

**Erste Ergebnisse einer
Wirksamkeitsstudie in einem
körper- und traumaorientierten
Behandlungsansatz**

Dr. rer. nat., DP Ralf Vogt

**6. Fachtagung der DGK in Frankfurt/M.
3. Dezember 2005**

Der Forschungsbeitrag basiert auf dem trauma- und körperorientierten Konzept der „Beseelbaren Therapieobjekte“ (vgl. Vogt, 2004). Bereits in der ersten Untersuchung 2004 wurde diese Wirksamkeitsstudie begonnen.

Der Ruf nach therapeutischen Wirksamkeitsstudien ist schon lange ein Thema der Behandler:

„Bald wird die Zeit kommen, wo wir uns nicht mit allgemeinen Bemerkungen über die Gesundheit herumdrücken können, sondern jeder wird Scharlatan genannt werden, der nicht in der Lage ist, seine Behandlungsfortschritte in Zahlen auszudrücken.“

Dieses Zitat stammt bereits von

Thomas Billroth, Arzt, 1860, Zürich

(zit. nach Frau M. Eberlein-Gonska,
Direktorin des Geschäftsbereiches Qualitätsmanagement
des Universitätsklinikums der TU Dresden)

In diesem Beitrag soll versucht werden, die ersten Ergebnisse eines Forschungsansatzes aus der psychotherapeutischen ambulanten Praxis kurz zu skizzieren. Ausführlicher können die Resultate in Vogt (2007, in Vorb.) nachgelesen werden. Zunächst zur psychotherapeutischen Orientierung unserer Praxis. Wir haben folgende Konzepte in unserem Ansatz integriert:

- VT - Orientierung auf sichtbare Verhalten
 - Ausprobieren von aktuellen Lösungshandlungen in der Therapiestunde
 - Inszenierung von anschaulichen und symbolischen Problemdarstellungen
- TP - mutuelle Beziehungsarbeit
 - Übertragungs- und Introjektkonzept
 - Fokusorientierung, Widerstandsdynamik
- TT - spezielle Kontakt- und Ressourcenarbeit bei Psychotraumata
 - supportive Beziehungsgestaltung im Vordergrund
 - Stufenmodell zur Bearbeitung von Triggerreizen
 - multimodales, ganzheitliches Traumaexpositionskonzept
 - Psychoedukations- und Strukturkonzept
- FT - systemisches, funktionales Erfassen von Störungswechselwirkungen
 - lösungsorientiertes Arbeiten Gruppenstrukturarbeit
- GST - Arbeit mit Rollen und symbolischen Dialogen („leerer Stuhl“, „heißer Stuhl“)
- KBT - Bewegungsarbeit zur Diagnostik und Therapie seelischer Störungen (symbolische Probeaufgaben)
- KT - Beachtung von Körperwahrnehmung, Körperausdruck und Bewegungsimpulsen („innere Achtsamkeit“, „Energieblockaden“, „Modellinszenierungen“)

Dr. Ralf Vogt - Leipzig

Nach dem diese konzeptionellen Anleihen dargestellt wurden, sollen jetzt die eigenen Konzeptentwicklungen zusammenfassend dargestellt werden:

Essentials struktureller Psychotherapie:

1. Alle Stufen einer Psychotherapie sollten möglichst mit Handlungsaspekten organisiert sein: Das heißt, eingebettet in Gesprächs-, Imaginations- u.a. Interventionen dienen gemeinsame Handlungsinszenierungen der anschaulichen Diagnostik und Therapie.
2. In allen Phasen einer Psychotherapie sollte es eine Verzahnung von Einzel- und Gruppentherapie geben (z.B. 1 x ¼ Jahr), um intrapsychische und interpersonelle Diagnostik- und Therapieaktivitäten zu fördern.
3. Das Therapiesetting ist offen und wird mit Patienten verhandelt. Dabei sind Strukturen von Diagnostik, Beziehung, Therapieziel offen zulegen und zu begründen.
4. Die Inszenierungsarbeiten sollten das emotionale Erleben bewusst machen und eine teilweise Durcharbeitung der Hypothesen und Teillösungen auf sehr anschaulichem Niveau ermöglichen (Beseeltes Arbeiten).
5. Therapieobjekte fördern das beseelte Arbeiten, weil sie eine kindliche Form der Begriffsbildung erfassen und auf diese Art und Weise mit regressiver Hilfe veränderbar machen können. Formen dieser kindgemäßen Erfahrungsverarbeitung finden sich auch bei Neurose und Psychotrauma.
6. Die Therapie ist eine oszillierende Gratwanderung zwischen Spiel und Ernst. Je nach Belastbarkeit der Patienten und nach Themeninhalt beobachtet, begleitet oder steuert der Therapeut den Therapieprozess im Sinne des angestrebten (gemeinsamen) Zieles.
7. Therapeuten nehmen außerdem mutuell in allen notwendigen Beziehungsformen als Subjekt und Objekt für den Patienten aktiv begleitend am Therapiegeschehen teil.

Diese allgemeinen körperpsychotherapeutischen Aspekte wurden in unserer ambulanten Gemeinschaftspraxis auf das spezielle Klientel von Psychotraumapatienten transformiert und modifiziert. Diese Prinzipien lauten:

Prinzipien des körpertherapeutischen Umgangs mit Traumapatienten

1. Traumapatienten brauchen mehr Beziehungssolidarität und körperliches Entspannungserleben und Entängstigungen als andere Patienten.
2. Traumapatienten brauchen mehr Psychagogik und strukturelle Erläuterungen zum Therapiesetting.

3. Traumapatienten brauchen mehr Hilfen zur Reizdistanzierung und verhaltenstherapeutisches Training zur Selbstwirksamkeit.
4. Die Therapeuten müssen sich aktiver in die Therapieinszenierungen einbringen zur Unterstützung, als Modell oder als Probekonfrontierer.
5. Traumapatienten brauchen mehr Fürsorge für die „inneren Kinder“ im Sinne von Beachtung, Nachentwicklung durch Edukation und Spiel.
6. Traumapatienten profitieren von guter Berührung, weil Wachstumsprozesse oft durch Traumaschocks unterbrochen wurden. Sie können aber durch falsche und nicht angemessene Berührung auch schneller retraumatisiert und in der Entfaltung behindert werden als andere Patienten.
7. Bei Traumapatienten können im Sinne einer zu fördernden Symbol- und Begriffsbildung Therapiemedien als Hilfsmittel, Übertragungsobjekte und Inszenierungsmedien nützlich eingebaut werden.
8. Traumapatienten brauchen mehr Anleitungen zu Entspannungsübungen und Beispiele zu aktiver Reizunterbrechung (Sinneskanal) wechseln, ausweiten oder Wahrnehmung.
9. Traumapatienten brauchen Spiegelung von Affektzuständen (mimische Beschreibung zur Objektivierung des Selbstfremdbildes verbale Spiegelung, ggf. auch physikalische Spiegelung).
10. Traumapatienten profitieren ab einem gewissen Therapiestand vom Gruppenlernen, weil es zur Affektdistanzierung beiträgt.
11. Traumapatienten müssen lernen Ohnmachts- und Stresszustände durch aktive Bewegungsübungen zu überwinden
12. Traumapatienten müssen in aktiven Rollenspielen verwirrende Kommunikation von Tätern ausbremsen, entwerten und abbrechen lernen
13. Therapeutische Handlungsinszenierungen bei Traumapatienten stellen eine gute Vor- und Nachbereitung von Traumaexpositionsstunden dar (Ressourcenaktivierung und Lösungsaktivierung)
14. Bei der Inszenierungsstruktur ist bei Traumapatienten genau herauszuarbeiten, wo Gefahren der Retraumatisierung des Opfers sowie der Chronifizierung von Täterintrojekten liegen. Stoppsignale sind zu vereinbaren.

Nähere Beschreibungen der Objekte und konkrete Fallbeschreibungen von körperpsychotherapeutischen Inszenierungen finden sich in Vogt (2004). Schwerpunkt dieses Beitrags soll gemäß dem Thema die Darstellung der Effektmessung sein. Deshalb soll an dieser Stelle das Untersuchungsdesign vorgestellt werden. Jeder Patient der sich in unserer Gemeinschaftspraxis anmeldet, wird im Rahmen einer Symptomerhebung mit dem BSI-Fragebogen (Kurzform der in der Medizin, Psychotherapie, Neurologie u.a. sehr gebräuchlichen Symptomliste SCL-90R – nach Franke, 2000). Die zweite Symptomerhebung – meist nach einem halben Jahr – erfolgt wiederum mit dem BSI.

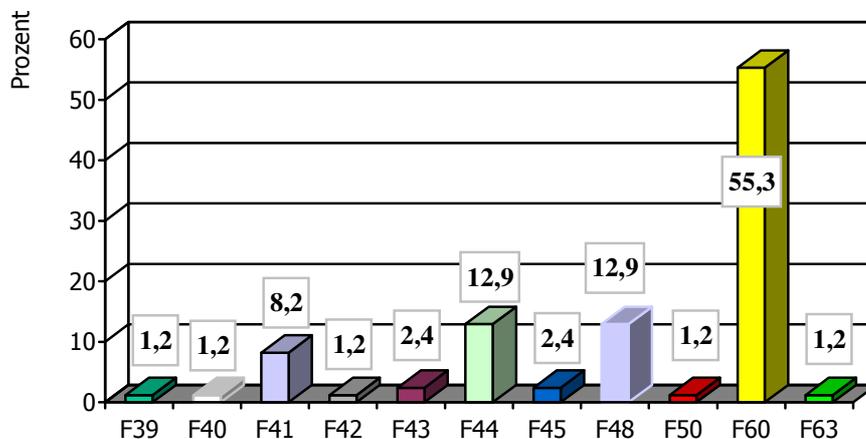
Zu Therapiebeginn werden dann weitere soziale Daten erhoben und ein Zufriedenheitsfragebogen (ZFB-Prä) unserer Praxis angewendet (sh. Vogt, 2007 in Vorb.).

Zum Ende der kombinierten Einzel- und Gruppentherapie – nach ca. zwei Jahren – erfolgt nach etwa 80-100 Therapiestunden die zweite Messung mit dem BSI und dem ZFB Post. Eine Differenzierung läuft weiterhin als Katamnese-messung nach einem therapiefreien Jahr. Schließlich werden dann auch Therapeutenratings als Bewertungsvergleich erfaßt. Die Auswertung wird von zwei studentischen Hilfskräften anonym vorgenommen. Zusammenfassend sieht das Untersuchungsdesign also wie folgt aus:

- 1.) BSI Prä I → Symptomerhebung durch Patientenfragebogen bei Anmeldung jedes Patienten
- 2.) BSI Prä II → Symptomerhebung durch Patientenfragebogen bei
und soziale Daten Therapiebeginn (Wartegruppenvergleich als einfache Kontrollgruppe)
- 3.) ZFB Prä → Erhebung von Zufriedenheit und Selbstreflexion über das Störungskontext- u. Therapiekonzept durch Patientenfragebogen bei Therapiebeginn
- 4.a) BSI Post I → nach Abschluss der Therapie (mind. 50 - 100 Std.)
ZFB Post I durch Patientenfragebogen
und soziale Daten
- 4.b) Therapeuten- → nach Abschluss der Therapie durch die Behandler zu
ratingliste beurteilen
- 5.) BSI Post II → nach einem Jahr Therapieabstand (Katamnese) durch
ZFB Post II Patientenfragebogen

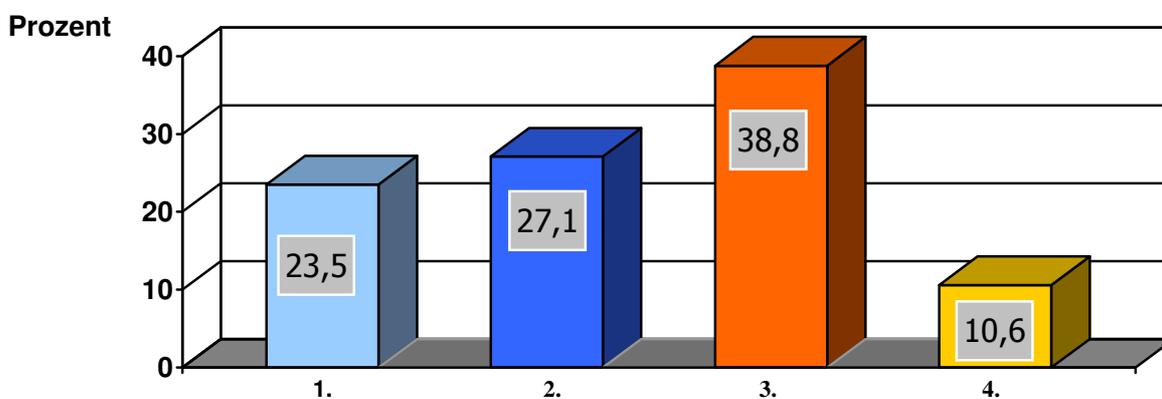
Nun zu den ersten Forschungsergebnissen, die ausführlicher in Vogt (2007, in Vorb.) zu finden sind. Zunächst interessierte uns das Diagnosespektrum nach ICD-10:

Diagnosespektrum nach ICD-10 (phänomenologisch) einer traumaorientierten ambulanten Gemeinschaftspraxis (1,5 - 2,5 Jahre Behandlungszeit bzw. mindestens 50-100 Stunden Therapie) N=85



Wenn man die Klientengruppen nicht nach ICD-10, sondern nach der therapeutischen Frage der notwendigen psychotraumatischen Expositionsarbeit klassifiziert, kommt man auf ein anderes Klientenspektrum:

Patientengruppen nach Behandlungsschwerpunkten in Bezug Psychotraumaexpositionsarbeit
N=85



- 1. kein Trauma, umschriebenes Trauma oder traumatisierende Lebensinflüsse die keinen Behandlungsschwerpunkt darstellen
- 2. umschriebenes Trauma oder traumatisierende Lebensinflüsse (kumuliert), besondere Form der spannungsarmen Settinggestaltung aber keine Traumaexpositionsarbeit
- 3. Traumabehandlung inkl. Expositionsarbeit bei früheren Traumatisierungen
- 4. Traumabehandlung inkl. Expositionsarbeit bei derzeit anhaltenden komplexen traumatisierenden Lebensbedingungen

Wie sind nun die einzelnen Behandlungsergebnisse?

Vergleich der globalen Kennwerte des BSI bei Anmeldung und vor Beginn der Therapie
(Abhängiger Vergleich der Stichproben)

Kennwert	Erhebung	N	M	SD	T-Wert	Signifikanz
GSI Gesamtbelastung	bei Anmeldung	69	1,1072	,62543	0,132 (df = 68)	n.s.
	vor Beginn der Therapie	69	1,1001	,51716		
PST Anzahl der Belastungsbereiche	bei Anmeldung	69	30,3478	11,39895	-1,728 (df = 68)	n.s.
	vor Beginn der Therapie	69	31,9130	9,57285		
PSDI Stärke der spezifischen Belastungen	bei Anmeldung	69	1,8171	,50086	1,200 (df = 173,8)	n.s.
	vor Beginn der Therapie	69	1,7536	,42355		

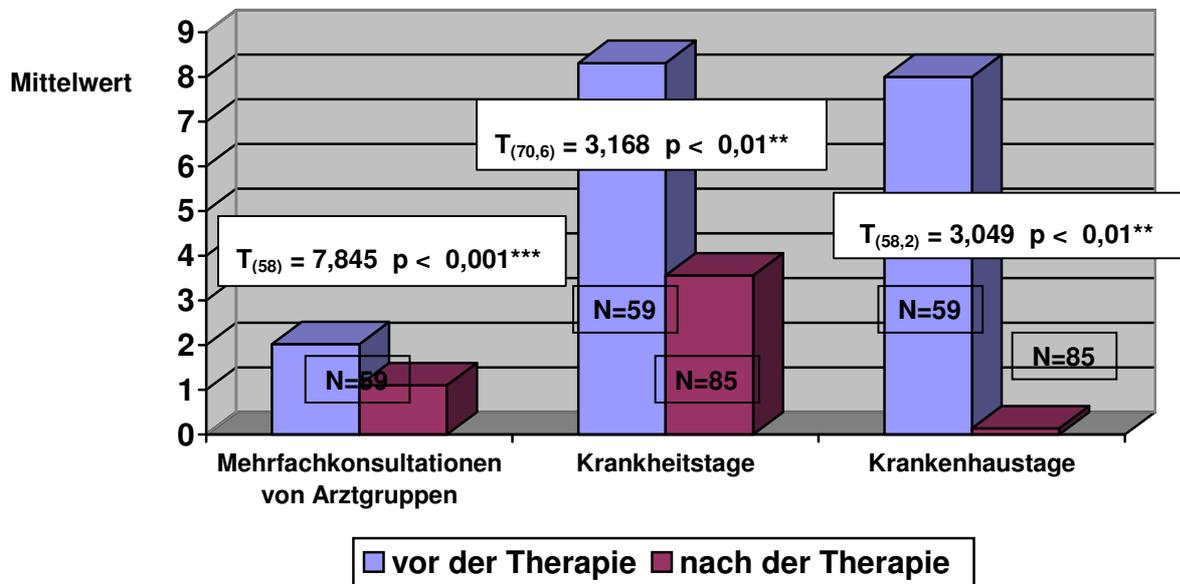
Hier zeigt sich, dass in der Wartegruppe keine signifikante Symptomreduktion stattfand.

Vergleich der globalen Kennwerte des BSI vor (Prä) und nach (Post) der Therapie
(mind. 100 Std.)

Kennwert	Erhebung	N	M	SD	T-Wert	Signifikanz
GSI Gesamtbelastung	Prä	133	1,1810	,68283	2,243 (df = 200)	0,026
	Post	69	,9612	,61511		
PST Anzahl der Belastungsbereiche	Prä	133	30,7519	11,86950	0,594 (df = 200)	0,553
	Post	69	29,6957	12,18522		
PSDI Stärke der spezifischen Belastungen	Prä	133	1,9123	,56040	4,013 (df = 200)	0,000
	Post	69	1,5981	,45763		

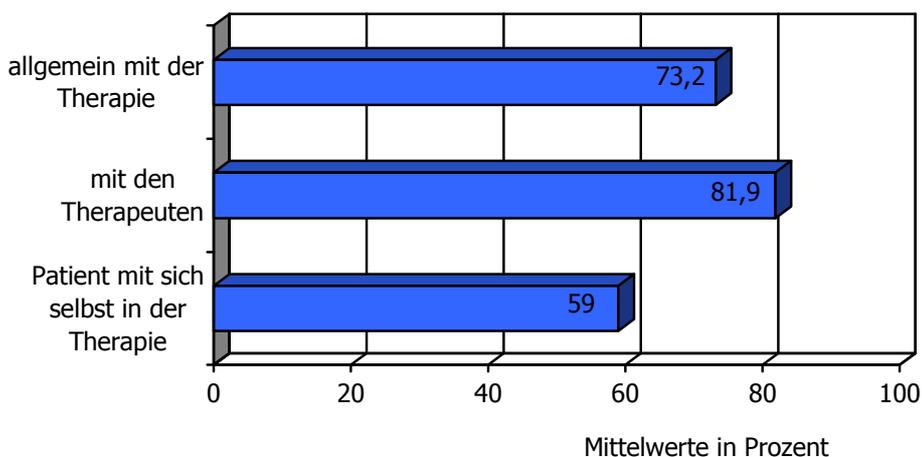
Dieser Symptomvergleich macht deutlich, dass durch die trauma- und körperorientierte Einzel- und Gruppentherapie signifikante Verbesserungen eintraten.

Anzahl der Mehrfachkonsultation von Ärzten sowie Krankheitstage und Krankenhaustage vor und nach der Therapie



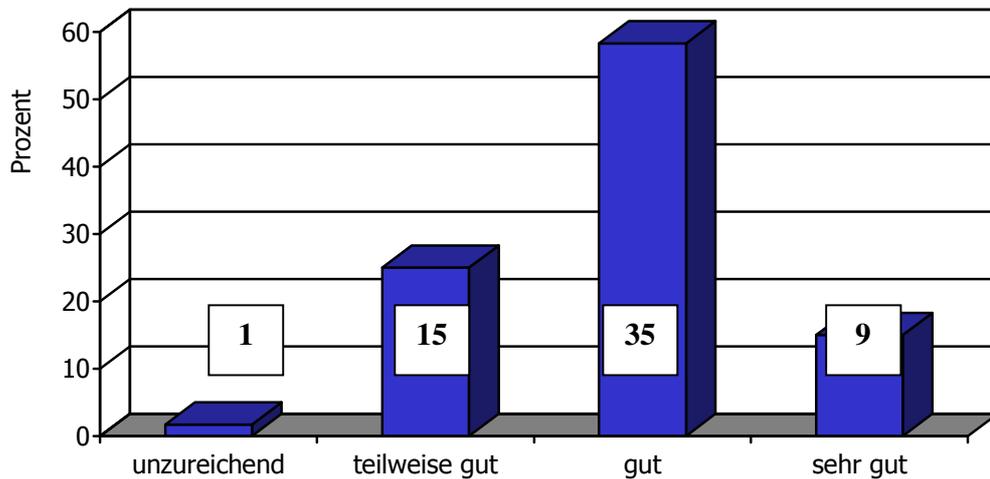
Auch diese Darstellung zeigt eindrucksvoll, dass die Psychotherapiepatienten nach der Therapie weniger krank sind und weniger Arztgruppen konsultierten.

Allgemeine Zufriedenheit der Patienten mit verschiedenen Dimensionen N=72



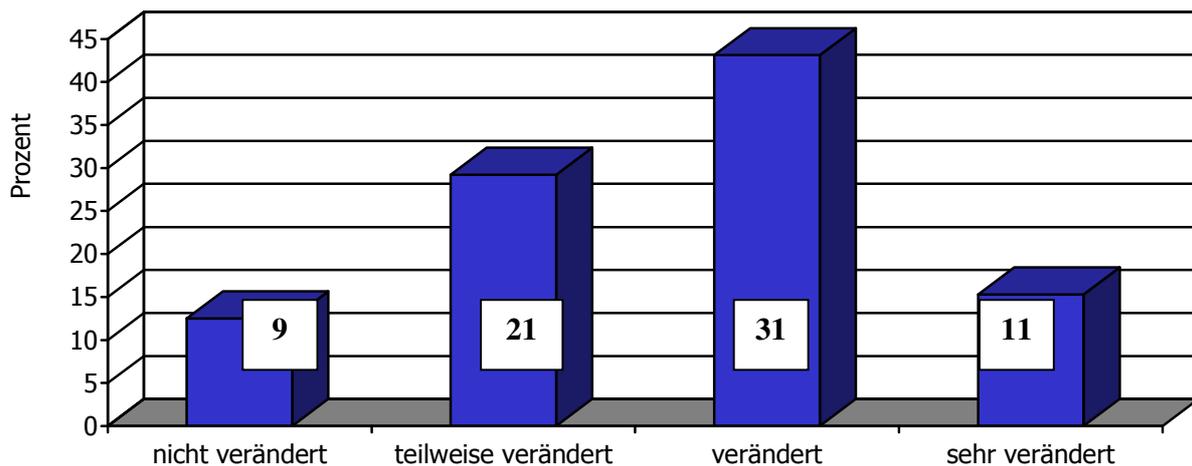
Diese Abbildung verdeutlicht, dass die Klienten mit der Psychotherapie durchaus sehr zufrieden waren.

**Wie gesund schätzen Patienten ihr Wertesystem nach der Therapie ein?
(Häufigkeitsverteilung)**



Das Wertesystem betrachten die Klienten nach der Therapie als größtenteils intakt.

**Wie sehr hat sich das Wertesystem durch die Therapie verändert?
(Häufigkeitsverteilung)
N=72**



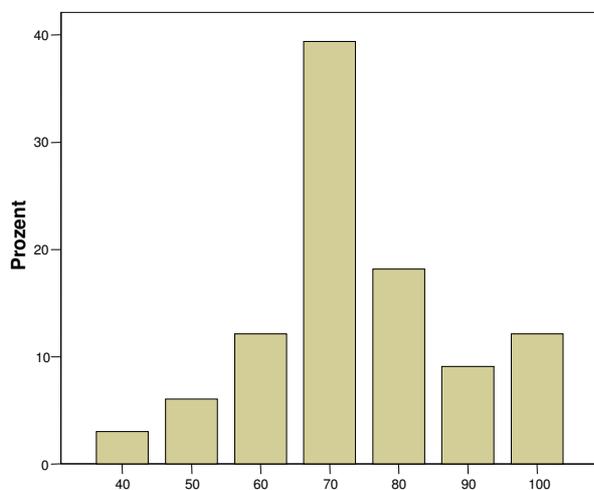
Diese Abbildung zeigt interessanterweise, dass sich diese Wertesysteme gerade maßgeblich geändert haben. Denn auch zu Beginn sagten Klienten im Sinne des neurotischen Gleichgewichts, dass sie zwar Symptome hatten – ihre Wertorientierungen aber in Ordnung

sein. Das bedeutet jetzt, dass die Klienten einen Wertewandel durchgemacht haben, den sie vorher nicht für möglich hielten!

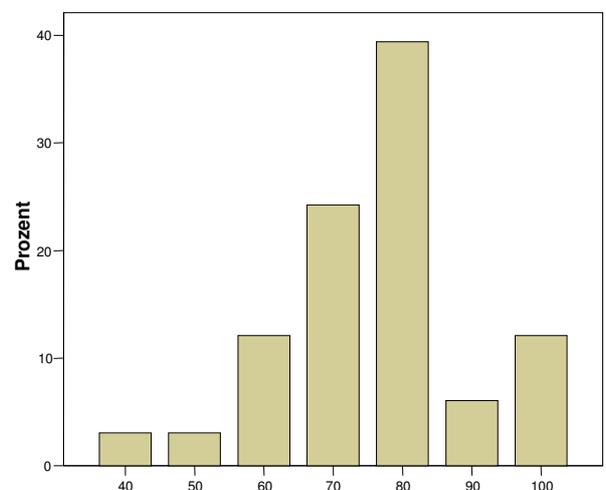
Wie verändert sich nun die Behandlungszufriedenheit nach der Therapie? (Hier konnten nur 33 Patienten bisher erfaßt werden, da die anderen Klienten noch nicht ein Jahr therapiefrei waren):

**Allgemeine Patientenzufriedenheit nach der Therapie und nach 1 Jahr (Katamnese)
N=33**

allgem. Patientenzufriedenheit nach Therapieabschluss
(bzw. mind. 100 Std.)



allgem. Patientenzufriedenheit 1 Jahr nach Therapieabschluss (Katamnese)



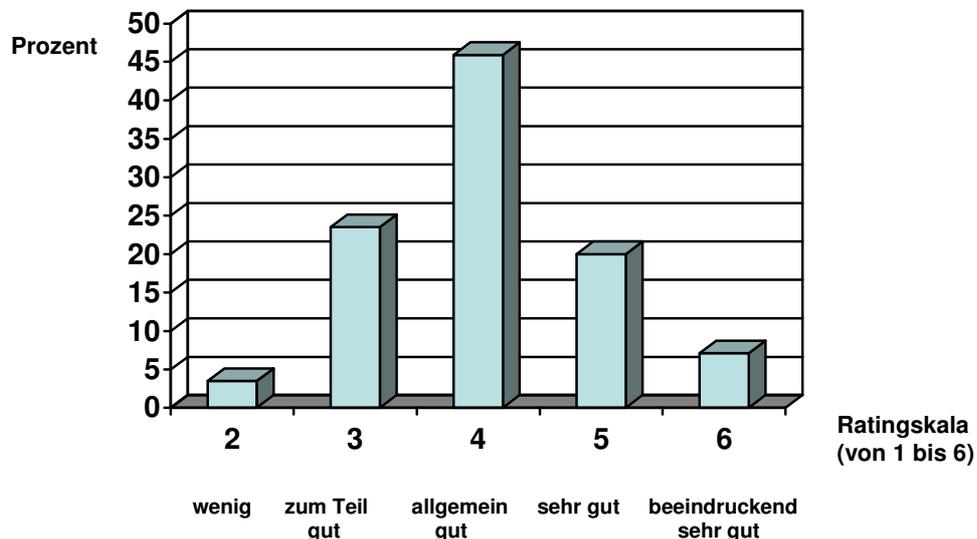
Korrelationen bei gepaarten Stichproben:

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	Zufriedenheit Post & Zufriedenheit Katamnese	33	,610	,000

Das zeigt allgemein eine gute Konstanz der Ergebnisse über die Katamnesezeit von ein Jahr.

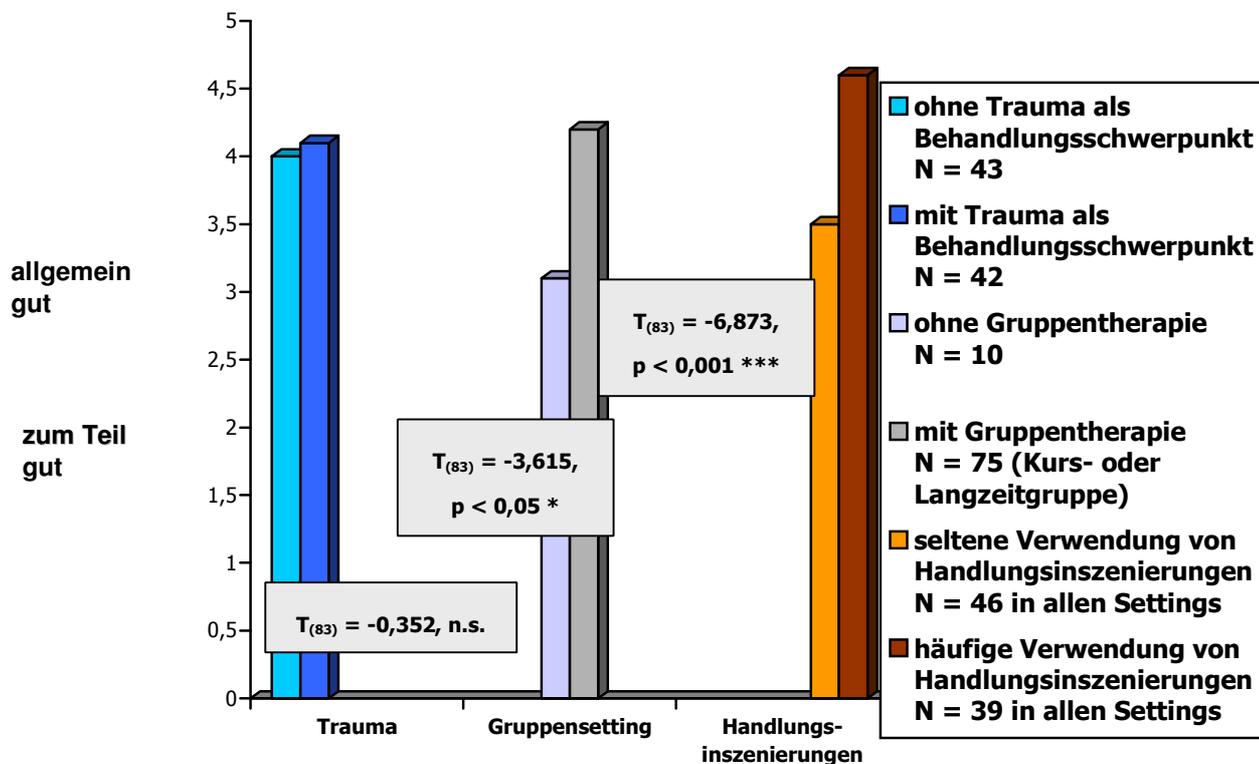
Wie schätzen nun aber die Therapeuten den Behandlungserfolg ein?

Behandlungserfolgsrating durch die Therapeuten zu Therapieende N=85 Patienten



Dieses Bild entspricht in etwa der Zufriedenheitsverteilung der Klienten. Hatte dabei das Setting einen besonderen Einfluß auf den Therapieerfolg?

Therapieerfolgseinschätzung durch die Therapeuten in Relation zu verschiedenen Kriterien der Settingzuordnungen

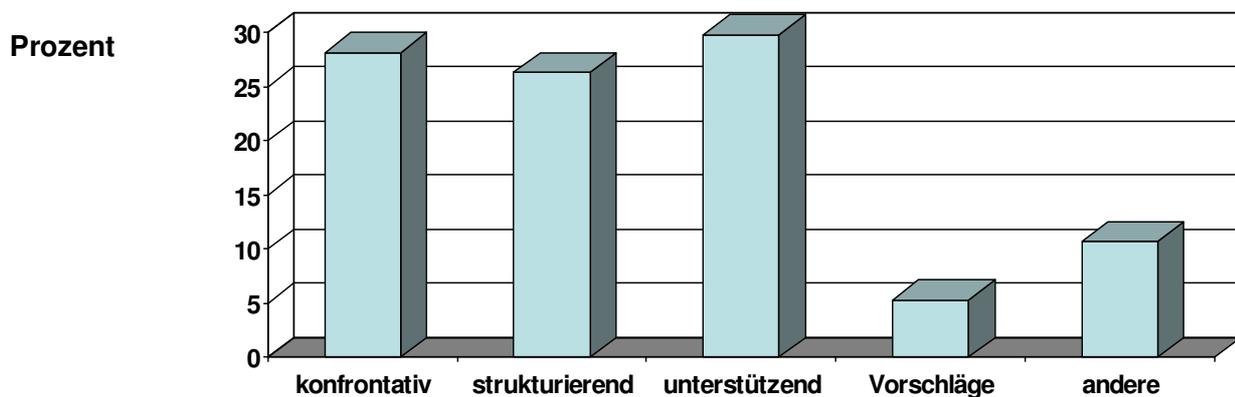


Dieses Ergebnis freute uns als Therapeuten besonders, weil es belegte, dass die Patienten, die sich mit handlungsorientierter Settinggestaltung in der Psychotherapie befaßten auch erfolgreicher in der Psychotherapie waren. Ebenso waren Patienten, die eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie wählten den anderen Patienten im erreichten Therapieergebnis überlegen.

Als nächstes wollten wir wissen, welche Art Interventionen für die Patienten – aus ihrer Sicht – besonders nützlich waren?

Was war die hilfreichste Interventionen der Therapeuten aus Patientensicht?

N=60



Beispiele aus den Patientenformulierungen:

konfrontativ:

- durch wiederholte energische Kritik an meinem Verhalten
- durch Rollenspiele Konflikte aufzeigend

strukturierend:

- durch Einführung von Introjekt-Übertragungs-Modell in die Therapie
- durch Handlungsinszenierungen symbolische Lösungen finden
- durch Rollenspiele Einsicht bekommen

unterstützend:

- z.B. durch besondere Entlastungsinterventionen (z.B. auch EMDR bei Intrusionen)
- durch fortdauernde Begleitung und Beratung in Problemsituationen wie Jobsuche, Wohnungswechsel oder bei Gerichtsprozessen
- das innere Kind fördernd und unterstützend

Vorschläge machen:

- Vorschläge des Therapeuten in Sackgassen der Therapie
- bei meiner Ideenlosigkeit

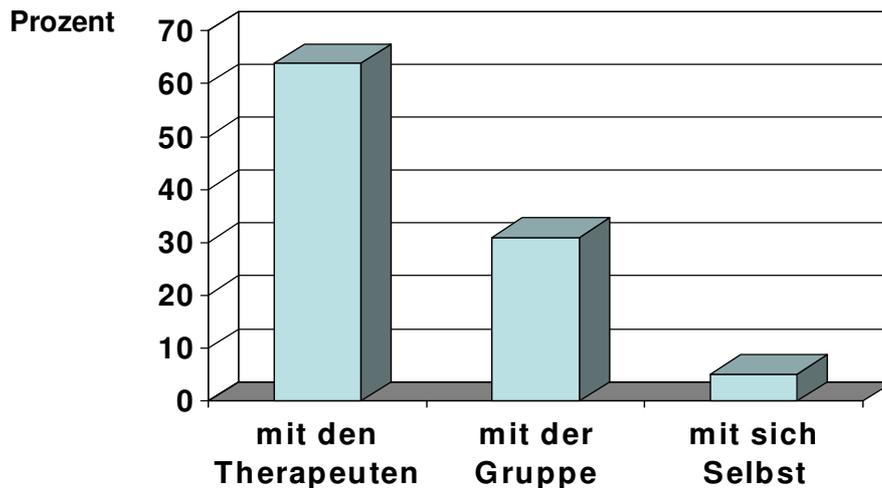
Hier zeigt sich über alle Patienten, dass sich ca. drei Lager bilden:

1. gibt es 1/3 Patienten, die konfrontative Interventionen als besonders wichtig erleben
2. gibt es 1/3 Patienten, die strukturierende Interventionen als besonders wichtig erleben
3. gibt es 1/3 Patienten, die supportive Interventionen als besonders wichtig erleben.

Das bedeutet, dass alle Interventionskategorien für verschiedene Gruppen Bedeutung haben, was nun nach inhaltlichen Kriterien weiter untersucht werden kann.

Als nächstes fanden wir interessant, was Klienten als besonders fröhlich oder schrecklich aus dem therapeutischen Erleben im Gedächtnis behalten:

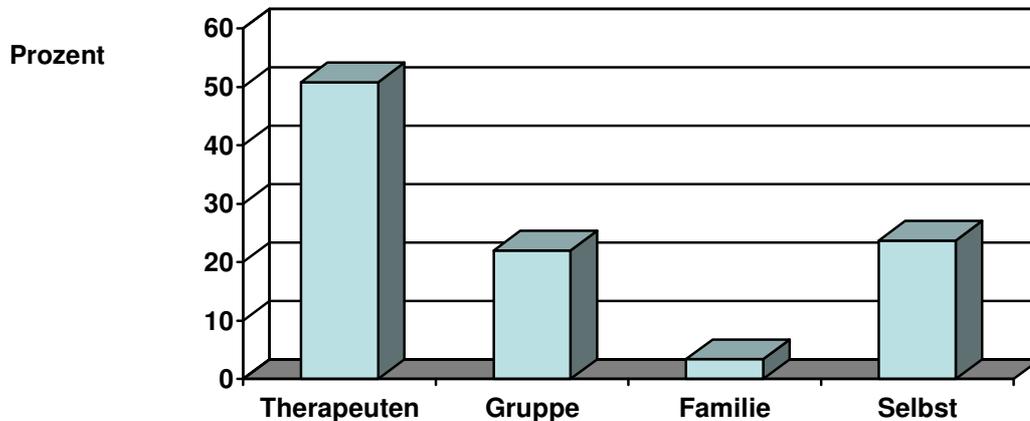
Fröhlichste Situation in der Therapie aus Patientensicht N=60



Beispiele aus den Patientenformulierungen:

- **bzgl. Therapeuten:** - Spielsituationen mit Therapeuten (z.B. Ballspiel, Plüschtierspiel, Schaukeln)
- Geburtstagsrunde mit Therapeuten (Klientengeburtstag mit Kaffee, Tee etc.)
- als ich im Ei (Therapieobjekt) war und die Therapeutin sich auf mich freute
- **bzgl. Gruppe:** - gemeinsam mit Geschwistern (Gruppe) die Eltern im Spiel (Therapeuten) zu ärgern und darüber zu lachen
- spielen mit Plüschtieren in der Gruppe
- musizieren in der Gruppe
- **bzgl. Selbst:** - von meinem positiven Körperbefund (medizinisch) zu erfahren und Therapeut freut sich genauso wie ich
- als ich das Gefühl verspürte andere Menschen umarmen zu wollen
- als ich auch mal über meine Schwächen lachen konnte

Schrecklichste Situation in der Therapie aus Patientensicht N=60



Beispiele aus den Patientenformulierungen:

- **bzgl. Therapeuten:**
 - konfrontatives Verhalten des Therapeuten, dass mich kränkte
 - als ich in Vaterübertragung versunken war und nicht mehr rauskam
- **bzgl. Gruppe:**
 - als ich neidisch auf den Erfolg der anderen war
 - als ich den anderen in der Rollenarbeit sagte, was meine Introjekte über sie denken
- **bzgl. Familie:**
 - als ich so regredierte, dass ich meinen Partner völlig verkannte
 - als ich durch die Therapie Ärger mit der Familie bekam
- **bzgl. Selbst:**
 - als ich in der Gruppe nichts mehr sagen konnte, weil ich versunken war
 - als ich die Therapie am liebsten abgebrochen hätte

Es ist beeindruckend für uns zu sehen, welche oft kleinen Interventionen große Nachhaltigkeit besitzen. Auf jeden Fall standen die Therapeuten mit ihrem lobenden oder kritischen Äußerungen sehr im Mittelpunkt des Interesses. Letztlich konnte aber alles gut eingeordnet werden, wenn die Therapiestruktur klar war. Spielerische Interventionen hatten eine besonders gute Wirkung in der Einzel- und Gruppentherapie.

Diese und andere Ergebnisse zeigten, dass gerade Psychotraumapatienten von einem körperorientierten, spannungsminderndem Vorgehen – unterstützt durch das Einbeziehen von „beseelbaren Therapieobjekten“ – sehr gut profitieren. Da Psychotraumata immer auch eine enge körperliche Kopplung haben und zum großen Teil Beziehung-Bindung-Traumata sind, können gerade Settings der handlungsorientierten Symbolisierung eine integrative, vorwärtsbewegende Wirkung aufweisen. Die vollständigen Ergebnisse und Einzelfallbeispiele können demnächst in Vogt (2007, in Vorb.) nachgesehen werden.

Literatur

Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. München: Kösel.

Fuhr, R.; Sreckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (2001): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe, 2. Aufl.

Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Bd. I, Paderborn: Junfermann

Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Bd. II, Paderborn: Junfermann

Petzold, H. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Bd. I und II
Paderborn: Junfermann, 3. Aufl. 1996

Vogt, R. (2004): Beseelbare Therapieobjekte. Handlungsinszenierungen in einer körper- und traumaorientierten Psychotherapie. Gießen: Psychosozial Verlag

Vogt, R. (2007, in Vorb.): Psychotrauma, State, Setting. Gießen: Psychosozial Verlag

Praxisanschrift des Autors: Dr.rer.nat., Dipl.-Psych. Ralf Vogt
Leipziger Straße 36 a
04178 Leipzig