



Bachelorarbeit

# Tiefenpsychologische Psychotherapie und Bioenergetische Analyse – ein Methodenvergleich

**Ursula Sutter**

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Dr. phil. Margit Koemeda-Lutz

Bern, Mai 2011



Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich



# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
1.1	Ausgangslage.....	3
1.2	Fragestellung .....	3
1.3	Aufbau der Arbeit.....	3
1.4	Abgrenzung .....	4
I	THEORETISCHER HINTERGRUND.....	4
2	Psychotherapie.....	4
2.1	Begriffserklärungen.....	4
2.2	Geschichte der Psychotherapie.....	5
2.3	Wirksamkeit der Psychotherapie.....	5
3	Bioenergetische Analyse und Therapie .....	6
3.1	Grundlagen .....	6
3.1.1	Definitionen .....	6
3.1.2	geschichtlicher Hintergrund.....	7
3.1.3	Grundannahmen der BAT.....	7
3.1.4	Charakterstrukturen.....	8
3.2	Therapie.....	12
3.2.1	Grundregeln .....	12
3.2.2	Technik und Methodik.....	13
3.2.3	Wirksamkeit.....	14
4	Tiefenpsychologische Psychotherapie.....	14
4.1	Definitionen.....	14
4.2	Grundbegriffe .....	15
4.2.1	Das Unbewusste.....	15
4.2.2	Das topische Modell .....	15
4.2.3	Das Strukturmodell .....	16
4.2.4	Das Triebkonzept.....	16
4.2.5	Lustprinzip und Realitätsprinzip.....	17
4.2.6	Traum.....	18
4.2.7	Verdrängung und Abwehr.....	18
4.3	Therapie.....	19
4.3.1	Grundregeln .....	19
4.3.2	Technik und Methodik.....	20
4.3.3	Wirksamkeit.....	21

II	EMPIRISCHER TEIL .....	22
5	Ergebnisse und Auswertung.....	23
	5.1 Ausgangslage / Informationen zu PAP-S .....	23
	5.2 Fragestellung und Hypothesen .....	23
	5.3 Methodisches Vorgehen .....	24
	5.3.1 Ratingmanual der Schweizer Charta für Psychotherapie.....	24
	5.3.2 Aufbau des Ratingmanuals .....	25
	5.3.3 Datenerfassung.....	25
	5.3.4 Statistische Methodik .....	26
	5.3.5 Beschreibung der Stichprobe .....	26
	5.4 Darstellung der Ergebnisse.....	28
	5.4.1 Ergebnisse der Tiefenpsychologischen Psychotherapie TP.....	28
	5.4.2 Ergebnisse der Bioenergetischen Analyse und Therapie BAT .....	32
	5.4.3 Ergebnisse der eingesetzten Interventionskategorien .....	36
	5.4.4 Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests bei unabhängigen Stichproben.....	43
6	Diskussion .....	46
	6.1 Zusammenfassung des theoretischen Teils .....	46
	6.2 Interpretation der Ergebnisse.....	47
	6.2.1 Anteil und Interventionen der Vertreterinnen der TP .....	47
	6.2.2 Anteil und Interventionen der Vertreterinnen der BAT.....	48
	6.2.3 Anteil und Interventionen der TP und BAT im Vergleich .....	50
	6.3 Beantwortung der Fragestellungen.....	52
	6.4 Kritische Stellungnahme .....	53
	6.5 Fazit und weiterführende Überlegungen .....	54
7	Abstract .....	56
8	Literaturverzeichnis.....	57
9	Tabellenverzeichnis.....	61
10	Diagrammverzeichnis.....	62
11	Anhang .....	63
	A) Interventionskategorie Nr. 55.....	63
	B) Interventionskategorien.....	64
	C) Interventionen pro Therapeutin/Therapeut und Gespräch.....	66
	D) t-Test.....	72

# **1 Einleitung**

Seit der Entwicklung der professionellen Psychotherapie Ende des 19. Jahrhunderts hat sich diese laufend weiterentwickelt. Nicht nur die Psychoanalyse von Sigmund Freud erlebte im Lauf der Zeit zahlreiche Anpassungen und entsprechend neue Therapieformen wie die analytische Psychotherapie des Schweizers C. G. Jung, es kamen zahlreiche andere und neue Therapierichtungen hinzu. Eine Vielzahl verschiedener Therapiemethoden ermöglicht es Patientinnen, sich den individuellen Bedürfnissen entsprechend behandeln zu lassen. In diesem Zusammenhang interessiert auch immer wieder die Wirksamkeit der einzelnen Therapieschulen. Sind alle Varianten gleich wirksam oder gibt es relevante Unterschiede? Und in welchem Zusammenhang stehen Therapiemethode und Wirksamkeit? Um dieser Frage nachzugehen, ist es sinnvoll, die Methodentreue der Therapeutinnen in den einzelnen Gesprächen zu erfassen und in Relation zum gesamten Gesprächsverlauf zu stellen.

## **1.1 Ausgangslage**

Die vorliegende Arbeit basiert auf Erhebungen der Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz PAP-S. Das Forschungsprojekt der Schweizer Charta für Psychotherapie in Kooperation mit dem Klinikum der Universität zu Köln und der ZHAW, Department Psychologie, bezweckt die wissenschaftlich korrekte Erfassung der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Methoden, wie sie in der ambulanten Praxis tatsächlich stattfinden. In der Schweiz besteht, im Gegensatz zu anderen Ländern, noch eine breite Vielfalt an Verfahren. Aus diesem Grund bietet sich mit dieser Studie die Chance, alle Therapieverfahren anhand derselben theorieübergreifenden Wirksamkeitskriterien zu evaluieren und diese mit dem schulenspezifischen Vorgehen in Beziehung zu setzen.

## **1.2 Fragestellung**

Die vorliegende Arbeit vergleicht die Methodentreue von Vertreterinnen der Bioenergetischen Analyse und Therapie (BAT) mit derjenigen von Vertreterinnen der Tiefenpsychologischen Psychotherapie (TP) anhand von 16 ausgewerteten Therapiesprächen und geht der Frage nach, welche der beiden Richtungen schulenspezifischer arbeitet. Gleichzeitig interessieren die Überschneidungen in den untersuchten Therapieschulen, der Einfluss anderer Therapierichtungen sowie der Anteil allgemeiner, methodenunspezifischer Interventionen.

## **1.3 Aufbau der Arbeit**

Im theoretischen Teil wird im Kapitel 2 der Begriff Psychotherapie definiert, es folgen ein kurzer geschichtlicher Hintergrund sowie einige Angaben zur Wirksamkeit von Psy-

chotherapie im Allgemeinen. In den zwei nächsten Kapiteln werden die beiden Therapierichtungen Bioenergetische Analyse und Therapie sowie Tiefenpsychologische Psychotherapie näher vorgestellt. Insbesondere werden die Grundannahmen der jeweiligen Therapieschule umschrieben sowie die wichtigsten Grundlagen und Methoden der Therapie erläutert. Am Schluss des jeweiligen Kapitels folgt eine kurze Information zur Wirksamkeit der Therapierichtung aus früheren Studien.

Im empirischen Teil werden die Ausgangslage für die vorliegende Untersuchung beschrieben, die Fragestellungen und Hypothesen festgehalten und das methodische Vorgehen skizziert. Im Anschluss folgt eine Darstellung der Ergebnisse.

Die abschliessende Diskussion fasst die zentralen Punkte des theoretischen Teils zusammen, interpretiert die Ergebnisse, nimmt Stellung zu den definierten Fragen und Hypothesen und wirft weiterführende Überlegungen auf.

## **1.4 Abgrenzung**

Als Ein- und Abgrenzung des Themas orientiert sich diese Arbeit ausschliesslich an den Interventionskategorien und der Schulenzuordnung des von der Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz PAP-S entwickelten „Ratingmanuals“. Die in der Arbeit ausgewerteten Audioaufnahmen wurden alle in der deutschsprachigen Schweiz erstellt. Die Arbeit konzentriert sich auf die definierten Fragestellungen und geht weder auf einzelne Störungsbilder der Patientinnen noch auf spezifische Merkmale der Therapeutinnen (Alter, Ausbildung, Erfahrung) ein.

Um einen besseren Lesefluss der Arbeit zu ermöglichen, wird bei Personen grundsätzlich die weibliche Wortform aufgeführt, dabei ist implizit immer auch die männliche Form mitgemeint. Im empirischen Teil der Arbeit, wo die Geschlechterzuordnung bezüglich Therapeutinnen und Patientinnen bekannt ist, wird die jeweils entsprechende Form verwendet. In der Arbeit wird grundsätzlich von Patientinnen und nicht von Klientinnen gesprochen; begründet dadurch, dass alle Patientinnen eine Diagnose nach ICD-10 haben. Die einzelnen Therapiesitzungen werden in der Auswertung als Gespräche bezeichnet, dies bezieht auch die nonverbale und körperbezogene Arbeit der Bioenergetischen Analyse und Therapie mit ein.

# **I THEORETISCHER HINTERGRUND**

## **2 Psychotherapie**

### **2.1 Begriffserklärungen**

Der Begriff Psychotherapie setzt sich aus dem altgriechischen Wort „psycho“ (Seele) und „therapia“ (heilen) zusammen. Im Zentrum steht demnach die Heilung der Seele.



Psychotherapie wird als Überbegriff für verschiedenste Formen psychologischer Verfahren verwendet, die auf die Behandlung psychischer und psychosomatischer Krankheiten, Leidenszustände oder Verhaltensstörungen abzielen (Bischof, 2009, S. 1).

Caspar (2004) bezeichnet Psychotherapie als „die gezielte, professionelle Behandlung psychischer und/oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln.“ (S. 769)

Strotzka (1982) definiert den Begriff wie folgt:

Psychotherapie ist eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten (auf Grund einer standardisierten Ausbildung), zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit psychologischen Mitteln (oder vielleicht besser durch Kommunikation, vorwiegend verbal aber auch averbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens. (S. 1)

## **2.2 Geschichte der Psychotherapie**

Gemäss Senf und Broda (2007) gehört die Psychotherapie mit der Pharmakologie und der Chirurgie zu den ältesten Querschnittsdisziplinen in der Medizin. Psychotherapeutische Wirkungen wurden von den Schamanen bereits vor Tausenden von Jahren in ihre Heilrituale integriert, Priesterärzte in Ägypten wendeten ebenso psychotherapeutische Methoden an wie die Babylonier zwischen Seelen- und Körperärzten unterschieden, aber auch in der Medizin der griechischen Antike kannte man psychotherapeutische Gesprächsmethoden, wie in etwa den sokratischen Dialog, der auch heute noch in der Verhaltenstherapie bekannt ist. Mit der Aufklärung im 18. Jahrhundert ging das psychotherapeutische Wissen der Medizin verloren, bis der englische Chirurg J. Braid die Hypnose als medizinische Behandlungsmethode wieder entdeckte. Vorläufer der wissenschaftlichen Psychotherapie sind insbesondere suggestive Methoden des Mesmerismus und die Hypnose der Ärzte J. M. Charcot und P. Janet (S. 2-3). Die Anfänge der professionellen Psychotherapie werden erst auf Ende des 19. Jahrhunderts datiert. Sie orientieren sich einerseits am 1893 erschienenen Aufsatz „Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene“, worin der berühmte „Fall der Anna O.“ von S. Freud und J. Breuer geschildert wird, andererseits stehen sie in direktem Zusammenhang zu Freuds umfassenden Werk „Die Traumdeutung“. Die Schriften dokumentieren den Beginn des psychotherapeutischen Behandlungsansatzes der als „Psychoanalyse“ schon bald verbreitet war. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden Psychotherapie und Psychoanalyse meist synonym verwendet (Kriz, 2007, S. 1).

## **2.3 Wirksamkeit der Psychotherapie**

Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist heute unumstritten und gründet auf einem in sechs Jahrzehnten untersuchten und dokumentierten Wissen (Asay & Lambert, 2001, S. 42). So konnte nachgewiesen werden, dass Psychotherapie nachhaltige positive Verän-

derungen, welche über das Abklingen pathologischer Defizite ohne Therapie hinausgehen, bewirkt (Künzler, Böttcher, Hartmann & Nussbaum, 2010, S. 336).

Smith, Glass und Miller (1980, zit. nach Asay & Lambert, 2001) fanden heraus, dass es den behandelten Klienten am Ende einer Therapie im Durchschnitt um 80 % besser ging als den nicht behandelten Personen (S. 42). Lambert (1992) stellte in seiner Studie fest, dass die therapeutische Beziehung 30 % zum Therapieerfolg beitrage, 15 % sei der therapeutischen Methode, 40 % extratherapeutischen Veränderungen und 15 % dem Erwartungs- und Placeboeffekt zuzuordnen (S. 94-129).

### **3 Bioenergetische Analyse und Therapie**

#### **3.1 Grundlagen**

##### **3.1.1 Definitionen**

Die Bioenergetische Analyse und Therapie (BAT) ist eine tiefenpsychologisch fundierte Körperpsychotherapie. Diese Therapieform arbeitet mit der Bedeutung des Körpers und seines Ausdrucks in der Übertragung: „Die Bioenergetik bzw. Biodynamik berücksichtigen in zunehmendem Mass Übertragungsphänomene und versuchen einen Weg hin zu einer tiefenpsychologisch fundierten Körpertherapie, indem sie traditionelle unmittelbare Körpertechniken mit verbaler Arbeit verbinden.“ (Wilke, 2007, S. 378).

Die Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie SGBAT (2011) ergänzt auf ihrer Website:

In dieser Psychotherapieform wird der Mensch als eine funktionelle Einheit von Körper, Seele und Geist verstanden. Körperliche und psychische Prozesse sind eng miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig. Ausgehend von dieser Grundannahme wird in der therapeutischen Arbeit der Zugang zu emotionalen Problemen nicht nur über die Sprache, sondern auch über die Arbeit mit dem Körper erreicht.

Begründet wurde die BAT von Alexander Lowen. Er wurde 1910 in New York geboren und war als Rechtsanwalt tätig, bis er 1940 den Psychoanalytiker Wilhelm Reich kennenlernte. In der Folge studierte er Medizin und entwickelte Reichs Körpertherapie weiter. 1956 gründete er zusammen mit B. Walling und J. Pierrakos in den USA das „International Institute for Bioenergetic Analysis (IIBA)“. Er blieb bis 1997 dessen Direktor. Lowen war verheiratet und hatte einen Sohn; er verstarb 2008, 98-jährig. (Schweiz. Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie, 2011; Lowen, 1975/1998, S. 37, 381).

Seine Therapie erklärte Lowen (1975/1998) selbst wie folgt:

Wenn Körperbau und Temperament zusammenhängen, wie jeder, der die menschliche Natur studiert, erkennen kann, dann erhebt sich die Frage: Kann man den Charakter eines Menschen ändern, ohne dass auch in der Körperstruktur und in der funktionellen Motilität des Körpers eine Veränderung eintritt? (S. 12)

### **3.1.2 Geschichtlicher Hintergrund**

Die Entwicklung der Bioenergetischen Analyse und Therapie basiert in hohem Mass auf den Arbeiten des Freud-Schülers Wilhelm Reich. Dieser vertritt 1927 in seinem Werk „Die Funktion des Orgasmus“ die These, dass überschüssige Energie durch den Orgasmus abgeführt werden kann, gelingt diese Entladung nicht, werden Emotionen blockiert, es entstehen Muskelverkrampfungen. Sechs Jahre später veröffentlicht Reich sein Werk „Charakteranalyse“. Hier beschreibt er systematisch die entwicklungsbedingten Abwehrmechanismen einzelner Persönlichkeitstypen und zeigt auf, dass die Körperhaltung die somatische Ansicht des emotionalen Ausdrucks ist; Reich spricht von der Charakterpanzerung. Später entwickelt er seine Theorie weiter und begründet die sogenannte Vegetotherapie. Dabei arbeitet er sowohl mit dem Körper als auch mit der Seele und bezieht Berührungen und bewusste Atmung in die Therapiearbeit mit ein. Reich wird als Begründer der Körperpsychotherapie verstanden (Lowen, 1958/1985, S. 17-33).

### **3.1.3 Grundannahmen der BAT**

#### **Körper, Geist und Seele sind eine Einheit**

Die Bioenergetische Analyse und Therapie (BAT) basiert auf der Überzeugung, dass psychische und körperliche Prozesse interagieren und sich gegenseitig beeinflussen. Reich machte in seinem Werk deutlich, dass sich psychische Vorgänge körperlich ausdrücken und charakterliche Verfestigungen als „Muskelpanzer“ in Erscheinung treten. Gemäss Lowen ist aber auch die Umkehrung naheliegend, nämlich dass sich alle körperlichen Erfahrungen in der Wahrnehmung, Beurteilung und Handlung eines Menschen manifestieren (Revenstorf, 1994, S. 157). Spezifisch am Bioenergetischen Modell ist daher die Grundannahme, dass sich emotional bedeutsame Lebenserfahrungen sowie geistige Einstellungen auch körperlich zeigen und dass umgekehrt ein habituellem Gebrauch des Körpers seinerseits Grundstimmungen und mentale Einstellungen zum Leben prägt (Koemeda-Lutz, 2002, S. 117-118). Oder wie Lowen (1984) selbst es ausdrückte: „Der Körper ist die Person.“ Persönliche Probleme des Menschen manifestieren sich im Körperausdruck. Deshalb bezieht die BAT den Körper in den analytischen Prozess mit ein (S. 1). Seelische Gesundheit bedeutet daher eine Übereinstimmung mit dem eigenen Körper und setzt voraus, dass der Mensch zu seinen körperlichen Regungen Kontakt aufnehmen kann (Revenstorf, 1994, S. 157).

#### **Das Energie-Konzept**

In der Tiefenpsychologie wurde der Begriff „Energie“ Anfang des 20. Jahrhunderts durch Sigmund Freud aufgenommen. Er nannte die ihn interessierende Art von Energie „Libido“ und fokussierte in seiner Arbeit auf die Sexualität als einen möglichen Weg der Entladung. Während Jung Energie als eine psychische Kraft ansah, ging Reich die

Thematik naturwissenschaftlich an und entwickelte den Begriff der Orgonenergie, einer im Universum präsenten Lebensenergie (Carle, 2002, S. 154). Obwohl Energie bei Lowen ein zentrales Thema seiner Therapie ist, hat er hierzu nie eine Theorie oder einen eigenen Begriff entwickelt. „Wir arbeiten mit der Hypothese, dass es im menschlichen Körper eine fundamentale Energie gibt, ob sie sich nun in psychischen Phänomenen oder in Bewegung des Körpers manifestiert. Diese Energie nennen wir einfach ‚Bioenergie‘.“ (Lowen, 1958/1985, S. 33). Energie treibe aus seiner Sicht jede Lebensäußerung an. Deshalb versucht die Bioenergetische Analyse und Therapie, die menschliche Persönlichkeit aufgrund der energetischen Prozesse der Körperfunktionen zu verstehen und geht davon aus, dass durch eine Änderung der energetischen Prozesse des Körpers die Persönlichkeitsfunktionen beeinflusst werden können (Lowen, 1975/1998, S. 9-10). Eine zentrale Aufgabe der BAT ist es, die Energie zum Fließen zu bringen und dadurch Muskelverspannungen zu lösen. Diese entstehen aufgrund emotionaler Konflikte in der frühen Kindheit. Sie führen nicht nur dazu, dass Impulse unterdrückt, sondern ganz aus dem Bewusstsein verdrängt werden. Dadurch wird die Intensität der Gefühle reduziert (Lowen, 1975/1998, S. 9-13; Schrauth, 2001, S. 50-52).

### **3.1.4 Charakterstrukturen**

Zentral für das von Lowen entwickelte psychosomatische Persönlichkeitskonzept sind entwicklungsspezifische Grundkonflikte, die in der Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach und der Angst vor Nähe, Intimität und Selbst-Ausdruck gründen. Im Sinne einer Überlebensstrategie werden bereits in frühen Jahren Verhaltensmuster entwickelt und verinnerlicht, die auch später und unter veränderten Lebensumständen beibehalten werden und sich in einer typischen Abwehrstrategie manifestieren. Diese Persönlichkeitsentwicklung umschreibt Lowen als Charakterstrukturen (1975/1998, S. 187). Er orientiert sich in seinem Konzept stark an der von Reich 1929 entwickelten Charakteranalyse, präzisiert und erweitert diese jedoch um den schizoiden, den oralen und den psychopathischen Typ (Schindler, 2002, S. 28). Als Hauptarten von Entwicklungsstörungen, die ihre charakteristische Spur in der Persönlichkeit hinterlassen, nennt Lowen (1958/1985): Entbehrung, Unterdrückung und Frustration (S. 193).

#### **Die schizoide Charakterstruktur**

**Grundkonflikt:** Das Bedürfnis nach Nähe wird mit Angst vor einem Verlust des Existenzrechtes bzw. vor Vernichtung verknüpft. Deshalb kann der schizoide Typ nur existieren, wenn er auf Nähe verzichtet. Entsprechend verharrt er in Isolation.

**Hintergrund:** Eine frühzeitige und offene Rückweisung und Feindseligkeit der Erziehungsperson bedrohen die Existenz, positive Gefühle der Sicherheit und Freude können nicht entwickelt werden.

**Beschreibung:** Ein begrenztes Selbst-Gefühl, ein schwaches Ich und ein stark reduzierter Kontakt zu seinem Körper und seinen Gefühlen umschreiben den schizoiden Charakter. Das Selbst-Gefühl ist mangelhaft, weil die Identifikation mit dem eigenen Körper fehlt. Typisch sind einerseits die Spaltung der ganzheitlichen Funktion der Persönlichkeit, beispielsweise die Trennung von Fühlen und Denken oder eine arrogante Haltung, die mit Gefühlen von Minderwertigkeit oder Erniedrigung einhergeht. Andererseits sind der Rückzug nach innen, der Kontaktverlust zur Aussenwelt und zur Realität auffällige Merkmale.

**Körperliche Erscheinung:** Der Körper ist meist schmal, wirkt zusammengezogen und verkrampft. Das Gesicht ist maskenhaft, die Augen sind wenig lebhaft und schliessen kaum Kontakt. Die Arme wirken losgelöst vom Körper, die Füße sind verkrampft und oft nach aussen gerichtet. Das Körpergewicht lastet auf den Aussenkanten der Füße. Zwischen den beiden Körperhälften besteht eine deutliche Diskrepanz, sie wirken nicht zusammengehörend, gebrochen.

(Lowen, 1975/1998, S. 165-170, 187)

### **Die orale Charakterstruktur**

**Grundkonflikt:** Unabhängigkeit und Selbstständigkeit bedeuten den Verlust von Halt und Wärme. Entsprechend bedeutet der Verzicht auf diese Bedürfnisse den Erhalt der Zugehörigkeit.

**Hintergrund:** Die zugrunde liegende Lebenserfahrung dieses Charaktertypus ist geprägt durch Deprivation (Entbehrung, Mangel, Entzug von Liebe und Zuwendung), die in den ersten Lebensmonaten durch eine fehlende oder depressive Bezugsperson erlebt wurden.

**Beschreibung:** Das Verhaltensmuster ist gekennzeichnet durch starke Angst vor Verlust, Verzweiflung, mangelnde Selbstständigkeit und eine verminderte Aggressivität. Es herrscht ein Gefühl der inneren Leere verbunden mit der Erwartung, dass andere diese Leere ausfüllen. Diese Menschen neigen zum Anklammern und Anlehnen, sind in Beziehungen entsprechend abhängig. Sie sind ausgeprägten Stimmungsschwankungen unterworfen, auf höchste Heiterkeit folgt tiefe Depression. Oft werden diese Charakterzüge durch angenommene Haltungen verdeckt, sodass beispielsweise eine übertriebene Selbstständigkeit zur Schau gestellt wird; die Fassade bricht in belastenden Situationen jedoch rasch ein.

**Körperliche Erscheinung:** Der Körper ist meist lang und dünn, die Muskulatur eher unterentwickelt. Lowen beschreibt lange, dürre Arme, knochige Füße, dünne Beine, die den Körper kaum tragen mögen, ein kleines Becken sowie eine spärliche Körperbehaarung. Die Haut sei dünn und leicht verletzlich, die Augen schwach.

(Lowen, 1958/1985, S. 183-184, 197-234; Lowen, 1975/1998, S. 170-173, 187)

## **Die psychopathische oder narzisstische Charakterstruktur**

**Grundkonflikt:** Der Konflikt besteht zwischen dem Wunsch nach Eigenständigkeit bzw. Andersseindürfen und gleichzeitig dem Wunsch nach Nähe und Geborgenheit. Die betreffenden Menschen scheitern an ihrem Stolz und ihrer Verletzlichkeit. Die Lösung besteht darin, die Illusion der eigenen Stärke durch eine dialektische Umkehrung aufrechtzuerhalten: „Du kannst mir nahe sein“, statt „Ich habe das Bedürfnis, dir nahe zu sein“.

**Hintergrund:** Das Recht, selbstständig und unabhängig zu sein. Der wichtigsten ursächliche Faktor ist ein sexuell verführender Elternteil, der, mit der Absicht, das Kind an sich zu binden, jeden Ausdruck von Schwäche und Annäherung ausnutzt oder gar missbraucht. Dadurch lernt das Kind, eigene Gefühle gegenüber anderen Menschen zurückzuhalten; es versucht, stark zu sein und die Kontrolle zu behalten.

**Beschreibung:** Kennzeichnend für diesen Charaktertyp ist das Leugnen und Unterdrücken von Gefühlen, insbesondere auch sexueller Gefühle. Dieser Mangel wird ausgeglichen durch den Drang nach Macht und dem Bedürfnis, andere zu steuern oder zu manipulieren. Dieses Vorgehen dient der Abwehr der eigenen Angst, selbst gesteuert, manipuliert oder ausgenutzt zu werden. Lowen unterscheidet zwei Typen. Der tyrannisierende Charakter gewinnt Macht, indem er sich über andere erhebt. Seine Taktik basiert auf Einschüchterung und Unterdrückung. Der manipulative Typ arbeitet mit Verführung. Er will andere dahin bringen, dass sie ihn brauchen, damit er sein eigenes Verlangen nach anderen Menschen nicht ausdrücken muss. Bei beiden Typen ist Erfolg zentral.

**Körperliche Erscheinung:** Der tyrannisierende Typ hat einen sehr stark entwickelten Oberkörper, er wirkt aufgebläht, was die aufgeblähte Selbstvorstellung unterstreicht. Der Körperbau ist kopflastig und starr. Die untere Körperhälfte ist schmaler und weist Schwächen der oralen Struktur aus. Der Kopf wird steif gehalten und hat den Körper fest im Griff. Die Augen sind wach, haben aber keinen Blick für gegenseitige Beziehung. Der manipulative Typ ist besser proportioniert, wirkt kaum aufgebläht. Sein Rücken ist meist hyperflexibel.

(Lowen, 1958/1985, S. 398-430; Lowen, 1975/1998, 173-178, 188; Schrauth, 2001, S. 58-59)

## **Die masochistische Charakterstruktur**

**Grundkonflikt:** Freiheit schliesst Geborgenheit und Nähe aus. Der masochistische Typ ist daher bereit, sich unterzuordnen und zu gehorchen, wenn er dafür geliebt wird.

**Hintergrund:** Das Recht auf Unabhängigkeit. Diese Charakterstruktur entwickelt sich in einer Familienatmosphäre, in der Liebe und Anerkennung mit starkem Druck einhergehen. Das Kind wird mit Aufmerksamkeit und Aufopferung „zugeschüttet“. Widerstand wird im Keim erstickt. So entwickelt das Kind bei jedem Versuch von Selbststän-

digkeit Schuldgefühle. Der masochistische Charaktertyp entwickelt früh eine Angst, aus sich herauszugehen, aus Angst vor „Zerstörung“.

**Beschreibung:** Als masochistische Charakterstruktur wird ein Verhaltensmuster bezeichnet, das sich aus Anstrengung und Zusammenbruch, Versuch und Scheitern zusammensetzt. Das zugrunde liegende Problem ist eine Furcht vor Selbstbehauptung, es herrscht eine grosse Angst in allen Situationen, in denen Aggression erforderlich ist. Auf der bewussten Ebene gibt sich der masochistische Charaktertyp unterwürfig, er versucht, anderen zu gefallen. Unbewusst leugnet er aber diese Haltung durch Auflehnung, Negativismus und Feindseligkeit. Diese Gefühle werden aufgrund grosser Angst vor gewalttätigem Verhalten unterdrückt.

**Körperliche Erscheinung:** Typisch ist ein eher kurzer, kräftiger und muskulöser Körper. Ein kurzer, dicker Hals scheint darauf hinzudeuten, dass der Betroffene den Kopf einzieht. Auffällig sind das vorgeschobene Becken und ein abgeflachtes Gesäss sowie eine dunkle Hauttönung.

(Lowen, 1958/1985, S. 188-189, 234-286; Lowen, 1975/1998, S. 178-182 + 188)

### **Die rigide Charakterstruktur**

**Grundkonflikt:** Der Konflikt zwischen Freiheit und Hingabe in der Liebe. Liebe und Freiheit lassen sich für den rigiden Typ nur vereinbaren, wenn er das Gefühl der Liebe kontrolliert, nicht vor ihr kapituliert.

**Hintergrund:** Das Recht, zu wünschen und zu begehren und seine Wünsche unmittelbar und offen zu befriedigen. Die Entwicklung einer rigiden Charakterstruktur geht zurück auf eine massive Kränkung oder Frustration im Kindesalter von zirka 2 bis 5 Jahren. Die Zurückweisung wird als Ablehnung des Liebesbedürfnisses empfunden und bedeutet eine Verletzung des Stolzes. Das Kind begegnet Frustrationen, Entbehrung und Druck, indem es sich versteift. Aufgrund seiner starken Ich-Entwicklung hat der rigide Charakter das Erlebte nicht verdrängt, weshalb er versucht, sein Verlangen nach Liebe und körperlicher Intimität auf indirektem Weg zu befriedigen.

**Beschreibung:** Typisch für den rigiden Charakter ist die strukturelle Rigidität, die energiegeladene Starrheit, sowohl in Bezug auf den Charakter als auch in Bezug auf den Körper. Auffällig sind der Stolz und eine gewisse Unnahbarkeit. Der rigide Charaktertyp fürchtet das Nachgeben, da er dieses mit einem Kollaps gleichsetzt. Zudem prägt ihn die Furcht, ausgenutzt oder manipuliert zu werden. Die Impulse, sich zu öffnen oder sich gehen zu lassen werden stark kontrolliert und zurückgehalten. Dies beruht auf einer grossen Ich-Stärke und einer guten Realitätskontrolle, wird jedoch als Abwehr eingesetzt. Lowen (1975/1998) beschreibt den rigiden Charaktertypus als „weltorientiert, ehrgeizig, kämpferisch und aggressiv“, aber auch als „eigensinnig oder gar störrisch“ (S. 184).

**Körperliche Erscheinung:** Der rigide Charaktertyp ist gut proportioniert, der Körper wirkt integriert und zusammenhängend. Bezeichnend ist die Lebhaftigkeit des Körpers: glänzende Augen, gute Hautfarbe, ausdrucksstarke Mimik und Gestik. Auffallend ist ein betont gerades Rückgrat, zurückgehaltene Schultern und ein hoch getragener Kopf. (Lowen, 1975/1998, S. 182-186, 188)

## 3.2 Therapie

Die BAT bezieht in ihre Arbeit die drei psychoanalytischen Grundprinzipien Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand mit ein und erweitert diese mit direkter Körperarbeit (Ehrensperger, 2009, S. 122). So versucht die BAT, die eingespielte Abwehrorganisation nicht nur durch verbale Interventionen, sondern zusätzlich durch Körperübungen, experimentierendes Handeln und Berührungen durch die Therapeutin zu destabilisieren und dadurch den Fokus auf automatisierte psychosomatische Reaktionen zu lenken (Koemeda-Lutz, 2002, S. 189). Das bedeutet, dass die Aufmerksamkeit der Patientinnen auf die charakterlichen Fixierungen auf der körperlichen und der psychischen Ebene gelenkt und diese Fixierungen durch spezifische Übungen überwunden werden. Werden die zugrunde liegenden emotionalen Konflikte erkannt, zugelassen, wieder erlebt und durchgearbeitet, sollten Handlungs- und Verhaltensalternativen möglich werden. In der Therapiearbeit sollen muskuläre Verspannungen gelöst, die Selbstwahrnehmung erhöht und schmerzhaftes Erleben erlebbar gemacht werden (Schindler, 2002, S. 35).

### 3.2.1 Grundregeln

**Body-reading:** Die unter 3.1.4 dargelegten meist unbewussten Grundkonflikte zeigen sich in der psychosomatischen Organisation des Menschen, insbesondere in chronischen Muskelanspannungen und verbalen Äußerungen. Daher spielt das Lesen und Verstehen der beschriebenen körperlichen Erscheinung, das so genannte „body reading“, bereits in der systematischen Persönlichkeitsdiagnostik eine wichtige Rolle. Körperhaltung und -ausdruck, die Motilität (Beweglichkeit), die Atmung und insbesondere die individuellen Spannungsmuster werden in der Bioenergetischen Analyse und Therapie in die Diagnosestellung mit einbezogen (Ehrensperger, 2009, S. 109; Koemeda-Lutz, Emmenegger & Peter, 2003, S. 58-69; Koemeda-Lutz & Peter, 2001, S. 51-61). Ebenso wie die Problematik im Körperausdruck sichtbar wird sollten später auch therapeutische Fortschritte darin erkennbar werden (Schindler, 2001, S. 35).

**Setting:** Das Setting variiert im Gegensatz zur Psychoanalyse sehr oft, ist variantenreich und bedürfnisorientiert. So bestimmt weitgehend die Patientin, ob sie sitzen, stehen, liegen, sich verbal oder physisch ausdrücken will. Die Therapeutin versucht zu verstehen, fragt nach, schwingt mit, schützt Grenzen, unterstützt Nähe oder eine körperliche Berührung, leitet an oder schlägt eine konkrete Übung vor (Steinmann, 2002, S. 295-296).



### 3.2.2 Technik und Methodik

In der Folge sollen die zentralsten Techniken der BAT kurz vorgestellt werden. Eine umfassende Beschreibung und konkrete Anleitung findet sich beispielsweise im Buch „Bioenergetik für jeden“ von Alexander Lowen (1977/1988).

**Körperübungen und Haltungen:** Die bekannteste und zentralste der Körperübungen bildet das „Grounding“. Der englische Begriff bedeutet Erdung, Verwurzelung, Verankerung, in Kontakt mit der Erde sein und wird oft mit „erden“ oder „geerdetsein“ übersetzt. Die Patientin steht demnach mit beiden Beinen fest auf dem Boden und in der Welt, sie begegnet der Welt selbstständig und eigenständig und, wie Ehrensperger (2009) schreibt, „versucht die Dinge zu verstehen, statt sie zu versitzen“ (S. 110). Eine gute Erdung bedeutet einen guten Kontakt zum Fundament, zur Realität, aber auch eine Verbundenheit zur sozialen Mitwelt. Grounding-Übungen werden insbesondere bei Konflikten mit der Realität angewandt (Ehrensperger, 2009, S. 110-111; Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetik, 2011 a).

**Atmung:** Für Lowen war die Atemarbeit ein wichtiger Energiespender und daher sehr zentral: „You always start to work on the breath“ (zit. nach Lowen in Steinmann, 2002, S. 297). Die Vertiefung der Atmung hilft, Empfindungen, Gefühle und Erinnerungen erfahrbar und unbewusst zurückgehaltene Affekte spürbar zu machen; damit soll es möglich werden, Blockierungen aufzuheben. Eine eingeschränkte Atmung wird gleichgesetzt mit der Reduktion der Vitalität des Organismus (Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie, 2011 b). Typisch für die BAT ist der Einsatz des Atemschemels, eine Art gepolsterter Hocker, über den sich die Patientin rückwärts legt. Mit dieser Position wird eine intensive Lockerung der Muskulatur und verbesserte Atmung möglich (Steinmann, 2002, S. 297-301).

**Selbstaufmerksamkeit:** Es geht darum, sich den eigenen Körperempfindungen zuzuwenden und diese wahrzunehmen. Dies kann durch eine einfache Frage angeregt oder durch eine Übungsanleitung erreicht werden.

**Bewegungs- und Ausdrucksübungen:** Hier kann es um das Wiederholen oder Vergrößern spontaner Gesten gehen, die als nonverbale Begleitung im Gespräch erscheinen. Aber auch um das Ausleben innerer Konflikte und verdrängter Emotionen, beispielsweise, indem Aggressionen durch das Einschlagen auf einen Sandsack, durch Schreien oder Weinen freigesetzt und erlebbar werden.

**Berührung:** ist eine wichtige Technik, um Kontakt herzustellen. Wer keine Worte hat, ist vielleicht bereit, sich über Berührung mitzuteilen. Berührungen finden in der BAT nur mit Zustimmung der Patientin statt. Zu den Berührungstechniken gehören einfaches, unterstützendes Halten als Hilfestellung bis hin zur Arbeit mit Druck und Gegendruck, sowie Selbstunterstützung der Patientinnen durch ihre eigenen Hände (Steinmann, 2002, S. 296-311; Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie, 2011 b).

**Beziehungsübungen:** beinhalten die verschiedenen Ebenen der Patientinnen-Therapeutinnen-Beziehung wie beispielsweise Distanz-/Näheregulation, Positionierung im Raum, Augenkontakt etc. (Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie, 2011 b).

### 3.2.2 Wirksamkeit

Bezogen auf körperpsychotherapeutische Methoden wurde im Jahr 2006 eine Multizenter-Studie zur begleitenden Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien (EWAK) veröffentlicht. Insgesamt beteiligten sich 38 Mitgliedsinstitutionen der „European Association for Body Psychotherapy“ (EABP), darunter 3 deutsche und 5 Schweizer Institute. Zu verschiedenen Messzeitpunkten (Therapiebeginn, ein halbes Jahr nach Therapiebeginn, Therapieende bzw. spätestens zwei Jahre nach Therapiebeginn) wurden mittels gut eingeführter Fragebogen wie SCL-90, IIP-D etc. Symptome und Befindlichkeit der Patientinnen erhoben. Die Resultate in Deutschland und der Schweiz zeigen, dass die teilnehmenden Patientinnen, die eine körperpsychotherapeutische Behandlung aufsuchen (n = 342), im Hinblick auf soziodemografische und psychopathologische Merkmale mit anderen ambulanten Psychotherapiepatientinnen vergleichbar sind. So erreichen diese Patientinnen (n = 253) nach sechs Monaten eine signifikante Besserung, zum Behandlungsende bzw. spätestens zwei Jahre nach Behandlungsbeginn (n = 160) wurden in allen Skalen grosse Effekte erzielt. Katamnestiche Daten (1 Jahr nach Therapieende) liegen für 42 Patientinnen vor, die Symptomreduktion und Befindlichkeit blieb in diesen Fällen stabil (Koemeda-Lutz, Kaschke, Revenstorff, Scherrmann, Weiss & Soender, 2006, S. 1). Röhrich (2009) gibt einen aktuellen Überblick über den Stand der empirischen Forschung auf dem Gebiet der Körperpsychotherapien (S. 135-156).

## 4 Tiefenpsychologische Psychotherapie

### 4.1 Definitionen

Die Tiefenpsychologische Psychotherapie TP (auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie genannt) ist ein von der Psychoanalyse abgeleitetes und weiterentwickeltes Verfahren (Wöllner & Kruse, 2010, S. 10).

Reimer (2007) erklärt den Begriff wie folgt:

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie arbeitet theoretisch mit den Erkenntnissen der Psychoanalyse und deren Weiterentwicklungen bzw. Modifizierungen im Hinblick auf die Persönlichkeitsentwicklung und deren Störungen. In der praktischen Umsetzung dieser Erkenntnisse folgt sie aber nicht oder teilweise nicht dem klassischen psychoanalytischen Therapieprozedere, sondern hat eigene Methoden entwickelt, die – im Vergleich mit der Psychoanalyse – Begrenzungen und Fokussierungen markieren. (S. 81)

Ardelt (2004) präzisiert bei der Beschreibung des Begriffs Tiefenpsychologie:

Tiefenpsychologie (= T.), Sammelbegriff für die Richtung der Psychotherapie, die vorgibt, nicht an der „Oberfläche“ des bewussten Seelenlebens haften zu bleiben, sondern in die unterbewusste und unbewusste Tiefe der Seele hineinzuleuchten und dabei insbes. die Beziehung zwischen Gefühl und Willen „triebdynamisch“ in den Vordergrund zu rücken. ... Die Bezeichnung T. kam etwa um 1930 auf, um sowohl alle Richtungen zu umfassen, die von Freud, Adler, Jung, Stekel u. a. ausgingen, zugleich aber auch, um eine Unterscheidung zwischen der Psychoanalyse und den Nicht-Freudschen Richtungen einzuführen. (S. 957)

## 4.2 Grundbegriffe

### 4.2.1 Das Unbewusste

Eine der unumstößlichsten Grundannahmen der Tiefenpsychologie ist die Existenz des Unbewussten. Wissenschaftler vor Freud gingen davon aus, dass sich die Psychologie mit Phänomenen der bewussten Existenz beschäftigt hat. Freud hingegen entdeckte in der klinischen Praxis und in der Selbstanalyse auffällige und zufällige, mit dem Verstand unerklärbare Dinge. Diese bestärkten ihn in der Überzeugung, dass es nebst dem bewussten Erleben und Verhalten noch einen, dem Denken entzogenen Zustand geben muss, der nichtsdestotrotz existent und ständig wirksam ist, und zwar nicht nur bei neurotisch kranken, sondern auch bei gesunden Menschen (Kurtz-von Aschoff, 1995, S. 21). Nebst dem persönlichen Unbewussten, wie Freud es definierte, sprach Jung zusätzlich vom kollektiven Unbewussten. Dieses umfasst Inhalte aus ererbten Möglichkeiten des psychischen Funktionierens, aus den ererbten Hirnstrukturen. Dieses Erbgut ist allgemein menschlich, bildet die Grundlage alles Funktionierens. Es ist ein Niederschlag der typischen Reaktionsweisen der Menschheit seit ihren Urfängen, ohne Rücksicht auf historische oder ethnische Differenzierung (Stüssi-Schmid, 2009, S. 5). Das Konzept des Unbewussten bedeutete einen Paradigmenwechsel und eröffnete neue Wege des psychischen Erklärens für psychische Phänomene, insbesondere Symptome. In der Folge wurde es möglich, Menschen mit Symptomen, die weder körperlich noch simuliert waren, zu helfen, indem die Störung als Zeichen aus dem Unbewussten betrachtet und behandelt werden konnte. Es entstand ein neues Verständnis für seelische Störungen (Schmugge, 2008, S. 6-7).

### 4.2.2 Das topische Modell

Mit seinem topischen Modell (auch dynamisches Modell des psychischen Apparats genannt) versuchte Freud 1920 die drei Zustände des Bewusstseins zu systematisieren. Er bezeichnete sie als Bewusst, Vorbewusst und Unbewusst und stellte sie sich als übereinander geschichtet vor.

**Das Unbewusste** enthält verdrängte und desymbolisierte Inhalte, die nur sehr schwer oder kaum zugänglich sind. Freud ging davon aus, dass die Bedeutung von Krankheitssymptomen aber auch Versprecher oder Fehlleistungen und insbesondere der Traum Zugang zum Unbewussten ermöglichen. **Das Vorbewusste** bildet eine Art Zwischen-

form. Es enthält Dinge, die uns nicht immer präsent sind, aber durch Bilder, Handlungen oder Worte wieder bewusst werden können. **Das Bewusste** ist präsent und willentlich zugänglich (Bischof, 2009, S. 5).

Das Modell ist ungenügend, wenn es darum geht, psychische Vorgänge oder Konflikte zu veranschaulichen, es zeigt aber auf, wie bedeutsam Widerstände werden, wenn die Therapie das Unbewusste bewusst machen will (Schmugge, 2008, S. 8).

#### 4.2.3 Das Strukturmodell

Mit dem Strukturmodell konzipierte Freud 1923 die Psyche neu, und zwar als Kräftespiel dreier Instanzen mit unterschiedlichen Funktionen: Ich, Es und Über-Ich (List, 2009, S. 95).

**Das Es:** Seine Inhalte sind völlig unbewusst, teilweise ererbt und angeboren, aber auch erworben und verdrängt (Kurtz-von Aschoff, 1995, S. 25). Das Es ist der archaische Teil der Psyche, der von Geburt an dem Lustprinzip folgt (s. Punkt 4.2.5) und aus dem sich Ich und Über-Ich erst mit der Zeit entwickeln. Das Es gilt als Reservoir der sexuellen und aggressiven Triebregungen.

**Das Ich:** unterzieht die vom Lustprinzip bestimmten Bedürfnisse einer Realitätsprüfung und übernimmt die Vermittlerfunktion zwischen innen und aussen, zwischen den psychischen Instanzen und zwischen sich widersprechenden Strebungen des Es. Das Ich ist bewusst und ist als organisierte psychische Instanz der Sitz aller mentalen Funktionen wie beispielsweise Denken, Urteilen, Planen, zeitliche und räumliche Orientierung, Logik etc.

**Das Über-Ich:** ist die kontrollierende Instanz. Es repräsentiert die verinnerlichte Rolle der Eltern und anderer Autoritätspersonen und steht für Ge- und Verbote, Moral und Gewissen. Es ermöglicht selbstreflexive Affekte wie Schuld, Scham, Stolz oder Depression.

Im Strukturmodell ist das psychische Gleichgewicht, die Lösung des psychischen Konflikts, abhängig vom Verhältnis der psychischen Instanzen zueinander. Die Realität, aber auch das Es und das Über-Ich, sind potenzielle Bedrohungen des Ichs und erzeugen Angst. Daher ist das Ich auch der Schauplatz der Angst und der Abwehr. Eine „gesunde“ Ich-Struktur ergreift protektionistische Massnahmen zur Selbstbehauptung und -erhaltung. Sie zeigt sich, indem es ihr gelingt, sich erfolgreich gegenüber den Triebstrebungen (dem Es) einerseits und den Beschränkungsgeboten (dem Über-Ich) andererseits zu behaupten und Kompromisse zu ermöglichen (List, 2009, S. 95-97).

#### 4.2.4 Das Triebkonzept

Die Bedeutung der Triebtheorie liegt in der durch sie festgeschriebenen körperlich-sinnlichen Fundierung alles Psychischen. Freuds Konzept des Triebes ist vom körperli-

chen Reiz abgeleitet (List, 2009, S. 70). Freud (1915) selbst nannte den Trieb „Grenzbegriff zwischen Seelischem und Somatischem, als psychischer Repräsentant der aus dem Körperinnern stammenden, in die Seele gelangenden Reize, als ein Mass der Arbeitsanforderung, die dem Seelischen infolge seines Zusammenhanges mit dem Körperlichen auferlegt ist“ (S. 211). Bei dem Begriff „Triebimpuls“ unterschied Freud zwischen dem Drang (Kraft, Arbeitsanforderung), der Quelle (Organ, von dem die [sexuelle] Erregung ausgeht), dem Objekt (eigener Körper, andere Person, Gegenstand) und dem Ziel (Nahrung, Zuwendung). Der Trieb ist die psychische Repräsentanz einer innersomatischen Reizquelle, die danach strebt, eine einmal erfahrene Befriedigung wiederherzustellen. Diese Wunschkynamik ist ganz vom Lustprinzip beherrscht (List, 2009, S. 70-71). Die psychische Energie findet ihren Ausdruck in diversen Trieben. Dazu gehören die Selbsterhaltungstriebe (Ich-Triebe wie Hunger, Durst, Wärme), die sexuellen Triebe (wie orale, anale und genitale Bedürfnisse) und eine Reihe von ursprünglich sexuellen Bedürfnissen, die in kulturell-produktive umgewandelt wurden (Sublimation): soziale oder intellektuelle Aktivitäten, Arbeit, Kunst etc. Während die Selbsterhaltungstriebe auf den eigenen Körper gerichtet und daher narzisstisch sind, sind die sexuellen und aggressiven Impulse auf mögliche Sexualpartner gerichtet, die kulturell-produktiven Impulse sind nicht unbedingt personenbezogen (Revenstorf, 1994, S. 68-71). Freud konstituierte die Triebhaftigkeit stets bipolar, passte die Begriffe aber im Lauf der Zeit immer wieder an: Selbsterhaltungstriebe versus Sexualtriebe (1905), Ich-Triebe versus libidinöse Triebe (1910), (narzisstische) Ich-Libido versus Objektlibido (1914) und Libido (Lebenstrieb) versus Todestrieb (1920), (List, 2009, S. 72).

#### **4.2.5 Lustprinzip und Realitätsprinzip**

Zur Aufrechterhaltung eines optimalen Erregungsniveaus im Organismus strebt alle psychische Aktivität danach, Lust zu gewinnen und Unlust zu vermeiden. Die Triebe drängen auf dem kürzesten Weg nach Befriedigung (List, 2009, S. 66). Das Realitätsprinzip bezieht die Aussenwelt mit ein und drängt dazu, dass der Mensch sich so verhält, wie es in der gegebenen Umwelt am zweckmässigsten ist (Kurtz-von Aschoff, 1995, S. 32). Dies bedeutet, dass sich das Lustprinzip zur Erhaltung des Organismus immer wieder einem vorübergehenden Befriedigungsaufschub unterziehen und die Unlust kurzfristig akzeptieren muss. Der Mensch wird gezwungen, seine Wünsche und Fantasien in planende Aktivität und die Motorik in gezieltes Handeln umzuwandeln. Das so entstehende Realitätsprinzip ermöglicht die notwendige Auseinandersetzung mit und die Veränderung der Realität, um dadurch, im Dienst des Lustprinzips, die angestrebte Befriedigung erzielen zu können (List, 2009, S. 66).

#### **4.2.6 Traum**

1900 publizierte Freud sein Werk „Die Traumdeutung“, diese bildete den Kern der psychoanalytischen Theoriebildung. Freud nannte den Traum die „via regia“, den Königsweg zum Unbewussten. Er ging davon aus, dass das unbewusste Es einen wesentlichen Anteil an der Traumbildung hat. Im Traum werden Eindrücke aus früher Kindheit und teils vergessene Szenen reproduziert. Daneben gibt es aber auch Traumteile aus dem Ich sowie Inhalte, die nach Freud weder aus dem Kindheits- noch dem Erwachsenenleben stammen können und daher als Teil der archaischen Erbschaft angesehen werden müssen. Letzteres hat insbesondere C. G. Jung in seiner analytischen Psychotherapie mit dem kollektiven Unbewussten vertieft. Freud bezeichnete den Traum als „Hüter des Schlafs“, er sieht darin die Hauptfunktion des Traums. Dabei werden den Bedürfnissen, die sonst zum Erwachen führen würden, harmlose Wunscherfüllungen entgegengesetzt (Kriz, 2007, S. 34). Der sogenannte latente Traum ist dem Bewusstsein und der Erinnerung nicht zugänglich. In der Traumarbeit werden die latenten Traumgedanken durch Verschiebung, Verdichtung und symbolische Darstellung in Traumelemente verwandelt, daraus entsteht in einem weiteren Schritt ein manifester Trauminhalt, an den sich die Träumende später erinnern kann. Unter Verschiebung versteht Freud, dass ein Element eines Sachverhaltes durch ein anderes, meist neutraleres Element ersetzt wird. Die Verdichtung bildet im manifesten Traum oft mehrere Elemente von latenten Traumgedanken ab und in der symbolischen Darstellung kann Unlogisches in Symbolen zusammengeführt werden (Kriz, 2007, S. 34-35). Träume unterliegen dem Lustprinzip und dienen der Wunscherfüllung. In der Traumdeutung wird versucht, die Traumarbeit rückgängig zu machen und zu den Inhalten des manifesten Traums, also den unbewussten Wunschregungen vorzudringen. Dies geschieht mithilfe der freien Assoziation, wodurch Verdrängtes preisgegeben und unbewusste Zusammenhänge sichtbar werden (s. auch Punkt 4.3.2., List, 2009, S. 68-69).

#### **4.2.7 Verdrängung und Abwehr**

Wird Verdrängung als Instrument des „Unbewusstmachens“ verstanden, wird klar, dass sie ein zentrales Element der Tiefenpsychologischen Psychologie ist. Verdrängung charakterisiert einen Spaltungsvorgang. Diese Form der Spaltung ist ein notwendiger Bestandteil jeder Abwehr und schützt den Menschen vor Überforderung und Überflutung. Entsprechend ist Verdrängung ein notwendiger Vorgang, der den Menschen im Alltag funktionstüchtig hält. Die Verdrängung ist der wichtigste von zahlreichen Abwehrmechanismen, die die Tiefenpsychologische Psychotherapie identifiziert hat. Weitere sind beispielsweise Verneinung, Projektion, Identifizierung, Verleugnung, Intellektualisierung, Sublimierung etc. (List, 2009, S. 82-83, 92).

## 4.3 Therapie

Die Tiefenpsychologische Psychotherapie ist eine Konfliktpsychologie. Sie versteht die menschliche Psyche als Ort einer permanenten innerseelischen Ausgleichsbewegung, als Ort des Konflikts zwischen den verschiedenen psychischen Instanzen (s. Punkt 4.2.3). Die innerseelische Auseinandersetzung führt zu einer unbewussten und für jede Einzelne typischen Konfliktneigung, die zu einer ständigen Wieder- oder Neuinszenierung längst vergangener kindlicher Beziehungskonstellationen und Konfliktmuster führt. Diese sollen in der Therapie erkannt, bearbeitet und durchbrochen werden (Fischer, 2011, S. 15-16). Wie unter Punkt Definition (4.1) erwähnt, hat die Tiefenpsychologische Psychotherapie ihren theoretischen Hintergrund weitgehend im Bereich der Psychoanalyse. Dies bedeutet, dass Krankheitsentstehung, -bewältigung und -verhalten stark von unbewussten Faktoren (mit-)gesteuert werden. Diese gilt es in der TP mithilfe bestimmter Methoden und Techniken zu erschliessen und zu verstehen (Reimer, 2007, S. 82). Ziel der Behandlung ist die Bewusstmachung und Auflösung unbewusster Konflikte, oder, gemäss Fischer (2011): „Die Verwandlung der neurotischen Konfliktlösung in eine weniger neurotische“ (S. 17). Zentral ist auch die Stärkung der Autonomie und der Konfliktfähigkeit. Die TP ist weniger ätiologisch orientiert und fokussiert verstärkt aktuelle Probleme und Konflikte im Hier und Jetzt des Menschen. Entsprechend wird auf die unbewussten Hintergründe meist nur so weit eingegangen als sie für die aktuelle Störung relevant sind (Fischer, 2011, S. 16-17).

### 4.3.1 Grundregeln

**Setting:** Das aus der Psychoanalyse bekannte Setting mit der liegenden Patientin erfährt in der TP Modifikationen. So sitzen sich Therapeutin und Patientin in der Regel gegenüber, haben Blickkontakt, die Patientin nimmt die Therapeutin als Person wahr. Diese Form wird von Patientinnen als „normaler“ erlebt, ist vertrauter und kann dadurch entängstigend wirken. Auch in den zeitlichen Rahmenbedingungen unterscheidet sich die TP von der Psychoanalyse: Die Sitzungsfrequenz ist meist weniger intensiv (wöchentlich) und die Therapie dauert alles in allem weniger lang als eine Psychoanalyse (Reimer, 2007, S. 90-91).

**Abstinenz und Neutralität:** Die Abstinenz bezieht sich einerseits auf die Haltung der Therapeutin; es geht darum, dass sie als Projektionsfläche dient und nicht einfach Lösungen bietet, sondern die Patientin bei der Entwicklung eigener Lösungsansätze und in ihrer Autonomie unterstützt. Andererseits bedeutet Abstinenz auch eine Zurückhaltung der Therapeutin bezüglich aller Informationen über die eigene Person. Neutralität steht für die Unvoreingenommenheit der Therapeutin, eine wertungsfreie, nicht moralisierende Aufnahme des Gehörten (List, 2009, S. 236-238).

**Gleichschwebende Aufmerksamkeit:** bedeutet eine nach innen und aussen gerichtete Aufmerksamkeit. Freud verstand darunter ein ungerichtetes Zuhören, ohne sich etwas

Bestimmtes merken zu wollen, als Ergänzung zur freien Assoziation des Analysanden. Es geht um ein waches, offenes und uneingeschränktes Zuhören, ein Verhalten, das heute in verschiedenen Psychotherapien als Empathie bezeichnet wird (List, 2009, S. 241).

#### **4.3.2 Technik und Methodik**

Im Zentrum der Tiefenpsychologischen Psychotherapie steht das psychotherapeutische Gespräch. Es handelt sich also um eine verbale Methode, die aber auch averbale Äusserungen wie beispielsweise die Körpersprache mit einbezieht. Nebst der aktuellen Lebenswelt der Patientin beachtet die TP insbesondere auch Fantasien und Träume der Patientinnen (Lüscher & Spengler, 2011, S. 38).

**Freies Assoziieren:** Durch die freie Assoziation soll sich die Patientin dem Strom ihrer Gedanken und Regungen hingeben und diese uneingeschränkt äussern, auch wenn sie ihr als sinnlos, unlogisch, peinlich etc. erscheinen. Ziel der freien Assoziation ist es, innere Hemmungen und Zensuren zu unterlaufen und zum unbewussten Konflikt vorzudringen. Die Assoziationen beinhalten meist Übertragungen und/oder Widerstand. Das Assoziieren verlangt eine gewisse Regression und hat daher einen primärprozesshaften Charakter, ist unzusammenhängend und unlogisch. Dies fällt vielen Patientinnen schwer, entsprechend assoziieren sie nicht, sondern berichten und erklären, worin sich ihr Widerstand gegen die Therapie manifestiert (s. unten „Widerstand“) (List, 2009, S. 239-240).

**Übertragung/Gegenübertragung:** Die Übertragung kann als eine Art Neuauflage von früheren Formen des (Beziehungs-)Erlebens verstanden werden. Sie steht meist in Zusammenhang mit zentralen Bezugspersonen und richtet sich im therapeutischen Setting auf die Therapeutin, die als Projektionsfläche für wieder erlebte Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen dient. Daraus entsteht die Möglichkeit, verinnerlichte Konflikte zu ursprünglichen Bezugspersonen in der Beziehung zur Therapeutin wieder zu erleben, sich daran zu erinnern und sie in der Folge durchzuarbeiten. Die Gegenübertragung beinhaltet Reaktionen der Therapeutin auf die Übertragung, Regungen, die in der Therapeutin etwas von der Patientin spürbar machen und Emotionen wecken. Wenn die Therapeutin erkennt, dass das, was sie fühlt, die nicht geäusserten Emotionen der Patientin sind, kann sie versuchen, diese der Patientin zurückzugeben bzw. zugänglich zu machen (Bischof, 2009, S. 13-16; List, 2009, S. 241-247).

**Widerstand:** Was in der intrapsychischen Dynamik als Abwehr verstanden wird, äussert sich in der Therapie als Widerstand. Widerstand kommt auch bei den motiviertesten Patientinnen vor und erklärt die Vermeidung der Begegnung mit verdrängten Gefühlen und des Bewusstwerdens unbewusster Inhalte. Dies geschieht aus der unbewussten Angst, Verdrängtes erneut zu erleben und durchzumachen. In der Therapie ist die Analyse des Widerstands ein verlässlicher Weg, um zum Verdrängten vorzudringen, dieses zu erinnern und durchzuarbeiten (List, 2009, S. 251-252).



**Deutung:** Mittels Deutung macht die Therapeutin die Patientin auf einen offenbar nicht bewussten Gehalt der Rede, des Verhaltens oder einen von der Patientin nicht gesehenen Zusammenhang aufmerksam und versucht in angemessener Weise zu vermitteln, wie sie es verstanden hat. Wichtig ist dabei der richtige Zeitpunkt der Intervention. Oft bedarf es vorab der Nachfrage und Klärung oder auch der Konfrontation als vorausgehende Schritte, die den Boden für eine Deutung vorbereiten (List, 2009, S. 249-250).

**Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten:** In der Therapie werden Empfindungen, Stimmungen, Ängste, Symptome etc. in Sprache gefasst und somit erinnert. In der aktuellen Beziehung zur Therapeutin werden subjektiv bedeutsame Erinnerungsspuren durch Übertragung, Assoziation und sprachliche Deutung zu Inhalten, über die nachgedacht werden kann. Mit dem Wiederholen und Durcharbeiten sollen diese Inhalte in immer neuen Formen und Zusammenhängen aufgedeckt werden, damit die an sie gebundenen Konflikte und Ängste nicht nur enttarnt sondern auch verstanden und umgelenkt oder verändert werden (List, 2009, S. 254-256).

#### **4.3.3 Wirksamkeit**

Bereits in den 1970er Jahren wurde durch das Forscherteam um Anna Dührssen in Berlin die älteste heute bekannte Langzeitstudie durchgeführt. Es handelte sich um eine Katanese studie an 1004 Patientinnen, welche fünf Jahre nach Abschluss der Behandlung nachuntersucht wurden. Bei 87 % der Befragten wurde das Behandlungsergebnis als befriedigend bis sehr gut bewertet.

Wesentlich aktueller sind zwei naturalistische Praxisstudien, die Anfang des 21. Jahrhunderts in der Schweiz zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie durchgeführt und vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützt wurden (Küchenhoff, 2006; Mattanza, Meier & Schlegel, 2006). Erste Resultate wurden anlässlich eines Forschungssymposiums in Basel im Mai 2006 vorgetragen. Beide Studien befassten sich mit der Wirkung der Therapien in Bezug auf Symptombesserung und Veränderung der Persönlichkeitsstruktur. Sie erforschten auch die therapeutisch wirksamen Mechanismen und Konstellationen zwischen Patientin und Therapeutin. Die Studien belegen eine hohe durchschnittliche Wirksamkeit und bestätigen den Befund, dass Veränderungen in der psychischen Struktur zeitlich später erfolgen als die Symptombesserungen. Interessant ist, dass die Therapiedauer in der Regel eher kurz ist. Damit wird der bekannte Umstand abgebildet, dass rund 2/3 aller Therapien unter 100 Stunden benötigen und nur etwa 1/3 als Langzeitbehandlungen konzipiert werden müssen (der Durchschnitt der Therapiedauer liegt bei 90 Stunden). Beide Studien wurden mit den gleichen Instrumentarien erstellt wie vorgängige Studien in Berlin und Heidelberg und erlauben daher auch internationale Vergleiche (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector EFPP, 2011).



## **II EMPIRISCHER TEIL**

### **5 Ergebnisse und Auswertung**

#### **5.1 Ausgangslage / Informationen zu PAP-S**

Die vorliegende Arbeit basiert auf Daten der aktuell laufenden „Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz“ (PAP-S). Dieses Forschungsprojekt der Schweizer Charta für Psychotherapie wird in Kooperation mit dem Klinikum der Universität zu Köln und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie, betreut. Die Studie bezweckt die wissenschaftlich korrekte Erfassung der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Methoden, wie sie in der ambulanten Praxis tatsächlich stattfinden. Sie setzt sich mit der derzeit kontrovers geführten Debatte des angemessenen und notwendigen Forschungsdesigns in der Psychotherapie auseinander und bezieht eindeutig Position für einen naturalistischen, prozess-outcome-orientierten Forschungsansatz. Die untersuchten Therapiemethoden stammen aus den Hauptrichtungen tiefenpsychologisch, humanistisch und körperpsychotherapeutisch. Leider gelang es trotz intensiver Bemühungen nicht, Vertreterinnen der verhaltenstherapeutischen, systemischen und personenzentrierten (Gesprächstherapie) Schulen für die Studie zu gewinnen. Die Forschung ist auf sieben Jahre angelegt (2006-2012) und sollte insgesamt 500 Therapien untersuchen. Aktuell zeichnet sich ab, dass nur ca.  $n = 400$  erreicht werden können. Erste Ergebnisse liegen bereits vor (Tschuschke, Crameri, Koemeda-Lutz, Schulthess, von Wyl & Weber, 2009, S. 165).

Diese Arbeit konzentriert sich auf die Tiefenpsychologische Psychotherapie (TP) und die Bioenergetische Analyse und Therapie (BAT) und untersucht die beiden Therapieschulen hinsichtlich ihrer Methodentreue. Pro Therapierichtung wurden acht ambulante Therapiegespräche ausgewertet.

#### **5.2 Fragestellung und Hypothesen**

Folgende Forschungsfragen sollen überprüft werden:

1. Welche der Vertreterinnen arbeiten schulentreuer? Bzw. arbeiten die verbal tiefenpsychologischen Psychotherapeutinnen in den untersuchten Sitzungen konzepttreuer als die Vertreterinnen der Bioenergetischen Analyse?
2. Überschneidungen der beiden zu untersuchenden Therapieschulen: Welche und wie viele der Interventionskategorien aus der einen Therapieschule fließen in die andere ein?
3. Interventionen aus anderen Therapieschulen: Welche und wie viele schulenspezifische Interventionskategorien, die weder der Bioenergetischen Analyse noch

der tiefenpsychologischen Therapie zugeordnet werden, fliessen in die jeweilige Therapie ein?

4. Wie viele der schulenunspezifischen, allgemeinen Interventionskategorien werden in der Bioenergetischen Analyse eingesetzt? Wie viele in der Tiefenpsychologischen Therapie?

### **Hypothesen**

1. Bezüglich Konzepttreue gibt es zwischen den untersuchten bioenergetisch analytischen und den untersuchten tiefenpsychologisch fundierten Sitzungen keine Unterschiede, beide arbeiten im gleichen Umfang mit den jeweiligen schulen-spezifischen Interventionskategorien.
2. Die Interventionsprofile der untersuchten Sitzungen unterscheiden sich nicht nach Schulenzugehörigkeit der Therapeutinnen.
3. Der Anteil der Interventionen aus anderen Therapieschulen (z. B. systemische Therapie) beträgt mehr als 20 %.
4. Die am häufigsten verwendeten und eingesetzten Interventionskategorien sind allgemein und schulenunspezifisch.

## **5.3 Methodisches Vorgehen**

Zur Klärung der Forschungsfragen wurden pro Therapierichtung je acht Audioaufnahmen von ambulanten Therapiegesprächen ausgewertet. Basis für die Auswertung bildete ein von der Schweizer Charta für Psychotherapie entwickeltes „Ratingmanual“, das der Fremdeinschätzung psychotherapeutischer Interventionen dient und sich in die Forschung zur Konzepttreue (sogenannte „Adherence“-Forschung) psychotherapeutischer Interventionen einreicht.

### **5.3.1 Ratingmanual der Schweizer Charta für Psychotherapie**

Die im Manual aufgeführten Interventionskategorien beziehen sich zum einen auf Interventionen der Institute der Schweizer Charta für Psychotherapie, die an der Studie teilnehmen. Hierzu lieferten die beteiligten Schulen und Institute die ihrer Auffassung nach typischen und relevanten Interventionskategorien. Definiert wurden zwischen minimal 6 und maximal 10 Kategorien. Zusätzlich zu diesen schulenspezifischen Kategorien wurden sogenannte unspezifische, allgemeine Interventionskategorien erfasst. Diese wurden einerseits aus der Psychotherapieforschung, z. B. Lambert (2004) sowie aus einem Brainstorming mit den Vertreterinnen der beteiligten Therapieschulen ermittelt. Folgende Institute der Schweizer Charta für Psychotherapie haben Ratingkategorien beigesteuert:

- Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie (FG-POP)
- Institut für Integrative Körpertherapie (IBP)
- Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie (IGEAP)

- Institut für Logotherapie und Existenzanalyse – Chur (ILE)
- Institut für Kunst und Ausdrucksorientierte Psychotherapie (ISIS)
- Schweizer Gesellschaft für Analytische Psychologie (SGAP)
- Psychoanalyse (PA)
- Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse (SGTA)
- Association Suisse d'Analyse Transactionnelle (ASAT)
- Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT)
- Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie (SVG)

Ergänzt wurde das Manual mit Interventionskategorien aus der Klientenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie), der Systemischen Therapie und der Verhaltenstherapie, obwohl diese nicht am Forschungsprojekt teilnehmen. Die entsprechenden Interventionskategorien wurden von lehrenden Schul-/Institutsvertreterinnen entwickelt und formuliert (Schweizer Charta für Psychotherapie, Ratingmanual, 2010, S. 5-6; Tschuschke et al., 2009, S. 165).

### **5.3.2 Aufbau des Ratingmanuals**

Insgesamt umfasst das „Ratingsmanual für psychotherapeutische Konzepttreue“ 101 Interventionskategorien. Diese wurden alle einheitlich wie folgt strukturiert: Bezeichnung der Interventionskategorie, Definition, operationale Kriterien, Unterscheidungen (gegenüber anderen Interventionskategorien), Ankerbeispiele. In Anhang A) wird stellvertretend für alle Interventionskategorien die Intervention Nr. 55 dargestellt. Die in der Auswertung vorgenommene Zuordnung der Interventionskategorien basiert auf dem „Ratingmanual“ Version 6.0 vom 1. März 2010. In Anhang B) werden die einzelnen Interventionen aufgeführt. Da sich das Forschungsprojekt zur Zeit der Verfassung dieser Arbeit noch im Arbeitsprozess befindet, ist eine schulenorientierte Verschiebung oder Zusammenlegung gewisser Kategorien in einer späteren Phase der Studie nicht auszuschliessen.

### **5.3.3 Datenerfassung**

Mit dem Ziel eines möglichst hohen Konsenses und einer guten Interraterreliabilität bezüglich der Klassifizierungen erfolgte am 19. Januar 2011 eine Reise ins Klinikum der Universität zu Köln. Bei dieser ersten Besprechung bot sich die Gelegenheit, gemeinsam mit zwei Mitgliedern der Projektleitungsgruppe PAP-S zwei Therapiegespräche auszuwerten. In der Folge konnten mit der Referentin drei weitere Konsensratings erarbeitet werden.

Die Auswertung der für diese Arbeit relevanten 16 Audioaufnahmen erfolgte zunächst „blind“, d. h. der Autorin war zum Zeitpunkt der Auswertung die Zuordnung der Interventionskategorien zur jeweiligen Schule nicht bekannt. Bei der Auswertung wurden

die im Therapiegespräch vorgenommenen Interventionen der entsprechenden Kategorie zugeordnet (manuelle Erfassung). Nach Abschluss der Datenerfassung wurde der Verfasserin die Aufschlüsselung der jeweiligen Interventionskategorien bekannt gegeben, worauf die einzelnen Interventionen den jeweiligen Schulen zugeordnet werden konnten. Für diese Arbeit relevant waren die Kategorien der Bioenergetischen Analyse und Therapie (insgesamt 9 Interventionskategorien), der Tiefenpsychologischen Psychotherapie (insgesamt 8 Interventionskategorien) und die allgemeinen, unspezifischen Interventionen (insgesamt 22 Interventionskategorien). Alle weiteren Interventionen aus anderen Therapierichtungen wurden für die Auswertung unter dem Begriff „andere“ zusammengefasst.

#### **5.3.4 Statistische Methodik**

Die statistische Auswertung erfolgt mit dem Statistikprogramm PASW Statistics 18.0. und Excel 2007. Untersucht werden die folgenden Variablen: methodenspezifische Interventionen (eigene), Interventionen aus der jeweils anderen Schule, d. h. Interventionen, die der BAT zugeordnet sind und durch die TP-Therapeutinnen durchgeführt bzw. Interventionen, die der TP zugeordnet sind und von den BAT-Therapeutinnen angewandt werden (fremde), allgemeine, unspezifische Interventionen, die von verschiedenen Therapierichtungen eingesetzt werden (allgemeine) sowie Interventionen aus weiteren, spezifischen Therapierichtungen ausserhalb der TP oder BAT (andere). Gemäss Rasch, Frieze, Hofmann und Naumann (2006) muss die Stichprobe für einen t-Test für unabhängige Stichproben  $n > 30$  sein ( $n_1 = n_2 > 30$ ), da sonst die Voraussetzungen für den t-Test (Varianzhomogenität und Normalverteilung) verletzt und das Ergebnis fehlerhaft sein kann. In einem solchen Fall müssen die Daten mit einem Prüfverfahren ausgewertet werden, das keine bestimmte Verteilung für die Schätzung von Parametern voraussetzt (S. 59). Da für die vorliegende Arbeit eine Stichprobe von  $n = 16$  festgelegt wurde, gelangt für die Auswertung der non-parametrische Mann-Whitney-U-Test (auch nur U-Test genannt) für unabhängige Stichproben zur Anwendung. Anders als der t-Test analysiert der U-Test die Messwerte nicht direkt, sondern die ihnen zugeordneten Rangplätze, es handelt sich demnach um ein Verfahren für Rangdaten (Rasch et al, 2009, S. 144).

Das Konfidenzintervall liegt standardmässig bei 95 %. Das Signifikanzniveau wurde somit bei  $p < 0.05$  festgelegt. Die Wahrscheinlichkeit, dass der gemessene Unterschied zwischen den Gruppen nur zufällig ist, liegt damit unter 5 %.

#### **5.3.5 Beschreibung der Stichprobe**

Insgesamt wurden 16 Therapiegespräche von 3 Therapeutinnen und 2 Therapeuten mit total 10 Patientinnen/Patienten ausgewertet, bei beiden Therapieschulen waren beide Geschlechter vertreten. Die Gespräche variieren von einer bis maximal drei Sitzungen

mit der gleichen Patientin / dem gleichen Patienten. Da die Therapien noch nicht abgeschlossen sind, variieren auch die Sitzungsphasen, so war das früheste ausgewertete Gespräch Sitzung Nr. 10, das späteste Sitzung Nr. 80. Nachfolgend wird die gesamte Stichprobe beschrieben. In Tabelle 1) findet sich zusätzlich eine Aufschlüsselung pro Therapierichtung.

Bei den 10 Patientinnen und Patienten handelt es sich um 8 Frauen und 2 Männer im Alter zwischen 18 und 48 Jahren. Im Durchschnitt sind die Personen 31.3 Jahre alt. In einer festen Partnerschaft leben 5 Personen, die restlichen sind aktuell nicht in einer festen Beziehung. Eigene Kinder haben 3 der Patientinnen/Patienten. Betreffend Wohnsituation machen die Patientinnen und Patienten folgende Angaben: 2 Personen leben gemeinsam mit ihrem Partner und ihren Kindern zusammen, 1 Patientin wohnt mit ihrem Partner, 1 weitere mit ihrem Kind. 2 Personen geben an, allein zu wohnen, während 3 Personen noch in der Herkunftsfamilie leben. 1 Person lebt teilweise gemeinsam mit dem Partner und teilweise in der Herkunftsfamilie.

Über einen universitären Hochschulabschluss verfügen 4 Personen, 3 haben eine Berufsmatura abgeschlossen, 1 Person absolvierte eine Berufslehre und 2 Personen haben einen Volksschulabschluss. 4 Personen der Stichprobe befinden sich noch in Ausbildung, 4 Personen arbeiten Vollzeit, 1 Person in Teilzeit und 1 ist krankgeschrieben. In der aktuellen Arbeitssituation sind 6 Personen in ausführender Funktion angestellt, 1 Person ist in leitender Stellung angestellt.

Von körperlicher Krankheit sind 3 Personen betroffen. Psychopharmaka werden von 2 der 10 Patientinnen und Patienten eingenommen. Vor Beginn des Erstgesprächs waren 6 Personen in den letzten zwei Jahren weder in psychologischer noch psychiatrischer Behandlung, 4 Personen waren in einer ambulanten Psychotherapie oder wurden ambulant psychiatrisch betreut.

Die Hauptdiagnosen nach ICD-10 lassen sich wie folgt unterteilen. 3 Personen zeigen eine Störung im affektiven Bereich (F3), 4 Personen haben eine neurotische, Belastungs- und somatoforme Erkrankung (F4), eine Person weist eine spezifische Persönlichkeitsstörung auf (F6) und bei 2 Patientinnen/Patienten wurde eine Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) diagnostiziert.

Variable	Verteilung und Ausprägung (n=10)		
	TP (n=4)	BAT (n=6)	Alle (n=10)
<b>Alter</b>	20–30 Jahre alt, M=23	18–48 Jahre alt, M=36.8	18–48 Jahre alt, M=31.3
<b>Geschlecht</b>	2 Frauen (50 %); 2 Männer (50 %)	6 Frauen (100 %)	8 Frauen (80 %); 2 Männer (20 %)
<b>Bildung</b>	1 = universitäre Hochschule 2 = Berufsmatura	3 = universitäre Hochschule 1 = Berufsmatura	4 = universitäre Hochschule 3 = Berufsmatura

	1 = Volksschule	1 = Berufslehre 1 = Volksschule	1 = Berufslehre 2 = Volksschule
<b>Psychopharmaka</b>	1 = ja 3 = nein	1 = ja 5 = nein	2 = ja 8 = nein
<b>Hauptdiagnose nach ICD-10</b>	2 = F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung) 2 = F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)	3 = F3 (affektive Störung) 2 = F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung) 1 = F6 (spezifische Persönlichkeitsstörung)	3 = F3 4 = F4 1 = F6 2 = F9

Tabelle 1) Eckdaten der Stichprobe

## 5.4 Darstellung der Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Datenauswertungen der Tiefenpsychologischen Psychotherapie (TP) und der Bioenergetischen Analyse und Therapie (BAT) pro Therapeutin/Therapeut (T) und Gespräch (G) dargestellt und kommentiert. Dabei wird erläutert, welchen Anteil die jeweiligen Interventionen (eigene, fremde, allgemeine und andere) am Therapiegespräch haben, welche Interventionen pro Therapierichtung in welchem Umfang eingesetzt wurden und wie sich die Resultate des U-Tests präsentieren.

### 5.4.1 Ergebnisse der Tiefenpsychologischen Psychotherapie TP

#### Therapeutin 1 / Gespräch 1 (Patientin 1, Sitzung Nr. 13)

	<b>TP</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (BAT)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T1 / G1	15	23.08	3	4.61	46	70.77	1	1.54	65	100

Tabelle 2) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 1

Im Gespräch 1 kamen insgesamt 65 Interventionen zur Anwendung. Davon sind 15 bzw. 23.08 % der eigenen Methode zugeordnet. 3 Interventionen bzw. 4.61 % stammen aus der Bioenergetischen Analyse und Therapie BAT. Der Anteil der allgemeinen, methodenunspezifischen Interventionskategorien beträgt 46 bzw. 70.77 %. Aus anderen Schulen kam nur 1 Intervention zur Anwendung, dies entspricht 1.54 %.

#### Therapeutin 1 / Gespräch 2 (Patientin 1, Sitzung Nr. 39)

	<b>TP</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (BAT)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T1 / G2	11	18.33	5	8.33	34	56.57	10	16.67	60	100

Tabelle 3) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 2

Insgesamt wurden im Gespräch 60 Interventionen durchgeführt. 11 bzw. 18.33 % der Interventionen wurden der eigenen Therapieschule zugeordnet, während 5 Interventio-



nen bzw. 8.33 % aus der BAT stammen. Als allgemeine, unspezifische Interventionen wurden insgesamt 34 identifiziert, was einem Anteil von 56.57 % entspricht. 10 Interventionen bzw. 16.67 % sind schulenfremd.

#### **Therapeutin 1 / Gespräch 3 (Patientin 1, Sitzung Nr. 80)**

	<b>TP</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (BAT)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T1 / G3	22	31.88	11	15.95	34	49.28	2	2.90	69	100

Tabelle 4) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 3

69 Interventionen kamen beim Gespräch 3 zur Anwendung. Davon beträgt der Anteil der eigenen, schulenspezifischen Interventionen 22 bzw. 31.88 %. Der BAT wurden 11 bzw. 15.95 % der Interventionen zugeordnet. 34 allgemeine, unspezifische Interventionen entsprechen einem Anteil von 49.28 %. Aus anderen Schulen stammen insgesamt 2 Interventionen bzw. 2.90 %.

#### **Therapeutin 1 / Gespräch 4 (Patientin 2, Sitzung Nr. 10)**

	<b>TP</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (BAT)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T1 / G4	10	15.63	1	1.56	49	76.56	4	6.25	64	100

Tabelle 5) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 4

Im Gespräch 4 wurden total 64 Interventionen durchgeführt. Den eigenen, methodenspezifischen Interventionen wurden 10 bzw. 15.63 % zugeordnet. 1 bzw. 1.56 % der Interventionen stammen aus der BAT. Von den allgemeinen, unspezifischen Interventionen kamen 49 bzw. 76.56 % zur Anwendung. Aus anderen Therapieschulen wurden 4 bzw. 6.25 % Interventionen durchgeführt.

#### **Therapeutin 1 / Gespräch 5 (Patientin 2, Sitzung Nr. 20)**

	<b>TP</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (BAT)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T1 / G5	7	8.54	4	4.88	69	84.15	2	2.44	82	100

Tabelle 6) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 5

Insgesamt kamen im fünften Gespräch 82 Interventionen zur Anwendung. Die 7 eigenen, methodenspezifischen Interventionen entsprechen einem Anteil von 8.54 %. Aus der BAT wurden 4 Interventionen bzw. 4.88 % durchgeführt. Die allgemeinen, unspezifischen Interventionen entsprechen einem Total von 69 bzw. 84.15 %, die schulenfremden umfassen 2 bzw. 2.44 % der Kategorienzuordnungen.

### Therapeutin 1 / Gespräch 6 (Patientin 2, Sitzung Nr. 30)

	<b>TP</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (BAT)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T1 / G6	8	15.38	3	5.77	39	75.00	2	3.85	52	100

Tabelle 7) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 6

Das Gespräch 6 umfasst insgesamt 52 Interventionen. Den eigenen, methodenspezifischen Kategorien werden 8 bzw. 15.38 % zugeordnet. Aus der BAT kamen 3 Interventionen bzw. 5.77 % zum Einsatz. Mit 39 Interventionen entsprechen die allgemeinen Interventionen einem Anteil von 75.00 %. Schulenfremde Interventionen kamen 2 bzw. 3.85 % zur Anwendung.

### Ergebnisse der Therapeutin 1

	<b>TP</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (BAT)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>18.62</b>	<b>27</b>	<b>6.89</b>	<b>271</b>	<b>69.13</b>	<b>21</b>	<b>5.36</b>	<b>392</b>	<b>100</b>
Ø pro G	12.17	18.62	4.50	6.89	45.17	69.13	3.5	5.36	65.33	100

Tabelle 8) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräche 1–6

Therapeutin 1 hat in den 6 ausgewerteten Gesprächen 392 Interventionen durchgeführt. Der Anteil der eigenen, schulenspezifischen Interventionen beträgt dabei 73 bzw. 18.62 %. Aus der BAT kamen 27 bzw. 6.89 % zur Anwendung. 271 bzw. 69.13 % beträgt der Anteil der allgemeinen, unspezifischen Interventionen. Aus anderen Therapieschulen flossen 21 bzw. 5.36 % in die Gespräche mit ein. Pro Gespräch wurden im Durchschnitt 65.33 Interventionen durchgeführt, dies entspricht 12.17 bzw. 18.62 % eigenen, 4.50 bzw. 6.89 % fremden, 45.17 bzw. 69.13 % allgemeinen und 3.5 bzw. 5.36 % schulenfremden Interventionen.

### Therapeut 2 / Gespräch 7 (Patient 3, Sitzung Nr. 14)

	<b>TP</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (BAT)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T2 / G7	7	5.04	5	3.60	124	89.21	3	2.16	139	100

Tabelle 9) Ergebnisse Therapeut 2 / Gespräch 7

7 bzw. 5.04 % der insgesamt 139 Interventionen stammen im Gespräch 7 aus der eigenen Therapieschule. 5 bzw. 3.60 % Interventionen werden der BAT zugeordnet. Die allgemeinen, unspezifischen Interventionen kamen 124-mal zum Einsatz, dies bedeutet einen Anteil von 89.21 %. Interventionen aus anderen Schulen wurden insgesamt 3-mal durchgeführt, dies entspricht 2.16 %.

### Therapeut 2 / Gespräch 8 (Patient 4, Sitzung Nr. 11)

	TP (eigene)	%	Fremde (BAT)	%	Allg.	%	Andere	%	Total	%
T2 / G8	13	12.38	10	9.52	77	73.33	5	4.76	105	100

Tabelle 10) Ergebnisse Therapeut 2 / Gespräch 8

Total 105 Interventionen wurden im Gespräch 8 erfasst. Der Anteil der eigenen, methodenspezifischen Interventionen beträgt 13 bzw. 12.38 %. An Interventionen aus der BAT kamen 10 bzw. 9.52 % zur Anwendung. Mit 77 liegt der Anteil der allgemeinen Interventionen bei 73.33 %. Aus anderen Therapieschulen wurden 5 bzw. 4.76 % Interventionen durchgeführt.

### Ergebnisse des Therapeuten 2

	TP (eigene)	%	Fremde (BAT)	%	Allg.	%	Andere	%	Total	%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>8.20</b>	<b>15</b>	<b>6.15</b>	<b>201</b>	<b>82.38</b>	<b>8</b>	<b>3.28</b>	<b>244</b>	<b>100</b>
Ø pro G	10	8.20	7.5	6.15	100.5	82.38	4	3.28	122	100

Tabelle 11) Ergebnisse Therapeut 2 / Gespräche 7–8

In den beiden ausgewerteten Sitzungen des Therapeuten 2 wurden insgesamt 244 Interventionen durchgeführt. Die eigene Therapierichtung ist mit 20 bzw. einem Anteil von 8.20 % vertreten. Aus der BAT kamen 15 bzw. 6.15 % Interventionen zur Anwendung. Die 201 allgemeinen Interventionen entsprechen einem Anteil von 82.38 %. Aus anderen Therapieschulen wurden 8 bzw. 3.28 % Interventionen eingesetzt. Im Durchschnitt wurden pro Gespräch 122 Interventionen durchgeführt, dies entspricht 10 bzw. 8.20 % eigenen, 7.5 bzw. 6.15 % fremden, 100.5 bzw. 82.38 % allgemeinen und 4 bzw. 3.28 % schulenfremden Interventionen.

### Ergebnisse der Tiefenpsychologischen Psychotherapie im Total

	TP (eigene)	%	Fremde (BAT)	%	Allg.	%	Andere	%	Total	%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>14.62</b>	<b>42</b>	<b>6.60</b>	<b>472</b>	<b>74.21</b>	<b>29</b>	<b>4.57</b>	<b>636</b>	<b>100</b>
Ø pro Sitzung	11.62	14.62	5.25	6.60	59	74.21	3.62	4.57	79.5	100

Tabelle 12) Ergebnisse der Tiefenpsychologischen Psychotherapie im Total

Die Therapeutin und der Therapeut der TP haben in den ausgewerteten 8 Therapiegesprächen insgesamt 636 Interventionen durchgeführt. Die methodenspezifischen Interventionen umfassen 93 bzw. 14.62 %. Aus der BAT wurden insgesamt 42 Interventionskategorien eingesetzt, was einem Anteil von 6.60 % entspricht. 472 bzw. 74.21 % der Interventionen stammen aus der Kategorie der allgemeinen Interventionen, während die 29 schulenfremden Interventionen einen Anteil von 4.57 % ausmachen. Pro Gespräch kamen bei der Therapeutin und dem Therapeuten der TP im Durchschnitt 79.5

Interventionen zur Anwendung, davon sind 11.62 bzw. 14.62 % schulenspezifisch, 5.25 bzw. 6.60 % stammen aus der BAT, 59 bzw. 74.21 % sind den allgemeinen Interventionen zuzuordnen und 3.62 bzw. 4.57 % entstammen anderen Therapieschulen.

#### 5.4.2 Ergebnisse der Bioenergetischen Analyse und Therapie BAT

##### Therapeut 3 / Gespräch 9 (Patientin 5 / Sitzung Nr. 13)

	<b>BAT</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (TP)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T3 / G9	66	61.68	0	0.00	34	31.78	7	6.54	107	100

Tabelle 13) Ergebnisse Therapeut 3 / Gespräch 9

Im Gespräch 9 wurden insgesamt 107 Interventionen erfasst. Der Einsatz der eigenen, methodenspezifischen Interventionen beträgt mit 66 Interventionen 61.68 %. Aus der Tiefenpsychologischen Psychotherapie kamen keine Interventionen zur Anwendung. Durchgeführt wurden 34 allgemeine Interventionen, was einem Anteil von 31.78 % entspricht. Aus anderen Therapieschulen wurden 7 bzw. 6.54 % Interventionen zum Einsatz gebracht.

##### Therapeut 3 / Gespräch 10 (Patientin 5 / Sitzung Nr. 29)

	<b>BAT</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (TP)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T3 / G10	72	65.45	0	0.00	31	28.18	7	6.37	110	100

Tabelle 14) Ergebnisse Therapeut 3 / Gespräch 10

Total 110 Interventionen wurden im Gespräch 10 erfasst. Der Anteil der eigenen, methodenspezifischen Interventionen der BAT umfasst 72 bzw. 65.45 %. Interventionen aus der TP kamen nicht zum Einsatz. Mit 31 liegt der Anteil der allgemeinen Interventionen bei 28.18 %. Aus anderen Therapieschulen wurden 7 bzw. 6.37 % Interventionen durchgeführt.

##### Ergebnisse des Therapeuten 3

	<b>BAT</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (TP)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>63.60</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>65</b>	<b>29.95</b>	<b>14</b>	<b>6.45</b>	<b>217</b>	<b>100</b>
Ø pro G	69	63.60	0	0.00	32.5	29.95	7	6.45	108.5	100

Tabelle 15) Ergebnisse Therapeut 3 / Gespräche 9–10

Therapeut 3 hat in seinen ausgewerteten Gesprächen insgesamt 217 Interventionen durchgeführt. Der Anteil der eigenen Therapieschule beträgt 138 bzw. 63.60 %. Kategorien der TP kamen keine zum Einsatz. Allgemeine, unspezifische Interventionen wurden insgesamt 65 durchgeführt, was einem Anteil von 29.95 % entspricht. Schulenfremd

sind 14 bzw. 6.45 % Interventionen. Pro Sitzung kamen im Durchschnitt 108.5 Interventionen zur Anwendung: 69 bzw. 63.60 % eigene, 32.5 bzw. 29.95 % allgemeine und 7 bzw. 6.45 % andere.

#### **Therapeutin 4 / Gespräch 11 (Patientin 6 / Sitzung Nr. 21)**

	<b>BAT</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (TP)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T4 / G11	22	21.15	6	5.77	61	58.65	15	14.42	104	100

Tabelle 16) Ergebnisse Therapeutin 4 / Gespräch 11

Im Gespräch 11 liegt der Anteil der „Ratings“ bei 104. Davon wurden 22 eigene, methodenspezifische Interventionen erfasst, was 21.15 % entspricht. 6-mal kamen Interventionen der TP zum Einsatz, also 5.77 %. Mit 61 allgemeinen Interventionen liegt der Prozentsatz bei 58.65 %. Aus anderen Schulen wurden 15 Interventionen bzw. 14.42 % durchgeführt.

#### **Therapeutin 4 / Gespräch 12 (Patientin 6 / Sitzung Nr. 40)**

	<b>BAT</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (TP)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T4 / G12	14	12.18	7	6.09	71	61.74	23	20.00	115	100

Tabelle 17) Ergebnisse Therapeutin 4 / Gespräch 12

Im Gespräch 12 wurden total 115 Interventionen erfasst. Der Anteil der eignen, methodenspezifischen Interventionen beträgt 14 bzw. 12.18 %. Interventionen aus der TP kamen 7 bzw. 6.09 % zur Anwendung. Der Anteil der allgemeinen Interventionen beträgt 71 bzw. 61.74 %. Aus anderen Schulen wurden 23 Interventionen erfasst, was 20.00 % entspricht.

#### **Therapeutin 4 / Gespräch 13 (Patientin 7 / Sitzung Nr. 77)**

	<b>BAT</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (TP)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T4 / G13	46	35.38	1	0.77	80	61.54	3	2.31	130	100

Tabelle 18) Ergebnisse Therapeutin 4 / Gespräch 13

Im Gespräch 13 wurden insgesamt 130 Interventionen erfasst. Der Einsatz der eigenen, methodenspezifischen Interventionen beträgt mit 46 Interventionen 35.38 %. Der Tiefenpsychologischen Psychotherapie wurde 1 Intervention bzw. 0.77 % zugeordnet. Es kamen 80 allgemeine Interventionen zum Einsatz, was einem Anteil von 61.54 % entspricht. Aus anderen Therapieschulen wurden 3 bzw. 2.31 % der Interventionen durchgeführt.

#### Therapeutin 4 / Gespräch 14 (Patientin 8 / Sitzung Nr. 17)

	<b>BAT</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (TP)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T4 / G14	50	42.02	0	0.00	61	51.26	8	6.72	119	100

Tabelle 19) Ergebnisse Therapeutin 4 / Gespräch 14

Im 14. Gespräch wurden 119 Interventionen zugeordnet. Der Anteil der eigenen, methodenspezifischen Interventionen beträgt 50 bzw. 42.02 %. Interventionskategorien der TP kamen nicht zum Einsatz. Die 61 allgemeinen Interventionen entsprechen 51.26 %. Aus anderen Therapieschulen kamen 8 Interventionen bzw. 6.72 % zur Anwendung.

#### Ergebnisse der Therapeutin 4

	<b>BAT</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (TP)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>28.21</b>	<b>14</b>	<b>2.99</b>	<b>273</b>	<b>58.33</b>	<b>49</b>	<b>10.47</b>	<b>468</b>	<b>100</b>
Ø pro G	33	28.21	3.5	2.99	68.25	58.33	12.25	10.47	117	100

Tabelle 20) Ergebnisse Therapeutin 4 / Gespräche 11–14

Die Auswertungen bei den Gesprächen von Therapeutin 4 stellen sich wie folgt dar: Insgesamt wurden 468 Interventionen eingesetzt. 132 bzw. 28.21 % sind der eigenen Therapieschule zuzuordnen, 14 bzw. 2.99 % sind Interventionen aus der TP. Allgemeine, unspezifische Interventionen kamen 273 bzw. 58.33 % zur Anwendung. 49 bzw. 10.47 % der Interventionen stammen aus anderen Therapierichtungen. Im Durchschnitt wurden bei der Therapeutin pro Gespräch 117 Interventionen erfasst, diese teilen sich wie folgt auf: 33 bzw. 28.21 % eigene, 3.5 bzw. 2.99 % fremde, 68.25 bzw. 58.33 % allgemeine und 12.25 bzw. 10.47 % andere.

#### Therapeutin 5 / Gespräch 15 (Patientin 9 / Sitzung Nr. 34)

	<b>BAT</b> (eigene)	<b>%</b>	<b>Fremde</b> (TP)	<b>%</b>	<b>Allg.</b>	<b>%</b>	<b>Andere</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
T5 / G15	41	27.15	3	1.99	92	60.93	15	9.93	151	100

Tabelle 21) Ergebnisse Therapeutin 5 / Gespräch 15

Das Gespräch 15 umfasst insgesamt 151 „Ratings“. Davon wurden 41 bzw. 27.15 % den eigenen, schulenspezifischen Interventionen zugeordnet. 3 bzw. 1.99 % der Interventionskategorien stammen aus der TP. Allgemeine Interventionen wurden 92 erfasst, was einem Anteil von 60.93 % entspricht. 15 Interventionen bzw. 9.93 % sind schulenfremd.

### Therapeutin 5 / Gespräch 16 (Patientin 10 / Sitzung Nr. 27)

	BAT (eigene)	%	Fremde (TP)	%	Allg.	%	Andere	%	Total	%
T5 / G16	9	7.57	4	3.36	95	79.83	11	9.24	119	100

Tabelle 22) Ergebnisse Therapeutin 5 / Gespräch 16

Therapeutin 5 hat im Gespräch 16 insgesamt 119 Interventionen durchgeführt. Der Anteil der methodenspezifischen Interventionskategorien liegt mit 9 bei 7.57 %. Aus der TP wurden 4 bzw. 3.36 % Interventionen erfasst. 95 bzw. 79.83 % macht der Anteil der allgemeinen Interventionen aus. Aus anderen Schulen stammen 11 bzw. 9.24 % der Interventionen.

### Ergebnisse der Therapeutin 5

	BAT (eigene)	%	Fremde (TP)	%	Allg.	%	Andere	%	Total	%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>18.52</b>	<b>7</b>	<b>2.59</b>	<b>187</b>	<b>69.26</b>	<b>26</b>	<b>9.63</b>	<b>270</b>	<b>100</b>
Ø pro G	25	18.52	3.5	2.59	93.5	69.26	13	9.63	135	100

Tabelle 23) Ergebnisse Therapeutin 5 / Gespräche 15–16

Die Therapeutin 5 hat insgesamt 270 Interventionen angewandt. 50 bzw. 18.52 % sind der eigenen Schule zuzuordnen. Fremde Interventionen kamen 7 bzw. 2.59 % zur Anwendung. Mit 187 beträgt der Anteil der allgemeinen Interventionen 69.26 %. Aus anderen Therapierichtungen stammen 26 bzw. 9.63 %. Pro Sitzung hat die Therapeutin im Durchschnitt 135 Interventionen durchgeführt. Diese teilen sich wie folgt auf: 25 bzw. 18.52 % eigene, 3.5 bzw. 2.59 % fremde, 93.5 bzw. 69.26 % allgemeine und 13 bzw. 9.63 % andere.

### Ergebnisse der Bioenergetische Analyse und Therapie im Total

	BAT (eigene)	%	Fremde (TP)	%	Allg.	%	Andere	%	Total	%
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>33.51</b>	<b>21</b>	<b>2.20</b>	<b>525</b>	<b>54.97</b>	<b>89</b>	<b>9.32</b>	<b>955</b>	<b>100</b>
Ø pro G	40	33.51	2.6	2.20	65.65	54.97	11.13	9.32	119.38	100

Tabelle 24) Ergebnisse der Bioenergetischen Analyse und Therapie im Total

Die zwei Therapeutinnen und der Therapeut der BAT haben in den ausgewerteten 8 Therapiesitzungen insgesamt 955 Interventionen durchgeführt. Die schulenspezifischen Interventionen sind mit 320 bzw. 33.51 % vertreten. Aus der TP wurden insgesamt 21 Interventionskategorien durchgeführt, was einem Anteil von 2.20 % entspricht. 525 bzw. 54.97 % der Interventionen stammen aus der Kategorie der allgemeinen Interventionen, während die 89 anderen Interventionen einen Anteil von 9.32 % ausmachen. Pro Gespräch kamen bei den Therapeutinnen und dem Therapeuten der BAT im Durch-

schnitt 119.38 Interventionen zur Anwendung, davon sind 40 Interventionen bzw. 33.51 % schulenspezifisch, 2.6 bzw. 2.20 % stammen aus der TP, 65.65 bzw. 54.97 % sind den allgemeinen Interventionen zuzuordnen und 11.13 bzw. 9.32 % entstammen anderen Therapieschulen.

### 5.4.3 Ergebnisse der eingesetzten Interventionskategorien

Die nachfolgenden Diagramme zeigen eine Übersicht der in den ausgewerteten Gesprächen eingesetzten Interventionen pro Therapeutin/Therapeut. Die detaillierten Diagramme pro Gespräch finden sich in Anhang C). Speziell zu erwähnen sind dabei Intervention Nr. 40 (Gegenübertragung) sowie Nr. 90 (Übertragung), die von beiden Schulrichtungen für sich reklamiert wurden und deshalb jeweils als methodenspezifische Intervention gelistet werden.

#### 5.4.3.1 Ergebnisse der Tiefenpsychologischen Psychotherapie

##### Interventionen der Therapeutin 1

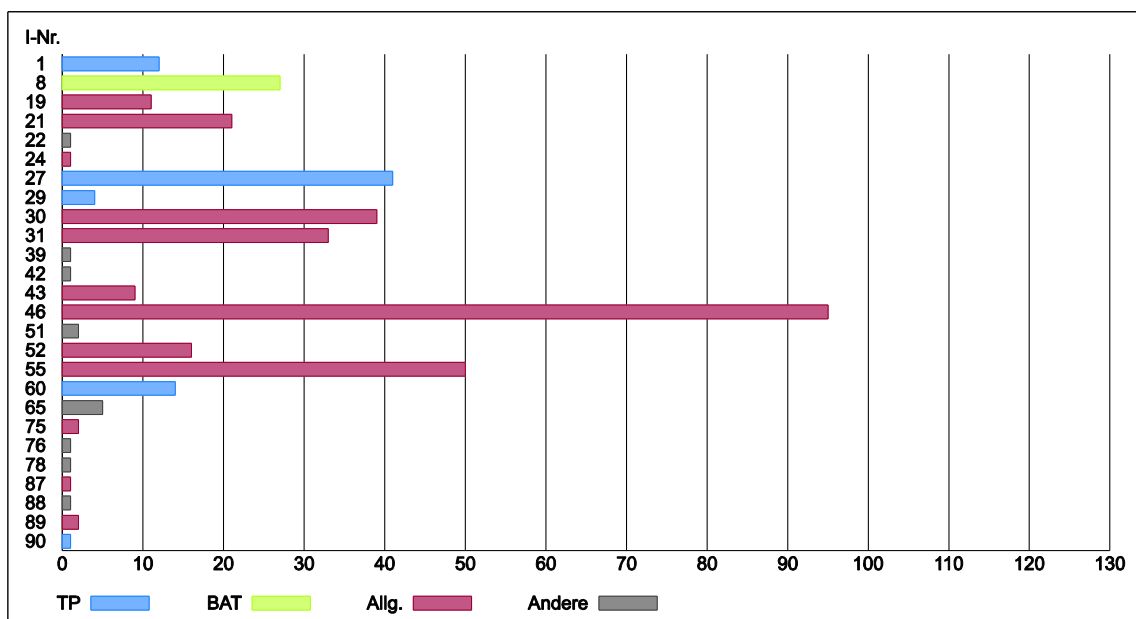


Diagramm 1) Interventionen der Therapeutin 1

In den 6 von der Therapeutin 1 ausgewerteten Gesprächen wurde am meisten mit den allgemeinen Interventionen Nr. 46 (Halt geben / unterstützen, 95-mal) und Nr. 55 (Klarifizieren, klären, nachfragen, 50-mal) gearbeitet. Danach folgt mit Nr. 27 (Deutung, 41-mal) eine methodenspezifische Intervention, gefolgt von den allgemeinen Interventionen Nr. 30 (Einsichtsförderung zu zu veränderndem Verhalten, 39-mal) und Nr. 31 (Empathie, 33-mal). Als einzige Intervention der BAT folgt auf dem 6. Platz Intervention Nr. 8 (Arbeit am subjektiven Erleben/Empfinden, 27-mal). Aus der eigenen Therapieschule kamen im Weiteren Intervention Nr. 60 (Konfrontieren, 14-mal), Nr. 1 (Abwehr und Widerstand konfrontieren / Wahrnehmungsverzerrung thematisieren, 12-mal),



Nr. 29 (Durcharbeiten, 4-mal) und Nr. 90 (Übertragung, 1-mal) zur Anwendung. Von den allgemeinen, unspezifischen Interventionen sind zusätzlich zu erwähnen Nr. 21 (Bearbeitung von Verhaltensmustern und Überzeugungen, 21-mal), Nr. 52 (Informationsvermittlung/Psychoedukation, 16-mal), Nr. 19 (Aufmerksamkeitslenkung auf aktuelle Emotion / Gefühle bewusst machen, 11-mal) und Nr. 43 (Grenzen setzen, 9-mal). Aus anderen Therapieschulen fällt nur Nr. 65 (Metaphern-Arbeit, 5-mal) auf. Alle weiteren Interventionen wurden höchstens 2-mal angewandt. Insgesamt hat Therapeutin 1 mit 26 verschiedenen Interventionen gearbeitet.

## Interventionen des Therapeuten 2

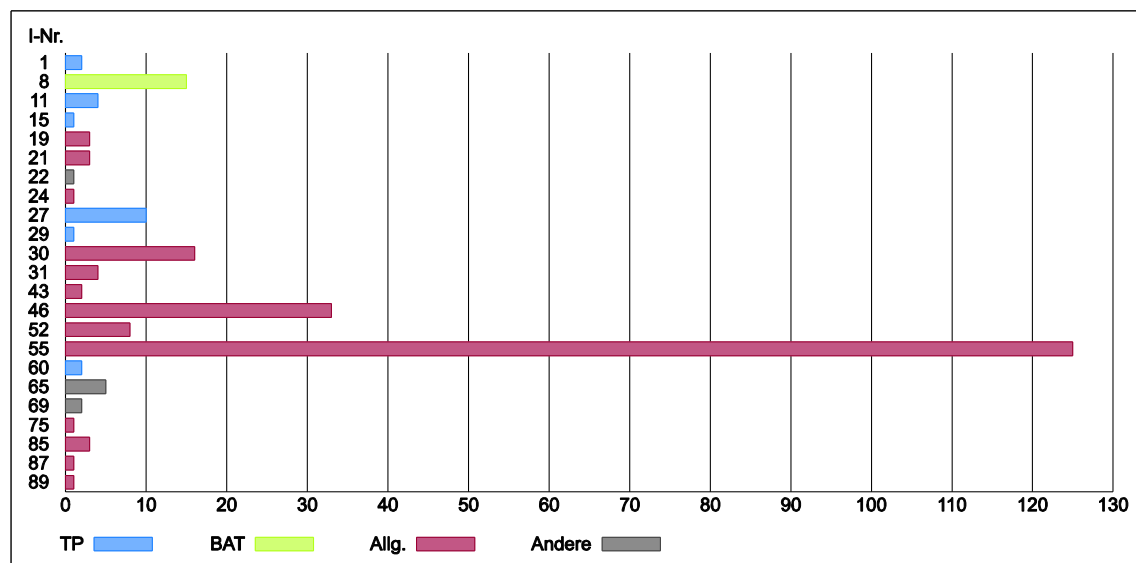


Diagramm 2) Interventionen des Therapeuten 2

Mit Abstand am dominantesten ist bei den beiden von Therapeut 2 ausgewerteten Gesprächen die allgemeine Intervention Nr. 55 (Klarifizieren, klären, nachfragen, 125-mal). Im Anschluss folgen die ebenfalls unspezifischen Interventionen Nr. 46 (Halt geben / unterstützen, 33-mal) und Nr. 30 (Einsichtsförderung zu zu veränderndem Verhalten, 16-mal). Es folgt die BAT-spezifische Intervention Nr. 8 (Arbeit am subjektiven Erleben/Empfinden, 15-mal), danach Nr. 27 (Deutung, 10-mal), die vom Therapeuten 2 am häufigsten angewandte methodenspezifische Intervention. Weitere Interventionen aus der eigenen Therapierichtung sind Nr. 11 (Arbeit am vorbewussten Material, 4-mal), Nr. 1 (Abwehr und Widerstand konfrontieren / Wahrnehmungsverzerrung thematisieren, 2-mal), Nr. 60 (Konfrontieren, 2-mal), Nr. 15 (Freie Assoziationen, 1-mal), Nr. 29 (Durcharbeiten, 1-mal). Von den allgemeinen Interventionen sind zusätzlich zu erwähnen Nr. 52 (Informationsvermittlung/Psychoedukation, 8-mal), Nr. 31 (Empathie, 4-mal), je 3-mal kamen Intervention Nr. 19 (Aufmerksamkeitslenkung auf aktuelle Emotion / Gefühle bewusst machen), Nr. 21 (Bearbeitung von Verhaltensmustern und Überzeugungen) und Nr. 85 (Symptomthematisierung) zur Anwendung. Aus anderen Schu-

len ist nur Intervention Nr. 65 (Metaphern-Arbeit, 5-mal) zu erwähnen. Alle weiteren Interventionen wurden nicht öfter als 2-mal durchgeführt. Bei Therapeut 2 kamen insgesamt 23 verschiedene Interventionen zur Anwendung.

### Ergebnisse der Tiefenpsychologischen Psychotherapie im Total

Diagramm 3 zeigt den Zusammenzug der von der Vertreterin und dem Vertreter der TP durchgeführten Interventionen in den insgesamt 8 ausgewerteten Gesprächen.

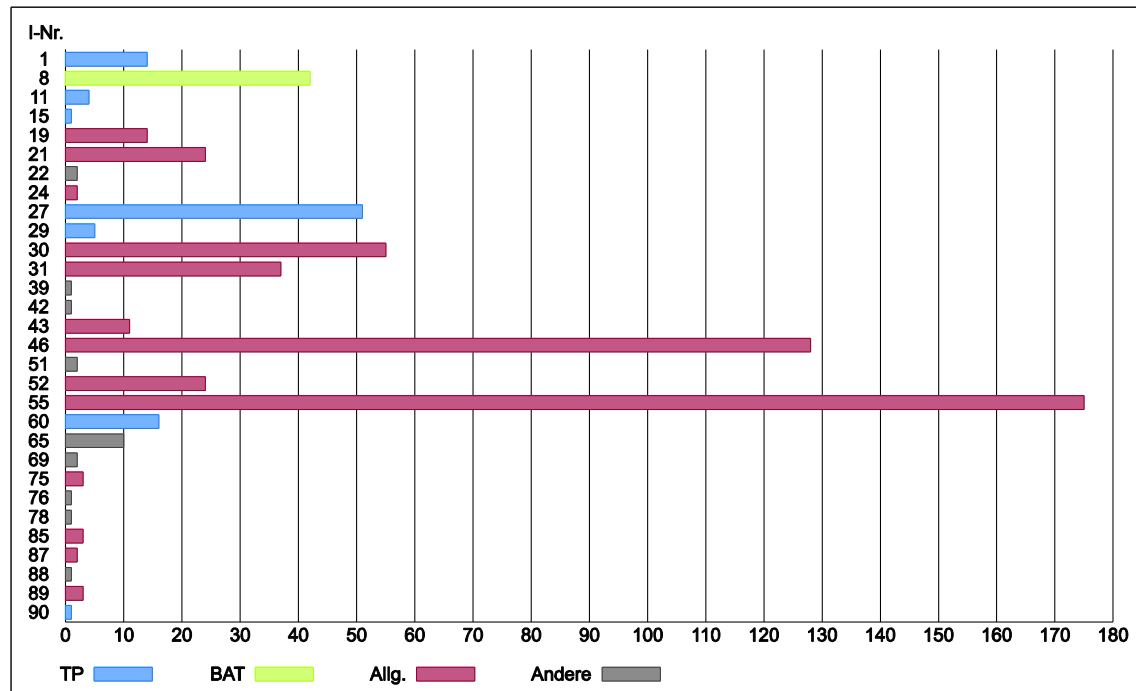


Diagramm 3) Übersicht der Interventionen TP

Bei der Vertreterin und dem Vertreter der TP dominieren zwei allgemeine, methodenunspezifische Interventionen: Intervention Nr. 55 (Klarifizieren, klären, nachfragen, 175-mal) und Intervention Nr. 46 (Halt geben / unterstützen, 128-mal). Auch die drittplatzierte Intervention Nr. 30 (Einsichtsförderung zu zu veränderndem Verhalten, 55-mal) wird den allgemeinen Interventionen zugeordnet. Die am häufigsten angewandte methodenspezifische Intervention der TP ist Nr. 27 (Deutung, 51-mal), gefolgt von der BAT-Intervention Nr. 8 (Arbeit am subjektiven Erleben/Empfinden, 42-mal) und der unspezifischen Intervention Nr. 31 (Empathie, 37-mal). Aus der eigenen Therapierichtung wurden im Weiteren die folgenden Interventionen regelmässig angewandt: Nr. 60 (Konfrontieren, 16-mal), Nr. 1 (Abwehr und Widerstand konfrontieren / Wahrnehmungsverzerrung thematisieren, 14-mal), Nr. 29 (Durcharbeiten, 5-mal), Nr. 11 (Arbeit am vorbewussten Material, 4-mal), Nr. 15 (Freie Assoziationen, 1-mal) und Nr. 90 (Übertragung, 1-mal). Weitere wichtige allgemeine Interventionen sind Nr. 21 (Bearbeitung von Verhaltensmustern und Überzeugungen, 24-mal), Nr. 52 (Informationsvermittlung/Psychoedukation, 24-mal), Nr. 19 (Aufmerksamkeitslenkung auf aktuelle Emotion

/ Gefühle bewusst machen, 14-mal) und Nr. 43 (Grenzen setzen, 11-mal). Aus der BAT kamen keine weiteren Interventionen zur Anwendung. Aus anderen Therapierichtungen ist Intervention Nr. 65 (Metaphern-Arbeit, 10-mal) zu erwähnen. Alle nicht erwähnten Interventionen wurden nicht öfter als 3-mal eingesetzt. Alles in allem haben die Therapeutin und der Therapeut der TP 30 verschiedene Interventionen durchgeführt.

### 5.4.3.2 Ergebnisse der Bioenergetischen Analyse und Therapie

#### Interventionen des Therapeuten 3

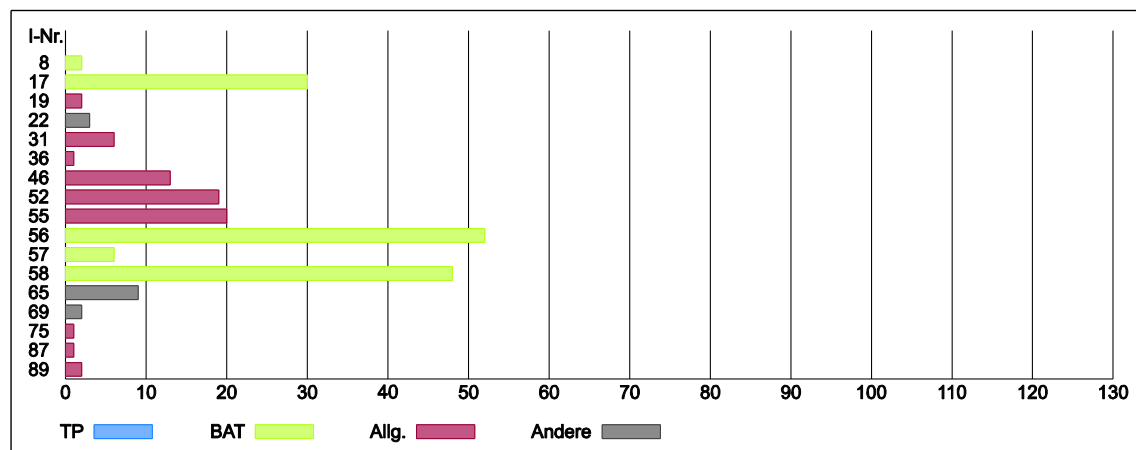


Diagramm 4) Interventionen des Therapeuten 3

Bei Therapeut 3 sind in den beiden von ihm ausgewerteten Gesprächen die methodenspezifischen Interventionen dominant. So ist die häufigste Intervention Nr. 56 (Körper-ebene bewusst machen, 52-mal) gefolgt von Nr. 58 (Körperübung, 48-mal) und Nr. 17 (Atemarbeit, 30-mal). Danach schliessen die allgemeinen Interventionen Nr. 55 (Klarifizieren, klären, nachfragen, 20-mal), Nr. 52 (Informationsvermittlung/Psychoedukation, 19-mal) und Nr. 46 (Halt geben / unterstützen, 13-mal) an. Zusätzliche methodenspezifische Interventionen, die zur Anwendung kamen, sind Nr. 57 (Körperliche Impulse fokussieren, 6-mal) und Nr. 8 (Arbeit am subjektiven Erleben/Empfinden, 2-mal). Aus der TP hat dieser Therapeut keine Interventionen durchgeführt. Von den allgemeinen Interventionen ist zusätzlich Nr. 31 (Empathie, 6-mal) erwähnenswert. Aus anderen Therapierichtungen sind Intervention Nr. 65 (Metaphern-Arbeit, 9-mal) und Intervention Nr. 22 (Bedingungsfreie positive Beachtung, 3-mal) festzuhalten. Alle anderen aufgelisteten Interventionen wurden nicht öfter als 2-mal eingesetzt. Insgesamt kamen bei diesem Therapeuten 17 verschiedene Interventionen zur Anwendung.

## Interventionen der Therapeutin 4

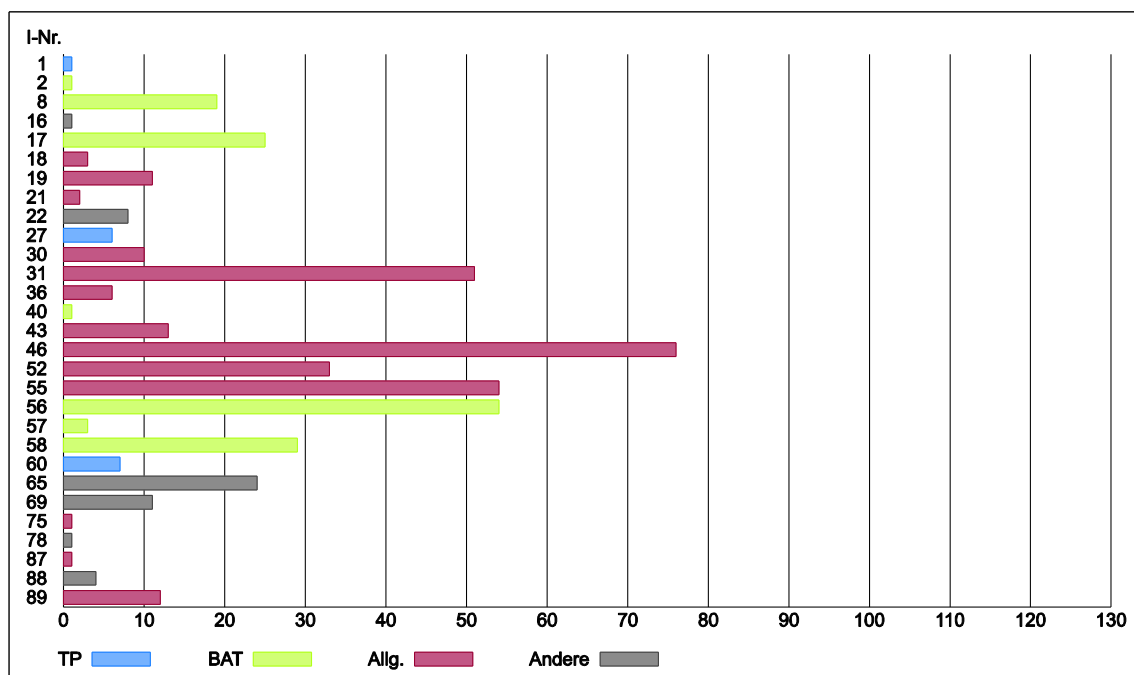


Diagramm 5) Interventionen der Therapeutin 4

In den vier von Therapeutin 4 ausgewerteten Gesprächen wurde Intervention Nr. 46 (Halt geben / unterstützen, 76-mal) am häufigsten angewandt. Bereits die zweitwichtigste Intervention ist die methodenspezifische Kategorie Nr. 56 (Körperebene bewusst machen, 54-mal), gleichauf mit der allgemeinen Intervention Nr. 55 (Klarifizieren, klären, nachfragen, 54-mal). Es folgen die allgemeinen Interventionen Nr. 31 (Empathie, 51-mal) und Nr. 52 (Informationsvermittlung/Psychoedukation, 33-mal). Anschliessend sind die methodenspezifischen Interventionen Nr. 58 (Körperübung, 29-mal) und Nr. 17 (Atemarbeit, 25-mal) platziert. Weitere Interventionen der BAT, die zur Anwendung kamen, sind Nr. 8 (Arbeit am subjektiven Erleben/Empfinden, 19-mal), Nr. 57 (Körperliche Impulse fokussieren, 3-mal) und Nr. 2 (Affektregulation, 1-mal). Aus der TP sind die Interventionen Nr. 60 (Konfrontieren, 7-mal) und Nr. 27 (Deutung, 6-mal) zu erwähnen. Von den unspezifischen Interventionen wurden im Weiteren folgende Interventionen durchgeführt: Nr. 43 (Grenzen setzen, 13-mal), Nr. 19 (Aufmerksamkeitslenkung auf aktuelle Emotion / Gefühle bewusst machen, 11-mal), Nr. 89 (Therapieziele thematisieren, 12-mal), Nr. 30 (Einsichtsförderung zu zu veränderndem Verhalten, 10-mal), Nr. 36 (Feedbackgeleitet arbeiten, 6-mal), Nr. 18 (Aufgaben stellen, 3-mal). Aus anderen Therapieschulen stammen die Interventionen Nr. 65 (Metaphern-Arbeit, 24-mal), Nr. 69 (Positive Verstärkung, 11-mal), Nr. 22 (Bedingungsfreie, positive Beachtung, 8-mal), Nr. 88 (Therapiekontrakt, 4-mal). Alle anderen Interventionen wurden nicht öfter als 2-mal durchgeführt. Therapeutin 4 hat in ihren Sitzungen insgesamt 29 verschiedene Interventionen angewandt.

## Interventionen der Therapeutin 5

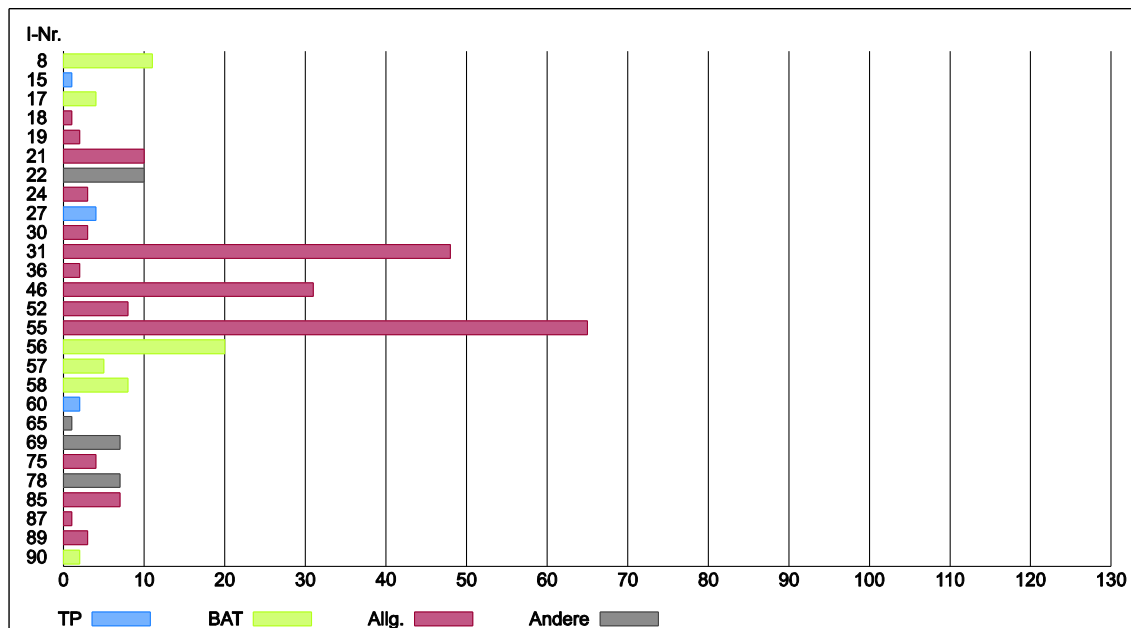


Diagramm 6) Interventionen der Therapeutin 5

In den beiden von Therapeutin 5 ausgewerteten Gesprächen dominieren die allgemeinen Interventionen Nr. 55 (Klarifizieren, klären, nachfragen, 65-mal), Nr. 31 (Empathie, 48-mal) und Nr. 46 (Halt geben / unterstützen, 31-mal). Von der eigenen Therapierichtung wurde Nr. 56 (Körperebene bewusst machen, 20-mal) am meisten durchgeführt, gefolgt von Intervention Nr. 8 (Arbeit am subjektiven Erleben/Empfinden, 11-mal). Weitere methodenspezifische Interventionen, die zur Anwendung kamen, sind Intervention Nr. 58 (Körperübung, 8-mal), Nr. 57 (Körperliche Impulse fokussieren, 5-mal), Nr. 17 (Atemarbeit, 4-mal) und Nr. 90 (Übertragung, 2-mal). Aus der Tiefenpsychologischen Psychotherapie ist einzig Intervention Nr. 27 (Deutung, 4-mal) erwähnenswert. Weitere allgemeine Interventionen wurden folgende durchgeführt: Nr. 21 (Bearbeiten von Verhaltensmustern und Überzeugungen, 10-mal), Nr. 52 (Informationsvermittlung/Psychoedukation, 8-mal), Nr. 85 (Symptomthematisierung, 7-mal), Nr. 75 (Ressourcenaktivierung, 4-mal), Nr. 24 (Biografische Arbeit, 3-mal), Nr. 30 (Einsichtsförderung zu zu veränderndem Verhalten, 3-mal) und Nr. 89 (Therapieziele thematisieren, 3-mal). Aus anderen Therapieschulen wurden Interventionen Nr. 22 (Bedingungsfreie, positive Beachtung, 10-mal), Nr. 69 (Positive Verstärkung, 7-mal) und Nr. 78 (Selbstöffnung, 7-mal) angewandt. Alle weiteren aufgeführten Interventionen kamen nicht mehr als 2-mal zur Anwendung. Insgesamt wurden in den ausgewerteten Gesprächen von dieser Therapeutin 27 verschiedene Interventionen durchgeführt.

## Ergebnisse der Bioenergetischen Analyse und Therapie im Total

Diagramm 7 zeigt den Zusammenzug der Interventionen, mit denen die Vertreterinnen und der Vertreter der BAT in den insgesamt 8 ausgewerteten Gesprächen arbeiteten.

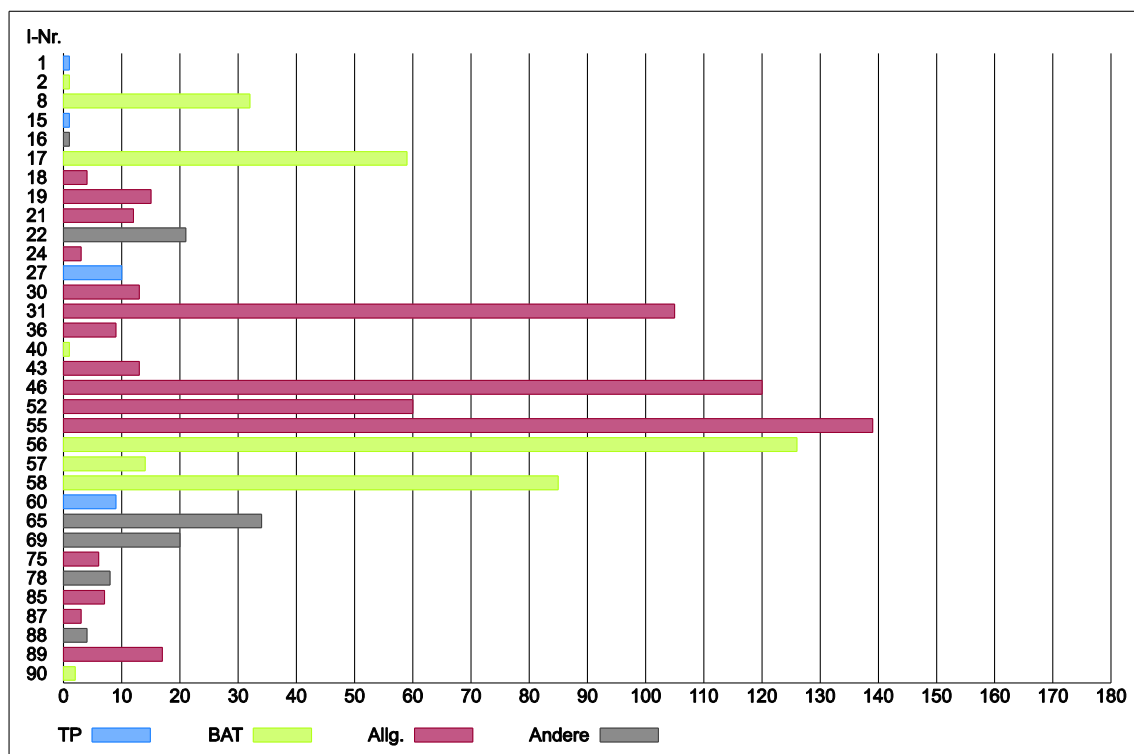


Diagramm 7) Übersicht der Interventionen BAT

In den ausgewerteten Gesprächen der BAT wurde die allgemeine Intervention Nr. 55 (Klarifizieren, klären, nachfragen) am meisten eingesetzt (139-mal). Die am häufigsten angewandte methodenspezifische Intervention ist Nr. 56 (Körperebene bewusst machen, 126-mal). Es folgen zwei weitere, allgemeine Interventionen: Nr. 46 (Halt geben / unterstützen, 120-mal) und Nr. 31 (Empathie, 105-mal). Mit Intervention Nr. 58 (Körperübung, 85-mal) platziert sich eine weitere, methodenspezifische Intervention. An sechster Stelle liegt die allgemeine Kategorie Nr. 52 (Informationsvermittlung/Psychoedukation, 60-mal), dicht gefolgt von Nr. 17 (Atemarbeit, 59-mal), ebenfalls eine methodenspezifische Intervention. Von den eigenen Kategorien kamen im Weiteren Nr. 8 (Arbeit am subjektiven Erleben/Empfinden, 32-mal), Nr. 57 (Körperliche Impulse fokussieren, 14-mal), Nr. 90 (Übertragung, 2-mal) und Nr. 2 (Affektregulation, 1-mal) zur Anwendung. Aus der Tiefenpsychologischen Psychotherapie sind die Interventionen Nr. 27 (Deuten, 10-mal) und Nr. 60 (Konfrontieren, 9-mal) auffallend. Von den methodenunspezifischen Interventionen kamen weiter zum Einsatz: Nr. 89 (Therapieziele thematisieren, 17-mal), Nr. 19 (Aufmerksamkeitslenkung auf aktuelle Emotion / Gefühle bewusst machen, 15-mal), Nr. 21 (Bearbeiten von Verhaltensmustern und Überzeugungen, 12-mal), Nr. 30 (Einsichtsförderung zu zu veränderndem Verhalten, 13-mal) und Nr. 43 (Grenzen setzen, 13-mal). Aus anderen Schulrichtungen sind Intervention Nr. 65 (Metaphern-Arbeit, 34-mal), Nr. 22 (Bedingungsfreie positive Beachtung, 21-mal) und Nr. 69 (Positive Verstärkung, 20-mal) erwähnenswert. Alle weiteren aufge-

fürten Interventionen kamen nicht öfter als 10-mal zur Anwendung. In den ausgewerteten Gesprächen der BAT wurden im Total 33 verschiedene Interventionen eingesetzt.

#### 5.4.4 Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests bei unabhängigen Stichproben

Der U-Test ist ein Verfahren zur Auswertung eines Zwei-Gruppen-Experiments, dessen Bedingungen sich in einer unabhängigen Variablen (Schule) unterscheiden. Ähnlich wie der t-Test für unabhängige Stichproben prüft der U-Test, ob die Unterschiede in den zwei Gruppen bezüglich einer abhängigen Variablen (eigene, fremde, allgemeine oder andere Interventionskategorien) zufällig sind oder systematischen Einflüssen unterliegen (Rasch et al., 2009, S. 144).

#### Analyse der Teststärke

Für die Bestimmung der Teststärke ist auch beim U-Test die Festlegung eines inhaltlich relevanten Effekts notwendig. Rasch et al. (2006) weisen darauf hin, dass es hilfreich sein kann, hierfür die Daten mit dem t-Test auszuwerten, um den Effekt über den t-Wert zu errechnen (S. 159). Daher werden in der Folge bei signifikanten Ergebnissen für die Berechnung der Effektstärke die Resultate des t-Tests beigezogen, dieser findet sich in Anhang D).

##### 5.4.4.1 Hypothesenübersicht

Tabelle 25) zeigt die Hypothesenübersicht für die durchgeführten U-Tests. In der Folge werden die einzelnen Resultate kommentiert.

Hypothesentestübersicht				
	Nullhypothese	Test	Sig.	Entscheidung
1	Die Verteilung von Rang_eigene ist in den Kategorien von Schule identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,093	Nullhypothese beibehalten
2	Die Verteilung von Rang_fremde ist in den Kategorien von Schule identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,031	Nullhypothese ablehnen
3	Die Verteilung von Rang_allg ist in den Kategorien von Schule identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,074	Nullhypothese beibehalten
4	Die Verteilung von Rang_andere ist in den Kategorien von Schule identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,036	Nullhypothese ablehnen

Tabelle 25) Hypothesenübersicht Mann-Whitney-U-Test

#### 5.4.4.2 Ergebnisse der eigenen Interventionskategorien

Mittlerer Rang BAT = 10.50, Mittlerer Rang TP = 6.50,  $p = 0.093$ .

Das Resultat ist nicht signifikant, die Nullhypothese wird bestätigt. Der Unterschied beim Einsatz der eigenen Interventionskategorien in den untersuchten Sitzungen der Vertreterinnen der Tiefenpsychologischen Psychotherapie und der Bioenergetischen Analyse und Therapie ist gemäss dem U-Test nicht signifikant, beide arbeiten im ähnlichem Umfang mit den jeweiligen schulenspezifischen Interventionskategorien.

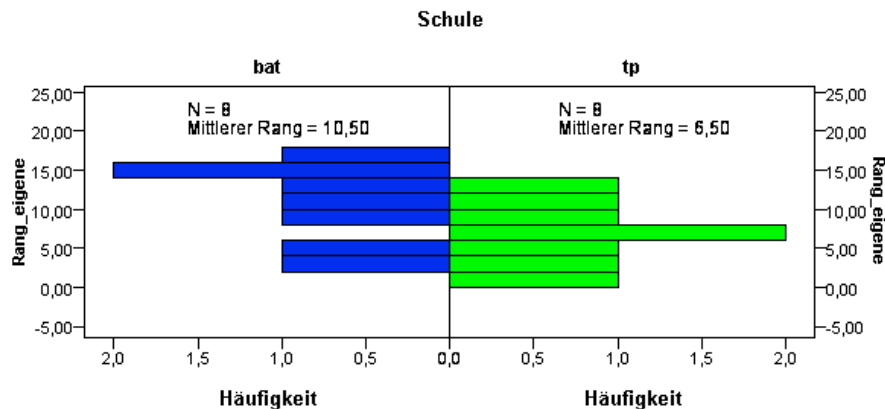


Diagramm 8) Mann-Whitney-U-Test, eigene Interventionen

#### 5.4.4.3 Ergebnisse der fremden Interventionskategorien

Mittlerer Rang BAT = 5.94, Mittlerer Rang TP = 11.06,  $p = 0.031$ .

Das Resultat ist signifikant, der Unterschied zwischen den beiden Schulen ist nicht zufällig, die Nullhypothese wird verworfen. Die Effektstärke liegt aufgrund des t-Tests bei  $d = 1.09$ , der Effekt ist also gross. Die Vertreterinnen der Tiefenpsychologischen Psychotherapie arbeiten demnach überzufällig öfter mit Interventionskategorien, die eigentlich der BAT zugeordnet sind als Vertreterinnen der BAT mit Interventionen aus der TP arbeiten. Aufgrund der grossen Effektstärke lässt sich schliessen, dass die Zugehörigkeit zur TP einen grossen Effekt auf den Einsatz der fremden Interventionskategorien hat.

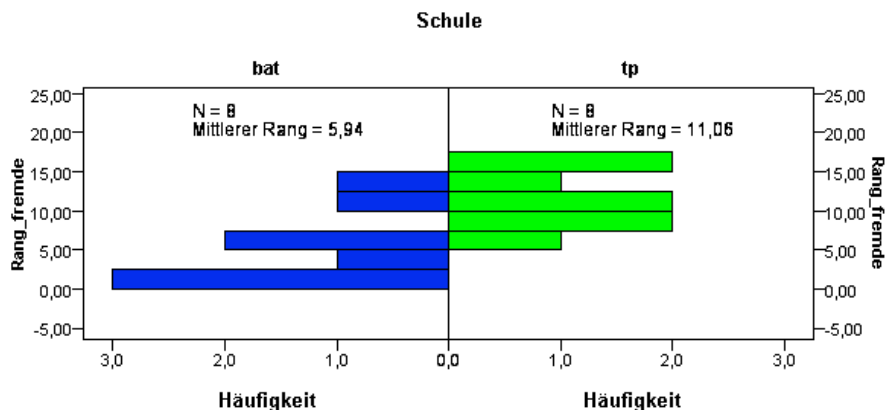


Diagramm 9) Mann-Whitney-U-Test, fremde Interventionen



#### 5.4.4.4 Ergebnisse der allgemeinen Interventionskategorien

Mittlerer Rang BAT = 6.38, Mittlerer Rang TP = 10.62,  $p = 0.074$ .

Der Unterschied beim Einsatz der allgemeinen Interventionskategorien ist zwischen den beiden Therapierichtungen zufällig, das Signifikanzniveau liegt bei  $p = 0.074$ . Die Vertreterinnen der BAT arbeiten in den untersuchten Gesprächen demnach im gleichen Umfang mit allgemeinen Interventionskategorien wie die Vertreterinnen der TP.

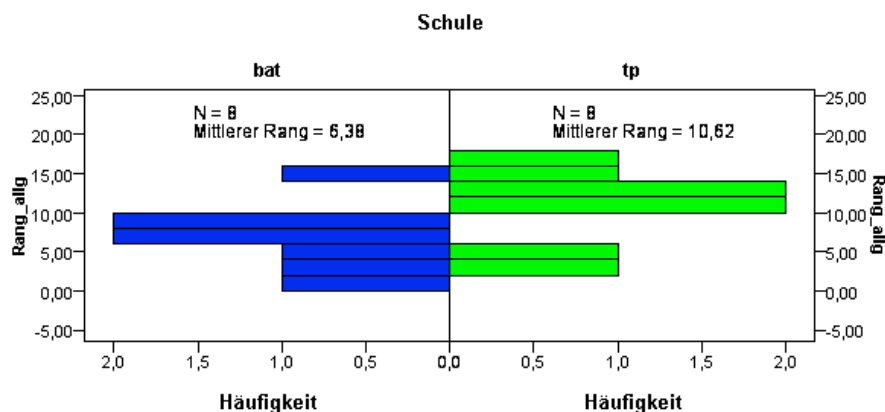


Diagramm 10) Mann-Whitney-U-Test, allgemeine Interventionen

#### 5.4.4.5 Ergebnisse der anderen Interventionskategorien

Mittlerer Rang BAT = 11.00, Mittlerer Rang TP = 6.00,  $p = 0.036$ .

Die beiden Therapierichtungen unterscheiden sich in der Anwendung anderer Interventionskategorien signifikant voneinander, die Nullhypothese ist abzulehnen. Die Effektstärke liegt bei  $d = 0.836$  und ist entsprechend gross. Die Vertreterinnen der BAT arbeiten in den ausgewerteten Sitzungen überzufällig häufiger mit Interventionen aus anderen Therapierichtungen als die Vertreterinnen der TP. Die Zugehörigkeit zur BAT hat einen grossen Effekt auf den Einsatz anderer, schulenfremder Interventionskategorien.

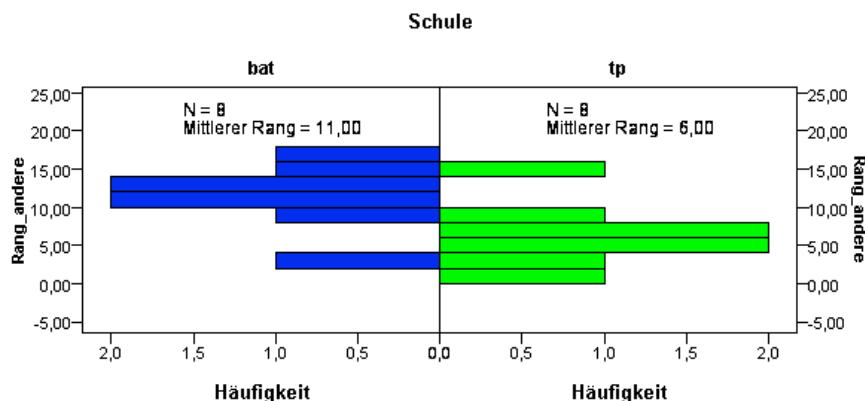


Diagramm 11) Mann-Whitney-U-Test, andere Interventionen

## 6 Diskussion

### 6.1 Zusammenfassung des theoretischen Teils

Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht die Methodentreue der Bioenergetischen Analyse und Therapie sowie der Tiefenpsychologischen Psychotherapie. Im Kapitel 1 wird zur Erklärung des Hintergrunds der beiden Therapierichtungen der Begriff Psychotherapie erläutert und ein kurzer geschichtlicher Abriss formuliert. Dieser zeigt auf, dass die Anfänge der Psychotherapie bereits in der Antike liegen und schon Babylonier zwischen Seelen- und Körperärzten unterschieden. Die Anfänge der professionellen Psychotherapie werden auf Ende des 19. Jahrhunderts datiert und orientieren sich insbesondere an den ersten Werken von S. Freud und J. Breuer. Die von Freud begründete Psychoanalyse wurde bis Mitte des 20. Jahrhunderts synonym für Psychotherapie verwendet. Die Wirksamkeit der Psychotherapie ist heute unumstritten. Dabei wird der Erfolg insbesondere der therapeutischen Beziehung (30 %) sowie extratherapeutischen Veränderungen (40 %) zugeschrieben. Für die therapeutische Methode wird in den Studien von Lambert (1992) ein Anteil von 15 % festgehalten (s. Punkt 2.3).

Kapitel 2 und 3 stellen die beiden untersuchten Therapierichtungen vor. Die Bioenergetische Analyse und Therapie (BAT) ist eine tiefenpsychologisch fundierte Körperpsychotherapie und zeichnet sich dadurch aus, dass sie von einer wechselseitigen Beeinflussung von Körper, Geist und Seele ausgeht. Spezifisch ist die Grundannahme, dass sich emotional bedeutsame Lebenserfahrungen sowie geistige Einstellungen auch körperlich ausdrücken und dass umgekehrt der Gebrauch des Körpers seinerseits Grundstimmungen und mentale Einstellungen zum Leben prägt. Ein zentrales Kennzeichen der BAT ist die Annahme, dass es im menschlichen Körper eine fundamentale Energie gibt, die sich in psychischen Phänomenen und im Körperausdruck manifestiert. Deshalb versucht die BAT, die menschliche Persönlichkeit aufgrund der energetischen Prozesse der Körperfunktionen zu verstehen und geht davon aus, dass durch eine Änderung der energetischen Prozesse des Körpers die Persönlichkeitsfunktionen beeinflusst werden können. Der Begründer der BAT, Alexander Lowen, entwickelte auf diesen Grundannahmen ein psychosomatisches Persönlichkeitskonzept. In diesem definiert er fünf Charakterstrukturen, die auf entwicklungsspezifischen Grundkonflikten basieren, es sind dies der schizoide, der orale, der psychopathische oder narzisstische, der masochistische und der rigide Typus. In der therapeutischen Arbeit versucht die BAT die eingespielte Abwehrorganisation durch Körperübungen, experimentierendes Handeln, Berührungen, Selbstaufmerksamkeit und bewusste Atmung zu destabilisieren und dadurch den Fokus auf automatisierte psychosomatische Reaktionen zu lenken.

Die Existenz des Unbewussten ist eine unumstößliche Grundannahme der Tiefenpsychologischen Psychotherapie (TP). Dieses von Freud entwickelte Konzept bedeutete einen Paradigmenwechsel und eröffnete neue Wege in der therapeutischen Arbeit. In der

Folge versuchte Freud, drei Zustände des Bewusstseins zu definieren und bezeichnete diese in seinem topischen Modell als bewusst, vorbewusst und unbewusst. Bereits drei Jahre später konzipierte er mit dem Strukturmodell die Psyche neu als Kräftespiel dreier Instanzen mit unterschiedlichen Funktionen – Ich, Es und Über-Ich. Nach Freud findet die psychische Energie ihren Ausdruck in Trieben, er erwähnt hierzu die Selbsterhaltungstrieb, sexuelle Triebe und eine Reihe von ursprünglich sexuellen Trieben, die in kulturell-produktive umgewandelt wurden (Sublimation), wie beispielsweise soziale oder intellektuelle Aktivitäten. In den Ausführungen zum Lust- und Realitätsprinzip erklärt Freud den inneren Kampf zwischen dem Streben nach raschem Lustgewinn und der Konfrontation mit der Realität. Der wichtigste Zugang zum Unbewussten ist für Freud der Traum. So wird in der Traumdeutung versucht, zu den Inhalten des manifesten Traums und somit den unbewussten Wunschregungen des Menschen vorzudringen. In der Tiefenpsychologischen Psychotherapie geht man davon aus, dass Krankheitsentstehung, -bewältigung und -verhalten stark von unbewussten Faktoren (mit-)gesteuert werden. In der Behandlung geht es daher um die Bewusstmachung und Auflösung unbewusster Konflikte, um die Stärkung der Autonomie und der Konfliktfähigkeit. Als zentrale Methoden und Techniken arbeitet die TP mit der freien Assoziation, der Übertragung und Gegenübertragung, dem Widerstand, der Deutung sowie mit dem Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten.

## **6.2 Interpretation der Ergebnisse**

In der Folge werden die Unterschiede einerseits zwischen den einzelnen Therapeutinnen und Therapeuten und andererseits zwischen den beiden Therapierichtungen untersucht. In den Vergleich der Therapierichtungen fließen auch die Ergebnisse aus dem Mann-Whitney-U-Test und dem t-Test mit ein.

### **6.2.1 Anteil und Interventionen der Vertreterinnen der TP**

Vergleicht man die Therapeutin und den Therapeuten der Tiefenpsychologischen Psychotherapie, so fällt auf, dass Therapeutin 1 in den ausgewerteten Gesprächen im Durchschnitt fast nur halb so viele Interventionen durchführte wie Therapeut 2 (65.33 zu 122). Auch in der Anwendung der Interventionen unterscheiden sich die beiden deutlich. Worin dieser Unterschied liegt, wird nachfolgend dargelegt.

Bei Therapeutin 1 beträgt der Anteil der eigenen Interventionen 18.62 %, bei Therapeut 2 sind nur 8.20 % methodenspezifisch. Therapeutin 1 arbeitet im direkten Vergleich also schulentreuer. Dabei sind bei ihr vor allem die Intervention Nr. 27 (Deutung) sowie Nr. 60 (Konfrontieren) und Nr. 1 (Abwehr und Widerstand konfrontieren / Wahrnehmungsverzerrung thematisieren) wichtige Kategorien der eigenen Therapierichtung. Wichtig zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang Intervention Nr. 46 (Halt geben / unterstützen). Diese Intervention wurde ursprünglich von den Vertreterinnen der Tie-

fenpsychologischen Psychotherapie als methodenspezifisch für ihre Therapierichtung reklamiert, da diese Kategorie aus der Geschichte der Psychotherapie ihren Ursprung in der Psychoanalyse haben dürfte. Heute wird die Intervention „Halt geben / unterstützen“ aber von den verschiedensten Therapierichtungen angewandt und wurde daher im „Ratingmanual“ der Schweizer Charta für Psychotherapie den allgemeinen Interventionen zugeordnet. Wäre Intervention Nr. 46 für die TP methodenspezifisch, würde der Anteil der eigenen Interventionen deutlich höher ausfallen. So hat Therapeutin 1 in den insgesamt 392 durchgeführten Interventionen, die Kategorie Nr. 46 95-mal angewandt, was einem Anteil von rund einem Viertel ihrer Interventionen entspricht (24.23 %). Bei Therapeut 2 beträgt der Anteil 13.50 %, d. h. von total 244 Interventionen setzte er Nr. 46 33-mal ein.

Der Anteil der allgemeinen Interventionen ist bei Therapeut 2 mit 82.38 % sehr hoch, aber auch Therapeutin 1 weist mit einem Anteil von 69.13 % eine häufige Anwendung dieser Gruppe von Interventionen aus. Dass Therapeut 2 hier höher liegt, lässt sich einerseits damit erklären, dass bei Therapeutin 1 je drei Sitzungen von zwei Patientinnen ausgewertet wurden, welche sich über eine längere Phase der Therapie hinzogen, während bei Therapeut 2 zwei Gespräche von zwei verschiedenen Patienten in der Anfangsphase der Therapie ausgewertet wurden. Diese Tatsache macht den dominanten Anteil von Intervention Nr. 55 (Klarifizieren, klären, nachfragen), die 125-mal zur Anwendung kam, nachvollziehbar. Andererseits sei auch hier nochmals kurz auf Intervention Nr. 46 hingewiesen, die bei beiden TP-Vertreterinnen einen wesentlichen Einfluss auf den dominanten Anteil der allgemeinen Interventionen hat.

Wenig unterschiedlich sind die beiden weiteren Gruppen von Interventionskategorien. Bei den fremden (also den Interventionen, die der BAT zugeordnet werden) weist Therapeutin 1 einen Anteil von 6.89 % aus, bei Therapeut 2 sind es 6.15 %. Interessant ist hier die Tatsache, dass beide Therapierenden nur eine einzige Intervention aus der BAT angewandt haben und zwar Nr. 8 (Arbeit am subjektiven Erleben/Empfinden).

Bei den aus anderen Therapierichtungen stammenden Interventionen hat Therapeutin 1 pro Sitzung 3.5 bzw. 5.36 % durchgeführt, bei Therapeut 2 liegt das Resultat bei 4 Interventionen pro Sitzung, was einem Anteil von 3.28 % entspricht. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Intervention Nr. 65 (Metaphern-Arbeit), eine Intervention aus der systemischen Therapierichtung, die versucht, mit Bildern und/oder Geschichten Probleme oder Lösungen zu be- bzw. zu umschreiben.

## **6.2.2 Anteil und Interventionen der Vertreterinnen der BAT**

Die beiden Therapeutinnen und der Therapeut der Bioenergetischen Analyse und Therapie haben in den ausgewerteten Gesprächen alle sehr häufig interveniert. Therapeutin 5 tat dies pro Gespräch durchschnittlich 135-mal, Therapeutin 4 117-mal und Therapeut

3 108-mal. Dieses häufige Intervenieren hat einen direkten Zusammenhang mit der Methodik der BAT, was gleich anschliessend näher ausgeführt wird.

Der Anteil der methodenspezifischen Interventionen liegt bei Therapeut 3 mit 63.30 % sehr hoch. Therapeutin 4 weist hier 28.21 % aus, Therapeutin 5 18.52 %. Der hohe Anteil von Therapeut 3 widerspiegelt sich auch im Einsatz der Interventionen. Er hat insgesamt mit „nur“ 17 verschiedenen Interventionskategorien und dabei total 130-mal mit den eigenen Interventionen Nr. 56 (Körperebene bewusst machen), Nr. 58 (Körperübung) und Nr. 17 (Atemarbeit) gearbeitet. Dieses klar methodenspezifische Vorgehen wurde bei zwei Gesprächen mit derselben Patientin angewandt, welche, so wurde in den Gesprächen deutlich, sehr bewusst eine Therapierichtung gewählt hat, die nicht ausschliesslich verbal agiert, sondern die körperorientierte Arbeit mit einbezieht. Auch bei Therapeutin 4 liegt der Anteil der methodenspezifischen Arbeit mit 28.21 % hoch, in den vier ausgewerteten Gesprächen waren deren zwei mit der gleichen Patientin. Von den eigenen Interventionen hat Therapeutin 4 die gleichen Kategorien dominant eingesetzt wie Therapeut 3. Zwischen der hohen Anzahl der Interventionen und der Methodentreue lässt sich insofern ein Zusammenhang ableiten als die Bioenergetische Analyse und Therapie in der Körperarbeit sehr direktiv arbeitet, Körperübungen und Atemarbeit anleitet und entsprechend eine eher starke Führung innerhalb der Behandlung wahrnimmt.

Die allgemeinen, unspezifischen Interventionskategorien machen bei Therapeutin 5 den Löwenanteil mit 69.26 % aus. Bei Therapeutin 4 liegt der Anteil der allgemeinen Interventionen bei 58.33 %, wohingegen Therapeut 3 logischerweise mit 29.95 % von allen ausgewerteten Gesprächen den tiefsten in dieser Kategorie errechneten Wert erreicht. Bei Therapeut 3 und Therapeutin 5 ist bei den allgemeinen Interventionskategorien Nr.55 (Klarifizieren, klären, nachfragen) am stärksten vertreten, während bei Therapeutin 4 Kategorie Nr. 46 (Halt geben / unterstützen) dominiert. Bei Therapeutin 4 und 5 wurde zudem die Kategorie 31 (Empathie) sehr oft angewandt (51-mal bzw. 31-mal). Die Interventionen der Tiefenpsychologischen Psychotherapie spielen bei den Therapeutinnen und dem Therapeuten der BAT in den ausgewerteten Gesprächen eine marginale Rolle. So kamen diese Interventionen bei Therapeut 3 gar nicht zur Anwendung, während sie bei den beiden Therapeutinnen pro Gespräch durchschnittlich 3.5-mal eingesetzt wurden, was einem Anteil von 2.99 % bzw. 2.59 % entspricht. Aus der TP haben die Therapeutinnen insbesondere mit Intervention Nr. 27 (Deutung) und Intervention Nr. 60 (Konfrontieren) gearbeitet.

Anders präsentiert sich das Ergebnis bei den Interventionen aus anderen Therapierichtungen. Pro Gespräch kamen diese Kategorien bei Therapeut 3 durchschnittlich 7-mal bzw. 6.45 % zum Einsatz, bei Therapeutin 4 beträgt der Anteil 10.47 %, was 12.25 Interventionen pro Sitzung bedeutet, bei Therapeutin 5 lag die Anwendung pro Sitzung bei 13-mal bzw. 9.63 %. Dabei kamen insbesondere Intervention Nr. 65 (Metaphern-

Arbeit), Nr. 69 (Positive Verstärkung) und Nr. 22 (Bedingungsfreie, positive Beachtung) zur Anwendung.

### **6.2.3 Anteil an Interventionen der TP und BAT im Vergleich**

Pro Gespräch wurde in der TP durchschnittlich 79.5-mal, bei der BAT 119.4-mal interveniert. Dieser deutliche Unterschied lässt sich, wie bereits erwähnt, stark mit der Methode erklären, da die BAT stärker führend in die Behandlung eingreift. Dies könnte den Schluss nahelegen, dass die Vertreterinnen der TP weniger reden und mehr (besser?) zuhören. Diese Schlussfolgerung ist aus Sicht der Autorin jedoch nicht zulässig, denn um darüber Aufschluss zu geben, müssten ausschliesslich die verbalen Anteile der Sitzungen verglichen werden, was jedoch nicht Teil dieser Arbeit war. Aufgrund des persönlichen Eindrucks geht die Verfasserin davon aus, dass im verbalen Teil der Sitzung in ähnlichem Umfang gleich professionell interveniert wird.

Vergleicht man Tabelle 12) und 24) bzw. Diagramm 3) und 7) entsteht der Eindruck, dass die Vertreterinnen der BAT klar methodentreuer arbeiten. Bei ihnen liegt der Anteil der eigenen Interventionen bei 33.51 %, wohingegen die TP „nur“ mit einem Anteil von 14.62 % aufwartet. Der Mann-Whitney-U-Test widerlegt diese These jedoch, der auf den ersten Blick deutliche Unterschied wird in der statistischen Überprüfung nicht signifikant, das Resultat ist zufällig. Dieses Resultat bestätigt sich auch im t-Test, der zur Berechnung der Effektstärke ebenfalls durchgeführt wurde. Auch hier ist das Resultat knapp nicht signifikant ( $p = 0.056$ ). Zudem zeigt sich bei den eigenen Interventionen, dass die Varianzen nicht gleich sind und die Normalverteilung, wie bereits erwähnt, kaum gegeben sein dürfte.

Die fremden, d. h. die aus der „Konkurrenz-Therapie“ stammenden Interventionen wurden von den Vertreterinnen der TP doppelt so häufig eingesetzt wie von den Vertreterinnen der BAT. So weisen die TP-Therapeutin und der TP-Therapeut pro Sitzung 5.25 (6.6 %) Interventionen aus der BAT aus, wohingegen die BAT nur 2.6 (2.2 %) Interventionen aus der TP eingesetzt hat. Dieser Unterschied erweist sich auch in der statistischen Überprüfung mit dem U-Test als signifikant. Auch im t-Test ist das Resultat signifikant ( $p = 0.026$ ) bei vergleichbaren Varianzen (Levene-Test:  $F = 1.46$ ;  $p = .25$ ). Interessant ist, dass die Vertreterinnen der TP nur mit einer einzigen Intervention aus der BAT arbeiteten, nämlich mit Nr. 8 (Arbeit am subjektiven Erleben/Empfinden). Diese Intervention wurde nominal von den Therapeutinnen der TP sogar häufiger eingesetzt als von den Vertreterinnen der BAT, nämlich 42-mal vs. 32-mal. Dieses signifikante Ergebnis erstaunt umso mehr, als davon auszugehen war, dass die methodenspezifischen Interventionen der BAT, die stark durch die körpertherapeutische Arbeit geprägt sind, kaum zu Überschneidungen mit der TP führen würden. Viel eher hätte die Autorin im Vorfeld damit gerechnet, dass die BAT mehr Interventionen aus der TP einsetzen würde, da die BAT ja wie die TP aus der Psychoanalyse weiterentwickelt wurde. Auch

in diesem Zusammenhang ist Intervention Nr. 46 (Halt geben / unterstützen) noch einmal zu erwähnen. Würde diese Intervention nämlich, wie es der Wille der Vertreterinnen der TP ist, der TP zugeordnet, wäre das Resultat umgekehrt, und die Vertreterinnen der BAT hätten mit Intervention Nr. 46 einen hohen Anteil fremder Interventionen. Die allgemeinen, methodenunspezifischen Interventionen sind bei beiden Therapierichtungen am stärksten vertreten. Mehr als die Hälfte der in den ausgewerteten Gesprächen der BAT durchgeführten Interventionen ist unspezifisch (54.97 %). Bei den Ergebnissen der TP ist der Anteil noch höher und beträgt mit 74.21 % fast drei Viertel der durchgeführten Interventionen. Diese hohen Anteile zeigen klar auf, dass die allgemeinen Interventionen zentrale Kategorien der Therapiearbeit widerspiegeln und sie demnach zu recht im „Ratingmanual“ der Schweizer Charta für Psychotherapie bei den unspezifischen Interventionen eingeordnet wurden. Was die beiden Schulen betrifft, scheint der Unterschied zwar recht gross, das Resultat ist jedoch nicht signifikant. Aufgrund der statistischen Überprüfung mit dem U-Test arbeiten beide Schulen in den ausgewerteten Gesprächen im gleichen Umfang mit allgemeinen Interventionen. Anders hätte sich das Ergebnis des t-Tests für die Mittelwertgleichheit präsentiert. Mit  $p = 0.036$  ist hier die statistische Überprüfung signifikant und zeigt auf, dass die Vertreterinnen der Tiefenpsychologischen Psychotherapie überzufällig öfter mit unspezifischen Interventionskategorien arbeiten. Da auch hier die Intervention Nr. 46 (Halt geben / unterstützen), die wie erwähnt den allgemeinen Interventionen zugeordnet wurde, einen grossen Einfluss auf das Resultat hat, scheint der Autorin das Ergebnis des U-Tests stimmiger und dürfte die Arbeit der beiden Therapierichtungen in den ausgewerteten Gesprächen eher repräsentieren.

Bei den Interventionen aus anderen Therapierichtungen zeigt sich ein anderes Bild. Zwar sind hier die Anteile eher bescheiden (BAT 9.32 %, TP 4.57 %), dennoch ist der Unterschied in der statistischen Überprüfung signifikant. Die Vertreterinnen der BAT arbeiteten in den ausgewerteten Gesprächen überzufällig häufiger mit Interventionen aus anderen Therapierichtungen als die Vertreterinnen der TP. Zentral sind dabei die unter Punkt 6.2.2 bereits erwähnten Interventionen Nr. 65, Nr. 69 und Nr. 22. Woher dieser leicht pluralistische Methodenansatz rührt, lässt sich aufgrund der durchgeführten Erhebungen nicht feststellen. Mögliche Thesen sind eine breiter abgestützte Ausbildung der Vertreterinnen der BAT oder auch eine grössere Offenheit gegenüber Interventionen aus anderen Therapierichtungen. Im t-Test erwies sich das Resultat als nicht signifikant ( $p = 0.117$ ), obwohl die Varianzhomogenität erfüllt war. Die Verfasserin geht davon aus, dass das Resultat im t-Test aufgrund des kleinen Anteils der Interventionen, die im U-Test ja tendenziell stärker gewichtet werden, nicht signifikant wurde. Eine grössere Stichprobe könnte hier sicher repräsentativere Resultate liefern.

### 6.3 Beantwortung der Fragestellungen

Bei der ersten Fragestellung, die sich auf die Methodentreue der beiden Therapierichtungen bezieht, kann die Hypothese verifiziert werden: Es gibt bezüglich Konzepttreue zwischen den untersuchten bioenergetisch analytischen und den untersuchten tiefenpsychologisch fundierten Sitzungen keine signifikanten Unterschiede, beide Vertreterinnen arbeiten im gleichen Umfang mit den jeweiligen schulenspezifischen Interventionskategorien.

Frage zwei konzentriert sich auf die Überschneidungen der Interventionskategorien der beiden Schulen. Die Hypothese, dass sich die Interventionsprofile der untersuchten Sitzungen nicht nach Schulenzugehörigkeit der Therapeutinnen und Therapeuten unterscheiden, muss verworfen werden. Die statistische Überprüfung zeigt auf, dass die Vertreterinnen der Tiefenpsychologischen Psychotherapie überzufällig häufiger mit Interventionen aus der Bioenergetischen Analyse und Therapie arbeiten als umgekehrt. Konkret arbeiteten die Vertreterinnen der TP doppelt so oft mit Interventionen aus der BAT. Erwähnenswert ist dabei, dass diese Signifikanz einzig auf Intervention Nr. 8 (Arbeit am subjektiven Erleben/Empfinden) gründet. Wie unter Punkt 6.2.3 bereits festgehalten, ist der Anteil der jeweils fremden Interventionskategorien jedoch grundsätzlich recht klein (TP 6.6 %, BAT 2.2 %).

Frage drei befasst sich mit dem Einsatz von Interventionen aus weiteren Therapierichtungen, den in dieser Arbeit unter „anderen“ zusammengefassten Interventionen. In der Hypothese ging die Autorin davon aus, dass der Anteil aus anderen Therapieschulen mehr als 20 % betragen würde. Diese Hypothese wird klar verworfen. Zwar ergab sich in der statistischen Überprüfung ein signifikantes Ergebnis zugunsten der BAT, der Anteil der anderen Interventionen beträgt jedoch auch bei dieser Therapierichtung lediglich 9.32 %, bei der TP sind es gar nur 4.57 %. Insgesamt kamen pro Gespräch nur 11.13 bzw. 3.62 Interventionen aus anderen Therapierichtungen zur Anwendung. Die wichtigste Intervention war dabei Nr. 65 (Metaphern-Arbeit), erwähnenswert sind auch Interventionen Nr. 22 (Bedingungsfreie positive Beachtung) und Nr. 69 (Positive Verstärkung).

Frage vier greift die allgemeinen, unspezifischen Interventionen auf. Wie viele werden pro ausgewertete Therapierichtung eingesetzt? Die Hypothese geht davon aus, dass die methodenunspezifischen Interventionen die am häufigsten verwendeten sind, was aufgrund der statistischen Überprüfung klar verifiziert werden kann. Die allgemeinen Interventionskategorien kommen bei beiden Therapierichtungen mit Abstand am häufigsten zur Anwendung. Bei der Bioenergetischen Analyse und Therapie beträgt der Anteil mit 54.97 % mehr als die Hälfte der Interventionen, bei der Tiefenpsychologischen Psychotherapie liegt der Anteil noch deutlich höher bei 74.21 %. Nominal bewertet arbeitet die BAT pro Gespräch durchschnittlich 65.7-mal, die TP 59-mal mit schulenspezifischen Interventionen.



## 6.4 Kritische Stellungnahme

Die Auswertung von Therapiesitzungen ist für eine Bachelorstudentin eine herausfordernde und gleichzeitig spannende Arbeit. Sie ermöglicht einen Einblick ins therapeutische Schaffen von Personen, die seit Jahren professionell tätig sind. Das von der Schweizer Charta für Psychotherapie erarbeitete „Ratingmanual“ bietet hierzu eine sehr gute Grundlage. Insbesondere waren die sorgfältige Operationalisierung, die Ankerbeispiele und die aufgeführten Unterscheidungen gegenüber anderen Interventionen äusserst hilfreich. Eine Stärke des Verfahrens liegt in der „blinden“ Vorgehensweise, der noch dadurch unterstützt wird, dass die Autorin selbst keine Therapieausbildung abgeschlossen hat und somit offen und unvoreingenommen an die Auswertung heranging. Dennoch muss festgehalten werden, dass auch der Verfasserin teilweise recht schnell klar war, welche Interventionen für die jeweilige Methode typisch sind und sie sich diesem Einfluss nicht immer entziehen konnte. Mit 101 Interventionen ist das „Ratingmanual“ sehr umfangreich und detailliert. Trotzdem ist ein absolut objektives Resultat kaum zu erreichen, da die Beurteilung der Intervention aufgrund von Tonfall, Sprache und Atmosphäre der Sitzungen immer von der eigenen Wahrnehmung geleitet wird und dadurch subjektiv bleibt. Dies zeigte sich auch im Konsensvergleich mit der Referentin. Zwar war eine Interraterreliabilität keine Vorgabe für diese Arbeit, es wurde jedoch deutlich, dass die Übereinstimmung der Auswertungen im direkten Vergleich noch nicht befriedigend ist. Das Resultat könnte sicherlich mit einer intensiveren und längerfristigen Schulung sowie klaren Absprachen noch deutlich verbessert werden. Hinzu kommt, dass die grosse Anzahl der Interventionen teilweise auch die Trennschärfe erschwert. So kam es immer wieder zu Diskussionen, ob beispielsweise Intervention Nr. 46 (Halt geben / unterstützen) oder doch eher Nr. 31 (Empathie) zutreffend ist. Zur Untersuchung der Methodentreue eignet sich das vorliegende „Ratingmanual“ aber trotz der erwähnten Herausforderungen sehr gut.

Die vorhandenen Therapiegespräche wurden per Audioaufnahmen ausgewertet. Diese waren qualitativ teilweise eher schlecht, wodurch es schwierig und somit aufwändig war, genau zu verstehen, in welcher Form die behandelnde Person intervenierte. Diese Problematik zeigte sich, verständlicherweise, bei der körpertherapeutischen Arbeit noch verstärkt und führte dazu, dass zwei Auswertungen gar abgebrochen und durch andere Gespräche ersetzt werden mussten. Generell stellt sich die Frage, ob eine Auswertung per Video empfehlenswert wäre, wo Mimik und Gestik, aber insbesondere auch die Anleitungen in der körperpsychotherapeutischen Arbeit beobachtbar wären.

Für eine möglichst repräsentative Auswertung und einen Vergleich der Konzepttreue wäre es sinnvoll, wenn die immer gleichen Sitzungen mit den gleichen Patientinnen ausgewertet werden könnten; also beispielsweise pro Therapeutin und Patientin jeweils Sitzung Nr. 10, 40 und 70, dies insbesondere auch deshalb, da die untersuchten Gespräche aufzeigten, dass gerade zu Beginn der Therapie der Aufbau der Beziehung im Vor-

dergrund steht und hier sehr oft mit klärenden Fragen, also allgemeinen Interventionen, gearbeitet werden muss.

Wie unter Punkt 2.3 erwähnt, hält Lambert (1992) in seiner Studie fest, dass die therapeutische Methode nur 15 % zum Therapieerfolg beitrage. Man könnte sich also fragen, wie relevant die Konzepttreue denn überhaupt ist. Will man aber, wie es die Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz PAP-S zum Ziel hat, die Wirksamkeit verschiedener Therapiemethoden untersuchen, ist es durchaus wichtig, auch die Konzept-Treue der einzelnen Schulenvertreterinnen zu beurteilen. Es könnte ja sein, dass in der Studie festgestellt wird, dass beispielsweise die Vertreterinnen der Transaktionsanalyse am wirksamsten arbeiten, dass dann aber bei näherer Betrachtung klar wird, dass die therapeutische Methode bei den ausgewerteten Sitzungen keinen wesentlichen Anteil hatte und somit andere Kriterien als die Methode für den Therapieerfolg der Transaktionsanalyse ausschlaggebend sein müssen. Es ist aber klar und wurde in den ausgewerteten Gesprächen auch deutlich, dass sich die Methode immer dem Therapieziel und der aktuellen Sitzungssituation unterordnet. So fällt beispielsweise bei Therapeutin 4 auf, dass der Anteil der Methodentreue stark variiert (12.18 % bis 42.02 %). Dies ist auf eine Patientin zurückzuführen, die in beiden Sitzungen sehr instabil war und das Hauptziel der Therapeutin bestand darin, die Patientin so weit als möglich zu stabilisieren und zum Weiterführen der Therapie zu ermutigen, was vor allem viel Einfühlungsvermögen und Geduld verlangte, die Methode war hier schlicht nebensächlich.

Da aufgrund der kleinen Stichprobe ( $n = 16$ ) die Voraussetzungen der parametrischen Tests nicht gewährleistet waren, kam in der statistischen Auswertung ein non-parametrisches Verfahren zur Anwendung. Diese Verfahren stellen gelockerte Ansprüche an die Daten und haben entsprechend eine weniger detaillierte Aussagemöglichkeit, da sie Rangdaten und nicht die Messwerte untersuchen. Dadurch zeigte sich in der vorliegenden Arbeit beispielsweise eine grössere Gewichtung der anteilmässig „kleineren“ Interventionen (fremde, andere), während die anteilmässig „grösseren“ Interventionskategorien (eigene, allgemeine) eher abgeschwächt wurden. Dies hat möglicherweise zu einer gewissen Verzerrung der Resultate geführt. Es wäre daher sicher von Vorteil, eine grössere Stichprobe auszuwerten, die die Voraussetzungen für ein parametrisches Verfahren erfüllt. Dies hätte jedoch den Umfang und Aufwand dieser Bachelorarbeit überschritten.

## **6.5 Fazit und weiterführende Überlegungen**

Die vorliegende Bachelorarbeit erhebt aufgrund der kleinen Stichprobe ( $n = 16$ ) keinen Anspruch auf Repräsentativität. Dennoch zeigt sie Tendenzen auf und liefert teilweise signifikante Ergebnisse. Diese müssten in einer breiter abgestützten Arbeit noch näher untersucht und überprüft werden. Es war in dieser Arbeit aber möglich, die vier Frage-

stellungen zu beantworten und die Hypothesen zu überprüfen. Das methodische Vorgehen erweist sich demnach als sinnvoll.

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Therapiemethode und Wirksamkeit scheint der Autorin aus verschiedenen Gründen relevant. So ist es äusserst interessant zu überprüfen, wie weit Interventionen aus anderen Therapierichtungen in die therapeutische Arbeit mit einfliessen und wie weit der aktuell breit diskutierte eklektische Ansatz im ambulanten Praxisalltag tatsächlich Einzug gehalten hat. Weiterführende Studien, die die hier untersuchten Therapierichtungen auswerten oder auch weitere Therapiemethoden überprüfen, wären auch in dieser Beziehung sehr spannend. Die Erkenntnisse aus diesen Untersuchungen sollten den teilnehmenden Institutionen aussagekräftige Rückmeldungen aus der praktischen Arbeit ihrer Therapierichtung liefern, die dann auch in die Ausbildung von zukünftigen Therapeutinnen einfliessen könnten. Gerade auch für Studierende ist der Zusammenhang zwischen Methode und Wirksamkeit ein wichtiges Kriterium für die spätere Wahl einer Therapieausbildung, obwohl hier sicher auch persönliche Vorlieben und Interessen entscheidend sind.

Da die therapeutische Beziehung ein unbestritten zentraler Faktor des Therapieerfolgs ist, wird es sehr spannend sein, die Resultate der Konzepttreue mit denjenigen der Beziehungsqualität, die in der PAP-S ebenfalls erhoben werden, in Relation zu setzen und zu prüfen, ob ein Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapierichtung hergeleitet werden kann.

## 7 Abstract

Im Rahmen der Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz PAP-S wurde die Methodentreue der Tiefenpsychologischen Psychotherapie (TP) und der Bioenergetischen Analyse und Therapie (BAT) untersucht und miteinander verglichen. Im theoretischen Teil werden die beiden Therapieschulen und ihre Methoden und Techniken vorgestellt. Als zentrales Instrument für die Auswertung wurde das von der Schweizer Charta für Psychotherapie entwickelte „Ratingmanual“ mit 101 Interventionen verwendet. Pro Therapierichtung wurden je 8 ambulante Therapiegespräche (Audioaufnahmen) untersucht.

Die vorliegende Bachelorarbeit zeigt auf, dass in den ausgewerteten Gesprächen die Kategorie allgemeine, unspezifische Interventionen den grössten Anteil am Therapiegespräch hat (TP 74.21 %, BAT 54.97 %). In Bezug auf die Konzepttreue wurde zwischen der TP und der BAT kein signifikanter Unterschied festgestellt, die Vertreterinnen aus beiden Therapierichtungen arbeiten im gleichen Umfang mit den jeweiligen schulenspezifischen Interventionskategorien. Signifikant war der Unterschied bei den Interventionskategorien aus der jeweils anderen Schulrichtung. Hier arbeiten die Vertreterinnen der TP überzufällig häufiger mit Interventionskategorien der BAT. Interventionen aus anderen Therapierichtungen werden von den Vertreterinnen der BAT signifikant öfter eingesetzt.

Das vorliegende Forschungsergebnis erhebt aufgrund der kleinen Stichprobe ( $n = 16$ ) keinen Anspruch auf Repräsentativität. Es konnten jedoch klare Tendenzen für weitergehende Untersuchungen innerhalb der PAP-S aufgezeigt werden.

## 8 Literaturverzeichnis

- Ardelt, E. (2004). Tiefenpsychologie. In Häcker, O. & Stapf, K.-H. (Hrsg.), *Dorsch, psychologisches Wörterbuch* (S. 957) (14. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die alle Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41-82). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Bischof, D. (2009). *Psychoanalyse*. Skript zu Vorlesung ZHAW Departement P.
- Carle, L. (2002). Das Energiekonzept in der Bioenergetischen Analyse und Therapie. In Koemeda-Lutz, M. (Hrsg.), *Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel* (S. 151-182). Basel: Schwabe.
- Caspar, F. (2004). Psychotherapie. In Häcker, O. & Stapf, K.-H. (Hrsg.), *Dorsch, psychologisches Wörterbuch* (S. 769) (14. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Ehrensperger, T. (2009). Bioenergetische Analyse. In Müller-Braunschweig, H. & Stiller N. (Hrsg.), *Körperorientierte Psychotherapie. Methoden – Anwendungen – Grundlagen* (S. 107–127). Berlin: Springer.
- European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector EFPP Schweiz/Suisse (2011). *Zusammenstellung wissenschaftlicher Arbeiten über die Wirksamkeit der Psychoanalytischen Psychotherapie* [online]. Available: [http://www.efpp.ch/psychotherapie\\_politik/Zusammenstellung%20Studien%20Psycho%20PT%20Mai%202006.pdf](http://www.efpp.ch/psychotherapie_politik/Zusammenstellung%20Studien%20Psycho%20PT%20Mai%202006.pdf).
- Fischer, A. M. (2011). Psychoanalyse. In Schlegel, M., Meier, I. & Schulthess, P. (Hrsg.). *Psychotherapien. Ein Führer der Schweizer Charta für Psychotherapie für die in ihr vertretenen tiefenpsychologischen, humanistischen und integrativen Psychotherapieverfahren* (S. 13-20). Zürich: Selbstverlag.
- Freud, S. (1915). *Triebe und Tribschicksale*. GW X, 209-232.
- Koemeda-Lutz, M. & Peter, H. (2001). Der Körper als Informationsträger - Eine Studie zur Bioenergetischen Körperdiagnostik. *Psychotherapie Forum*, 9, 51-61.

- Koemeda-Lutz, M. (2002). Zur therapeutischen Arbeit mit Emotionen. In Koemeda-Lutz, M. (Hrsg.), *Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel* (S. 183-195). Basel: Schwabe.
- Koemeda-Lutz, M. (2002). Ein psychosomatisches Persönlichkeitsmodell: Charakterstrukturen. In Koemeda-Lutz, M. (Hrsg.), *Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel* (S. 117-137). Basel: Schwabe.
- Koemeda-Lutz, M., Emmenegger, P.-A. & Peter, H. (2003). Vorschlag zur systematischen Nutzung von visuellen Informationen in der (körper-)psychotherapeutischen Diagnostik. Ein empirisch abgeleitetes Screening-Raster. *Psychotherapie Forum*, 11, 58-69.
- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H. & Soender, U. (2006). Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Psychotherapien – E-WAK. Eine Multizenter-Studie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 1-14.
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Küchenhof, J. (2006). *FIPP, Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie*. Vortrag anlässlich eines Forschungssymposiums in Basel vom 17.5.2006.
- Künzler, A., Böttcher, C., Hartmann, R. & Nussbaum, M.-H. (Hrsg.). (2010). *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog*. Heidelberg: Springer.
- Kurtz-von Aschoff, J. (1995). *Grundlagen der klinischen Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In Norcross, J. C. & Goldstein M. R. (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (p. 94-129). NewYork: Basic Books.
- List, E. (2009). *Psychoanalyse*. Wien: facultas.wuv, Universitätsverlag.
- Lowen, A. (1984). What is Bioenergetic Analysis? *Bioenergetic Analysis, the Clinical Journal*, 1, 1-20.
- Lowen, A. (1985). *Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik* (2. Aufl.). München: Kösel-Verlag. (Original erschienen 1958: The Language of the Body)

- Lowen, A. (1988). *Bioenergetik für jeden. Das vollständige Übungshandbuch* (10. Aufl.). München: Peter Kirchheim Verlag. (Original erschienen 1977: *The Way to Vibrant Health*)
- Lowen, A. (1996). *Workshop-Notizen des Verfassers*. Workshop 1995, St. Lucia. Workshop 1995, Pawling. Workshop 1996, St. Lucia. Workshop 1997, Zürich. Workshop 1998, Cartagena.
- Lowen, A. (1998). *Bio.Energetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. (Original erschienen 1975: *Bioenergetics*)
- Lüscher, I. & Spengler, E. (2011). Analytische Psychologie. In Schlegel, M., Meier, I. & Schulthess, P. (Hrsg.), *Psychotherapien. Ein Führer der Schweizer Charta für Psychotherapie für die in ihr vertretenen tiefenpsychologischen, humanistischen und integrativen Psychotherapieverfahren* (S. 35-46). Zürich: Selbstverlag.
- Mattanza, G., Meier, I. & Schlegel, M. (2006): *Seele und Forschung, Ein Brückenschlag in der Psychotherapie*. Basel, New York: Karger.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden. Einführung in die Statistik. Band 1* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2009). *Quantitative Methoden. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Band 2* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Reimer, C. (2007). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In Reimer, C., Eckert, J., Hauzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.) (S. 79-133). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Revenstorf, D. (1994). *Psychotherapeutische Verfahren – Band 1. Tiefenpsychologische Therapie* (2. Aufl.). Stuttgart-Berlin-Köln: Kohlhammer.
- Röhricht, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4 (2) 135-156.
- Schindler, P. (2002). Geschichte und Entwicklung der Bioenergetischen Analyse. In Koemeda-Lutz, M. (Hrsg.), *Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel* (S. 27-47). Basel: Schwabe.

- Schmugge, B. (2008). *Psychoanalyse. Vorlesungsskript für Studierende*. Skript zu Vorlesung ZHAW Departement P.
- Schrauth, N. (2001). *Körperpsychotherapie und Psychoanalyse. Eine vergleichende Studie am Beispiel von Wilhelm Reich, Gerda Boyesen und Alexander Lowen sowie Sandor Ferenczi, Michael Balint und D. W. Winnicott*. Ulm: Ulrich Leutner Verlag.
- Schweizer Charta für Psychotherapie (2010). Tschuschke, V., Koemeda-Lutz, M. & Schlegel, M. (Hrsg.), *Ratingmanual für psychotherapeutische Konzepttreue* (Version 6.0). Urdorf: Selbstverlag.
- Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (2011 a). *Bioenergetische Analyse* [online]. Available: [http://www.sgbat.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47&Itemid=27](http://www.sgbat.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=27)
- Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (2011). *Bioenergetische Analyse / Methoden* [online]. Available: [http://www.sgbat.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=48&Itemid=34](http://www.sgbat.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=34)
- Senf, W. & Broda, M. (2007). Was ist Psychotherapie. In Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (4. Aufl). Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Steinmann, H. (2002). Bioenergetische Methoden und Techniken. In Koemeda-Lutz, M. (Hrsg.), *Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel* (S. 289-315). Basel: Schwabe.
- Strotzka, H. (1982). *Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch*. Wien – New York: Springer.
- Stüssi-Schmid, F. (2009). *Grundlagen der Analytischen Psychologie C. G. Jung's*. Skript zu Vorlesung ZHAW Departement P.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda-Lutz, M., Schulthess, P., von Wyl, A. & Weber, R. (2009). Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). *Psychotherapie Forum*, 17, 160-176.



Wilke, E. (2007). Körperorientierte Psychotherapie. In Reiner, C., Eckert, J., Hauzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.) (S. 375-386). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Wöllner, W. & Kruse, J. (2010). Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? Einführung in das Verfahren. In Wöllner, W. & Kruse, J. (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

## 9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1) Eckdaten der Stichprobe.....	28
Tabelle 2) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 1.....	28
Tabelle 3) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 2.....	28
Tabelle 4) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 3.....	29
Tabelle 5) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 4.....	29
Tabelle 6) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 5.....	29
Tabelle 7) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräch 6.....	30
Tabelle 8) Ergebnisse Therapeutin 1 / Gespräche 1–6.....	30
Tabelle 9) Ergebnisse Therapeut 2 / Gespräch 7.....	30
Tabelle 10) Ergebnisse Therapeut 2 / Gespräch 8.....	31
Tabelle 11) Ergebnisse Therapeut 2 / Gespräche 7–8.....	31
Tabelle 12) Ergebnisse der Tiefenpsychologischen Psychotherapie im Total.....	31
Tabelle 13) Ergebnisse Therapeut 3 / Gespräch 9.....	32
Tabelle 14) Ergebnisse Therapeut 3 / Gespräch 10.....	32
Tabelle 15) Ergebnisse Therapeut 3 / Gespräche 9–10.....	32
Tabelle 16) Ergebnisse Therapeutin 4 / Gespräch 11.....	33
Tabelle 17) Ergebnisse Therapeutin 4 / Gespräch 12.....	33
Tabelle 18) Ergebnisse Therapeutin 4 / Gespräch 13.....	33
Tabelle 19) Ergebnisse Therapeutin 4 / Gespräch 14.....	34
Tabelle 20) Ergebnisse Therapeutin 4 / Gespräche 11–14.....	34
Tabelle 21) Ergebnisse Therapeutin 5 / Gespräch 15.....	34
Tabelle 22) Ergebnisse Therapeutin 5 / Gespräch 16.....	35
Tabelle 23) Ergebnisse Therapeutin 5 / Gespräche 15–16.....	35
Tabelle 24) Ergebnisse der Bioenergetischen Analyse und Therapie im Total.....	35
Tabelle 25) Hypothesenübersicht Mann-Whitney-U-Test.....	43

## 10 Diagrammverzeichnis

Diagramm 1) Interventionen der Therapeutin 1.....	36
Diagramm 2) Interventionen des Therapeuten 2.....	37
Diagramm 3) Übersicht der Interventionen TP.....	38
Diagramm 4) Interventionen des Therapeuten 3.....	39
Diagramm 5) Interventionen der Therapeutin 4 .....	40
Diagramm 6) Interventionen der Therapeutin 5.....	41
Diagramm 7) Übersicht der Interventionen BAT.....	42
Diagramm 8) Mann-Whitney-U-Test, eigene Interventionen.....	44
Diagramm 9) Mann-Whitney-U-Test, fremde Interventionen.....	44
Diagramm 10) Mann-Whitney-U-Test, allgemeine Interventionen.....	45
Diagramm 11) Mann-Whitney-U-Test, andere Interventionen.....	45

# 11 Anhang

## A) Interventionskategorie Nr. 55

Nachfolgend wird beispielhaft für die insgesamt 101 Interventionskategorien der Aufbau und die Formulierung der Kategorie Nr. 55 vorgestellt.

*PAPS-Studie der Schweizer Charta für Psychotherapie*

### 55. Klarifizieren (Klären, Nachfragen)

#### DEFINITION:

Im Zusammenhang mit Deuten müssen oft von Seiten der Th Aspekte weiter geklärt werden. Hierzu befragt sie die Pat. zu weiteren Informationsdetails. Oft kann die Th. auch versuchen, gemeinsam mit der Pat. ein **Verstehen der Sachlage oder der Situation** zu bearbeiten. Die Th geht von erhaltenen Informationen aus, um neue, weitere Informationen zu gewinnen. Die Th fragt nach dem, was vorgefallen ist. Es geht um Klärung der subjektiv erlebten Fakten; dabei wird ein Sachbezug angestrebt.

#### OPERATIONAL:

Th

- stellt Verbindungen zwischen dem Pat. bereits bewussten Aspekten her
- arbeitet mit der Pat. an der **Gewinnung weiterer Informationen**
- fragt nach **Fakten**
- fragt nach **Ereignissen**
- fragt nach **sachlichen Patienteneinschätzungen**

#### UNTERSCHIEDUNG:

- ⇒ **36 (Feedbackgeleitet arbeiten)**: Th benennt nur **Relation der Pat. auf vorangegangene Kommunikation**
- ⇒ **39 (Fragen zu Wirklichkeitskonstruktionen)**: Befragen der Hier-und-Jetzt-Situation, der **Erwartungshaltung**, des Arbeitsauftrages, des Überweisungskontextes (**bezieht sich nur auf die Therapie oder die Entstehungssicht des Problems**)
- ⇒ **60 (Konfrontieren)**: Konfrontation bezüglich **Widersprüche, mit wiederholten Schwierigkeiten**

#### ANKERBEISPIELE:

1. Th: „Wie hängt das eine mit dem anderen zusammen?“
2. Th: „Was führt Sie hierher?“
3. Th: „Welche Erwartungen werden an die Therapie gerichtet?“
4. Th: „Ich verstehe noch nicht, was das ... mit dem .... zu tun hat?“
5. Th: „Was liegt vor?“
6. Th: „Was genau ist passiert?“
7. Th: „Was haben Sie erlebt?“
8. Th: „Wie meinen Sie das genau?“

## B) Interventionskategorien

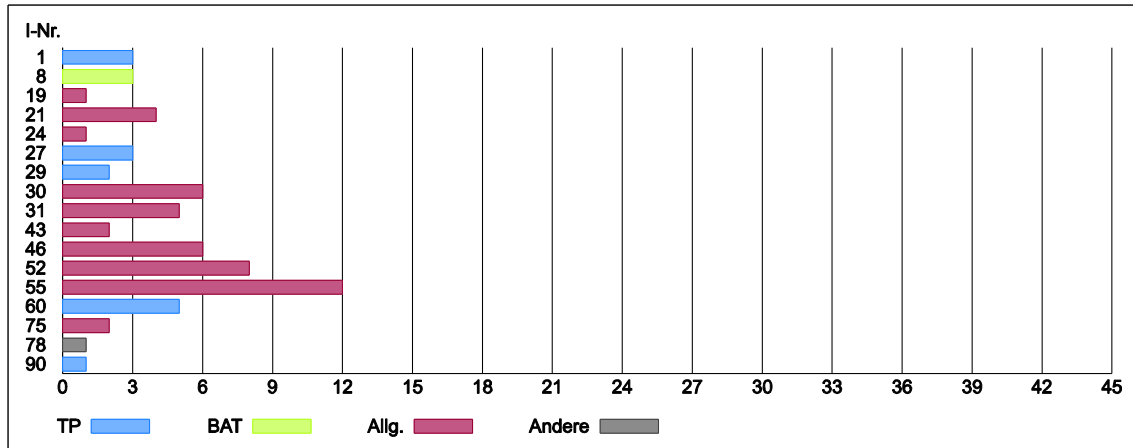
Auflistung der Interventionskategorien aus dem „Ratingmanual“ Version 6.0 vom 1. März 2010 der Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz PAP-S (Schweizer Charta für Psychotherapie, 2010, S. 7-115).

I-Nr.	Beschreibung	Schule	I-Nr.	Beschreibung	Schule
1.	Abwehr und Widerstand konfrontieren / Wahrnehmungsverzerrung thematisieren	TP	26.	Dereflexion	Andere
2.	Affektregulation	BAT	27.	Deutung	TP
3.	Aktivierungs-/Deaktivierungsmodell vermitteln	Andere	28.	Dialogübung mit sich und der Welt	Andere
4.	Analogien erkennen	Andere	29.	Durcharbeiten	TP
5.	Anamneseerhebung	Allg.	30.	Einsichtsförderung zu zu veränderndem Verhalten	Allg.
6.	Angstbewältigungstraining	Andere	31.	Empathie	Allg.
7.	Ärztliche Seelsorge leisten	Andere	32.	Energetische Grenzen	Andere
8.	Arbeit am subjektiven Erleben/ Empfinden	BAT	33.	Entspannungstechnik vermitteln	Andere
9.	Arbeit an existenziellen Fragen / am Dasein	Andere	34.	Essenz des bewusstseinsferneren Prozesses erfahrbar machen	Andere
10.	Arbeit an der Prozessgrenze	Andere	35.	Experimentieren mit neuem Verhalten	BAT
11.	Arbeit an vorbewusstem Material	TP	36.	Feedbackgeleitet arbeiten	Allg.
12.	Arbeit mit Humor	Allg.	37.	Forcierte Löschung	Andere
13.	Arbeit mit Komplexepisoden	Andere	38.	Fragen zu Möglichkeitskonstruktionen	Andere
14.	Arbeit mit kreativen Medien / Kreativität anregen, ausüben	Andere	39.	Fragen zu Wirklichkeitskonstruktionen	Andere
15.	Assoziationen (freie)	TP	40.	Gegenübertragung	TP/BAT
16.	Assoziationen (gebundene)	Andere	41.	Genogrammarbeit	Andere
17.	Atemarbeit	BAT	42.	Gezielte Frustration	Andere
18.	Aufgaben stellen	Allg.	43.	Grenzen setzen	Allg.
19.	Aufmerksamkeitslenkung auf aktuelle Emotion / Gefühle bewusst machen	Allg.	44.	Grundpositionen-Konzept	Andere
20.	Aufmerksamkeitslenkung auf Kommunikation	Andere	45.	Gute Eltern-Botschaften (GEB) / Erlaubnisse	Andere
21.	Bearbeitung von Verhaltensmustern und Überzeugungen	Allg.	46.	Halt geben / Unterstützen	Allg.
22.	Bedingungsfreie positive Beachtung (BPB)	Andere	47.	Hierarchie, Rang oder Privilegien thematisieren	Andere
23.	Bewusstseinsfernere Erfahrung entfalten	Andere	48.	Ich-Zustände thematisieren	Andere
24.	Biografische Arbeit	Allg.	49.	Identifikationsaufforderung	Andere
25.	Charakter- und Schutzstilarbeit (Agency)	Andere	50.	Imagination	Andere

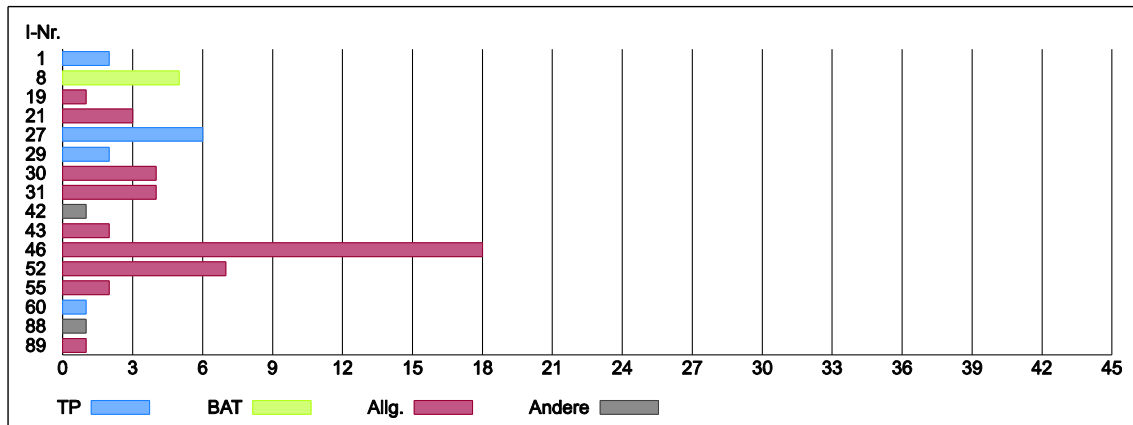
51.	Individuationsprozess fördern	Andere	76.	Rollenspiel-Initiierung	Andere
52.	Informationsvermittlung/ Psychoedukation	Allg.	77.	Selbsthilfetechniken	Andere
53.	Integrationsförderung	Andere	78.	Selbstöffnung (therapeutische Selbsteinbringung)	Andere
54.	Interaktion mit kritischer innerer Figur	Andere	79.	Sinnfragen-Thematisierung	Andere
55.	Klarifizieren (Klären, Nachfragen)	Allg.	80.	Sinn- und Bedeutungsschaffung	Andere
56.	Körperebene bewusst machen	BAT	81.	Skriptarbeit	Andere
57.	Körperliche Impulse fokussieren	BAT	82.	Spiel- oder Maschen-Analyse	Andere
58.	Körperübung	BAT	83.	Stimuluskontrolle	Andere
59.	Kommunikationsarbeit nach Dia- gramm	Andere	84.	Symbolarbeit	Andere
60.	Konfrontieren	TP	85.	Symptomthematisierung	Allg.
61.	Kongruenz (Inkongruenz spüren)	Andere	86.	Thematisierung der Selbstakzeptanz	Allg.
62.	Kunstästhetische Verantwortung ein- setzen	Andere	87.	Themenwechsel	Allg.
63.	Materialeinbezug	Allg.	88.	Therapiekontrakt	Andere
64.	Menschenbild-orientierter Dialog	Allg.	89.	Therapieziele thematisiert	Allg.
65.	Metaphern-Arbeit	Andere	90.	Übertragung	TP/BAT
66.	Nachfragen bezüglich Werkprozess- erfahrungen	Andere	91.	Unterschiedsfragen	Andere
67.	Neue Sinn- und Bedeutungszusam- menhänge anhand des Werkes er- schliessen	Andere	92.	Verbalisierung emotionaler Erlebnis- inhalte (VEE)	Andere
68.	Paradoxe Intention	Andere	93.	Verdecktes Konditionieren	Andere
69.	Positive Verstärkung	Andere	94.	Verhaltensanalyse, Verhaltensexplo- ration	Andere
70.	Problemlösung	Allg.	95.	Wahrnehmungsförderung	Andere
71.	Psychopharmaka-Einsatz	Allg.	96.	Wahrnehmungssensibilisierung be- züglich erstelltem Werk	Andere
72.	Reframing / Einstellungsmodulation	Andere	97.	Werkbezogene Standortbestimmung	Andere
73.	Reizkonfrontation in sensu	Andere	98.	Werkerweiterung vorschlagen	Andere
74.	Reizkonfrontation in vivo	Andere	99.	Wertimagination	Andere
75.	Ressourcenaktivierung	Allg.	100.	Wertorientierung	Andere
			101.	Zirkuläres Fragen	Andere

## C) Interventionen pro Therapeutin/Therapeut und Gespräch

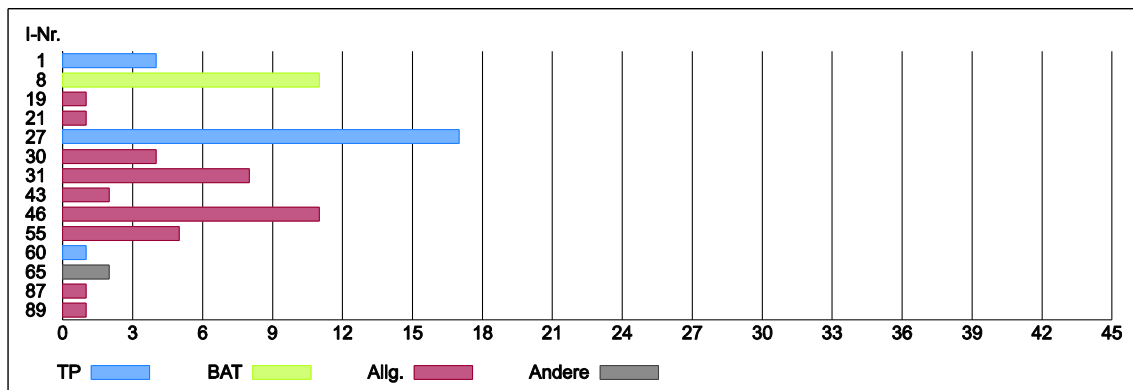
### Therapeutin 1 / Gespräch 1



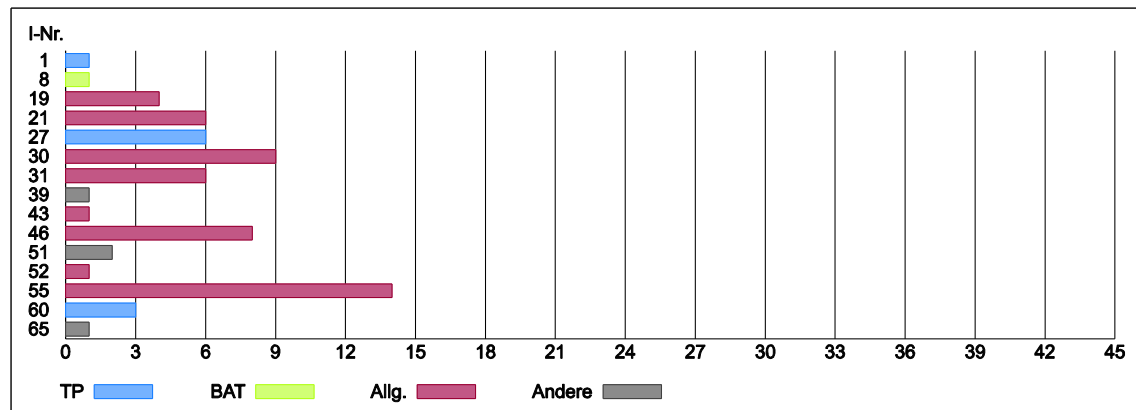
### Therapeutin 1 / Gespräch 2



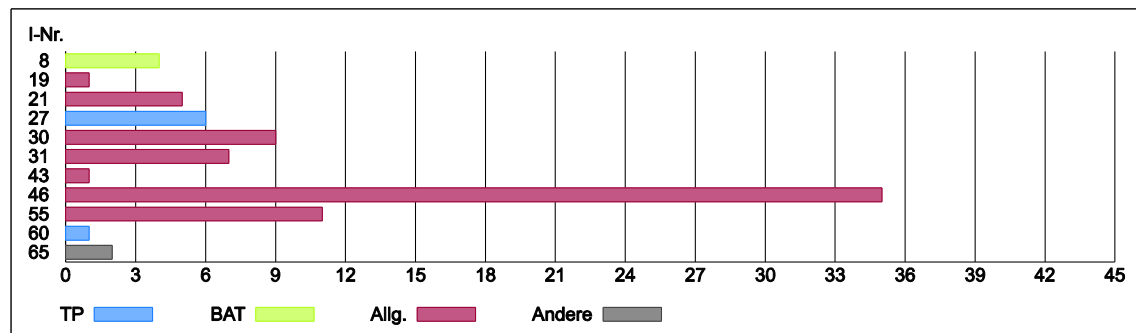
### Therapeutin 1 / Gespräch 3



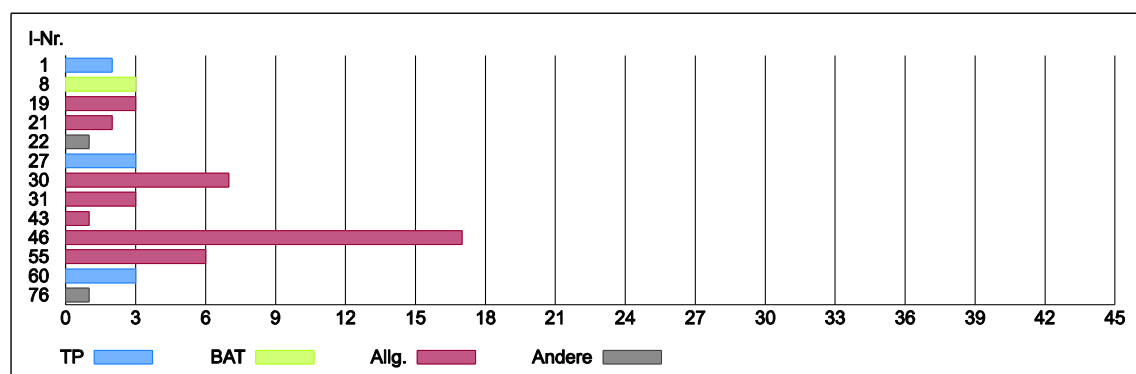
### Therapeutin 1 / Gespräch 4



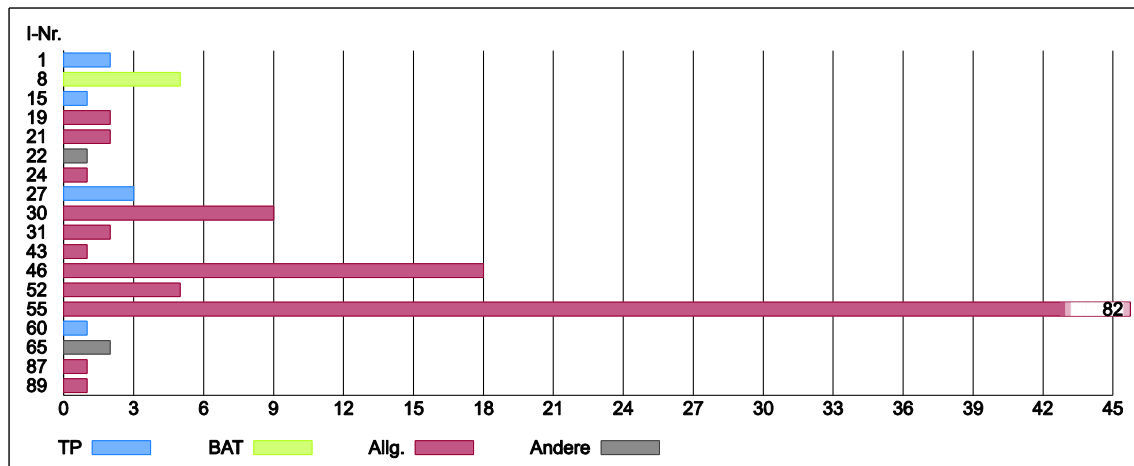
### Therapeutin 1 / Gespräch 5



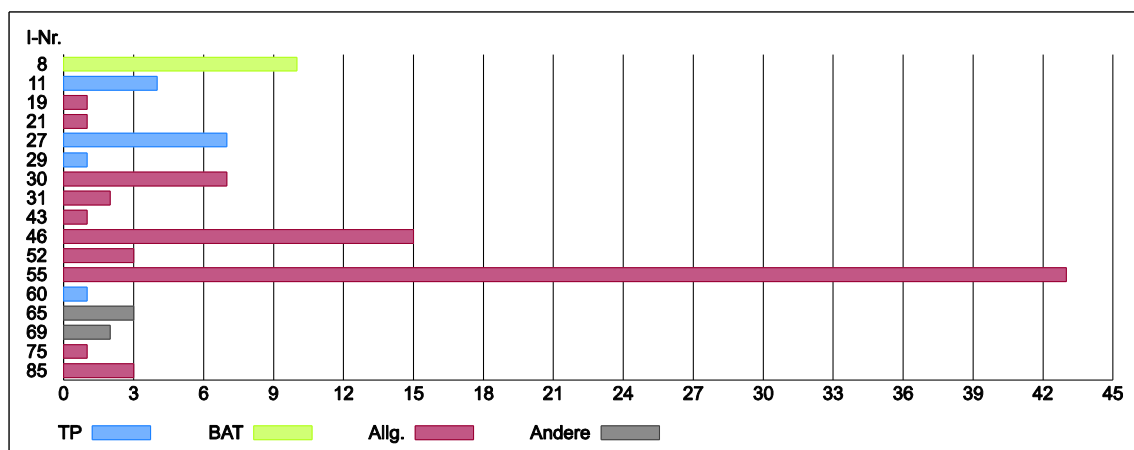
### Therapeutin 1 / Gespräch 6



## Therapeut 2 / Gespräch 7

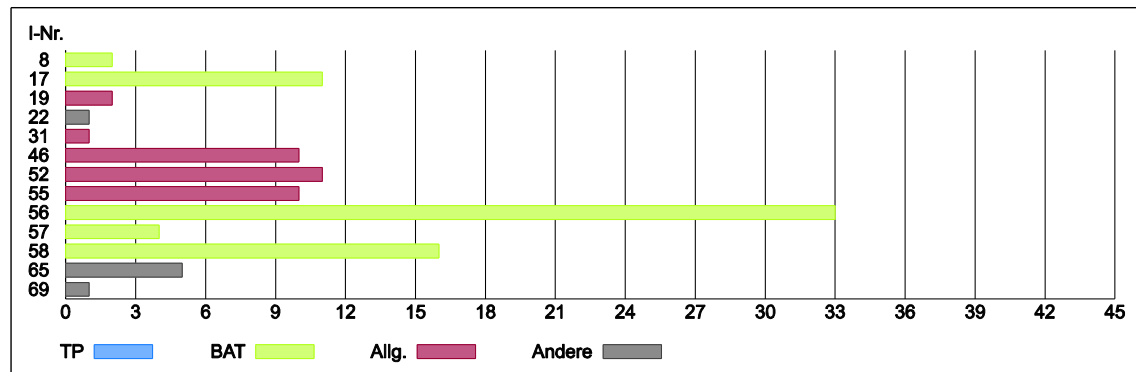


## Therapeut 2 / Gespräch 8

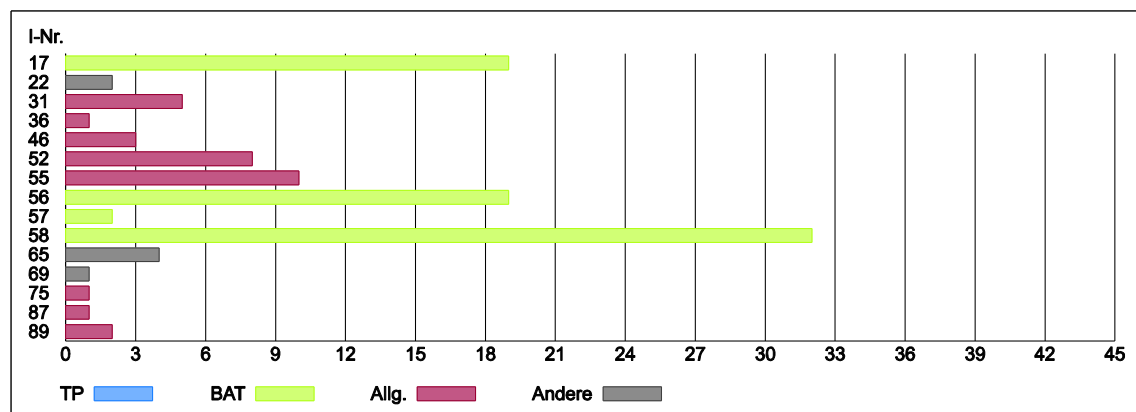




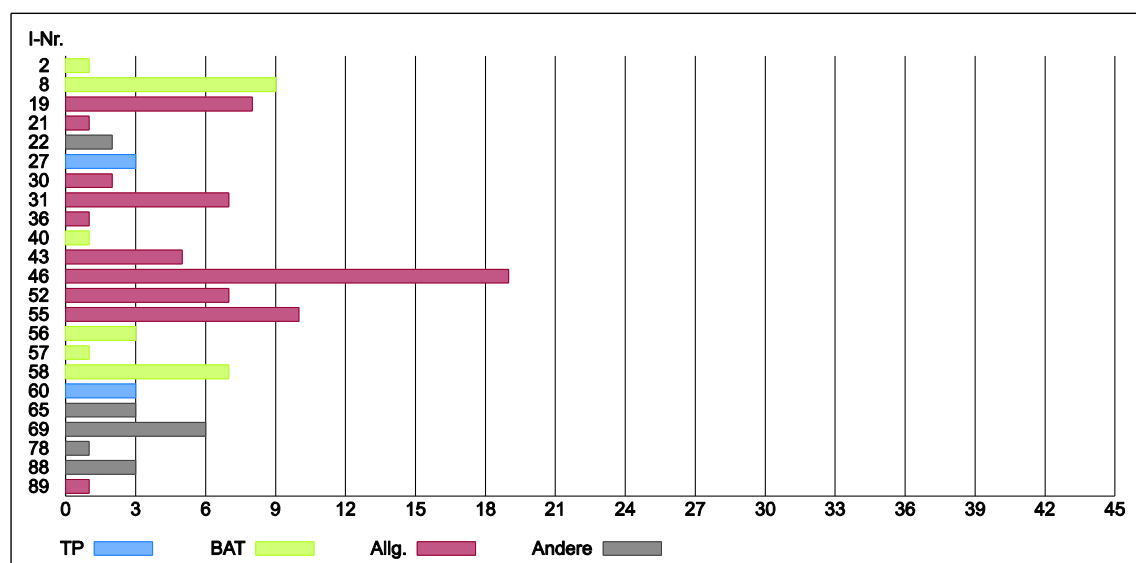
### Therapeut 3 / Gespräch 9



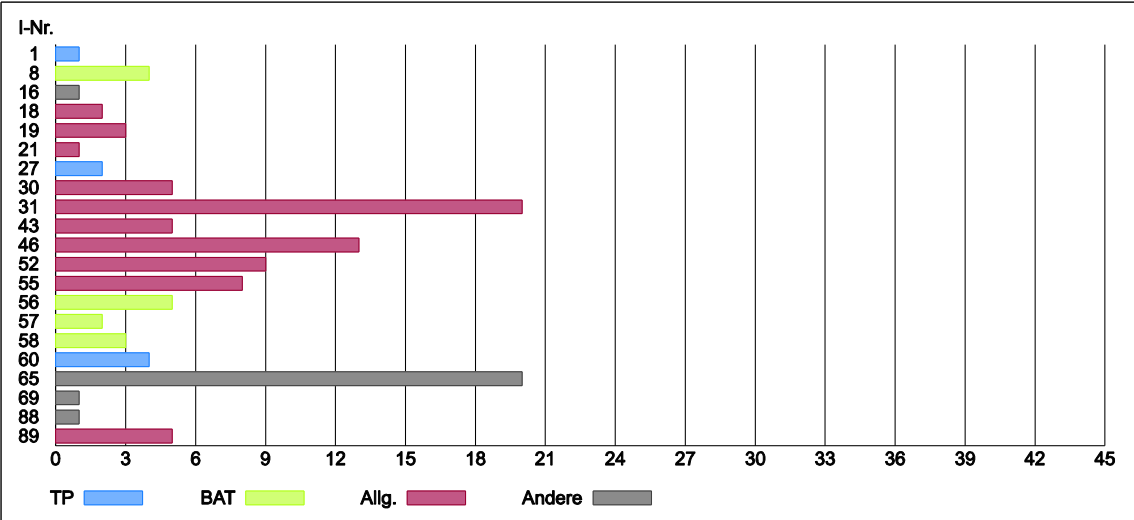
### Therapeut 3 / Gespräch 10



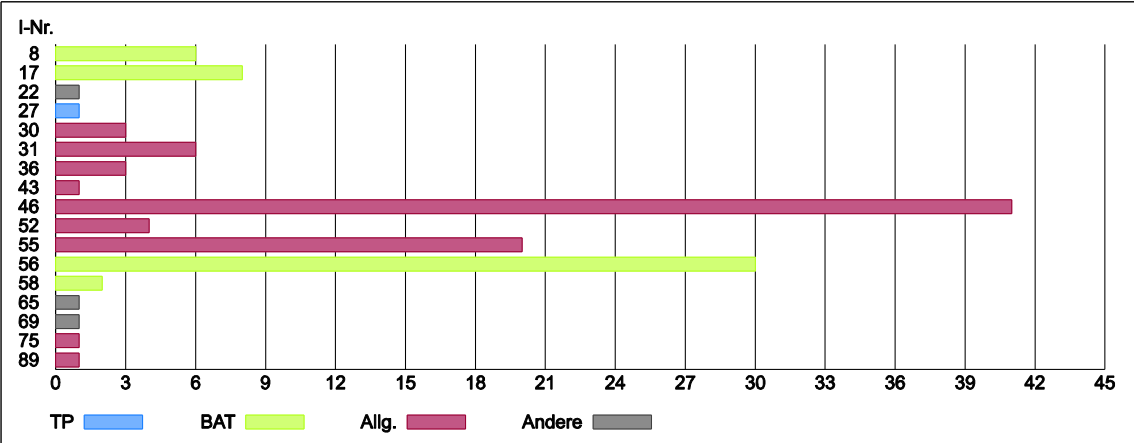
### Therapeutin 4 / Gespräch 11



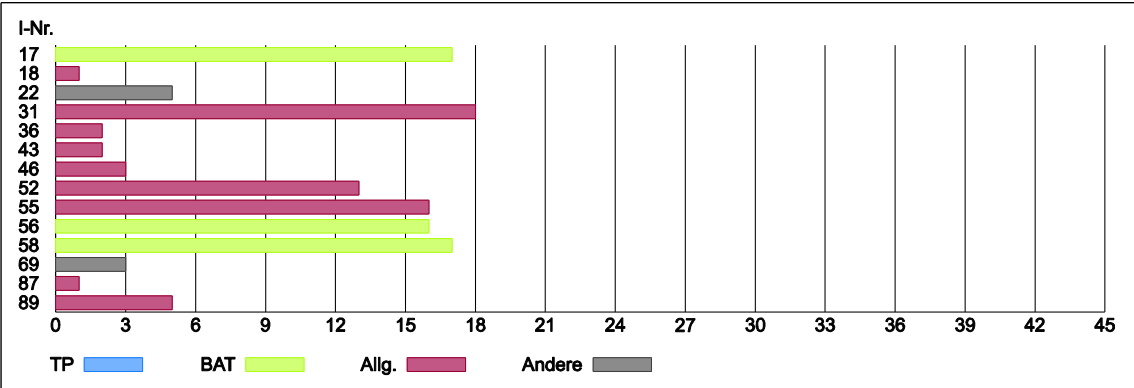
Therapeutin 4 / Gespräch 12



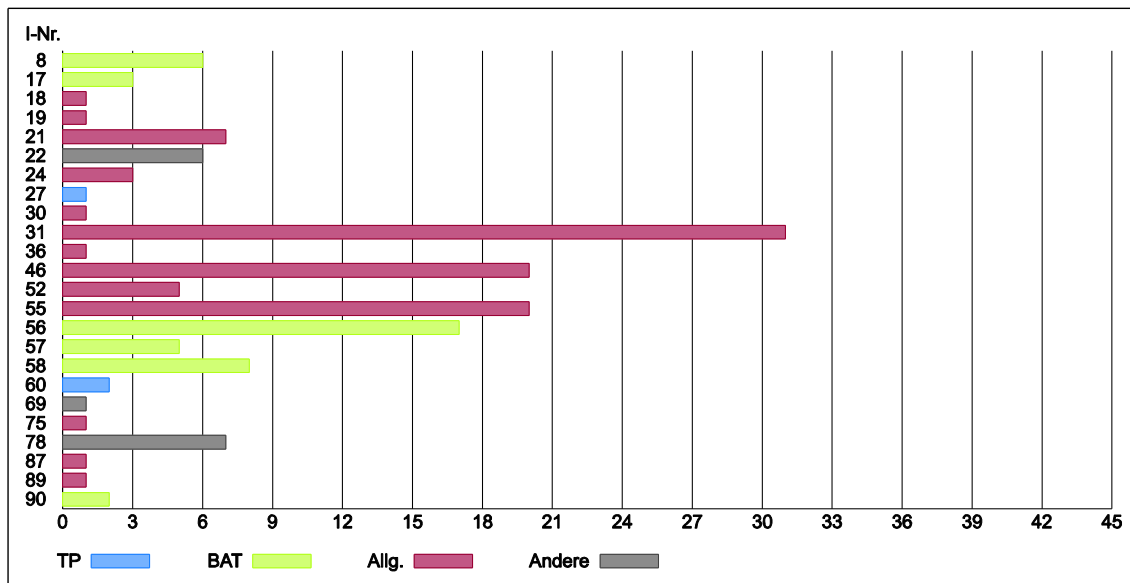
Therapeutin 4 / Gespräch 13



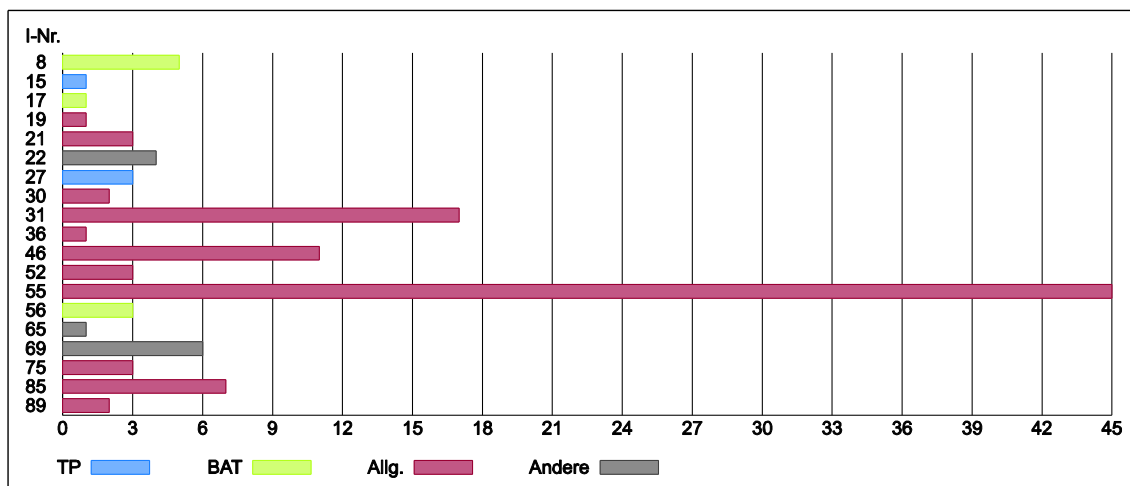
Therapeutin 4 / Gespräch 14



## Therapeutin 5 / Gespräch 15



## Therapeutin 5 / Gespräch 16



## D) t-Test

In Ergänzung zu den unter Punkt 5.4.4 erwähnten Analyse der Teststärke finden sich nachfolgend die Resultate des t-Tests für unabhängige Stichproben.

**Gruppenstatistiken**

	Schule	N	Mittelwert x	Standardabweichung s	Standardfehler des Mittelwertes
Prozent_eigene	tp	8	16.2825	8.42183	2.97757
	bat	8	34.0725	21.40818	7.56893
Prozent_fremd	tp	8	6.7775	4.48328	1.58508
	bat	8	2.2475	2.55828	.90449
Prozent_allgemein	tp	8	71.8713	13.24471	4.68271
	bat	8	54.2388	16.99180	6.00751
Prozent_andere	tp	8	5.0713	4.92938	1.74280
	bat	8	9.4412	5.51186	1.94874

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95 % Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
eigene	Varianzen sind gleich	6.230	.026	-2.187	14	.046	-17.79000	8.13355	-35.23473	-.34527
	Varianzen sind nicht gleich			-2.187	9.116	.056	-17.79000	8.13355	-36.15376	.57376
fremde	Varianzen sind gleich	1.455	.248	2.482	14	.026	4.53000	1.82499	.61579	8.44421
	Varianzen sind nicht gleich			2.482	11.122	.030	4.53000	1.82499	.51858	8.54142
allgemeine	Varianzen sind gleich	.476	.501	2.315	14	.036	17.63250	7.61695	1.29577	33.96923
	Varianzen sind nicht gleich			2.315	13.213	.037	17.63250	7.61695	1.20397	34.06103
andere	Varianzen sind gleich	.214	.651	-1.672	14	.117	-4.37000	2.61437	-9.97727	1.23727
	Varianzen sind nicht gleich			-1.672	13.829	.117	-4.37000	2.61437	-9.98378	1.24378

### Ergebnisse der eigenen Interventionskategorien

	Stichprobe n	Mittelwert x	Standardabweichung s
TP	8	16.2825	8.42183
BAT	8	34.0725	21.40818

$t(14)=-2.187, p=.056$

Bei den eigenen, methodenspezifischen Interventionen ist die Varianzgleichheit mit  $p = 0.03$  (Levene-Test) nicht gegeben. Der t-Test für Mittelwertunterschiede wird mit  $p = 0.06$  knapp nicht signifikant. Hinsichtlich des Einsatzes eigener Interventionskategorien unterscheiden sich Vertreterinnen der Tiefenpsychologischen Psychotherapie und der Bioenergetischen Analyse und Therapie in den untersuchten Sitzungen demnach nur der Tendenz nach.

### Ergebnisse der fremden Interventionskategorien

	Stichprobe n	Mittelwert x	Standardabweichung s
TP	8	6.7775	1.82499
BAT	8	2.2475	1.82499

$t(14)=2.482, p=.026, d=1.09$

Bei den Interventionskategorien der jeweils anderen Therapieschule ist die Varianzgleichheit mit 0.25 gegeben, die Varianzen sind homogen. Der t-Test für Mittelwertunterschiede ist mit  $p = 0.03$  signifikant, der Unterschied zwischen den beiden Schulen ist nicht zufällig. Die Vertreterinnen der Tiefenpsychologischen Psychotherapie arbeiten signifikant öfter mit Interventionskategorien, die eigentlich der BAT zugeordnet sind als Vertreterinnen der BAT mit Interventionen aus der TP arbeiten. Die Effektstärke ist mit  $d = 1.09$  gross, daraus lässt sich schliessen, dass die Zugehörigkeit zur TP einen grossen Effekt auf den Einsatz der fremden Interventionskategorien hat.

### Ergebnisse der allgemeinen Interventionskategorien

	Stichprobe n	Mittelwert x	Standardabweichung s
TP	8	71.8713	13.24471
BAT	8	54.2388	16.99180

$t(14)=2.315, p=.036, d=1.1575$

Bei den allgemeinen Interventionskategorien fällt der Test auf Varianzgleichheit mit Hilfe des Levene-Tests mit  $p = 0.50$  positiv aus, die Varianzen sind homogen. Der t-Test für den Mittelwertvergleich zeigt mit  $p = 0.04$ , dass die Vertreterinnen der Tiefenpsychologischen Psychotherapie signifikant öfter mit unspezifischen Interventionskategorien arbeiten als die Vertreterinnen der Bioenergetischen Analyse und Therapie. Die Effektstärke  $d = 1.575$  zeigt auf, dass die Zugehörigkeit zur Tiefenpsychologischen

Psychotherapie TP einen grossen Effekt auf die Anwendung der allgemeinen Interventionskategorien hat.

### **Ergebnisse der anderen Interventionskategorien**

	Stichprobe n	Mittelwert x	Standardabweichung s
TP	8	5.0713	4.92938
BAT	8	9.4412	5.51186

$t(14)=-1.672$ ,  $p=0.117$ ,  $d=0.836$

Bei Interventionskategorien, die anderen Schulen zugeordnet werden, sind die Varianzen gleich, die Wahrscheinlichkeit liegt bei  $p = 0.65$ . Der Test auf Mittelwertgleichheit ist mit  $p = 0.12$  nicht signifikant, die Unterschiede zwischen den Gruppen (BAT und TP) sind daher zufällig.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift:

