtung unabdingbar.

In dieser Arbeit wird die Bezeichnung KT als Oberbegriff für alle Ansätze betrachtet, die in therapeutischer Absicht auf den menschlichen Leib ausgerichtete Selbst- und/oder Fremdeinwirkungen einsetzen, um physische und/oder psychische „Verbesserungen“ zu erzielen. Entsprechend sind sowohl Massagen, physiotherapeutische Maßnahmen, Heilgymnastik, Atemtherapien, Entspannungsverfahren, Yoga, Chi Gong, Eutonie usw. als auch die Körperpsychotherapien (KPT) im engen Sinne als Körpertherapien aufzufassen.

Als Körperpsychotherapie (KPT) wird eine Therapieform jedoch nur dann eingeordnet, wenn sich dieses Verfahren zusätzlich als eine Psychotherapieform qualifiziert. In Anlehnung an Strotzka (1975) verstehen wir unter Psychotherapie:

1. einen bewussten und geplanten interaktionellen Prozess
2. zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,
3. die in einem Konsensus für behandlungsbedürftig gehalten werden,
4. mit psychologischen Mitteln,
5. meist verbal, aber auch nonverbal,
6. in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeiten gemeinsam erarbeitetes Ziel
7. mittels lehrbarer Technik
8. auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.
9. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.

Selbstverständlich muss diese Definition für eine Anwendung auf KPT-Verfahren leicht modifiziert werden und die Punkte 4. und 5. müssten lauten: „mit nonverbalen und verbalen Mitteln, die den Körper als Ausgangspunkt nehmen“.

Zur klaren Definition der Körperpsychotherapieverfahren ist eine weitere Abgrenzung nötig. Eine Reihe psychotherapeutischer Verfahren verwenden unter anderem auch körperpsychotherapeutische Übungen bzw. so genannte „Körpertechniken“, wie beispielsweise die Gestalttherapie von Perls (1976) oder der systemtheoretische Ansatz von Virginia Satir (1972). Diese Verfahren zielen jedoch nicht in erster Linie auf ein therapeutisches Einwirken auf die Psyche bzw. die Leib/Seele-Einheit via den Körper, wie bei den KPT im engeren Sinne, sondern die jeweils verwendeten körpertherapeutischen Übungen werden als ein Element unter vielen betrachtet. Aus diesem Grund werden derartige Ansätze hier nicht berücksichtigt, sondern als „psychotherapeutische Verfahren, die auch körpertherapeutische Elemente beinhalten“, bezeichnet.

Der Forschungsstand im Bereich der Körperpsychotherapieverfahren

Zur wissenschaftlichen Fundierung der KPT werden unterschiedliche Forschungsmethoden herangezogen, die sich in vier Bereiche einteilen lassen.

Eine Reihe von KPT-Ansätzen beziehen sich überwiegend auf bereits *vorhandene Forschungsergebnisse*, z. B. Forschung zur nonverbalen Kommunikation, Säuglingsforschung, Physiologie etc., um ihre Grundannahmen zu untermauern (Maurer 1987).

Laut Boadella (1997) lassen sich schätzungsweise 5000 *Case-Studies* zu verschiedenen Formen der KPT finden, die sich auf eine Vielfalt verschiedener Indikationen beziehen. Die Dokumentationen dieser Fallbeschreibungen zeichnen sich durch eine sehr heterogene Qualität

aus. Eine Berücksichtigung dieser Einzelfalldarstellungen würde den Rahmen dieser Arbeit allerdings sprengen.

Zunehmend wird die Durchführung *qualitativer Analysen* bzw. *Prozess-Analysen* von KPT-Vertretern propagiert (Boadella 1997). Derartige Forschungsdesigns zielen eher auf die Konstruktbildung bzw. die Erforschung spezifischer Wirkelemente spezieller KPT ab als auf ein Outcome-Monitoring. Wegen der später angedeuteten Komplexität und Spezifität dieser Forschungsansätze werden auch Arbeiten diesen Typus im Rahmen der Übersicht nicht berücksichtigt.

Es bleiben als vierte Kategorie die *empirisch-evaluativen Ansätze* zur Erfassung einzelner Aspekte von KPTs bzw. deren Wirksamkeit übrig, die als Grundlage dieser Arbeit dienen. Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, die sich auf die Datenbanken MEDLINE (Jahrgänge 1966–2005), PsycLit (Jahrgänge 1887–2002), PsycINFO (Jahrgänge 1806–2005), EMBASE (Jahrgänge 1974–2005) sowie die 1143 Literaturhinweise umfassende Bibliographie deutschsprachiger Literatur von Geuter (1998) und die Übersicht von Röhrich (2000) erstreckte. Hieraus wurden die empirisch-evaluativen Arbeiten extrahiert.

Empirische Prüfungen einzelner Körperpsychotherapieverfahren

In den folgenden Abschnitten werden die von den Autoren gesichteten und entsprechend den eingangs beschriebenen Kriterien ausgesuchten Studien zur KPT vorgestellt. Hierzu wurden die Studien, sofern möglich, spezifischen Therapieansätzen zugeordnet, die jeweilige Methode wird vorab kurz beschrieben.

Studien zu integrierten Körperpsychotherapieansätzen

Einige der gefundenen Arbeiten untersuchen die Wirksamkeit von Körperpsychotherapien, die Elemente verschiedener körperpsychotherapeutischer Verfahren integrieren.

Weber et al. (1994) stellen eine Verlaufsuntersuchung vor, in der zweimal wöchentlich für je eine Stunde eine bewegungstherapeutische Mischung aus der Bewegungstherapie nach Scharfetter, der Konzentrativen Bewegungstherapie nach Stolze und der Sensory Awareness nach Selver angewendet wurde.

Insgesamt 87 konsekutiv aufgenommene Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen wurden bei Aufnahme mit einer Befindlichkeitskala, einer Beschwerdeliste, einem Körperfragebogen, dem Beeinträchtigungsschwere-Score sowie einem Fragebogen zur körperbezogenen Kontrollüberzeugung untersucht. Nach vier Wochen wurden 70 Patienten erneut evaluiert. Anschließend wurden Patienten, die an mindestens fünf KPT-Sitzungen teilgenommen hatten, als Teilnehmer (n = 38) und die anderen (n = 32) als Nicht-Teilnehmer klassifiziert.

Im Gegensatz zu den Nicht-Teilnehmern zeigten die Teilnehmer signifikante Verbesserungen zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten in bezug auf Allgemeinbefindlichkeit und -beschwerden, während körperbezogene Einstellungen und Kontrollüberzeugungen sich kaum veränderten. Bei allen selbstbeurteilten Parametern sowie dem durch die Ärzte eingeschätzten Störungsschweregrad war eine Verbesserung mit der gleichen Ausprägung in beiden Gruppen zu verzeichnen. Leider wiesen die Teilnehmer einen geringeren Störungsschweregrad zu Beginn der Untersuchung auf, was die Interpretation der Ergebnisse erschwert.

In den 60er- und 70er-Jahren wurden mehrere Studien bei schizophren erkrankten Menschen durchgeführt, die allesamt unterschiedliche körperpsychotherapeutische Interventionen integrierten.

Goertzel et al. (1965) behandelten chronisch-regressive schizophrene Patienten (n = 60) in ei-

ner randomisierten Kontrollstudie mit einer als „Body-ego technique/BET“ beschriebenen Körperpsychotherapie, die Patienten in der Kontrollgruppe (n = 55) nahmen an einer Musiktherapie teil (3 Monate, 3 x wöchentlich). Die Outcome-Messungen wurden von unabhängigen Untersuchern evaluiert und es zeigte sich eine signifikante generelle Besserung der Psychopathologie und des Kontaktverhaltens sowie – in der Fremdeinschätzung durch die Pflegekräfte – der Motilität und der allgemeinen Funktionalität in der Experimentalgruppe (BET).

In einer weiteren randomisiert-kontrollierten Pilotstudie bei chronisch schizophrenen, hospitalisierten Patienten (n = 12) untersuchten Nitsun et al. (1974) die Effektivität einer KPT, die Elemente der „Body-ego-technique“ in eine Bewegungs- und Dramatherapie integrierte (22 Sitzungen, eine wöchentlich) im Vergleich mit einer Gruppentherapie bei vergleichbaren Patienten (n = 12). Dabei fanden sie im Ergebnis eine allgemeine Symptombesserung in beiden Gruppen sowie eine signifikante Verbesserung des Körperbildes, der Selbstwahrnehmung von Persönlichkeitsmerkmalen, eine Abnahme von Rastlosigkeit und eine Verbesserung des Sozialverhaltens.

Eine Gruppe von insgesamt 37 akut schizophren erkrankten Patienten wurde in einer 1976 veröffentlichten nicht-randomisierten klinischen Studie von Maurer-Groeli (1976) hinsichtlich der therapeutischen Wirkung einer als „Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie/KGT“ bezeichneten integrierten KPT untersucht (wahrnehmungsgesteuerte Selbst-Exploration des Körpers, Erkunden des Selbst-Bezuges zum Körper, körperbezogene Wertschätzung im Rahmen einer Gesprächsgruppenpsychotherapie). 21 Patienten nahmen zusätzlich zur klinischen Behandlung dreimal wöchentlich an der einstündigen KGT teil, die für diese Patienten (nicht aber für die Patienten in der Vergleichsgruppe, n = 16) in dieser Zeit an die Stelle der Ergotherapie trat. Diejenigen Patienten, die unter „Leibeserlebensstörungen“ litten, besserten sich signifikant stärker im Hinblick auf die gemessenen Ich-Funktionen als die Patienten in der Vergleichsgruppe.

Eine Studie von Andres et al. (1993) zielte vor allem darauf ab, den gelegentlich geäußerten Vorbehalt zu widerlegen, dass KPT bei Patienten mit massiven frühen Störungen Angst auslösen würde.

Insgesamt $n = 10$ schizophrene Patienten nahmen über drei Monate wöchentlich an zwei bis drei Sitzungen KPT teil. Hierbei wurden körpertherapeutische Elemente von verschiedenen, nicht näher spezifizierten KPT-Verfahren entliehen. Ab der vierten KPT-Sitzung wurden verschiedene Parameter jeweils unmittelbar vor und nach den KPT-Übungen erhoben. Gemessen wurden Hautleitwert, Puls, Befindlichkeit und Aufmerksamkeit.

Nach den KPT-Stunden wurde bei den Patienten ein deutlicher Entspannungseffekt mit signifikant veränderten Pulsraten und Hautleitreaktionen sowie eine signifikante Verbesserung der Befindlichkeit festgestellt. Bei der Aufmerksamkeit konnte hingegen keine bedeutsame Verbesserung nachgewiesen werden.

Hinsichtlich der Bemühungen zur Evaluation der KPT bei schizophrenen Störungen ist schließlich eine weitere Studie zu erwähnen; einer der Mitautoren dieser Übersichtsarbeit war an einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie zur Evaluation der Wirksamkeit einer integrierten KPT bei ausgeprägten Negativsymptomen chronisch schizophrener Patienten beteiligt (Röhrich und Priebe, im Druck). In dieser Studie wurden 24 Patienten körperpsychotherapeutisch entlang eines Manuals behandelt (20 Therapiesitzungen über 10 Wochen) und die 21 Patienten in der Kontrollgruppe mit supportiver Gesprächstherapie. Im Ergebnis zeigte sich eine im Vergleich mit der Kontrollgruppe signifikante Reduktion der Negativsymptomatik, bei 50% der Patienten hatten sich die Psychopathologie-Scores nach Therapie um mehr als 20% verbessert (Range: 20-46%), was allgemein in der Literatur als ein klinisch relevantes Behandlungsergebnis angesehen wird und vergleichbar ist mit den durch so genannte atypische Neuroleptika erzielten medikamentösen Behandlungsergebnissen. Die gemessenen Effektsstärken der Veränderung waren insofern äquivalent zu den bei medikamentöser Therapie und

vergleichbaren Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie beschriebenen Ergebnissen. Eine Zunahme an akuter Positivsymptomatik war entgegen in der Literatur häufig geäußerter Befürchtungen nicht zu verzeichnen.

Monsen und Monsen (2000) führten eine Untersuchung an $n = 40$ Patienten mit chronischen Schmerzen durch. Während 20 Patienten 33 Sitzungen einer psychodynamisch orientierten KPT erhielten, wurden die anderen 20 Patienten nach einem Standardschema mit Physiotherapie, Analgetika und Beratungsgesprächen behandelt oder erhielten keinerlei spezifische Therapie. Sowohl nach Therapieende als auch katamnestisch nach einem Jahr zeigte sich in der KPT-Gruppe eine stärkere Symptomreduktion als in der Kontrollgruppe. Die Hälfte der mit KPT behandelten Patienten waren nach der Therapie weitgehend schmerzfrei. Auch in den Variablen Depression und Ängstlichkeit wurden deutliche Verbesserungen erzielt.

An dieser Stelle soll auch eine – noch laufende – in Teilaspekten publizierte (Koemeda et al. 2003) prospektive, klinische KPT-Studie erwähnt werden, in der unterschiedliche körperpsychotherapeutische Verfahren hinsichtlich ihrer Effizienz im ambulanten Bereich evaluiert werden. Der Evaluation liegen im wesentlichen die Selbsteinschätzungen der Patienten (Fragebögen) zugrunde. Bei den 2003 veröffentlichten Ergebnissen zeigten sich für die Patienten in KPT (Hauptdiagnosen: affektive Störungen, neurotische Störungen sowie Belastungsstörungen und somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen) keine Nachteile im Vergleich mit anderen ambulanten Psychotherapien. Bei den insgesamt 21 Patienten, die Ihre Behandlung beendet hatten (durchschnittlich 69 Sitzungen) zeigten sich Verbesserungen in den Selbsteinschätzungen aller Skalen (Angst, Depression, physische Probleme, interpersonelle Probleme).

Studien zu spezifischen Körperpsychotherapieverfahren

Bioenergetik

Die Bioenergetische Analyse (BE) stellt eine tiefenpsychologisch fundierte Körperpsychotherapie dar, die von Alexander Lowen und (in den Anfängen) John Pierrakos aus Ansätzen von Sigmund Freud und Wilhelm Reich weiterentwickelt wurde.

Das theoretische Konzept der BE beruht auf der Annahme einer engen Verflechtung geistig-seelischer und körperlicher Vorgänge. Nicht nur im psychischen Unbewussten, sondern auch im Körper werden wichtige Lebenserfahrungen eines Individuums gespeichert, wo sie über Atmung, Haltung, Bewegung sowie Erleben und Verhalten Ausdruck finden. Unterdrückte Emotionen sowie Spaltungen zwischen Wahrnehmen, Fühlen, Denken und Tun münden in chronifizierte Abwehrhaltungen, die oftmals mit psychosomatischen Beschwerden einhergehen.

In der BE wird versucht, durch gezielte Körperinterventionen verbunden mit einer verbalen Bearbeitung dem Patienten einen Zugang zum eigenen Selbst zu ermöglichen. Die zentralen Bestandteile der BE sind Interventionen auf der Körperebene, die mit einer psychoanalytischen Zugangsweise verbunden werden (Ventling, Gerhard 2000).

Im Rahmen einer katamnestischen Studie von Gudat (1997) wurde die Wirksamkeit der Bioenergetisch-analytischen Therapie (BAT) bei $n = 309$ Patienten mit unterschiedlichen Störungen nach Therapieabschluss untersucht.

Die teilnehmenden Therapeuten hatten sich verpflichtet, alle von ihnen im Untersuchungszeitraum durchgeführten Therapien zu dokumentieren. Neben soziodemographischen Variablen wurden Therapiemotivation und -dauer sowie als Ergebnismaße die „Global Assessment of Functioning“ (GAF) aus dem DSM-III-R und der Veränderungsfragebogen des Verhaltens und Erlebens (VEV) erhoben. Für die Beurteilung des

Therapieeffekts wurde die Anzahl der Patienten bestimmt, die remittiert bzw. gebessert waren.

Unabhängig von der Diagnose wurden 59,4% der Patienten retrospektiv als remittiert und 86,3% als gebessert eingestuft. Für keine der untersuchten Krankheitsbilder wurde eine generelle Verschlechterung gefunden. Besonders günstige Ergebnisse wurden bei der Behandlung von neurotischen Angststörungen, neurotischen Depressionen und psychosomatischen Erkrankungen erzielt. Dabei zeigte sich, dass die Therapiedauer positiv mit dem Ausmaß des Therapieerfolgs korrelierte. Um die BAT mit anderen Therapieformen zu vergleichen, wurden die VEV-Werte mit den Befunden aus Wirksamkeitsstudien verschiedener Therapieformen verglichen. Dabei erreichten die mit BAT Behandelten die höchsten Werte. Allerdings basiert dieser Vergleich auf einer Gegenüberstellung der BAT als Langzeittherapie mit einer mittleren Behandlungsdauer von 75,3 Stunden mit überwiegend Kurzzeittherapien.

Ventling und Gerhard (2000) führten eine retrospektive Erfassung der Wirksamkeit und Stabilität der durch Bioenergetik erzeugten Effekte durch.

Hierzu befragten sie alle Patienten, die in der deutschsprachigen Schweiz von Mitgliedern der Schweizerischen Gesellschaft für Bioenergetik (SGBAT) behandelt und ihre Behandlung zwischen 1991 und 1996 abgeschlossen hatten ($n = 1399$) sowie mindestens 20 Stunden Therapie absolviert hatten ($n = 319$). Bei einem Rücklauf von 49% konnten $n = 142$ erwachsene Patienten in der Zeitspanne von sechs Monaten bis sechs Jahren nach Therapieende zu ihrem psychischen und körperlichen Befinden, zu interpersonellen und psychosomatischen Problemen sowie zur Auswirkung von Körperarbeit auf Körperbewusstsein, Einsichten und Lebensqualität befragt werden. 36% der Befragten gaben an, ihre Therapieziele ganz und 57% teilweise erreicht zu haben; nur 7% waren der Ansicht, die Ziele gänzlich verfehlt zu haben. Weiterhin bewerteten 62% ihren allgemeinen psychischen Zustand als gebessert, bei 45% verbesserte sich subjektiv das Ausmaß der Selbstannahme, bei 41% das Selbstwertgefühl und bei 39% das Durchset-

zungsvermögen. 35% berichteten eine bessere Kontakt- und 25% eine gesteigerte Arbeitsfähigkeit.

Bei einer früheren Untersuchung zur Effektivität einer als „bioenergetische Methode“ beschriebenen KPT von Houde und Tetreau (1981) hatte sich gezeigt, dass physiologische und psychometrische Messungen sich unter der Therapie im Vergleich mit den Kontrollbedingungen (Entspannungstherapie oder keine Intervention) bei den 39 Probanden in der Experimentalgruppe verschlechterten (Zunahme der Angst-Scores); des weiteren zeigte sich diese Gruppe entgegen der Hypothesen nicht gebessert hinsichtlich der Selbstwahrnehmung. Die Ergebnisse werden interpretiert als Ausdruck einer Einflussnahme der Therapie auf das innere Gleichgewicht.

Funktionelle Entspannung

Die Funktionelle Entspannung (FE) wurde vor dem Hintergrund der Anthropologischen Medizin Viktor von Weizsäckers in der Zeit zwischen 1946 und 1956 von Marianne Fuchs entwickelt.

Die Wirkung der FE beruht hypothetisch auf drei Wirkkomponenten: Kleinste Bewegungen verschiedener Gelenke werden beim Ausatmen durchgeführt und dadurch an den autonomen Atemrhythmus gekoppelt. Gleichzeitig wird die Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper, insbesondere auf die durch kleinste Bewegungen erzeugten Veränderungen des Körperempfindens und die autonomen Körpervorgänge gelenkt. Die wahrgenommenen Körperempfindungen, die Veränderungen und deren subjektive Bedeutung werden vom Patienten im Rahmen eines dialogischen Prozesses verbalisiert. Dabei gelten drei Grundregeln: Die Bewegungen werden beim gelösten Ausatmen ausgeführt und nur wenige Male wiederholt; anschließend erfolgt bewusstes Nachspüren.

Ziel der FE ist eine Intensivierung des Körperempfindens (Propriozeption), Wahrnehmung des eigenen Rhythmus und Umsetzung der körperlichen Wahrnehmungen des Patienten in Sprache. Obwohl die FE eine enge Beziehung zu psychoanalytischen Verfahren hat, weist sie durch

ihr Bestreben, die Selbstverwirklichung des einzelnen zu fördern, doch auch Gemeinsamkeiten mit Humanistischen Strömungen auf (Schüffel 1988; Arnim 1994; Fuchs 1997).

Von 90 Asthmapatienten einer Universitätsklinik wurden im Anschluss an eine einjährige Gruppentherapie 31 Patienten für eine Studie von Deter und Allert (1983) rekrutiert. Die Probanden wurden randomisiert einer von drei Behandlungsgruppen zugewiesen: Psychoedukation (PE) zusammen mit FE; PE mit autogenem Training (AT) sowie eine Warteliste-Kontrollgruppe. Zur Bewertung der Kosten-Nutzen-Relation dieser Therapien wurden soziodemographische Variablen, Krankheitsdauer, Anzahl der schweren Asthmaanfälle im letzten Jahr, Anzahl der stationären Aufenthalte und Arztbesuche erhoben sowie Lungenfunktionstests vor und nach der Therapie sowie eineinhalb Jahre nach Abschluss der Gruppe durchgeführt.

Die behandelten Patienten (PE und FE sowie PE und AT) zeigten im Vergleich zu den unbehandelten eine signifikante Verringerung in der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr und ein signifikantes Absinken des Medikamentenverbrauchs und der Arztbesuche pro Jahr. Die Resultate der Lungenfunktionstests zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Interessant ist in diesem Zusammenhang noch der Befund, dass die Patienten der AT-Gruppe deutlich weniger Körperempfindungen verbalisieren konnten als die der FE-Gruppe.

Mit dem Ziel der Überprüfung, ob ein im Anschluss an Patientenschulungen durchgeführtes Entspannungstraining sowohl im Hinblick auf medizinische als auch psychologische Maße einen zusätzlichen Effekt zeigt, führten Sachs et al. (1993) eine Studie durch.

Das verwendete Entspannungstraining umfasste Grundübungen des Autogenen Trainings sowie Übungen der FE. 49 ausgewählte Patienten nahmen am Entspannungstraining teil, während bei einer Kontrollgruppe aus 37 Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen kein zusätzliches Verfahren zur Anwendung kam. Die Gruppenzuweisung erfolgte nicht in randomisierter Form. Zu Beginn und nach Abschluss der

Therapie wurden folgende Parameter erhoben: Lungenfunktionstest, Patiententagebuch, Spielbergers Angstskala, eine modifizierte Beschwerdeliste und der Fragebogen zur Krankheitsbewältigung nach Ziegler.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnten in der Therapiegruppe folgende signifikante Veränderungen festgestellt werden: Verbesserung des intrathorakalen Gasvolumens, Reduktion der Trait-Angst, Verringerung von Atemnot und Asthmaanfällen, Besserung von Schlafstörungen und morgendlichem Hustenreiz, Reduktion des Medikamentenbedarfs und eine Verbesserung der subjektiven Bewältigungskompetenzen.

Loew et al. (1994) untersuchten 69 Patienten, bei denen ein Colon irritabile diagnostiziert wurde.

Diese Personen wurden in zwei Gruppen zufallsverteilt (12 Studienabbrecher): eine Medikamenten-Plazebogruppe (KG, $n = 27$) und eine Gruppe, die an einer 10-stündigen FE-Kurztherapie teilnahm ($n = 30$). Anhand visueller Analog-Skalen wurde das Ausmaß der Belastungen durch Symptome, Schmerzen im Alltag und das subjektive Krankheitsgefühl sowie verschiedene andere Parameter wie Lebenszufriedenheit, allgemeines Wohlbefinden, Stress oder Müdigkeit erhoben. Bei allen Patienten wurden fünf Messungen vorgenommen: eine Baseline-Untersuchung zu Therapiebeginn und Verlaufsmessungen nach sechs und 12 Wochen, bei Therapieabschluss sowie 18 Wochen nach Therapieende.

In der FE-Gruppe wurde die Beeinträchtigung durch Schmerzen im Alltag, die Belastung durch Krankheit und das subjektive Krankheitsgefühl im Vergleich zur Plazebogruppe signifikant gesenkt. Dieser Unterschied blieb auch nach Therapieende stabil.

Konsekutiv aufgenommene Patienten mit reversibler Obstruktion der Atemwege bei unterschiedlichen Grunderkrankungen, die wegen einer diagnostischen Routineabklärung vorsprachen, wurden in einer Pilotstudie von Loew et al. (1996a) untersucht.

Die Outcome-Parameter waren dabei Vitalkapazität, forcierte Vitalkapazität, intrathorakales Gasvolumen und Atemwegwiderstand. Bei pa-

thologischem Atemwegwiderstand unterzogen sich die Patienten einem Bronchospasmodolysetest, bei dem jeweils eine Gesamtdosis von 0,5 mg Terbutalin verabreicht wurde. Nach 15 Minuten wurden die Lungenfunktionstests erneut durchgeführt. In einem Test-Retest-Design wurde am darauffolgenden Tag zur gleichen Zeit eine Zweitmessung unter denselben Bedingungen erhoben. Wenn sich erneut pathologische Werte ergaben, wurde den Patienten das Angebot gemacht, sich in eine standardisierte Kurzform der FE einweisen zu lassen. Zwei, fünf und zehn Minuten nach der Einweisung wurde bei $n = 29$ Patienten wieder die Lungenfunktion gemessen.

Für beide Interventionsarten wurden signifikante Unterschiede zwischen den zwei Messzeitpunkten gefunden. Ausgehend von dem Kriterium einer Besserung zwischen der ersten und zweiten Messung von mindestens 20%, erreichten 48% der FE-Behandelten und 55% der medikamentös behandelten Patienten deutlich bessere Werte.

Analog zur vorangegangenen Studie wurden 17 Asthmapatienten mit akuter Atemobstruktion von Loew et al. (1996b) konsekutiv evaluiert.

Mit Ausnahme, dass die zweite Messung erst nach 15 Minuten erfolgte und, dass die Patienten bei dieser Erhebung keine bronchodilatative Medikation in den vorangegangenen 12 Stunden nehmen durften, wurde die Studie von Loew et al. (1996a) repliziert.

In einer kontrollierten, prospektiven, einfach blinden Studie wurden 18 an Asthma bronchiale erkrankte Kinder und Jugendliche an drei aufeinanderfolgenden Tagen stets zur gleichen Uhrzeit von Loew et al. (1994) untersucht und behandelt.

Im Cross-Over-Design erhielten die Patienten in randomisierter Reihenfolge jeden Tag eine von drei Behandlungsformen: eine standardisierte Kurzform der FE, ein Plazebo-Entspannungsverfahren oder eine medikamentöse Bronchospasmodolyse mit Salbutamol. Nach einer Baselineerhebung unterzogen sich die Probanden je einer der drei Treatmentbedingungen, die sie zehn Minuten praktizieren sollten. Lediglich die medikamentös behandelten Patienten sollten sich in der

Zeit ausruhen. Anschließend erfolgte eine zweite Lungenfunktionsmessung mit den Zielvariablen totaler und spezifischer Atemswegswiderstand. Die Datenauswertung erfolgte auf der Basis der prozentualen Abweichungen vom nach Alter, Größe und Gewicht standardisierten Sollwert.

Es ergaben sich bezüglich der Basisparameter keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Ebenso zeigten sich auch für die Baselinemessungen aller drei Tage keine signifikanten Unterschiede. Bei den FE-Behandlungen wurden nach den ersten Sitzungen jedoch signifikante Senkungen beider Zielvariablen gefunden. Auch nach Salbutamol verringerten sich diese Parameter signifikant. Für das Placeboverfahren konnten keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse zur Effektivität der FE bei bronchialobstruktiven Beschwerden konnten von Loew et al. (2001) in einer weiteren Studie repliziert werden. Auch in dieser randomisierten einfachblinden, prospektiven Crossover-Studie konnte ein signifikant besseres Abschneiden der FE gegenüber einer Placebo-Körpertherapie gezeigt werden, wenngleich der Effekt etwas niedriger als in der medikamentösen Kontrollgruppe mit inhaliertem Terbutalin war.

Auch bei Patienten mit chronischem Spannungskopfschmerz konnten Loew et al. (2000) einen positiven Effekt der FE zeigen. In einer randomisierten, prospektiven, einfachblinden und durch ein Placebo-Entspannungsverfahren kontrollierten Studie wurden 12 gematchte Paare chronischer Kopfschmerzpatienten untersucht. Die Patienten wurden nach einer 45-minütigen Einweisung angehalten, das jeweilige Therapieverfahren über zwei Monate möglichst häufig zu üben. Als Outcome-Parameter diente ein Schmerztagebuch, in dem sich ein signifikanter Vorteil der FE zeigte.

Konzentrierte Bewegungstherapie

Nach Kost (1974) lassen sich die Anfänge der Konzentrierten Bewegungstherapie (KBT) zu Elsa Gindler zurückverfolgen und wurden von den

Gindler-Schülern Miriam Goldberg, Gertrud Heller und Helmuth Stolze weiterentwickelt. Die KBT wird meist innerhalb eines analytischen Rahmens eingesetzt (Stolze 1977 und 1992), lässt sich aber auch unabhängig davon in die klinische Praxis integrieren (Kost 1974). Die therapeutische Wirkung wird nicht durch Erlernen von Übungen oder Vermittlung vorgeprägter Vorstellungsinhalte angestrebt, sondern der Patient wird auf dem Weg des Sich-Erspürens im Rahmen der Wahrnehmung von sinnhaft motivierter Bewegung zunächst zum möglichst unvoreingenommenen Erleben seiner selbst, und damit zu einem neuen Selbstgefühl motiviert.

Baumann (1994) versuchte im Rahmen einer mehrdimensionalen, stationären, tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Behandlung älterer Patienten den Stellenwert einer an KBT orientierten Gruppenpsychotherapie im Vergleich zu analytisch orientierter Gestaltungstherapie sowie körpertrainierenden Maßnahmen zu überprüfen. Dazu wurde eine Stichprobe von $n = 600$ Patienten mittels eines speziell konstruierten Fragebogens mit je drei Fragekomplexen am Ende der Therapie untersucht.

Insbesondere für das Therapieziel der Korrektur eines negativen Altersbildes konnte für das leiborientierte Psychotherapieverfahren ein geschlechtsunabhängiger Effekt auf hohem Signifikanzniveau gesichert werden. Daneben scheint die KBT insbesondere das persönliche Krankheitsverständnis und die Einsicht in psychosomatische Zusammenhänge günstig zu beeinflussen, wobei sich eine deutliche Abhängigkeit der Therapieesonanz von der durch die therapeutische Beziehung modulierten Motivation der Klienten zeigte.

Seidler und Schreiber-Willnow (2004) untersuchten den Einfluss des Körpererlebens auf den Behandlungsverlauf in einer stationären KBT-Gruppe; unter Anwendung eines speziell für die KBT entwickelten Fragebogens zur Erfassung der Gruppenerfahrung in der KBT wiesen sie die insgesamt 62 Patienten drei bestimmten, auf das Körpererleben bezogenen Untergruppen zu (negatives, fragiles oder neutrales Körpererleben). Die Patienten in der Studie hatten eine sehr hete-

rogene Diagnose-Verteilung (nach ICD-9): Neurose 24%, Persönlichkeitsstörung 40%, funktionelle somatische Störung psychischen Ursprungs 19%, Ess- und Schlaf- und Schmerzstörung 5%, Anpassungsstörung 7%, psychosomatische Erkrankung 3% und psychotische Erkrankung 2%. Sie fanden, dass die Therapie bei den drei Gruppen zu gleichen Resultaten führte und somit das Körpererleben entgegen der Erwartungen keinen prediktiven Wert hinsichtlich des Behandlungserfolges hatte.

Im Rahmen einer 2-Jahres-Katamnese wurde das Körpererleben von 34 Patienten mit gemischten Diagnosen (ICD-9: Neurose 24%, Persönlichkeitsstörung 30%, körperliche Funktionsstörung psychischen Ursprungs 24%, sonstige Diagnosen 24%) nach Behandlung mit KBT im stationären Setting untersucht (Schreiber-Willnow und Seidler 2005). Dabei kamen verschiedene Therapieangebote zur Anwendung. Die Veränderungen des Körpererlebens (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, FbK) wurden mit den Veränderungen der Symptome (Symptom-Check-Liste, SCL-90-R) und der als „interpersonell“ skizzierten Probleme im Verlauf verglichen. Die Ergebnisse der Studie beschreiben ein im Laufe der Behandlung gebessertes und katamnestic stabiles Körpererleben und eine ebensolche longitudinale Besserung der Symptome, die interpersonellen Probleme waren erst zum Katamnesezeitpunkt gebessert, wobei die Autoren ausdrücklich darauf verweisen, dass offen bleibt, inwieweit die Verbesserungen im Körpererleben im Zusammenhang stehen mit dem im Verlaufe der KBT-Behandlung erzielten besseren Zugang zum Körper oder sich unabhängig von der körperorientierten Psychotherapie entwickelten.

Tanztherapie sowie Tanz- und Bewegungstherapie

Der Einsatz von rituellen Tänzen zur Kommunikation mit der Geisterwelt und damit auch als Heilungszeremonie ist vermutlich eine der ältesten Formen der Körpertherapie. Über die Entwicklung des modernen Ausdruckstanzes zu An-

fang des letzten Jahrhunderts fand der Tanz Eingang in psychotherapeutische Behandlungskonzepte.

Die Tanztherapie versucht über Bewegung einen Heilungsprozess in Gang zu setzen. Grundlegende spielerische und tänzerische Bewegungselemente werden in der Improvisation genutzt, um zu einer Integration von Leib und Seele, von Gefühl und Körperlichkeit zu gelangen. Dabei konzentriert sich der Tanztherapeut auf das Ausdrucks-, Anpassungs- und Kommunikationsverhalten des Patienten und nimmt über das Medium der Bewegung Kontakt zum Patienten auf, so zum Beispiel durch Spiegelungen der Bewegungen des Patienten (Duggan 1987). Als Ziel der Tanztherapie wird die authentische, selbstbestimmte Bewegung genannt. Bisher verborgene oder unterdrückte Konflikte und Emotionen sollen freigelegt, dargestellt und integriert werden. Hierzu kann ergänzend auch die verbale Ebene herangezogen werden.

Im englischen Sprachraum ist eine erweiterte Fassung der Tanztherapie als „Dance/Movement Therapy“ (DMT) verbreitet, die von der American Dance Therapy Association definiert wird als eine Behandlung, in der der therapeutische Einsatz von Bewegung die physische und emotionale Integration des Individuums fördert. DMT nutzt in psychotherapeutischer Hinsicht Bewegung und Tanz, durch die das Individuum kreativ in einen Prozess der Integration emotionaler, kognitiver, physischer und sozialer Aspekte eintreten kann. DMT basiert auf der Grundannahme, dass Bewegung Denk- und Fühlmuster repräsentiert. Durch die Akzeptanz und Unterstützung der Bewegungen ermutigt der Therapeut den Klienten zur Weiterentwicklung und Integration neuer adaptiver Bewegungsmuster im engen Zusammenhang mit den diese begleitenden emotionalen Erfahrungen. In einer Pilotstudie untersuchten Lausberg et al. (1988) das Bewegungsverhalten von n = 21 Patienten mit verschiedenen psychosomatischen Diagnosen bei der Tanztherapie im Rahmen einer stationären psychosomatischen Behandlung.

Um Veränderungen des Verhaltens unter Therapie sowie störungsspezifische Bewegungsmus-

ter auswerten zu können, wurden die Patienten in der ersten und letzten Therapiestunde angewiesen, ihre momentane Befindlichkeit in Bewegung auszudrücken.

Die mittels speziell entworfener Ratingskalen von zwei unabhängigen Tanztherapeuten ausgewerteten Videomitschnitte ließen Veränderungen erkennen in Richtung eines stabileren Gleichgewichts, einer progressiveren Bewegungsformung, mehr streuenden Bewegungsrichtungen, einer weiteren Kinesphäre, mehr genutztem Raum und einer verringerten Distanz zum Therapeuten.

Zwar lassen sich kausale Rückschlüsse unter Berücksichtigung der parallel durchgeführten ergänzenden Therapieangebote nur schwer ziehen; die erzielten Änderungen des Bewegungsverhaltens erinnern jedoch deutlich an Erfolgskriterien primär psychisch orientierter Therapieansätze wie gestärktes Selbstbewusstsein, höhere Flexibilität und verbesserte Beziehungsfähigkeit.

Larisch (1993) führte an einer tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Fachklinik eine deskriptive Untersuchung zum Selbsterleben von Patienten in der Tanztherapie aus retrospektiver Sicht bei Patienten mit einer Essstörung durch.

Dazu wurde ein teils qualitativer, teils quantitativer „Fragebogen zur Erfahrung mit und zur Veränderung durch Körpertherapie“ konstruiert und einer Stichprobe von $n = 63$ Patienten direkt im Anschluss an die Therapie sowie nach halbjähriger Katamnese vorgelegt.

Bei einem Rücklauf von 39% wurden Vorerfahrung und Einstellung zu Tanztherapie, Veränderungen im emotionalen und Körpererleben und die abschließenden Bewertungen der Tanztherapie wie auch der Therapie insgesamt erfasst.

Die Patienten schätzten die Tanztherapie zu 81% als wichtig ein und waren mit dem Therapieverlauf zufrieden, was sich in der Tatsache widerspiegelt, dass 90% bei entsprechender Möglichkeit auch künftig an einer Tanztherapie teilnehmen würden.

Als subjektive Wirkfaktoren wurden positives Erleben (39%), anregende Wirkung (25%), die Möglichkeit einen neuen Zugang zu sich selbst

zu finden (18%) sowie das Erlebnis von Spaß und Freude (11%) angegeben.

Brooks und Stark (1989) verglichen den Effekt von DMT mit einer Kontrollgruppe ohne Therapie; in dem Studiendesign wurden die Probanden auf vier Gruppen verteilt ($2 * n = 20$ hospitalisierte psychiatrische Patienten versus $2 * n = 20$ nicht-hospitalisierte Probanden). Im Ergebnis zeigte sich nur bei den mit DMT behandelten Probanden eine signifikante Reduktion der Depressions- und Angst-Scores, wobei die beiden Gruppen sich nicht signifikant unterschieden (Selbsteinschätzungen mittels einer Affekt-Checkliste).

Eine Metaanalyse zur Effektivität der Tanz- und Bewegungstherapie (DMT) wurde von Ritter und Low (1996) publiziert; die Autoren basieren ihre Übersicht auf einer Datenbank-Literatursuche (PsycLIT, MEDLINE und Dissertation Abstracts) und identifizierten auf diese Weise all die publizierten Studien, in denen die Anwendung der DMT evaluiert wurde. Auf diese Weise identifizierten die Autoren insgesamt 23 Studien, davon 14 kontrollierte Studien und neun klinische Kohorten-Studien. Nur sieben Studien beziehen sich dabei auf Patienten mit psychiatrischen Diagnosen im engeren Sinne (Schizophrenie, Zwangsstörung, Persönlichkeitsstörungen). Die Outcome-Variablen unterschieden drei Kategorien an Studien: Körperwahrnehmung ($n = 11$), Bewegungsverhalten ($n = 7$) und psychologische Veränderungen ($n = 14$). Die Autoren beschrieben moderate Effekte (effect sizes errechnet als r nach Rosenthal) für die Patienten mit psychiatrischen Diagnosen (im Mittel $r = .37$) und die stärksten Effekte hinsichtlich der Minderung von Angstsymptomen ($r = .70$) und interpretieren dies als einen spezifischen Effekt der DMT auf die Muskelrelaxation. Die methodologischen Einschränkungen werden explizit beschrieben (Mangel an Kontrollbedingungen und standardisierten Outcome-Kriterien bzw. Messmethoden, fehlende Randomisierung).

Zusammenfassung und Diskussion

Eine Sichtung der publizierten Literatur zur Körperpsychotherapie zeigt, dass zahlreiche Einzelfall-, Kohorten/Cross-sectional-Studien mit unterschiedlicher Methodik in der Zeit 1970-2005 bei gesunden Normalpersonen sowie "Neurosen" und Drogenmissbrauch durchgeführt wurden; diese Studien weisen auf eine Wirksamkeit der körperorientierten Interventionen bzgl. der Zunahme der Zufriedenheit mit dem Körper, einer verbesserten Selbstwahrnehmung und einer Zunahme an Selbst-Wert, sowie die Abnahme muskulärer Spannung hin.

Entsprechend der Kriterien dieser Übersicht liegen empirische Studien für eine integrierte/schulenübergreifende KPT sowie die Bioenergetik, Funktionelle Entspannung, Konzentrierte Bewegungstherapie und Tanztherapie vor.

Im Hinblick auf den „Goldstandard“ einer Etablierung von „Evidenz-basierten“ Therapieverfahren in der klinischen Versorgung mittels randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) ergibt sich für die KPT derzeit folgendes Bild: aus schulenspezifischer Perspektive kann insbesondere die Funktionelle Entspannung auf Studien verweisen, die auf eine gute Wirksamkeit auf psychische und spezifisch somatische Symptome bei Patienten mit Colon irritabile, Asthma bronchiale, chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (COPD) und Spannungskopfschmerz verweisen. Störungsspezifisch wurde die KPT als schulenspezifische Interventionsstrategie insbesondere bei schizophrenen Erkrankungen evaluiert; die randomisiert-kontrollierten Studien beziehen sich dabei interessanterweise hauptsächlich auf die Verbesserung relativ therapieresistenter Negativsymptome (Sozialverhalten, Psychomotorik und Affekt), ohne dabei eine Verschlechterung der Produktiv-Symptomatik zu induzieren.

Für den Bereich der Psychotherapieforschung wird in jüngerer Zeit darauf verwiesen, dass das „RCT Paradigma“ klar erkannte Grenzen hat (Probleme im Gruppenvergleich, inkonsistente

Therapie, Kontamination mit anderen Therapien, Fokus auf Diagnose und weniger auf individuelle Charakteristika). Slade und Priebe (2001) fassen dies in der Konsequenz für die Forschung wie folgt zusammen: „Mental health research needs to span both the natural and social sciences. Evidence based on RCT's has an important place, but to adapt concepts from only one body of knowledge is to neglect the contribution that other well-established methodologies can make“.

In diesem Sinne sind weitere empirische Indizien einer Wirksamkeit der KPT zusammenzufassen: Für die Bioenergetik wurden zwei katamnestic Studien bei Patienten mit unterschiedlichsten Störungen durchgeführt, die Ergebnisse sprechen für einen potenziell positiven Einfluss auf Angst- und depressive Symptome sowie auf Selbstwertgefühl und Durchsetzungsvermögen, wobei sich im Rahmen einer kontrollierten klinischen Studie eine Verschlechterung von Angstsymptomen gezeigt hat. Die Konzentrierte Bewegungstherapie kann sich ebenfalls auf empirische Studien berufen, die zumeist katamnestic konzipiert sind. Seidler (2001) verweist in seiner Übersicht zum Stand der empirischen Forschung in der KBT auf 23 Studien, von denen 9 publiziert seien. Die Resultate der gemäß der eingangs beschriebenen Kriterien für diese Übersicht ausgesetzten KBT-Studien sprechen für einen spezifischen Effekt der KBT auf Störungen des Körpererlebens, insbesondere (Körper-) Selbstwahrnehmung und (Körper-)Selbst-Bild. Schließlich werden Studien aus den Reihen der Tanztherapeuten hier diskutiert. Zwei Studien wurden in stationärem Setting mit multimodalem Therapieangebot und ohne Kontrollgruppen durchgeführt und können lediglich als erster Hinweis der Wirksamkeit der Tanztherapie bei psychosomatischen und essgestörten Patienten gewertet werden. Sowohl die beschriebene klinisch-kontrollierte Studie als auch die hauptsächlich auf Fall-Kontroll-Studien basierte „Metaanalyse“ zur Tanz-/Bewegungstherapie (DMT) legen nahe, dass DMT spezifisch wirksam sein könnte hinsichtlich der Minderung von Angstsymptomen.

Trotz erster Hinweise auf die Wirksamkeit der KPT werden in der Zusammenschau zahlreiche Lücken im Bereich der körperpsychotherapeutischen Forschung sichtbar. Diese durchziehen die Bereiche der Konstrukt- und Hypothesenbildung, der Untersuchung spezifischer körpertherapeutischer Wirkfaktoren sowie das Feld der klassischen Wirksamkeitsnachweise und Kosten-Nutzen-Analysen. Die methodischen Mängel der katamnestischen Studien fallen unmittelbar ins Auge, eine Manualisierung des Vorgehens ist selten beschrieben; darüber hinaus sind häufig Therapeuten selbst an der Erhebung von Outcome-Messungen beteiligt oder die Evaluation basiert ausschließlich auf Selbsteinschätzungen derjenigen Patienten, die sich zu einer Teilnahme am Ausfüllen der Fragebögen bereit erklärten (keine unabhängige „intention-to-treat“ Analyse); potenziell intervenierende Variablen sind schlecht definiert oder gar nicht erfasst worden.

Sicherlich nur als Beginn evidenzbasierter Forschungsarbeit zu werten, sind die bereits vorliegenden Ergebnisse dennoch zu aussagekräftig, um den Gesamtbereich körperpsychotherapeutischer Ansätze doch deutlich abzuwerten.

Ausblick

Der reiche Erfahrungshintergrund körperorientierter psychotherapeutischer Arbeit sollte insofern weiter systematisch in Hinblick auf spezifische Effektivität und klinische Effizienz wissenschaftlich evaluiert werden. Aus Sicht der Autoren dieser Übersicht bieten sich hierfür folgende Ansätze und Fragestellungen an:

- Bedeutung neurowissenschaftlicher Befunde für die Theoriebildung in der KPT
- Prozess-Forschung: Was sind die aktiven Wirkkomponenten? Welche Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung sind zu beschreiben?
- Manualisierung integrierter, störungsspezifischer Interventionstrategien
- Differenzielle Therapie: Wann wirkt welche körperpsychotherapeutische Intervention besser? Wann wirken kombinierte Interventions-

strategien besser? Welche Therapeuten-Charakteristika sind mit höherer Effektivität assoziiert?

In störungsspezifischer, syndrom-orientierter Hinsicht ist vor allem die operationalisierte Erfassung von Teilaspekten des Körpererlebens als – zumindest intervenierende – Outcome-Variable von Bedeutung.

So schrieb Petzold (1977) bereits im Jahre 1977 richtungweisend: „Eine Integration verschiedener therapeutischer Verfahren über eine Analyse der ihnen gemeinsamen Theoreme und Praktiken und eine empirische Untersuchung der verschiedenen therapeutisch effizienten Variablen durch eine vergleichende (Psycho)Therapieforschung wird vielleicht die Lösung der Zukunft sein...“

Literatur

- Andres K, Bellwald L, Brenner HD (1993). Empirische Untersuchung einer leiborientierten Therapie mit schizophrenen Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 41, 159–69.
- Andritzky W (1996). Unkonventionelle Heilweisen an psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland. *Gesundheitswesen* 58, 21–30.
- Arnim A (1994). Funktionelle Entspannung. *Fundamenta Psychiatrica* 8, 196–203.
- Baumann J (1994). Körperbezogene Gruppenpsychotherapie in der 2. Lebenshälfte. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 44, 337–45.
- Boadella D (1997). Körperpsychotherapie: Ihre Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. *Energie & Charakter* 15, 57–61.
- Brooks D, Stark A (1989). The effect of Dance/Movement therapy on affect: a pilot study. *American Journal of Dance Therapy* 11, 101–11.
- Deter HC, Allert G (1983). Group Therapy for Asthma Patients: A Concept for the Psychosomatic Treatment of Patients in a Medical Clinic – A Controlled Study. *Psychosom.* 40, 95–105.
- Doubrawa R (1991). Integration körpertherapeutischer Methoden in die (stationäre) Verhaltenstherapie psychosomatischer Patienten? *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 13, 54–9.
- Duggan D (1987). Tanztherapie. In: Corsini JR (ed). *Handbuch der Psychotherapie*. München: PsychologieVerlags Union, 1256–71.
- Fuchs M (1997). Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens. Stuttgart: Hippokrates.
- Geuter U (1998). Bibliographie – deutschsprachige Literatur zur Körperpsychotherapie. Berlin: Simon und Leutner.
- Goertzel V, May PRA, Salkin J, Schoop T (1965). Body-ego technique: An approach to the schizophrenic patient. *Journal of Nervous and Mental Disease* 141, 53–60.
- Green B (1987). Körpertherapie. In: Corsini JR (ed). *Handbuch der Psychotherapie*. München: PsychologieVerlags Union, 513–28.

- Gudat U (1997). Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie – Anwendungsbereiche und Wirkungen. *Psychotherapie Forum* 5, 28–37.
- Houde D, Tetreau B. Body psychotherapies: The efficacy of a bioenergetic method. *Revue de Psychologie Appliquée* 1981; Vol. 31 (4): 319–41.
- Koemeda-Lutz M, Kaschke M, Revenstorf D, Scherermann T, Weiss H, Soeder U (2003). Zwischenergebnisse zur Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien. Eine Multicenter-Studie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie Forum* 11, 70–9.
- Kost U (1974). Konzentrierte Bewegungstherapie in Kirchberg 1973. *Praxis der Psychotherapie* 19, 241–50.
- Lahmann C (2003). Psychosomatische Informationsvermittlung und Funktionelle Entspannung bei Funktionellen Herzbeschwerden. Baden-Baden: Deutscher Wissenschafts-Verlag.
- Larisch A (1993). Tanztherapie aus der Sicht von Patienten. In: Hoermann K (ed). *Tanztherapie. Beiträge zur Angewandten Tanzpsychologie*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 77–84.
- Lausberg H, Wietersheim J, Wilke E, Feiereis H (1988). Bewegungsbeschreibung psychosomatischer Patienten in der Tanztherapie. *Psychother med Psychol* 38, 259–64.
- Loew TH, Heinrich D, Arnim A (1994). Effekt einer 10-stündigen Kurztherapie bei Colon-irritable-Patienten in Kleinstgruppen mit funktioneller Entspannung im Vergleich zu Placebo. In: Lamprecht F, Johnen R (eds). *Salutogenese: ein neues Konzept für die Psychosomatik?* Frankfurt a.M.: Verlag für Akademische Schriften, 621–8.
- Loew TH, Martus P, Rosner F, Zimmermann T (1996c). Wirkung von funktioneller Entspannung im Vergleich mit Salbutamol und einem Plazeboentspannungsverfahren bei akutem Asthma bronchiale. *Monatsschr Kinderheilkd* 144, 1357–63.
- Loew TH, Siegfried W, Martus P, Tritt K, Hahn EG (1996b). „Functional Relaxation“ Reduces Acute Airway Obstruction in Asthmatics as Effectively as Inhaled Terbutaline. *Psychotherapy and Psychosomatics* 65, 124–8.
- Loew TH, Sohn R, Martus P, Tritt K, Rechlin T (2000). Functional relaxation as a somatopsychotherapeutic intervention: a prospective controlled study. *Altern Ther Health Med* 6 (6), 70–5.
- Loew TH, Tritt K, Siegfried W, Bohmann H, Martus P, Hahn EG (2001). Efficacy of „functional relaxation“ in comparison to terbutalin and a „placebo relaxation“ method in patients with acute asthma. A randomised, prospective, controlled, crossover experimental investigation. *Psychother Psychosom* 70 (3), 151–7.
- Loew TH, Weber A, Martus P, Hahn EG, Siegfried W (1996a). Die Wirkung von Funktioneller Entspannung bei akuter Bronchokonstriktion – vergleichbar mit dem Effekt eines Sympathomimetikums? *Forschende Komplementärmedizin* 3, 110–5.
- Maurer Y (1987). Der Körper in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 138, 49–60.
- Maurer-Groeli YA (1976). Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie bei akut schizophren Erkrankten. Eine Untersuchung mittels Ich-Funktionen Rating nach Bellak. *Archiv der Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 221, 259–71.
- Monsen K, Monsen J (2000). Chronic Pain and psychodynamic body therapy: a controlled outcome study. *Psychother* 37 (3): 257–69.
- Moser T (1991). Der Körper in der Psychotherapie und die Angst vor der Sexualisierung. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 36, 283–96.
- Nitsun M, Stapleton JH, Bender MP (1974). Movement and drama therapy with long-stay schizophrenics. *British Journal of Medical Psychology* 47, 101–19.
- Oberdalloff HE (1984). Informationsvermittlung und körperbezogene Therapie in der psychosomatischen Behandlung chronifizierter funktioneller Störungen. *Psychother med Psychol* 34, 17–9.
- Perls F (1976). *Grundlagen der Gestalttherapie*. München: Pfeiffer.
- Petzold (1977). *Die neuen Körpertherapien*. Paderborn: Junfermann.
- Ritter, Low TH (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *Arts in Psychotherapy* 3, 249–60.
- Röhrich F (2000). Die körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe.
- Röhrich F, Priebe S (im Druck). Effect of body oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia – a randomised controlled trial. *Psychological Medicine*.
- Sachs G, Haber P, Spiess K, Moser G (1993). Zur Effektivität von Entspannungsgruppen bei Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen. *Wiener klinische Wochenschrift* 105, 603–10.
- Satir V (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Seidler KP, Schreiber-Willnow K (2004). Concentrative Movement Therapy as body oriented psychotherapy for inpatients with different body experience. *Psychotherapy Research* 14, 378–87.
- Schnell F (1982). Bioenergetik: Körper und Seele befreien. In: Stalman R (ed). *Kindlers Handbuch der Psychologie*. München: Kindler, 420–4.
- Schreiber-Willnow K, Seidler KP (2005). Katamnestic Stabilität des Körpererlebens nach stationärer Gruppenbehandlung mit Konzentrativer Bewegungstherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 55, 370–7.
- Schüffel W (1988). Definition: Funktionelle Entspannung. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 33, 130.
- Seidler (2001). Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT): Ergebnisse der empirischen Forschung. *Psychotherapeut* 46 (4), 223–31.
- Slade & Priebe S (2001). Are randomised controlled trials the only gold that glitters? *British Journal of Psychiatry* 179, 286–287.
- Stolze H (1977). Konzentrierte Bewegungstherapie. In: Eicke, D (eds). *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band III*, Zürich: Kindler, 1250–73.
- Stolze H (1992). Unerreichbar? Eine leiborientierte Behandlungssequenz im Rahmen einer analytischen Langzeittherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 37, 279–84.
- Strotzka H (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Ventling CD, Gerhard U (2000). Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien und Stabilität des Therapieresultats. Eine retrospektive Untersuchung. *Psychotherapeut* 45, 230–6.
- Weber C, Haltenhof H, Combecher J, Blankenburg W (1994). Bewegungstherapie bei Patienten mit psychischen Störungen: Eine Verlaufsstudie. In: Lamprecht F, Johnen R (eds). *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?* Frankfurt a.M.: Verlag für Akademische Schriften, 536–43.

Korrespondenzadresse

Claas Lahmann
Schwerpunkt Psychosomatik
Klinikum der Universität
Franz-Josef-Strauß Allee 13, 93053 Regensburg
Tel. 0941/944-7240, Fax -7377
E-Mail: claus.lahmann@klinik.uni-regensburg.de