

Technische Universität München

Fakultät für Medizin

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Metaanalyse zur Effektivität körperpsychotherapeutischer Interventionen
in der Psychosomatik

Sophie Rosendahl

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin
der Technischen Universität München
zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzende/-r: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfer der Dissertation: 1. Prof. Dr. Claas Lahmann

2. Prof. Dr. Peter Henningsen

Die Dissertation wurde am 29.05.2017 bei der Technischen Universität München eingereicht
und durch die Fakultät für Medizin am 28.03.2018 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung: Was ist Körperpsychotherapie, und wirkt sie?	1
1.1	Einführung	1
1.2	Definition: Was ist Körperpsychotherapie?	2
1.2.1	Körper haben – Leib sein.....	2
1.2.2	Psyche und Physis: Zwei Substanzen oder zwei Standpunkte?	3
1.2.3	Der Körper in der Psychotherapie.....	7
1.2.4	Definition der Körperpsychotherapie für den Rahmen dieser Metaanalyse.....	10
1.3	Zentrale körperpsychotherapeutische Strömungen und ihre Wirkannahmen.....	11
1.3.1	Konflikt- und energieorientierte Ansätze.....	12
1.3.1.1	Bioenergetik.....	13
1.3.1.2	Neuere psychoanalytische Ansätze	14
1.3.2	Übungs- und erlebnisorientierte Ansätze	14
1.3.2.1	Funktionelle Entspannung	15
1.3.2.2	Konzentrierte Bewegungstherapie	16
1.3.2.3	Integrative Leib- und Bewegungstherapie	16
1.3.3	Embodied mind als therapeutischer Wirkfaktor.....	18
1.4	Wirkt Körperpsychotherapie?	19
1.4.1	Metaanalyse und Psychotherapie?	19
1.4.2	Bestehende Übersichtsarbeiten zur Körperpsychotherapie.....	20
1.4.3	Gründe für Mangel an Wirksamkeitsprüfung	22
1.4.4	Anwendung: Versorgungsstand und Indikation.....	23
1.4.5	Abgrenzung zu Achtsamkeit und Tanztherapie	24
1.4.6	Spezifikation der Hypothese der Metaanalyse	26

2	Methode.....	27
2.1	Einschlusskriterien für Studien dieser Metaanalyse	27
2.1.1	Beschreibung der Studien	27
2.1.2	Beschreibung der Teilnehmer	28
2.1.3	Beschreibung der Interventionen	28
2.1.4	Beschreibung der Ergebnisvariablen.....	28
2.2	Suchstrategie	30
2.3	Datenzusammentragung und Analyse	31
2.3.1	Studienselektion.....	31
2.3.2	Datenextraktion und -management	31
2.3.3	Durchgeführte Vergleiche zum Messen des Interventionseffekts	32
2.3.4	Umgang mit fehlenden Daten	33
2.3.5	Wahl des Modells	34
2.3.6	Messen von Heterogenität.....	35
2.3.7	Subgruppenanalyse	35
2.3.8	Beurteilung von Bias.....	36
2.3.8.1	Studienqualität	36
2.3.8.2	Publikationsbias.....	37
3	Ergebnisse	39
3.1	Studienselektion und -beschreibung.....	39
3.1.1	Studiencharakteristika	41
3.1.2	Beschreibung der Gesamtstichprobe.....	41
3.2	Quantitative Datenintegration und Metaanalyse	45
3.2.1	Primäre Ergebnisvariablen	46
3.2.2	Sekundäre Ergebnisvariablen.....	48
3.2.3	Vorstellung der Katamnese-Effekte	51

3.2.4	Analyse von Subgruppen.....	52
3.2.4.1	Moderator Erscheinungsjahr.....	52
3.2.4.2	Moderator Land der Durchführung.....	53
3.2.4.3	Moderator Stichprobengröße.....	53
3.2.4.4	Moderator Format.....	53
3.2.4.5	Moderator Dosis der Intervention.....	55
3.2.4.6	Moderator Diagnose.....	55
3.2.4.7	Moderator Art der KG.....	57
3.2.4.8	Moderator Beurteilungsperspektive.....	57
3.2.4.9	Moderator Studienqualität.....	58
3.2.5	Publikationsbias.....	59
4	Diskussion.....	60
4.1	Diskussion der Ergebnisse in den primären Ergebnisvariablen.....	60
4.1.1	Zusammenfassung und Einordnung der Effekte für Psychopathologie und psychische Belastung.....	60
4.1.2	Integration unterschiedlicher Effekte? – Diskussion der Subgruppenanalysen	61
4.1.2.1	Wer wird mit wem verglichen?.....	62
4.1.2.2	Unterschiedliche Rahmenbedingungen?.....	64
4.1.2.3	Qualität der Studien.....	67
4.1.2.4	Wie wird Wirksamkeit erfasst?.....	69
4.2	Diskussion der Ergebnisse in den sekundären Ergebnisvariablen.....	69
4.3	Stabilität der Effekte – Diskussion der katamnestischen Effekte.....	73
4.4	Einschränkungen und Grenzen.....	74
4.4.1	Einschätzung von Publikationsbias.....	74
4.4.2	Schwächen der vorliegenden Untersuchung.....	74
4.5	Ausblick.....	76

5	Zusammenfassung.....	78
6	Literaturverzeichnis.....	80
7	Anhang.....	98
7.1	Abkürzungsverzeichnis	98
7.2	Forest plots der Inner-Gruppen-Effekte	100
7.3	Beurteilung der Studienqualität und Kodierung der Moderatoren	104
7.4	Abbildungsverzeichnis	107
7.5	Tabellenverzeichnis	108
7.6	Danksagung	109

1 Einleitung: Was ist Körperpsychotherapie, und wirkt sie?

1.1 Einführung

In einer Zeit und Gesellschaft, die zum proklamierten Ziel haben, Geist und Körper in Einklang zu bringen, ist das Angebot an Methoden, Trainings und Therapien in diesem Bereich geradezu unüberschaubar. Für den Nachweis der Wirksamkeit der Körperpsychotherapie (im Folgenden KPT) stellt sich die Frage, an welcher Stelle zwischen Yoga, Qigong, autogenem Training, progressiver oder funktioneller Muskelrelaxation, Achtsamkeitstraining, konzentrativer Bewegungstherapie etc. eine Steigerung des vorhandenen Wohlbefindens übergeht in die Therapie psychischen Leids.

Zum einen entspricht es dem Zeitgeist, bei körperlicher Betätigung nicht allein ein Training des Bewegungsapparats zu beabsichtigen, sondern auf diese Weise zugleich die Psyche beeinflussen zu wollen. Zum anderen ist die Arbeit mit dem Körpererleben integraler Bestandteil aller anerkannten Psychotherapieverfahren.¹ So bemerkt Geuter (2004b) eine Besonderheit der KPT darin, dass sie quer zu psychoanalytischem, humanistischem, kognitiv-behavioralem und systemischem Paradigma stehe. Ziel der vorliegenden Metaanalyse ist es, die KPT hinsichtlich ihrer Effektivität anhand vorliegender adäquater, empirischer Forschungsergebnisse zu begutachten. Am Anfang der theoretischen Fundierung steht in Abschnitt 1.2 die Vorstellung und Erläuterung der in dieser Arbeit verwendeten Definition der KPT. Zunächst wird die epistemologische Unterscheidung von Körper und Leib, die einer empfundenen Verwirrung bei der Orientierung im Forschungsfeld zur KPT Abhilfe schaffen soll, kurz dargestellt. Der Körper wird für das Verständnis der KPT in dieser Arbeit intersubjektiv definiert. In Kapitel 1.3 wird daraufhin die historische Entwicklung der KPT beleuchtet, und ihre zentralen Strömungen mit deren Wirkannahmen werden nachvollzogen. Als phänomenologischer Integrationsversuch wird das *embodied mind* - Erklärungsmodell vorgestellt. Anschließend wird in Kapitel 1.4 der Stand der Wirksamkeitsprüfung der KPT zusammengefasst. Es werden Gründe für den bestehenden Mangel an methodisch hochwertigen Studien dargelegt, für deren Notwendigkeit plädiert wird. Zur Abgrenzung des Geltungsrahmens dieser Metaanalyse wird auf die Problematik eingegangen, dass hinter ähnlicher Praxis unterschiedliche Theorien bzw. therapeutische Schulen

¹ Hiermit ist nicht die Anerkennung durch die kassenärztliche Vereinigung gemeint, sondern der Grad der theoretischen und methodischen Differenziertheit (Waibel, Petzold, Orth, & Jakob-Krieger, 2009) bzw. der Erfüllung des eigenen Erklärungsanspruchs und der Kohärenz (Geuter, 2004b) eines psychotherapeutischen Verfahrens.

stehen. Am Ende der Einleitung wird die Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung zusammengefasst. In Abschnitt 2 (Methode) wird auf die Suche und Auswahl geeigneter Studien eingegangen. Zudem werden die Art der Vergleiche und die für sie verwendeten statistischen Verfahren vorgestellt. Es schließt sich in Abschnitt 3 die Vorstellung der Ergebnisse der durchgeführten Metaanalyse an. Diese werden schließlich ausführlich diskutiert (Abschnitt 4).

1.2 Definition: Was ist Körperpsychotherapie?

In diesem Abschnitt werden die Unterscheidung in Leib und Körper sowie die phänomenologische Position der KPT zum Verhältnis von Psyche und Physis dargelegt. Daraufhin wird auf die Rolle des Körpers in der Psychotherapie eingegangen, sodass in Absatz 1.2.4 die für diese Metaanalyse geltende Definition der KPT begründet eingeführt werden kann.

1.2.1 Körper haben – Leib sein

Schon ihr Name legt nahe, dass die Körperpsychotherapie an das Leib-Seele-Problem², eines der größten, am längsten bestehenden, ungelösten und wohl auch unlösbaren Probleme der Philosophie, rührt. Natürlich hat diese Arbeit nicht den Anspruch, die KPT zu diesem Problem verbindlich zu positionieren, zumal das aufgrund der unterschiedlichen Strömungen wohl auch kaum möglich wäre. An dieser Stelle soll vielmehr für eine häufig praktizierte Gleichsetzung der Begriffe Körper und Leib sensibilisiert werden.

Die Unterscheidung zwischen einem objektiven Körper und einem erlebten, Erfahrung konstituierenden Leib hat in der Phänomenologie eine lange Tradition (T. Fuchs, 2010; Merleau-Ponty, 1966). Von Pleßner (1970, S. 43) stammt die Beschreibung des Doppelaspekts der menschlichen Existenz als *Körper haben* und *Leib sein*. Für T. Fuchs (2010, S. 97f.) dient der Leib als „Ort des diffusen Befindens, Behagens und Unbehagens, [...] als Resonanzraum aller Stimmungen und Gefühle, [...] als Zentrum und zugleich Medium aller Wahrnehmungen, Bewegungen und Gedanken“, der Leib ist also *die* Bedingung menschlicher Existenz Erfahrung. Dabei bleibt er im ungestörten Vollzug von Bedürfnissen bzw. Tätigkeiten selbst „unbemerkt

² Das Problem formuliert Brüntrup (2012, S. 19) so, dass „[d]ie physische Welt [nicht einerseits] kausal lückenlos geschlossen“ sein könne und andererseits „[m]entale Entitäten [...] kausal wirksam“ sein könnten.

[...], transparent“. Dieser Ersten-Person-Perspektive, die Erfahrung konstituiert, steht die objektive Betrachtungsweise, die auch die Naturwissenschaft aus der Sicht der dritten Person einnimmt, gegenüber. Die jeweilige Disziplin beschreibt und erklärt den menschlichen Körper in den ihr eigenen Einheiten und Begriffen auf bspw. molekulargenetischer, neurophysiologischer oder bildgebender Ebene. Den Gedanken der qualitativen Verschiedenheit von Erkenntnis der beiden Betrachtungsperspektiven hat Nagel (1974) hervorgehoben. Paradebeispiel ist der Schmerz: Er mag von der Rezeptorebene bis zu seiner Verhaltenswirksamkeit auf vielerlei Art von außen operationalisiert werden können, d.h. die Bedingungen angegeben werden, unter denen er auftritt und seine Manifestationen festgehalten werden. Einem externen Beobachter bleibt allerdings das *Phänomen* selbst verborgen: Er wird strukturell (auch mit allen denkbaren Hilfsmitteln) nicht nachvollziehen können, *wie* sich der Schmerz des anderen anfühlt. Umgekehrt bleiben dem Menschen in der Erlebnisperspektive die körperlichen Ereignisse, die Teil des Schmerzempfindens sind, verborgen. Interessanterweise lässt sich allerdings beispielsweise lernen und trainieren, den eigenen Herzschlag wahrzunehmen (Katkin, Morell, Goldband, Bernstein, & Wise, 1982). Auch der Erfolg der Biofeedbackmethode zeugt von einer Verschiebbarkeit der Grenze des möglich Bewussten.³

1.2.2 Psyche und Physis: Zwei Substanzen oder zwei Standpunkte?

Ausgehend vom zuvor beschriebenen Doppelaspekt von Leib und Körper des Menschen soll in diesem Abschnitt ein Vorschlag gemacht werden, die KPT wissenschaftstheoretisch zu positionieren. Die Notwendigkeit hierzu folgt aus der Behauptung, die KPT „stellt eine Möglichkeit dar, [...] den Körper-Seele-Dualismus des traditionellen abendländischen Denkens [...] zu überwinden“ (Petzold, 2009, S. 29; vgl. Stiller, 2010, S. 263). Diese These gilt es einzuordnen.

Der Dualismus von Psyche und Physis geht von der Existenz zweier absolut voneinander unterschiedener und unabhängiger Prinzipien, Mächte oder Substanzen, zwischen denen – zumindest seinem Ursprung bei Descartes gemäß – kausale Interaktion über die Glandula pinealis (Zirbeldrüse) besteht, aus (Regenbogen & Meyer, 1998, S. 161). Im Monismus hingegen werden Psyche und Physis als zwei Eigenschaften derselben Substanz verstanden (Bischof,

³ Damit sei allerdings nicht gesagt, die Bewusstheit sei notwendig für den Erfolg der Methode.

2008, S.41). Die Annahme der Einheit bzw. Identität liegt im Wunsch begründet, die Wechselwirkungsbeziehung aus der Erfahrung nicht auf die Ebene wissenschaftstheoretischer Erklärung zu übertragen. Der von Descartes geprägte interaktionale Dualismus ist starker Kritik unterzogen worden (Damasio, 2000) und hat in der Folge nur wenige Fürsprecher (Popper, Eccles, John, & Carew, 1977) gefunden. Kernpunkt der Kritik ist, dass der Dualismus psychische Prozesse ohne physische Entsprechung postuliert (Bischof, 2008, S. 40) und ihnen eine kausale Wirksamkeit auf physischer Ebene zubilligt. Dies ist nicht vereinbar mit dem vorherrschenden naturwissenschaftlichen Paradigma, das nur materielle Ursachen als Letztbegründung akzeptiert – dem Physikalismus. Für Marlock (2010, S. 48) läuft die KPT im Besonderen Gefahr, von der „Materialität bestimmter Aspekte des Körpers (wie Atmung, Muskeltonus, Erregungsniveau etc.) [...] zu dem Irrglauben [verführt zu werden], dass eine Änderung dieser Aspekte den psychischen Rest von allein nachziehen ließe“, und zwar in der „materialistische[n] Hoffnung, die flüchtige und flüssige menschliche Seele über ihr materielles Substrat letztendlich doch form- und damit beherrschbar zu machen“. Im in den Naturwissenschaften verbreiteten physikalistischen Weltbild wird der physischen Ebene ontologische Priorität zugesprochen, sodass mentale Entitäten auf sie reduzierbar sind, nicht aber umgekehrt (Brüntrup, 2012, S. 89f.). So konstatieren Fuchs, Sattel, und Henningsen (2010, S. 294) eine implizite wissenschaftliche Hierarchie, in der mechanistischen Erklärungsversuchen der Vorzug gegenüber psychologischen gegeben werde. Um einer Priorisierung zu entkommen, lohnt sich ein Rückgriff auf die vier Formen von Ursachen, die Aristoteles (übersetzt 1987, Buch II, Kapitel 7 und 8) unterschieden hat und die an einem leicht vereinfachenden Beispiel (von der Verfasserin dieser Arbeit) veranschaulicht werden sollen.

Anwendung des Vier-Ursachen-Schemas von Aristoteles am Beispiel einer Panikstörung (von Verfasserin):

Bei der Erklärung psychischer Vorgänge sind bspw. das Herz-Kreislaufsystem, das Gehirn und die in ihm aktiven Neurotransmitter die Stoffursache (causa materialis) eines Gefühls von Panik. Um allerdings zu erklären, warum Gunnar und nicht etwa Hanna in Fahrstühlen eine Panikattacke bekommt, ist ein Vergleich ihrer Nervensysteme zwar sicherlich irgendwann sehr detailliert möglich, übersetzt aber womöglich nur die Tatsache, dass Gunnar, nicht aber Hanna schon einmal im Aufzug stecken geblieben ist. Die Frage, was den ursprünglichen Auslöser bzw. Anstoß der Angst darstellt, beantwortet die Wirkursache (causa efficientis). Mögliche weitere spezifische Lernerfahrungen, beispielsweise die mangelnde Erfahrung eigener Autonomie durch elterliche Einengung, und Gunnars ausgeprägter Neurotizismus sind der Rahmen bzw. die Struktur, in der seine Angst entstanden ist und fortbestehen kann (causa formalis). Schließlich ist das Ziel einer solchen Reaktion für deren Auflösung von Interesse (causa finalis): Vielleicht war es leichter, die Treppe zu nehmen anstelle des Aufzugs, als gegenüber den Eltern mehr Selbstbestimmung zu erwirken, sodass sich das Gefühl leicht verschieben ließ. Als Ansatz für eine Verhaltensänderung eignet sich augenscheinlich besonders die Analyse der letzten drei Betrachtungsweisen.

Mit seiner medizinischen Anthropologie machte Viktor von Weizsäcker den Vorschlag, der Bedeutungshoheit der Materialität auch theoretisch zu entkommen, indem er mit der „Wiedereinführung des Subjekts“ die Möglichkeit objektiver Erkenntnis relativiert. Kernaussage ist, dass man, „[u]m Lebendes zu erforschen, [...] sich am Leben beteiligen“ müsse (v. Weizsäcker, 1947, S. 173). Die Dynamik zwischen Arzt und Patient⁴ vergleicht von Weizsäcker (1947, S. 153ff.) mit der eines Schachspiels, das nur in teilweiser Unbestimmtheit, d.h. bei Bekanntheit der Möglichkeiten, aber Unbekanntheit der Wahl bzw. Faktizität möglich sei. In diesem Verständnis erforsche auch Wissenschaft nicht eine bewusstseinsjenseitige Welt, sondern schaffe selbst Wirklichkeit. Zumindest in Bezug auf die Anwendungswissenschaft Psychotherapie plä-

⁴ Die Begriffe Patient und Therapeut bzw. Arzt werden in dieser Arbeit wertfrei im Sinne der einheitlichen Rollenzuweisung verwendet. Der ausschließliche Gebrauch des grammatisch männlichen Geschlechts dient dabei allein der Sparsamkeit. Es sind immer beide Geschlechter angesprochen.

diert auch Marlock (2010, S. 49) dafür, sie als Humanwissenschaft, die den Menschen aus Perspektive der ersten Person verstehen will – im Unterschied zur Naturwissenschaft, die ihm aus der Perspektive der dritten Person gegenübertritt, – zu begreifen. Von Weizsäcker geht in seiner Theorie vom Gestaltkreis allerdings einen entscheidenden Schritt weiter, indem er klarstellt, dass jede – auch die wissenschaftliche Erkenntnis – vom „unobjektivierbaren Grund“ des Subjekts ausgehe, sodass jede Beobachtung bereits ein Urteil sei und das Bezugssystem selbst nicht Gegenstand der Forschung werden könne (v. Weizsäcker, 1947, S. 153, 194f.). Er verweist auf den logischen Zirkelschluss im geltenden materialistischen Paradigma, bei der Untersuchung physiologischer Prozesse auf seine eigene Sinnlichkeit zu vertrauen, die ja nach geltender Meinung erst durch erstere erzeugt werde (v. Weizsäcker, 1947, S. 160). Das Objekt sei vielmehr in seiner Existenz abhängig vom Subjekt. Wie J. von Uexküll (1973, S. 9) zusammenfasst: „Alle Wirklichkeit ist subjektive Erscheinung“. Wahrnehmung und Bewegung betrachtet von Weizsäcker (1947, S. 165ff.) im Prinzip des Ersetzens als sich gegenseitig vertretend. J. von Uexküll (1973, S. 130f, S. 151ff.) versteht das Ineinandergreifen der beiden, die er „Merkwelt“ und „Wirkwelt“ nennt, als Funktionskreis; beide enthalten zwangsläufig die Bedeutung einer Lebensäußerung.

Für das theoretische Verständnis von Psychotherapie im Rahmen dieser Arbeit ist die metaphysische Tragweite dieser Argumentation jedoch zu groß; es stellt sich allerdings die entscheidende Frage, für wen bzw. von welchem Standpunkt aus sich eine solche Deutung aufdrängt. Um das Funktionieren und Verhalten einer Person aus der Perspektive eines externen Beobachters zu erklären, prägte Freud (1940/1994, S. 41ff.) den Begriff des psychischen Apparats, in dem – der technischen Zeichnung einer Maschine gleich – die Beziehungen zwischen Motiven, Emotionen und Gedanken einer Person dargestellt werden. Er vergleicht die zur Erklärung dienlichen Begriffe als Hilfskonstruktionen, wie sie auch in anderen Naturwissenschaften herangezogen werden, um Beziehungen und Abhängigkeiten von Vorgängen, sprich Gesetzmäßigkeiten zu erforschen (Freud, 1940/1994, S. 54). Körperliche Symptome können demnach eine Lösung bzw. ein Ausdruck seelischer Konflikte sein, erstere also letztere vertreten. Damit ist eine finale Erklärung des Leids einer Person intendiert. Bischof (2008, S. 42ff.) nennt dies die funktionale Perspektive im Unterschied zur phänomenalen. Aus ihr heraus kann zwischen den Ebenen des Wahrnehmens, des Fühlens, des Handelns und des Körperausdrucks

in der Deutung gewechselt werden, wenn dies der Erklärung und Bearbeitung desselben Konflikts dient (vgl. Wiesenhütter, 1989, S. 14f.). Somit wird die am Anfang dieses Abschnitts formulierte These im Rahmen dieser Untersuchung als Erfahrungstatsache, nicht als metaphysische Aussage verstanden. Die hier vertretene Haltung, die man als psychologische Phänomenologie⁵ bezeichnen kann, versteht sich als therapeutische Heuristik. Aus der dargestellten Haltung soll nun die Rolle des Körpers in der Psychotherapie beleuchtet werden.

1.2.3 Der Körper in der Psychotherapie

Psychotherapie findet ihrem Selbstverständnis gemäß auf Ebene des Erlebens und Verhaltens statt (vgl. Geuter, 2013). Der Leib ist bei psychischen Störungen zum einen der Manifestationssort von Symptomen. Er tritt aufdringlich in den Vordergrund, ‚partikularisiere‘ sich (T. Fuchs, 2000, S. 28f. 2010, S. 273f.). Für Blankenburg (1998, S. 17ff.) ist er beim Gesunden „das Verborgene, da[s] [ihm] nicht einmal auffällt“, im Falle der Krankheit allerdings werde er entweder zum „Punkt unerträglicher Schmerzen“, oder es manifestiere sich in ihm der Verlust von Erlebnisfähigkeit in einer „absolute[n] Schmerzlosigkeit“. Ein klassisches Beispiel ist die Panikattacke, bei deren Exploration Herzrasen, Schwitzen, Schwindel etc. als subjektive Empfindungen und nicht objektiv messbare Parameter Mittelpunkt des Interesses bzw. Ansatzpunkt der Intervention (z. B. Teufelskreis der Angst) sind. Dabei kommt die Mittelbarkeit des Erlebten durch Sprache erschwerend hinzu. Röhricht (2000, S. 47ff.) und Röhricht et al. (2005) schlagen eine terminologische Differenzierung von Teilaspekten des Körpererlebens⁶, die sich zwischen einem somatischen und einem mentalen bzw. kognitiv-evaluativen Pol bewegen, vor, um die inhaltliche Begrifflichkeit in der Forschung zu vereinheitlichen (vgl. Tabelle 1). Dabei ständen die körperbezogenen Perzeptionen, die der Sicherung des Körpers und der Steuerung der Motorik im Raum dienen, am somatischen Pol; die Körperbewusstheit stehe am mentalen Pol.

⁵ Laut Bischof (1966, S. 32) ist sie zu unterscheiden von der Phänomenologie als philosophischer Methode, die nicht nur der Erfassung und Deutung der Erlebniswelt eines Subjekts a posteriori diene, sondern ontologische Aussagen a priori anstrebe.

⁶ Röhricht (2000, S.27) verwendet aus forschungs-pragmatischen Gründen den Begriff Körper, meinen damit allerdings meist den „beseelten“, also die phänomenale Sicht des Leibs.

Tabelle 1: Teilaspekte des Körpererlebens modifiziert nach Röhricht et al. (2005)

körperbezogene Perzeptionen		körperbezogene Emotionen	körperbezogene Kognitionen		Körperbewusst- heit
Körperschema	Körperempfin- dungen/- perzepte	Körper-Kathexis	Körperbild	Körper-Ich	
Wahrnehmung von Gestalt und Raum	intero- und ex- terozeptive Wahr- nehmung	Körperbesetzung und Körperzufrie- denheit	formales Wissen, Phantasien, Ge- danken, Einstel- lungen/Bewertun- gen	Unterscheidung von: Ich/Du, in- nen/außen (De- markation)	Gewahrsein der eigenen Leiblich- keit in all ihren Aspekten/Ausprä- gungen
Orientierung am Körper		emotionale Fo- kussierungen auf den Körper	Bedeutungszu- schreibungen den Körper betreffend	leibliche Integri- tät, Kohärenz	reflektierte Kör- pererfahrung
		Ganzheitsempfin- den		leibliche Identität	
		Sensitivität/leibli- che Vitalität		Bewegungs-/ Handlungsinitia- tion, Koordination	
		Scham/Stolz			

Die Auffächerung zwischen den beiden Polen Leib und Seele bildet die Tatsache ab, dass diese als zwar eng verzahnt, aber doch als abgrenzbare Einheiten erlebt werden. Für Brüntrup (2012, S. 11) ist die Spannung zwischen radikaler Trennung der beiden Bereiche und ihrer anschaulichen Wechselwirkung ein „Grundbestand menschlicher Existenz“. Aus dem Umstand der erlebten Wechselwirkung zieht das Fachgebiet der Psychosomatik seine Augenscheinvalidität. Auch hat die interaktionelle Sicht von Leib und Seele ihren Platz in der Psychoedukation (Koop, 2009, S. 231). Bischof (2008, S. 45) schlägt bei der Beschreibung der erlebten Beziehung zwischen beiden zur Differenzierung von einer dualistischen Interaktion von Psyche und Physis die Begriffe *anschaulich seelisch* und *anschaulich leiblich* vor.

Darüber hinaus ist der Körper in der Psychotherapie wie in jeder zwischenmenschlichen Beziehung das grundlegende Medium der Interaktion. Patient und Therapeut begegnen sich als „lebendig-leibliche Einheit[en]“, ihre „Verkörperung bildet [...] die Basis der Intersubjektivität“ (T. Fuchs, 2010, S. 102). Körpererleben und -aktivität werden als essentiell für Diagnostik und Therapie angesehen (Röhricht, Gallagher, Geuter, & Hutto, 2014). Der Doppelaspekt des Menschen von Körper-Haben und Leib-sein wird im Rahmen der Psychotherapie zu einem *phänomenologischen* Perspektivenwechsel. Dabei sind nicht wie bei naturwissenschaftlicher Forschung Messinstrumente das Bezugssystem dessen, was wahrgenommen wird, sondern das Erleben des Therapeuten. Er nimmt den Körper des Patienten, den dieser selbst im Spiegel

beobachten kann, wahr; der Leib bleibt jedoch dessen privatem Zugang vorbehalten. Es stellt sich die Frage, inwiefern diese Sichtweise für das Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses hilft. Nach von Weizsäcker (1947, S. 166) mische der Arzt psychische und physische Daten nach Belieben, um das Leid des Patienten zu lindern. Die Wahrnehmung des Körpers des Patienten beinhaltet nämlich auch für den Therapeuten einen Informationsgewinn, auch und gerade da sie sich nicht mit dessen Außenwahrnehmung decken muss. Neben der verbalen Ebene kann der Therapeut den Körperausdruck des Patienten interpretieren und durch körperliche Gesten mit diesem interagieren. Dabei ist es möglich, dass er bspw. die Emotion Wut körperlich am Gegenüber wahrnimmt, ohne dass diesem bewusst ist, dass er wütend ist, geschweige denn, wie sich diese Emotion leiblich anfühlt, oder dass er sich so verhält. In der Begegnung zweier Individuen und der mangelnden Deckung ihrer je eigenen phänomenalen Welt entsteht eine Diskrepanz und somit die Möglichkeit von Erkenntnis. So formuliert T. Fuchs (2012, S. 80), dass das Unbewusste in der Beziehung zu anderen nicht intrapsychisch gefunden werde. Laut Geißler (2005, S. 261, Hervorhebung im Original) passiere das Unbewusste einfach, „ohne dass Therapeut und Klient es beabsichtigen“. Es ist möglich, dass der Therapeut in Form einer Gegenübertragung die Wut seinerseits leiblich spürt und dies verbalisiert, um dem Patienten bei der Bewusstwerdung zu helfen. Um den Körper in dieser Weise als Medium von Handlung und Erfahrung in der Therapie zu kennzeichnen, schlägt Geißler (2005, S. 234) den Begriff des interaktionellen Körpers vor. Geuter (1996) sieht im auch körperlichen Handlungsdialog die Möglichkeit, eine therapeutische Haltung mit Echtheit und Empathie zu leben. Für den Rahmen dieser Untersuchung soll die gemeinsame Wahrnehmung von Therapeut und Patient, d.h. der Leib sowie der objektivierte Körper des Patienten *für ihn selbst* und *für den Therapeuten* additiv als *intersubjektiver Körper* verstanden werden.⁷

Vor diesem Hintergrund ist nun noch einmal auf die anfängliche Verwirrung der Begriffe Körper und Leib einzugehen. Geuter (2015, S. 16) führt für die alleinige Verwendung des Begriffs Körpers an, dass dieser international gebräuchlich sei. Dabei spielt wohl eine wichtige Rolle, dass Englisch als bindende Wissenschaftssprache gilt und für den Begriff Leib eine spezifische Übersetzung fehlt. Zudem habe die Doppelung keinen Vorteil, da für die Psychotherapie klar sei, dass sie sich mit der Erlebnisperspektive befasst. Dies soll auch für den Rahmen dieser

⁷ Gleiches gilt für den Leib/Körper des Therapeuten.

Arbeit gelten, sodass in der Folge weitestgehend vom Körper die Rede sein wird. Wie in diesem Abschnitt dargelegt, lässt sich dabei allerdings eine Außen- von einer Innenwahrnehmung unterscheiden, was sich die KPT zunutze macht.

1.2.4 Definition der Körperpsychotherapie für den Rahmen dieser Metaanalyse

Auf Grundlage der vorangegangenen Überlegungen soll nun die für den Rahmen dieser Metaanalyse geltende Definition der KPT dargelegt werden. Dabei kommt zur angedeuteten wissenschaftstheoretischen Unschärfe erschwerend hinzu, dass mehrere Therapieschulen unter unterschiedlichen Begriffen körperpsychotherapeutische Elemente praktizieren. Entlastend kann dabei angeführt werden, dass Röhricht (2012) im Forschungsfeld den Mangel an einer zusammenhängenden, systematischen Definition konstatiert. An dieser Stelle erfolgt die Festsetzung für den Rahmen dieser Untersuchung.

Loew, Tritt, Lahmann, und Röhricht (2006, S. 7) unterscheiden zwischen Körpertherapie und KPT. Körpertherapie wolle mittels „auf den menschlichen Leib ausgerichtete[r] Selbst- und/oder Fremdeinwirkungen [...] physische und/oder psychische ‚Verbesserungen‘ [...] erzielen“. Vor dem Hintergrund von Abschnitt 1.2.3 kann präzisiert werden, dass der intersubjektive Körper Ausgangspunkt der Intervention ist. Somit gelten Therapien, die auf das Körpererleben abzielen, als Körpertherapien (z. B. Yoga, Feldenkrais, Chi-Gong, Entspannungsverfahren). Andererseits handelt es sich bspw. bei Pharmakotherapie nicht um Körpertherapie, da die Manipulation hierbei nicht auf der Ebene des Erlebens, sondern auf der molekularen von Rezeptoren stattfindet. Darauf aufbauend grenzen Loew et al. (2006) die KPT von Körpertherapie anhand der Kriterien, die eine Psychotherapie nach Strotzka (1975) erfüllen muss, ab. Letztere sei durch einen bewussten und geplanten interaktionellen Prozess sowie durch eine theoretische Fundierung gekennzeichnet und setze in der Behandlung von allgemein als solchen definierten Leidenszuständen klar definierte Ziele. Eingesetzt würden verbale und nonverbale psychologische Mittel, die lehrbar sein müssten. Zudem sei eine tragfähige emotionale Bindung notwendig. Diese deckt sich mit der Definition von Wampold (2015, S. 36), der Psychotherapie u.a. als primär interpersonelle Behandlung, die auf psychologischen Prinzipien beruhe, versteht. Fern jeder Schulenzugehörigkeit ist Psychotherapie nach Wampold (2010, S. 43ff.) eine Repräsentation der bzw. Landkarte für die Wirklichkeit, die *eine* Erklärung menschlichen Funktionierens und *eine* Theorie von Veränderung bieten muss.

Büntig (1992) folgend definiert auch Geuter (2015, S. 19) die KPT als „Verfahren, Krankheiten oder Leidenszustände mit körperlichen und psychischen Mitteln zugleich zu behandeln“. Dabei bezieht er sich auf das Verständnis von Psychotherapie bei Freud, der sie als „Redekur“ bzw. als Behandlung „von der Seele aus“ verstand. Das Spezifische der KPT mache die systematische und kontinuierliche Zusammenführung beider Mittel aus sowie die Interaktion zwischen Patient und Therapeut auch auf körperlicher Ebene. Er weist in diesem Zusammenhang auf die doppeldeutige Verwendung des Begriffs Therapie in der Medizin hin, der einmal störungsorientiert das bezeichnet, *was* (z. B. der Krebs, Aids oder eben die Seele) therapiert, ein anderes Mal *wie* (z. B. Chemotherapie, Pharmakotherapie oder Psychotherapie) ein Mensch therapiert wird (Geuter, 2015, S. 16ff.).

Zusammenfassend soll für den Rahmen dieser Untersuchung gelten, dass KPT eine verbale Psychotherapie, die allgemein anerkannten Standards entspricht, mit Techniken, die das Körpererleben des Individuums in seiner Intersubjektivität einsetzen, verbindet.

1.3 Zentrale körperpsychotherapeutische Strömungen und ihre Wirkannahmen

Die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition der KPT ist auch Ausdruck der Tatsache, dass sie aus der therapeutischen Praxis entstanden ist. Für Petzold (2009, S. 30) handelt es sich dabei um ‚methodenbegründete Praxeologien‘, die in einem bottom-up-Prozess aus reflektierter Erfahrung entstanden sind. Für eine ausführliche historische Darstellung sei auf Geuter (2015) verwiesen.

Röhrich (2000, S. 16) schlägt eine Unterscheidung in funktionale bzw. übungszentrierte und konfliktorientierte bzw. aufdeckende Verfahren der KPT vor. So bilden sie zum einen die historische Entwicklung ausgehend von zwei Quellen ab: der Psychoanalyse und den leibreformerschen Ansätzen (Geuter, 2004b). Auf einer zweiten Dimension werden beziehungs-, wahrnehmungs-, bewegungs-/handlungs- und affekt-/energieorientierte Strömungen differenziert (vgl. Geuter, 2015, S. 65). Dieses Raster erlaube einen schrägen Blick auf den Zugangsweg Körper, der sich einerseits in allen Therapieverfahren wiederfindet, andererseits von ihnen beeinflusst wird und somit beispielhaft für die zunehmende Integration verschiedener Verfahren ist (Röhrich, 2000, S. 21; Stolze, 1989b, S. 23). Röhrich (2000, S. 22f., Hervorhebung im Original) plädiert zusammenfassend für *eine* KPT, die die unterschiedlichen Schulen

vereint, und charakterisiert sie über deren Gemeinsamkeiten: das Körpererleben als diagnostisches Medium zu nutzen, den Körperausdruck als auch therapeutisches Kommunikationsmedium einzusetzen, Ressourcen im Körpererleben zu verankern und mit Spannungsbögen zu arbeiten. Ob es sich bei der jeweils eingesetzten Methode um KPT handelt, wird demnach weniger durch sie selbst, sondern durch ihre Funktion im therapeutischen Kontext bestimmt. Da es nach Geuter (2013) der Körpertherapie an Annahmen zu diesen mangle, was in Abgrenzung von einer Psychotherapie zu fordern sei, wird die folgende Darstellung anhand zentraler Wirkmechanismen erfolgen.

1.3.1 Konflikt- und energieorientierte Ansätze

Nach Ansicht der Psychoanalyse ist die Arbeit mit dem Unbewussten zentraler Ansatzpunkt für Veränderung in der Therapie. Schon Freud zeichnete „das Ich [als] vor allem ein körperliches“ aus (Freud, 1923, S. 28) und versuchte, eine somatische Störung im Sinne eines psychischen Konflikts zu verstehen (Lowen, 1981, S. 119). Führende nachfolgende Vertreter postulierten, dass bestehende Körperspannungen Ausdruck verdrängter psychischer Konflikte seien, und begannen, mit diesen zu arbeiten. Damit brachte die Psychoanalyse ihrem Selbstverständnis gemäß konfliktorientierte und aufdeckende Konzepte in Theorie und Praxis der KPT ein. Dies ermöglicht Problemaktualisierung und -bewältigung (vgl. Grawe, 2005)⁸. Geißler (2005, S. 241f.) verweist darauf, dass der Therapeut in der KPT eine für die klassische analytische Haltung, die primär an der inneren Welt des Klienten auf rein verbaler Ebene interessiert ist, untypisch aktive Rolle einnehmen müsse. Er vertritt die analytische Körperpsychotherapie, die im Unterschied zur Bioenergetik die Übertragungsarbeit wieder in den Mittelpunkt rückt (Geißler, 2009, S. 211). Damit bringt er eine zusätzliche Beziehungsorientierung, die für den Körperbegriff dieser Untersuchung zentral ist, zum Ausdruck.

⁸ Grawe (2005) plädiert vor dem Hintergrund marginaler Effektunterschiede zwischen Psychotherapieformen für fünf allgemeine Wirkfaktoren: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, motivationale Klärung und Therapiebeziehung.

1.3.1.1 Bioenergetik

Reich führte die Vorüberlegungen von Psychoanalytikern systematisch zur Vegetotherapie zusammen. Seine Grundannahme ist, dass sich im Orgasmus die überschüssige Energie des Organismus entlade und dieser Vorgang im Falle der Neurose gestört sei (Reich, 1942/1997, S. 84ff.). Er folgert, dass „charakterliche[...] Panzerungen [...] *funktionell identisch* mit muskulärer Hypertonie“ erschienen (Reich, 1942/1997, S. 203, Hervorhebung im Original) und „jede muskuläre Verkrampfung [...] den Sinn und die Geschichte ihrer Entstehung“ enthalte (Reich, 1942/1997, S. 227). Bei seelischer Blockade lockerte er die Anspannung des Körpers (vgl. Reich, 1942/1997, S.204), worin sich das Wirkverständnis der Vertretung von Seelischem und Körperlichem von Weizsäckers wiederfinden lässt (vgl. Abschnitt 1.2.2). Dabei werden Körperspannungen bspw. durch vertieftes Atmen oder Schreien ausagiert, um vegetative Reaktionen zu provozieren, sie selbst zu lösen und nicht wie in der klassischen Analyse über die Assoziation zum unbewussten Material (Geuter, 2015, S. 34). So kam Reich Patienten entgegen, die sich in der Assoziationsarbeit schwer taten (Geuter, 2004a, S. 202). In der Unterstützung einer initialen Spannungssteigerung zur Förderung unbewusster Anteile liegt ein bedeutender Beitrag der Psychoanalyse zur KPT, da letztere sich hierin von einer auf unmittelbares Steigern des Wohlfühls zielenden Körpertherapie unterscheidet. Um zutage kommende Emotionen auszuleben und im therapeutischen Kontakt zu bearbeiten, ist ein professionaler Rahmen vonnöten. Als Schüler Reichs begründete Lowen (1981, S. 33) in der Folge die bioenergetische Analyse, die ihrem Namen nach von einer fundamentalen Energie des Menschen ausgeht. Er betont die Behandlung des Patienten als Einheit auf psychischer und somatischer Ebene und sieht in der bewussten Abspeicherung neuer Erkenntnisse und Erfahrungen eine Notwendigkeit (Lowen, 1981, S. 123, 146, 253). Er knüpft zudem an Reichs Konzept der Charakterstruktur einer Person, die deren meist pathologische, typische Verhaltensmuster beschreibt und durch Lesen ihrer Körperhaltung identifiziert sowie idealerweise gelöst werden kann, an (Lowen, 1981, S. 150, 167). Auf ihn geht der Begriff *grounding* zurück, der – Lowens energetischer Vorstellung gemäß – den sicheren Stand mit Entladung von Energie in Bewegung oder durch den Sexualapparat als Voraussetzung für ein seelisches Gefühl des Gleichgewichts beschreibt (Lowen, 1982, S. 53). Viele Patienten schilderten ihm dabei ein Vibrationsempfinden in Füßen und Beinen, das sie diese besser spüren ließ, was Lowen (1980, S. 169ff.) über den besseren Kontakt mit ihrem Fundament, dem Boden, begründet. Metaphorisch versteht er dies als Maß für den Realitätsbezug einer Person (Lowen, 1982, S. 48).

1.3.1.2 Neuere psychoanalytische Ansätze

Downing (1996, S. 113ff.) geht von einer „konstituierende[n] Tätigkeit des Körpers“, die die aktuelle Wahrnehmung durch motorische Überzeugungen ermöglicht und die Interaktion mit Mitmenschen strukturiert, aus. Zudem betont er die Rolle der „verkörperten Gegenübertragung“, bei der der Therapeut die in ihm aufkommenden Reaktionen wie z.B. seinem eigenen Atemmuster nachgehen soll (Downing, 1996, S. 321). Er sieht in der Körperarbeit zudem die Möglichkeit für den Patienten, ‚affektive Einsicht‘ zu erlangen, indem die verbal-kognitive, emotionale und bildliche Ebene miteinander verbunden würden (Downing, 1996, S. 61). Auf Boyesen (1987) geht die Biodynamik zurück, die neben der Entladung von Energie auch deren Aufbau betonte (Geuter, 2015, S. 68). Mit ihrer Massagetechnik brach sie vordergründige hypertone Muskelstrukturen, die sie als Abwehr verstand, auf und brachte die „tiefliegenden hypotonen Schichten“ zum Vorschein (Boyesen, 1987, S. 46).

Geuter (2004a, S. 207ff.) schlägt das Modell des Affektzyklus der neoreichianischen KPT als eine moderne Verbindung von Bioenergetik und -dynamik vor. Es geht davon aus, dass Affekte Signale in der intersubjektiven Verständigung über die Bedeutung von Ereignissen seien. Ihr Ausleben finde in einem Zyklus auf vegetativer, willkürmotorischer und bewusster Ebene statt und könne von der Wahrnehmung einer Situation über den Ausdruck eines Affekts bis zur Erholung blockiert sein. Aufgabe der Therapie sei es, den Fluss der Erregung auf allen Ebenen wieder in Gang zu bringen und abgebrochene, „unerledigte“ Affekte abzuschließen, indem eine Reaktion auf die Außenwelt sowie die Regulation nach innen gefördert werden.

1.3.2 Übungs- und erlebnisorientierte Ansätze

Die Reformgymnastik entwickelte sich in Abgrenzung von der auf körperliche Stärke zielenden Sportbewegung des Kaiserreichs und stellte das rhythmische Körpergefühl in den Mittelpunkt (Nitschke, 1990). Gindler gilt mit der Gründung des Seminars für Harmonische Körperausbildung 1917 als Wegbereiterin der heutigen erfahrungsorientierten Ansätze der KPT. In ihren Experimenten forderte sie zu Körperaufmerksamkeit auf und begründete so eine Haltung, die sich im Begriff Awareness der Gestalttherapie und in den modernen Konzepten Achtsamkeit und Emotionsfokussierung wiederfindet (Geuter, 2015, S. 36ff., 49). Der Weg dorthin wird im Folgenden skizziert.

1.3.2.1 Funktionelle Entspannung

Die Funktionelle Entspannung (im Folgenden FE) zielt auf die Entspannung der somatischen und psychischen Funktionen (M. Fuchs, 1989, S. 26; Geuter, 2015, S. 38, 48ff.). Dies geschieht nach M. Fuchs (1989, S. 21) „durch eine subtile Selbstwahrnehmung [...], die] das ‚Es atmet mich‘ ermöglich[t]“. Unter dem ‚Es‘ versteht sie das „vegetative Unbewusste“ (M. Fuchs, 1989, S. 23) und bezieht sich damit auf den ganzheitlichen Lebenshintergrund nach von Weizsäcker (vgl. Abschnitt 1.2.2.), als dessen Mitarbeiterin sie die Methode entwickelte (Geuter, 2015, S. 38). Seinem Verständnis folgend geht sie von einem Rhythmus, also der „Wiederkehr von Nicht-Gleichem“, aller Lebensvorgänge, dem Eigenrhythmus, aus, den es in der Therapie als „notwendige Abwechslung [...] von Spannung und Entspannung“ (M. Fuchs, 1989, S. 33) wiederherzustellen gelte. Dabei gibt sie dem Atmen die Rolle eines begleitenden, „halb-bewu[ss]ten“ Hintergrundrhythmus, der „im Aus“ besonders Beruhigung verschaffe (M. Fuchs, 1989, S. 21). Währenddessen bewege sich die Aufmerksamkeit an unterschiedliche Stellen des Leibs, was durch kleine Bewegungen verstärkt werde, sodass die Entspannung nicht zur Versenkung, sondern zur selbstkritischen Förderung von unbewusstem Material führe. Der Patient lerne seinen Körperausdruck als „Antwort auf die Umwelt oder auf eigene Bedürfnisse“ zu verstehen (M. Fuchs, 1989, S. 26) und damit das Prinzip des Ersetzens (vgl. Abschnitt 1.2.2). Die Verbesserung der Innen- und Außenwahrnehmung in Verbindung mit der Entspannung ziehe eine Verbesserung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit nach sich (M. Fuchs, 1989, S. 22). T. von Uexküll, Fuchs, Müller-Braunschweig, und Johnen (1994, S.151ff.) und von Arnim und Struck (1994) verstehen die FE als einen semiotischen, d.h. zeichentheoretischen Prozess, in dem zunächst der Therapeut die Propriozeption des Patienten, den Dialog des unbewussten Körpers mit sich selbst, in seinem Körper deutet und für ihn verbalisiert. Das „dialogische[...] Miteinandersuchen“ (M. Fuchs, 1989, S. 40) macht die FE zu einer Psychotherapie im zuvor definierten Sinn (vgl. Abschnitt 1.2.4). Die Erlebnisorientierung bietet über die gestärkte Fähigkeit zur Selbstregulation eine Möglichkeit zur Ressourcenaktivierung. Im „Sichüberlassen“ der FE findet sich zudem das Motiv, über Akzeptanz Veränderung zu ermöglichen (vgl. Paradox der Veränderung).

1.3.2.2 Konzentrierte Bewegungstherapie

Auf Stolze geht die Konzentrierte Bewegungstherapie (im Folgenden KBT) zurück, die er als Übungsverfahren (Stolze, 1989b, S. 15ff.) versteht, bei dem die Wahrnehmung des Körpers zu dessen Bewegung führe. Bezüglich der gegenseitigen Abhängigkeit beider bezieht er sich auf von Weizsäckers Lehre vom Gestaltkreis (Stolze, 1977, S. 1258). Unter *konzentriert* versteht er die Einengung des Bewusstseins auf bzw. die intensive Beschäftigung mit der gegenwärtigen Erfahrung (Stolze, 1977, S. 1260, 1989b, S. 17ff.). Die KBT wurde primär als Gruppenarbeit konzipiert, wobei Stolze (1989a, S. 47f.) zudem im Sinne Gindlers auf einen ‚erfahrungsbereiten‘ Therapeuten Wert legt. Im Dialog bekomme die Bewegung ihre Bedeutung, und Zusammengehörigkeit sowie Abgrenzung würden geschult (Stolze, 1989b, S. 21). Wenn es sich auch um ein psychoanalytisches Verfahren handelt, ist die verbale Analyse darin nicht zentral (Stolze, 1989a, S. 49, 1989b, S. 22). Aus entwicklungspsychologischer Perspektive betont Becker (1989, S. 133), dass die KBT eine „konkrete Reinszenierung des frühkindlichen Geschehens“ und in der Folge eine korrigierende Erfahrung ermögliche, wobei er Konflikte aus dieser Zeit als verantwortlich für neurotische Symptome sieht.

1.3.2.3 Integrative Leib- und Bewegungstherapie

Petzold (1985, 2009) entwickelte die Integrative Leib- und Bewegungstherapie, die durch den Rahmen seiner Integrativen Therapie (Petzold, 1993a) eine detaillierte theoretische Fundierung mit dem Ziel der Integration multipler Disziplinen auszeichnet. Grundlegend ist darin die Annahme, dass „der Mensch aufgrund seiner Leiblichkeit dem Wesen nach ein [auf den anderen Menschen und auf die Welt] Bezogener sei“ (Petzold, 1993a, S. 1154). Darauf basiert das Konzept der Zwischenleiblichkeit als konstituierende Notwendigkeit (Petzold, Orth, & Orth-Petzold, 2009). Zudem prägte er den Begriff des „informierten Leibs“, der die Lebensgeschichte einer Person sowie ihre aktuelle soziokulturelle Situation als *transmaterielle* Information enthalte (Petzold, 1993a, S. 1159; Petzold et al., 2009, S. 32)⁹. In seiner praktischen Arbeit

⁹Petzold und Sieper (2007) vertreten einen monistischen Ansatz, in dem der Leib emergente Eigenschaften besitzt. Der Begriff Emergenz kann im Rahmen dieser Arbeit nicht diskutiert werden. Mit Rückgriff auf die aristotelischen Ursachen kann angeführt werden, dass emergente Eigenschaften durch physische Komponenten (neuronalen Strukturen) zwar beschrieben, aber nicht *erklärt* und daher nicht auf sie reduziert werden können (Brüntrup, 2012, S.68f.).

spielen zum einen die Körperwahrnehmung mitsamt sich in der Exploration äußernder Emotionen sowie das Leibgedächtnis eine zentrale Rolle. Es werden sowohl übungsorientierte Verfahren wie die Lauftherapie und „Green Exercises“ in der Natur als auch konfliktorientierte Verfahren wie Reinszenierungen belastender Situationen in Anlehnung an Morenos Psychodrama praktiziert (Petzold, 1993b, S. 897).

Die Idee der korrigierenden Erfahrung durch Wiedererleben einer traumatisierenden Situation im therapeutischen Setting findet sich bereits bei Ferenczi und wurde in der KPT immer wieder aufgegriffen (Geuter, 2015, S. 33; Petzold et al., 2009, S. 43; Röhrich et al., 2014, S. 16). Sie ist auch Mittelpunkt der psychomotorischen Therapie nach Pessó (1986), in der ein Protagonist in der Gruppe Szenen – „Strukturen“ genannt – im Rollenspiel erdenkt und durchlebt. Anlass können insbesondere dessen Körperwahrnehmung oder die Fremdwirkung seines Körperausdrucks sein (Moser, 1986, S. 9ff.). Durch die Förderung von Unbewusstem ermöglicht dies eine Auseinandersetzung mit ehemals belastenden Situationen und eine Erfahrung im unterstützenden Umfeld, die dem Protagonisten „früher [...] ein Maximum an Lust und Sicherheit verschafft hätte“ (Pessó, 1986, S. 35, Hervorhebung durch die Verfasserin). Dabei verkörpern die anderen Teilnehmer relevante Personen, wie sie sich in der Vorstellung des Protagonisten verhalten, oder innere Anteile des Protagonisten; in psychoanalytischem Sprachgebrauch stellen sie seine Objekte dar.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die KPT auf eine lange Geschichte zurückblickt und ihre Wegbereiter bereits zu Beginn der Psychotherapie wirkten. Zu ihrem Wirkverständnis machten die unterschiedlichen Strömungen allzeit unterschiedlich detaillierte Annahmen. Dabei ist die Unterscheidung in ein Energiemodell und ein Informationsmodell nach Geuter (2015, S. 77f.) mit Blick auf die Ausführungen aus historischer Sicht nachvollziehbar, auch wenn sie die Ansätze nicht streng trennt. Als umfassendstes Erklärungsmodell stellt Geuter das des *embodied-mind* heraus.

1.3.3 *Embodied mind* als therapeutischer Wirkfaktor

Das Konzept des *embodied mind*, das insbesondere in der Kognitionspsychologie sehr erfolgreich ist, besagt, dass geistige Prozesse an den Körper samt Gehirn und seine Umwelt gebunden sind (Davis & Markman, 2012; Gallagher, 2005). Führende Vertreter der KPT übertragen das Paradigma auch auf diese Therapieform, da die Erlebniswelt des Menschen in lebendiger Interaktion mit seinen Mitmenschen und seiner Umwelt entstehe (Petzold, 2009; Röhrich et al., 2014). Dabei seien einige Erklärungsansätze zum möglichen Wirkmechanismus skizziert: Nach Geuter (2015, S. 86) intensiviert der Patient sein Erleben, indem er „sein Wahrnehmungsfeld öffnet“, und kann so seine Sicht auf die Welt verändern. Röhrich (2012, S. 260) beschreibt die Wirkung der KPT als Problemlösung: Die Intensivierung des Körpererlebens, insbesondere im Sinne einer Leib-Seele-Einheit, und die Förderung möglicher Konflikte führen zu einer kritischen (teilweise karthatischen) Destabilisierung und anschließenden Reorganisation hin zu lösungsorientierten Verhaltensmustern. Laut Petzold und Sieper (2012, S. 252) führe das „eigenleibliche[...] Spüren“ dazu, dass das Subjekt „sein Selbst in der Bezogenheit zur Lebenswelt“ verstehen wolle, sodass „zielgerichtetes Handeln [...] möglich“ werde. An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass im Rahmen dieser Arbeit *embodied mind* als Modell der beschriebenen phänomenologischen Perspektive verstanden werden soll: Erleben und Verhalten des Patienten sollen als an seinen Körper gebunden und auf eine bestimmte Umwelt bezogen verstanden und ihre Sinnhaftigkeit erfragt werden. Eine *erkenntnistheoretische* Lesart des Paradigmas ist damit ausgeklammert.

Ausgehend von einem Zusammenhang zwischen Verbesserung des Körpererlebens und Therapieerfolg schlug Schreiber-Willnow (2000) ersteres als methodenspezifischen Wirkfaktor vor. Geuter (2004a) hingegen plädiert dafür, das Körpererleben im Sinne einer Facette der Vertiefung des Erlebens als zusätzlichen grundlegenden Wirkfaktor von Psychotherapie zu betrachten. Ramseyer und Tschacher (2011) stellten fest, dass nonverbale Synchronie in Therapien mit erlebter Selbstwirksamkeit des Patienten und positiv bewerteter Beziehung zum Therapeuten zusammenhängen, und fordern daraufhin ebenso, *embodiment* als Wirkfaktor von Psychotherapie gleich welcher Richtung näher zu untersuchen (Tschacher & Storch, 2012).

Vor der Prüfung einer bestimmten, vielleicht sogar methodenübergreifenden Wirkungsweise ist empirisch zu belegen, dass Verfahren, die das Körpererleben in den Mittelpunkt stellen, einen Effekt auf psychisches Leid haben.

1.4 Wirkt Körperpsychotherapie?

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die KPT im Rahmen dieser Untersuchung definiert wurde, wird nun deren Forschungsgegenstand dargelegt. Zunächst wird dazu das metaanalytische Vorgehen begründet. Es schließt sich eine Zusammenfassung der Ergebnisse der aktuellen Übersichtsarbeiten zur KPT an. Dies führt zur Suche nach Gründen für den Mangel an geeigneten Studien. Daraufhin erfolgt eine pragmatische, exemplarische Abgrenzung zu den verwandten Methoden Achtsamkeit und Tanz. Am Ende des theoretischen Hintergrunds steht die Spezifikation der Hypothese der vorliegenden Metaanalyse.

1.4.1 Metaanalyse und Psychotherapie?

Will man die Wirksamkeit eines Verfahrens in der Behandlung menschlichen Leids nachweisen, gelten im Rahmen der evidenzbasierten Medizin randomisierte kontrollierte Studien (im Folgenden RCT), idealerweise Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen, als „Goldstandard“ (Eccles & Mason, 2001).

Diesem Paradigma kann sich auch die Psychotherapieforschung nicht entziehen (vgl. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), sodass in den letzten Jahrzehnten unzählige Übersichtsarbeiten durchgeführt wurden. Wampold (2015, S. 94) leistet einen Vergleich bestehender Metaanalysen und schätzt den absoluten Effekt von Psychotherapie auf 0.80. In puncto Spezifität von Therapien war die Metaanalyse von Wampold et al. (1997) wegweisend. Sie zeigte, dass zwischen den einzelnen Therapien kein bedeutsamer Effektunterschied besteht, wenn es sich um *bona fide*-Therapien handelt, d.h. solche Verfahren, die von einem ausgebildeten Therapeuten nach psychologischen Prinzipien durchgeführt wurden und bspw. in Form eines Manuals ihre Professionalität bewiesen. Eine neuere Metaanalyse von Cuijpers, van Straten, Andersson, und van Oppen (2008) bestätigt dies.

Aufgrund ihres Verständnisses als Humanwissenschaft gibt es in der Psychotherapieforschung seit langem die Diskussion um alternative Effektivitätsmaße. So werden efficacy-Studien von effectiveness-Studien¹⁰ unterschieden (Nathan, Stuart, & Dolan, 2000). Erstere streben durch

¹⁰ Mangels adäquater Übersetzungsmöglichkeit werden die englischen Begriffe beibehalten.

größtmögliche experimentelle Kontrolle nach interner Validität der Testung und Replizierbarkeit. Dazu werden Teilnehmer nach prädefinierten Kriterien ausgewählt und zufällig einer Gruppe zugewiesen. Ergebnisvariablen sind im Bereich von Psychotherapie meist Symptom-Scores (Röhrich, 2012, S. 261). Effectiveness-Studien andererseits zielen auf Generalisierbarkeit und ökologische Validität der Ergebnisse und nehmen dafür einen Mangel an Standardisierung in Kauf. Ihrem Selbstverständnis gemäß neigt die KPT eher zu letzteren Studien, um dem Menschen in seiner Komplexität gerecht zu werden. Dafür gibt es nicht immer ideologische, sondern auch methodologische Gründe wie Repräsentativität und mangelnde Vergleichbarkeit naturwissenschaftlicher und psychologischer bzw. -therapeutischer Evidenz (Slade & Pribe, 2001). In diesem Zwiespalt argumentiert Röhrich (2012) pragmatisch, dass zwar RCT nicht die beste Form der Messung sein mögen, das medizinische Modell (samt Infrastruktur und Finanzierung) aber bislang eben diese einfordere. So orientieren sich auch die Anerkennungskriterien des Wissenschaftlichen Beirats in Deutschland an dem Vorliegen von RCT (Thielen, 2013, S. 446).

Interessanterweise gibt es mittlerweile Bemühungen, die beschriebene Kluft zu überwinden: Lindhiem, Bennett, Orimoto, und Kolko (2016) stellen eine Metaanalyse vor, die nahelegt, dass klassische Symptomchecklisten den Effekt von Psychotherapie unterschätzen, da bei Messung individuell festgelegter Ziele ein signifikant größerer Effekt nachzuweisen sei. Bis dies für die KPT geleistet werden kann, müssen hier vergleichbar standardisierte Instrumente wie das Goal attainment scaling (Kiresuk & Sherman, 1968) etabliert werden.

1.4.2 Bestehende Übersichtsarbeiten zur Körperpsychotherapie

J. May (2005) veröffentlichte die erste¹¹ systematische Übersichtsarbeit zur KPT. Er wählte insgesamt 33 Studien aus, wovon einige an klinischen, einige an nicht-klinischen Stichproben durchgeführt wurden und manche „grauer Literatur“ zugehören. Unter den efficacy-Studien verbucht May hier bei fünf von neun Studien positive Ergebnisse, die nicht immer statistisch getestet wurden, für die KPT. Unter den 18 effectiveness-Studien ist das Bild gemischt mit nur

¹¹ Boadella (1997) veröffentlichte bereits eine Übersichtsarbeit zu Einzelfallstudien, die allerdings in der Zeitschrift *Energie und Charakter* erschienen ist, die über herkömmliche Datenbanken und öffentlich nicht zugänglich war.

der Hälfte positiver Ergebnisse. Hervorzuheben ist, dass May auf negative Effekte einer großen Zahl an Studien verweist. Eine zusammenfassende Evaluation bezüglich Anwendungsgebiet bzw. Zielgruppe oder Therapieform gibt er nicht.

Loew et al. (2006) stellen eine qualitative Übersichtsarbeit zur KPT vor, wobei sie nach Studien, die verschiedene KPT-Methoden integrieren, und solchen, die einzelne Verfahren prüfen, unterscheiden. Unter den acht integrativen Studien, die weitestgehend randomisiert und kontrolliert waren, berichten sie von Verbesserungen von jeweiligen Symptomen, Körperwahrnehmung und Sozialverhalten. Im Bereich Bioenergetik und KBT scheint die Evidenzlage eingeschränkt; RCT wurden nicht gefunden. Für die FE liegen insgesamt acht, insbesondere für die Behandlung von Asthma bronchiale kontrollierte, zum Teil randomisierte Studien vor, die einen Therapieerfolg in der Selbstbeurteilung und in physiologischen Parametern zeigen (u.a. Deter & Allert, 1983; Loew, Siegfried, Martus, Tritt, & Hahn, 1996; Loew et al., 2001; Loew, Weber, Martus, Hahn, & Siegfried, 1996).

Für die KBT berichtet auch Seidler (2001), dass nur eine sehr geringe Zahl an Studien vorliege, wobei er die Vielzahl und Güte qualitativer Ansätze betont. Die Ergebnisse der drei quasiexperimentellen Studien ließen darauf schließen, dass die KBT das körperliche Wohlbefinden steigere und das Selbstbewusstsein stärke.

Röhrich (2012) gibt einen Überblick zum Stand der Wirksamkeitsforschung in der KPT für unterschiedliche Störungsbilder. Er konstatiert einen Zuwachs von Evidenz im Vergleich zur Ursprungsarbeit von J. May (2005). Für affektive Störungen und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ließen bestehende Studien auf einen positiven Effekt auf die Symptome schließen; allerdings merkt auch Röhrich methodische Mängel (fehlende RCT, kleine Stichproben und retrospektive Analysen) an. Im Bereich Essstörungen scheint sich die KPT positiv auf das Bewegungsverhalten auszuwirken, wobei das Körpergefühl gerade bei der Anorexia nervosa wenig gebessert werde (Sack, Henniger, & Lamprecht, 2002). Im Bereich somatoformer Störungen und Schizophrenie stellt Röhrich die methodische Studiengüte heraus. Für erstere verweist er auf die bereits von Loew et al. (2006) angeführten Studien zur FE und ergänzt sie um zwischenzeitlich auch im Bereich Reizdarmsyndrom erschienene (Lahmann et al., 2009; Lahmann et al., 2010). Für die Schizophrenie führt Röhrich vor allem seine eigene Forschung anhand eines eigenen integrativen Manuals an, die eine Reduktion der Negativsymptomatik nahelege (Röhrich & Priebe, 2006).

Bloch-Atefi und Smith (2014) stellen die aktuellste Übersichtsarbeit vor, die allerdings viele Interventionen, die nach der in Abschnitt 1.2.4 dargelegten Definition zu den Körpertherapien zählen, mit einbezieht. Unter den der KPT zugehörigen Studien kommt sie durchweg zu positiven Ergebnissen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass einige qualitative Übersichtsarbeiten im Bereich KPT existieren, die deren Wirksamkeit im Bereich psychosomatischer Erkrankungen und Schizophrenie anhand von RCT nahelegen. Dabei ist der Anspruch an wissenschaftliche Standards der untersuchten Studien über die Zeit gestiegen. Allerdings gibt es bis zur Durchführung der vorliegenden Untersuchung nach Kenntnisstand der Autorin keine zusätzlich quantitative Evaluation in Form einer Metaanalyse.

1.4.3 Gründe für Mangel an Wirksamkeitsprüfung

Die mangelnde Wirksamkeitsforschung liegt in einer großen Diskrepanz zwischen der Fülle an semiprofessionellen Angeboten und der spärlichen Vertretung der KPT in wissenschaftlicher Fachliteratur und Anerkennung durch bzw. Vertretung an offiziellen Institutionen begründet (Geuter, 2004b). Röhrich (2012) illustriert diesen Umstand mit einem Vergleich der Trefferzahl bei der Suche nach „Body(-oriented) psychotherapy“ bei Google, die über 450000 Treffer erziele, und einer in wissenschaftlichen Datenbanken, die etwa 230 Treffer ergebe. Dass Körperpsychotherapeuten selten an Universitäten tätig seien und es folglich an RCT mangelt, mag in einer beiderseitigen Abwehrhaltung begründet sein, die einen Teufelskreis darstellt. So wird die KPT von universitärer Seite nicht ausreichend ernst genommen, da ihr in Deutschland die wissenschaftliche Anerkennung fehlt (Thielen, 2013). Andererseits halten sich Körperpsychotherapeuten von Universitäten fern, was durch die Annahme begründet sein mag, das klassische Forschungsdesign mit RCT werde der betrachteten Therapie nicht gerecht (Koemeda-Lutz, 2009; Koemeda-Lutz et al., 2006). Daran könnte sich mit einem neuen Masterprogramm für Motologie, das die KPT als Schwerpunkt erlaubt, etwas ändern (Mootze, n.d.; Wolf, 2012). Zudem hat die große Vielfalt an Verfahren, die klinisch geschätzt wird (Geuter, 2004b), aufgrund der großen Anzahl an idiosynkratischen Begriffen und überlappenden Interventionen eine Unübersichtlichkeit des Forschungsfelds zur Folge (Röhrich, 2012). Das Fehlen eines gemeinsamen Begriffsinventars erschwere die Institutionalisierung und Sammlung gleichartiger

Therapien. Diesbezüglich bemerkt Seidler (2006) für die KBT, dass keine Systematik der Interventionsformen vorliege. Bei mangelnder Manualisierung seien die Lehr- und Lernbarkeit und somit die Vergleichbarkeit der Verfahren stark eingeschränkt.

Trotz der beschriebenen Probleme sehen führende Vertreter in der *embodied mind* -Bewegung eine Chance für die KPT, die Wirksamkeitsforschung voranzubringen und im wissenschaftlichen Mainstream Fuß zu fassen (Koemeda-Lutz, 2009; Röhrich, 2012).

1.4.4 Anwendung: Versorgungsstand und Indikation

Der unzureichenden Wirksamkeitsprüfung der KPT steht eine breite Anwendung immerhin körperorientierter Verfahren in deutschen psychosomatischen Kliniken entgegen. Nach der jüngsten Analyse der Versorgungsstruktur wenden 88% der psychosomatischen Kliniken, die einen Fragebogen zurückgesendet haben (Rücklauf 38%), Körperverfahren an (Braun, 2014). Davon bietet die überwiegende Mehrheit mehrere Verfahren parallel an. An erster Stelle stehe dabei das autogene Training, gefolgt von der FE und der KBT. Laut Geuter (2002) ist die KPT in psychodynamisch ausgerichteten Kliniken, die mit Patienten mit Essstörung arbeiten, das am zweithäufigsten zusätzlich angewandte Verfahren. Gemäß Olbrich (2004) rangiert die KBT an dritter Stelle der in psychosomatischen Rehabilitationskliniken eingesetzten Kreativtherapien. Für den ambulanten Bereich berichtet Andritzky (1999), dass die KPT unter psychologischen Psychotherapeuten etwas verbreiteter ist (14,4%) als unter ärztlichen (11,5%), wobei sich die Erhebung auf Düsseldorf und Wuppertal beschränkte. In einer aktuellen Bedarfsanalyse gaben 61,3% der befragten Chefarzte an, dass die KPT für die Psychosomatik „sehr wichtig“ sei (Wolf, 2012). Die berichteten Häufigkeiten sind natürlich davon abhängig, welche Verfahren mit eingeschlossen werden. So können für die Definition der KPT in dieser Arbeit keine Angaben zum Versorgungsstand gemacht werden. Vor dem Hintergrund, dass im klinischen stationären Setting eine Integration auch körpertherapeutischer Verfahren in den psychotherapeutischen Prozess eher gewährleistet und somit die KPT präsent ist, steht allerdings die praktische Relevanz einer quantitativen Prüfung des Therapieeffekts außer Frage.

Bezüglich der Zielgruppe der Intervention bzw. der Indikation der KPT verweisen Vertreter der Methoden auf ein breites Anwendungsspektrum von affektiven Störungen, über Essstörun-

gen, somatoformen Störungen, PTBS, Persönlichkeitsstörungen bis zur Schizophrenie (Röhricht, 2012; Seidler, 2006). Da wohl kaum eine psychische Störung nicht potentiell mit körperlichen Symptomen einhergeht, sollte es für den Patienten schlüssig sein, dass ein Verfahren, das primär an diesen Beschwerden ansetzt, eine Wirkung hat, die es folglich auch zu belegen gilt. Röhricht (2012, S. 263) schlägt sogar störungsspezifische KPT-Interventionen mit entsprechender Manualisierung vor, was den Vorteil mit sich bringe, spezifische Erfolgskriterien zur Prüfung des Effekts heranziehen zu können. Ein weiterer Anwendungsaspekt ist die Möglichkeit, interkulturelle Unterschiede zu berücksichtigen. So mag in manchen Kulturen verbaler emotionaler Ausdruck unüblich sein und sich öfter in körperlichen Beschwerden äußern. Unabhängig vom Sprachverständnis kann dann über die Körperarbeit eine Kommunikationsgrundlage geschaffen werden (Koop, 2009, S. 226).

1.4.5 Abgrenzung zu Achtsamkeit und Tanztherapie

Vergleicht man die Manuale einer Sequenz zum Atemtraining in der FE mit einer Reise durch den Körper verschiedener Achtsamkeits-Interventionen, sind die Unterschiede marginal. An dieser Stelle wird kurz auf die unterschiedliche Herkunft und theoretische Zielsetzung zweier der KPT verwandter therapeutischer Richtungen eingegangen. So soll exemplarisch darauf hingewiesen werden, dass häufiger die institutionelle Ordnung in Schulen als die Konzentration aufs Phänomen darüber entscheidet, welche Interventionen auch in dieser Arbeit verglichen werden.

In der Achtsamkeitsmeditation bspw. des Mindfulness-based-stress-reduction-(MBSR)-Programms nach Kabat-Zinn (1982) ist das Gewahrwerden des gegenwärtigen Augenblicks das Ziel der Intervention, wozu die Aufmerksamkeit von (innerem) Objekt zu Objekt gleiten soll. Das Konzept von Veränderung besteht in achtsamkeitsbasierten Psychotherapieverfahren darin, die Inhalte bzw. Objekte der Aufmerksamkeit zunächst urteilsfrei zu akzeptieren und das Erreichen eines Ziels aufzugeben (vgl. Paradox der Veränderung, Bohus & Huppertz, 2006). Somit fungiert der Körper hier eher als ein Übungsschauplatz; die dabei erreichte Versunkenheit bedeutet eine Spannungsreduktion. Ebenso geht es bei Entspannungsverfahren wie der progressiven Muskelrelaxation oder autogenem Training nach Geuter (2004b) hauptsächlich um Übung. Demgegenüber ergibt sich aus den bisherigen Ausführungen zur KPT, dass sie eine vorübergehende Steigerung der Spannung sogar oftmals beabsichtigt. Man könnte zudem vor

dem Hintergrund des in Abschnitt 1.2.3 Dargelegten formulieren, dass im Achtsamkeits-Ansatz der Leib im strengen Sinne im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Auch wenn Übungen in einer Gruppe angeleitet werden, ist er und nicht der intersubjektive Körper der Ausgangspunkt. Schließlich sei pragmatisch darauf hingewiesen, dass im Bereich Achtsamkeit bereits Metaanalysen mit hohem methodischem Anspruch erfolgt sind. So zeigten Grossman, Niemann, Schmidt, und Walach (2004) für kontrollierte und nicht kontrollierte Studien einen mittleren Effekt von 0.5 für das MBSR. Strauss, Cavanagh, Oliver, und Pettman (2014) legten eine differenzierte Metaanalyse vor, in der die weiter entwickelte Mindfulness-based cognitive therapy einen signifikanten, mittleren Effekt auf insbesondere depressive Symptome erzielte.

Auch die Abgrenzung von Studien zur Tanztherapie fällt am leichtesten aus institutionellen bzw. geschichtlichen Gründen. Das verbindende Element dieser Therapieform ist das Medium Tanz, sodass auf die Frage, ob die Interventionen die Kriterien von Psychotherapie erfüllen, weniger Wert gelegt wird. Ritter und Low (1996) legten die erste Metaanalyse auf diesem Gebiet vor und berichten einen mittleren Gesamteffekt ($r = .30$) für Fall-Kontroll-Studien. Koch, Kunz, Lykou, und Cruz (2014) stellen die aktuellste Analyse für randomisierte und nicht-randomisierte Kontrollgruppendesigns vor. Darin ordnen sie die Ergebnisse anhand von fünf Dimensionen. In den Bereichen Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, Stimmung und Affekt, Körperbild und klinisches Outcome konstatierten sie durchweg kleine Effekte.

Diese beiden Therapiemethoden werden somit aus dem pragmatischen Grund der Dopplung von Ergebnissen aus der vorliegenden Untersuchung ausgeklammert. Ob einzelne Studien Tanz und Achtsamkeit allerdings derart mit Psychotherapie verbinden, dass von KPT gesprochen werden kann, ist im Einzelfall zu prüfen.

1.4.6 Spezifikation der Hypothese der Metaanalyse

Am Ende des Theorieteils soll nun die Hypothese der anschließenden empirischen Untersuchung spezifiziert werden. Es gilt, dem Umstand Abhilfe zu schaffen, dass die KPT „eine von der etablierten Forschung verdrängte oder völlig unterschätzte Strömung“ in der Psychotherapie ist (Marlock & Weiss, 2006, S. 2). Dazu soll eine Wirksamkeitsprüfung in Form einer Metaanalyse erfolgen. Bei diesem Vorhaben stellt die Selektion adäquater Interventionen aufgrund der unscharfen Grenzen der KPT die größte Herausforderung dar. Weil die Suche nach Studien in wissenschaftlichen Datenbanken durch die Wahl der Suchbegriffe die Vielfalt an Ansätzen naturgemäß einschränkt, werden solche Interventionen eingeschlossen, die sich selbst als KPT verstehen bzw. in deren Tradition entstanden sind. Zudem ist mit der in Abschnitt 1.2.4 erarbeiteten Definition festgesetzt, dass berücksichtigte Interventionen zum einen das Kriterium der Körpertherapie, zum anderen das der Psychotherapie erfüllen und beide Elemente verbinden müssen. Dabei ist mit Körpertherapie eine Intervention gemeint, die auf das subjektive Körpererleben und seine intersubjektive Manifestation und Folge einwirkt. Zielgruppe der Intervention sind Personen, bei denen psychisches Leid vorliegt. Dies kann sich entweder in einer diagnostisch primär psychischen Störung äußern oder in der psychisch bedingten Verschlechterung einer diagnostisch primär körperlichen Erkrankung, für die psychosomatische Zusammenhänge nachgewiesen sind bzw. plausibel erscheinen. Die Wirksamkeit der Intervention bemisst sich an der Linderung des psychischen Leids. Dabei wird ein für Psychotherapien üblicher Effekt von 0.8 (vgl. 1.4.1) erwartet. Loew et al. (2006) folgen in diesem ersten Schritt einer Etablierung Prozessvariablen nicht im Mittelpunkt; es sollen aber mögliche erfasst werden. Zusammenfassend ist die Hypothese der vorliegenden Untersuchung, dass die KPT das Leid von Patienten mit psychischem Störungsbild signifikant reduziert und dass der Effekt vergleichbar ist mit dem für andere Psychotherapieverfahren Berichteten.

2 Methode

In diesem Abschnitt wird das methodische Vorgehen der empirischen Untersuchung vorgestellt. In 2.1 werden die Einschlusskriterien der Studien spezifiziert. Es schließt sich die Beschreibung der durchgeführten Suchstrategien zur Identifizierung so charakterisierter Studien in 2.2 an. Schließlich werden in 2.3 zunächst die Studienselektion sowie die Datenextraktion und -integration beschrieben. Die Ergebnisvariablen werden spezifiziert und die mit ihnen vorgenommenen Vergleiche dargelegt. Die diesbezügliche Wahl des random-effects-Modells wird begründet und der Umgang mit Heterogenität beleuchtet. Am Ende des Abschnitts werden die Methoden zur Erfassung systematischer Verzerrung durch unterschiedliche Qualität und selektive Publikation der ausgewählten Studien thematisiert.

2.1 Einschlusskriterien für Studien dieser Metaanalyse

2.1.1 Beschreibung der Studien

Bei den eingeschlossenen Studien sollte es sich um Interventionsstudien handeln, die in einem Zwei-Gruppen-Design mit Interventionsgruppe (KPT) und Kontrollgruppe (KG) mit je einer Messung vor der Behandlung (Prämessung) und einer nach der Behandlung (Postmessung) die Wirksamkeit der KPT überprüften. Die zugehörigen Publikationen mussten zudem in deutscher oder englischer Sprache verfasst und ihr Abstract über wissenschaftliche Datenbanken verfügbar sein.

Zudem wurde vorausgesetzt, dass die veröffentlichten Studien deskriptive Statistiken im Sinne von Mittelwerten und Standardabweichungen bzw. Häufigkeiten (inkl. Normwerte) beinhalten, um die ermittelten Teststatistiken nachvollziehen und die in Abschnitt 3 dargestellten Analysen durchführen zu können. In diesem Sinne sollte sich die Darstellung auch nicht auf signifikante Ergebnisse beschränken.

Wie in Abschnitt 1.4.1 begründet und für Cochrane Reviews gefordert, wurden für diese Metaanalyse ausschließlich randomisierte Studien ausgewählt (vgl. Higgins & Green, 2011, Cochrane Handbook Abschnitt 5.5). Die Randomisierung musste auf Ebene der Teilnehmer erfolgt sein. Dieses Kriterium wurde allerdings erst auf Ebene der Volltextlektüre angewandt, da die Zahl relevanter Studien entgegen der Erwartung recht hoch ausfiel.

2.1.2 Beschreibung der Teilnehmer

Es wurden ausschließlich mit Erwachsenen durchgeführte Studien eingeschlossen. Bei den Teilnehmern sollte ein psychisches Leid, wie in Abschnitt 1.4.6 beschrieben, vorliegen, das entweder durch diagnostische Manuale wie das DSM 5 oder das ICD-10 (bzw. ältere Versionen) oder durch das klinische Urteil des Behandlers diagnostiziert wurde.

2.1.3 Beschreibung der Interventionen

Wie in Abschnitt 1.2.4 und 1.4.6 begründet, wurden solche Studien eingeschlossen, deren Intervention das Kriterium der Körpertherapie und das der Psychotherapie erfüllte und beide Therapien sinnvoll zur KPT kombinierte. Dabei waren ein ambulantes und ein stationäres Setting sowie eine Durchführung im Einzelkontakt oder in der Gruppe möglich. Aufgrund der Erwartung einer eher niedrigen Anzahl adäquater Studien wurden bezüglich Dosis der Intervention bzw. Behandlungsdauer keine Einschränkungen gemacht. Auch eine Manualisierung der Behandlung wurde nicht zwingend gefordert, allerdings deren spezifische Beschreibung. Die Interventionen mussten nicht notwendigerweise von akkreditierten Psychotherapeuten durchgeführt worden sein, mussten aber dem inhaltlichen Anspruch der Definition von Psychotherapie entsprechen. Die Art der Kontrollbedingung schließlich war nicht eingeschränkt und konnte Warten, psychosoziale Beratung, Psychotherapie, physische Aktivität bis zu Körpertherapie beinhalten.

2.1.4 Beschreibung der Ergebnisvariablen

Im Rahmen dieser Metaanalyse sollte die Reduktion von psychischem Leid abgebildet werden. Um möglichst viel Information aus den einzuschließenden Studien analysieren zu können, wurden die Ergebnisvariablen erst nach deren Identifikation spezifiziert. Dies erfolgte, indem die jeweiligen abhängigen Variablen der Studien verglichen und nach inhaltlichen Gesichtspunkten auf sechs Dimensionen zusammengefasst wurden. Dabei wurden Selbst- und Fremdbeurteilungsmaße berücksichtigt. Aus der Entwicklung ist ersichtlich, dass keine Unabhängigkeit der Dimensionen angenommen wird.

Primäre Ergebnisvariablen stellten die Psychopathologie und die allgemeine psychische Belastung dar. Erstere misst die störungsdefinierenden Symptome anhand etablierter Messinstrumente. Exemplarisch sei zum einen die Positive And Negative Symptom Scale (PANSS, Kay, Fiszbein, & Opfer, 1987) genannt, die anhand eines Interviews mit anschließendem Rating ein Fremdbeurteilungsmaß für die Positiv- und Negativsymptomatik der Schizophrenie darstellt. Zum anderen sei auf das Beck-Depressions-Inventar (BDI, Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1992, S. 383 ff.) als für den Schweregrad depressiver Symptomatik bekanntes Selbstbeurteilungsmaß verwiesen. Mit psychischer Belastung ist die allgemeine Funktionseinschränkung durch psychische oder körperliche Symptome gemeint. Mit der Symptom Checklist 90 (SCL 90, aktuellste deutsche Fassung durch Franke, 2014) steht ein breit angewandter Fragebogen zur Einschätzung dieser Dimension zur Verfügung. Die in beiden Dimensionen eingehenden Skalen wurden so verrechnet, dass ein positiver Effekt zwischen Prä- und Postmessung der zu erzielenden Reduktion entsprach.

Ausgehend von den Überlegungen zu Wirksamkeitsfaktoren (vgl. Abschnitt 1.2.3 und 1.3.3) erschienen als sekundäre Endpunkte und mögliche Prozessvariablen die Effekte der KPT-Interventionen auf Coping, Lebensqualität, Körpererleben und interpersonelle Schwierigkeiten zusammengetragen. Bezüglich der letzten beiden Dimensionen ist zu beachten, dass ein im Vorzeichen negativer Effekt (Wert der Prämessung - Wert der Postmessung) einer beabsichtigten Verbesserung von Körpererleben und Lebensqualität entspricht. Coping bezeichnet solche Variablen, die den Umgang mit als aversiv erlebten Emotionen messen. Für die Integration wurde die durch die jeweiligen Autoren vorgenommene Wertung als adaptive bzw. maladaptive Strategie übernommen. In diesem Bereich bietet u.a. das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI, Rohrman et al., 2013) die Möglichkeit, Ärgerexternalisierung und -internalisierung zu differenzieren. Für die Lebensqualität, die im Rahmen der Therapie zunehmen sollte, berichtete die Mehrzahl der Studien Ergebnisse anhand des Manchester short assessment of quality of life (MANSA, Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999), das die Zufriedenheit in u.a. persönlichen Beziehungen, Beruf und Gesundheit erfasst. Da die KPT im Unterschied zu den KT das Körpererleben im psychotherapeutischen Prozess exploriert und bearbeitet (vgl. Abschnitt 1.2.3), sollte sich ihr Effekt auch in einer Reduktion von interpersonellen Schwierigkeiten niederschlagen. Als deren Maß konnte z. B. die Subskala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ der SCL 90 dienen. In Bezug auf das Körpererleben selbst, das durch das Therapieangebot differenziert

werden sollte, dient der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB 35, Pöhlmann, Roth, Brähler, & Joraschky, 2014) als Beispiel, der das in Abschnitt 1.2.3 dargestellte Spektrum von Erleben bis Bewertung abfragt.

Tabelle 2 in Abschnitt 3.1 ist zu entnehmen, mit welchen Variablen die Studien auf den jeweiligen Dimensionen in die Analyse eingegangen sind.

2.2 Suchstrategie

Die Suche in den elektronischen Datenbanken Pubmed (MEDLINE), PsycInfo und PSYINDEX wurde am 01.01.2016 durchgeführt. Bei der Wahl der Suchbegriffe stellte sich das von Röhricht (2012) dargelegte Problem, dass im Forschungsfeld keine eindeutige Sprachregelung herrscht und die Suche nach „body(-oriented) psychotherapy“ über wissenschaftliche Datenbanken nur wenige Treffer ergibt. Um einerseits möglichst viele inhaltlich relevante Interventionen zu erfassen und andererseits, der Zielsetzung der Untersuchung gemäß, empirische Studien mit methodisch möglichst hochwertiger Durchführung zu selektieren, wurde der Suchterm zweigeteilt. Mittels Trunkierung und Kombination synonyme bzw. bedeutungsähnlicher Begriffe wurde der Suchterm so angepasst, dass die erzielten Treffer Studien, die in den in Abschnitt 1.4.2 dargestellten Übersichtsarbeiten ausgewählt wurden, beinhalteten. Der vollständige Suchterm lautete:

((body OR bodily) psychotherap*) AND (clinical trial OR random* OR empirical research OR evaluation studies)¹².

¹² Der leicht abgewandelte Suchterm zur Suche in Pubmed charakterisierte „clinical trial“ und „evaluation studies“ mit dem Suchfeldetikett „Publication type“ mit dem Ziel, empirische Studien zu selektieren. Zudem wurde der Filter der Datenbank verwendet und nach den Kriterien „abstract available“, „adults“, „Humans“, „Medline“, „English“ oder „German“ selektiert.

Neben der automatischen Suche wurden im Forschungsfeld bekannte Autoren persönlich kontaktiert und ihre Arbeiten gesichtet. Darüber hinaus wurden die in Abschnitt 1.4.2 vorgestellten Übersichtsarbeiten sowie die Referenzliste der European Association for Body Psychotherapy (im April 2017) nach relevanten Studien gescreent. Um „Graue Literatur“, d.h. Studien, die nicht in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert sind (inkl. universitätsintern veröffentlichten Dissertationen), wurde sich im Sinne der Replizierbarkeit und Transparenz der Ergebnisse in vertretbarem Rahmen bemüht.

2.3 Datenzusammentragung und Analyse

2.3.1 Studienselektion

Die Studienselektion erfolgte maßgeblich durch die Verfasserin dieser Arbeit (im Folgenden SR). In Zweifelsfällen erhielt sie Rat von HS, der in der Psychosomatik der Technischen Universität (im Folgenden TU) München mit dem Gebiet der Forschungsmethoden betraut ist. Die durch den Suchterm ausgewählten Studien wurden von ihr anhand des Titels und/oder Abstracts auf ihre Passung mit den in Abschnitt 2.1 vorgestellten Kriterien hin gescreent. Zur Selektion wurde das Internetportal Covidence (Vertitas Health Innovation Ltd, 2016), das mit der Cochrane Collaboration¹³ zusammenarbeitet, aufgrund seines übersichtlichen Designs genutzt. Dubletten wurden teilweise automatisch vom Programm erkannt, teilweise bei der Durchsicht von SR selbst entfernt. Die danach weiterhin in Frage kommenden Studien wurden im nächsten Schritt im Volltext auf Erfüllung aller Selektionskriterien hin evaluiert.

2.3.2 Datenextraktion und -management

Deskriptive Daten bezüglich Stichprobe, Studiendesign und Intervention wurden in Microsoft Excel zusammengetragen. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Review Manager 5.3 der Cochrane Collaboration (2014), in dem als Effektstärkemaß standardisierte Mittelwertdif-

¹³Die Cochrane Collaboration ist eine weltweit vernetzte Organisation für die Planung, Durchführung und Veröffentlichung (www.cochranelibrary.com) von systematischen Reviews, die höchste wissenschaftliche Standards verfolgt.

ferenzen (*SMD*) auf Grundlage intervallskalierter Daten verwendet wurden. Bei der Aufbereitung der Ergebnisvariablen der Studien wurde angestrebt, für jede Dimension nur einen Vergleich pro Studie durchzuführen, um den Schwierigkeiten des multiplen Testens zu entkommen (Bühner & Ziegler, 2009, S. 328ff.). Um gleichzeitig möglichst wenig Information zu verlieren, wurden Skalen unterschiedlicher Messinstrumente bzw. Fragebögen zusammengefasst, die inhaltlich derselben Dimension zuzuordnen waren. Dazu wurden die Mittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) der einzelnen Bedingungen (Prä- und Postmessung von je KPT und KG) jeder Skala durch z-Transformation¹⁴ normiert. Anschließend wurden sie so gemittelt, dass ihre Polung mit derjenigen der Dimension, in die sie eingingen, übereinstimmte. Auch die Datenextraktion und -aufbereitung wurde durch SR vorgenommen.

2.3.3 Durchgeführte Vergleiche zum Messen des Interventionseffekts

Relevant für die Messung des Interventionseffekts war, ob sich die Veränderungen von Prä- zu Postmesszeitpunkt auf der jeweils betrachteten Dimension *zwischen* den Gruppen unterschieden; die Ergebnisse dieser Vergleiche werden im Folgenden Zwischen-Gruppen-Effekte genannt. Um sicherzustellen, dass die Intervention einen absoluten Effekt hatte, wurden auch die jeweiligen zwei Inner-Gruppen-Effekte (Prä-Post-Veränderung für KPT und KG getrennt) berechnet. Zudem konnte so nachvollzogen werden, ob u.U. sehr wohl ein Unterschied zwischen KPT und KG bestand, dieser aber möglicherweise aufgrund einer geringen Teststärke bei zu kleiner Stichprobe nicht signifikant wurde (vgl. Bortz, 2010, S. 111). Auch konnte so sichergestellt werden, dass sich die Gruppen in der gleichen Richtung veränderten und ein Zwischen-Gruppen-Effekt nicht fälschlicherweise durch eine Verschlechterung der KG zustande kam.

Da in RevMan so implementiert, wurde als Effektstärkemaß die *SMD* in Form des für kleine Stichproben adjustierten Hedges *g* verwendet (Higgins & Green, 2011, Abschnitt 9.2.3.2). Zur Interpretation seiner Größe gelten die Konventionen nach Cohen (1988, S. 40; vgl. Bühner & Ziegler, 2009, S. 181): Ab einem Wert von 0.2 wird von einem kleinen, ab 0.5 von einem mittleren und ab 0.8 von einem großen Effekt gesprochen. Bei den Inner-Gruppen-Effekten ist zu

¹⁴ Dafür wurde der *M* der Kontrollgruppe vor der Intervention auf den Wert 0, die *SD* auf den Wert 1 gesetzt.

beachten, dass in RevMan unabhängige Stichproben vorgesehen sind (Salanti, 2013). Deswegen wurde die jeweilige Gruppengröße für einen Prä-Post-Vergleich halbiert (bei ungeraden Zahlen wurde zum Prä-Zeitpunkt das größere n eingesetzt). Das hat zur Folge, dass die gepoolte Standardabweichung der jeweiligen Studie leicht überschätzt und ihr Effekt (Prä-Post-Veränderungen) leicht unterschätzt werden. Da die inverse Studienvarianz als Gewicht des Studieneffekts auch in den gesamten Inner-Gruppen-Effekt eingeht, wird auch dieser etwas unterschätzt (vgl. Deeks & Higgins, 2010, S. 3f., 6f.).

Die Effekte werden anhand eines Z-Tests auf Signifikanz getestet (Borenstein, 2009, S. 74). Dabei stellt die Annahme, der Effekt sei Null, die Nullhypothese dar. Weil die Alternativhypothese für die Zwischen-Gruppen-Effekte und die Inner-Gruppen-Effekte in den KPT die Wunschhypothese darstellt, wurde an dieser Stelle ein Signifikanzniveau von $p < .05$ zugrunde gelegt (Bühner & Ziegler 2009, S. 203). Es handelt sich um eine gerichtete Hypothese und damit einseitige Testung (Bühner & Ziegler, 2009, S. 171). Für die KG wurde kein Unterschied angenommen, sodass das Signifikanzniveau, bei hier zweiseitiger Testung, auf $p < .20$ gesetzt wurde.

Acht Studien berichteten zudem im Verlauf weitere Messwerte, die als Katamnese gewertet wurden. Bei mehreren möglichen Werten wurden per Konvention diejenigen des letzten Messzeitpunkts gewählt. Sie wurden ebenfalls mit den Werten vor der Intervention verglichen, um den langfristigen Effekt einzuschätzen. Zur sicheren Unterscheidung wird fortan von der Differenz Prä-Katamnese gesprochen. Es erfolgte dieselbe Art von Vergleichen. Dabei lagen wegen der verschiedenen Designs die Zeitpunkte der katamnestischen Erhebung mancher Studien innerhalb der Behandlungsdauer anderer. Dem Begriffsverständnis gemäß ist aber von Interesse, welche Nachwirkungen die Behandlung *nach ihrem Abschluss* hat, sodass die jeweiligen Prä-Katamnese-Unterschiede inhaltlich äquivalent sind.

2.3.4 Umgang mit fehlenden Daten

Bei Drop-out in einzelnen Ergebnisvariablen innerhalb einer Studie wurde die Stichprobengröße für den Vergleich auf den niedrigeren Wert an Teilnehmern angepasst bzw. bei nicht genauem Bericht auf den geringstmöglichen festgesetzt. So wurde erzielt, dass der auf der

jeweiligen Ergebnisvariable berichtete Effekt mit verringerter Gewichtung in den Gesamteffekt einging. Standen für die Berechnung des Interventionseffekts nur kategoriale Daten zur Verfügung, wurden aus diesen Odds Ratios (*OR*) mit Standardfehler (*SE*) nach Borenstein (2009, S. 332ff.) berechnet und anschließend in *SMD* bzw. deren Standardfehler *SE (SMD)* umgewandelt (vgl. Higgins & Green, 2011, Abschnitt 12.6.3).¹⁵

2.3.5 Wahl des Modells

In Anbetracht der theoretischen und klinischen Variationsbreite der der KPT zugehörigen Interventionen (vgl. Abschnitt 1.3) wurde zur Schätzung des Interventionseffekts ein random-effects-Modell gewählt. Dessen Annahme ist, dass die Effekte der betrachteten Studien Beispiele aus einer Verteilung von wahren Effekten um einen Mittelwert darstellen (Borenstein, 2009, S. 69). Im Umkehrschluss wird in der Forschungspraxis der Mittelwert der Verteilung der wahren Werte aus den gemessenen Effekten der Studien geschätzt. Als Schätzmethode ist in RevMan 5.3 die Methode der inversen Varianz nach DerSimonian und Laird (1986) implementiert. Dabei gehen die Effekte der einzelnen Studien mit dem Kehrwert ihrer Varianz in die Schätzung des Mittelwerts der Verteilung der Effekte ein. Dies führt dazu, dass der Effekt von Studien mit einer großen Stichprobe und folglich kleiner geschätzter Varianz mehr in die Schätzung des Gesamteffekts eingeht als der von Studien mit kleineren Stichproben (Higgins & Green, 2011, Abschnitt 9.4.3). Da im random-effects-Modell von einer Variation der wahren Effekte, d.h. von Heterogenität ausgegangen wird, wird das Konfidenzintervall um den Mittelwert größer geschätzt als in einem fixed-effect-Modell¹⁶. Folglich wird ein Interventionseffekt weniger schnell signifikant (vgl. Higgins & Green, 2011, Abschnitt 9.4.4.3).

¹⁵ Dies trat in einer Studie auf, in der aufgrund einer Darstellung des Ergebnisses in einer Vier-Felder-Tafel nur ein Zwischen-Gruppen-Effekt, kein Inner-Gruppen-Effekt errechnet wurde. Die Richtung der Veränderung wurde hier augenscheinlich überprüft.

¹⁶ In einem fixed-effect-Modell wird von einem einzelnen wahren Effekt ausgegangen, für den die Studieneffekte unterschiedlich gute Schätzer sind; die Heterogenität wird demnach mit Null angenommen (vgl. Higgins & Green, 2011, Abschnitt 9.5.4).

2.3.6 Messen von Heterogenität

Unter Heterogenität versteht man im random-effects-Modell die Breite der Verteilung wahrer Effekte, d.h. ihre Variation über das Zufallsniveau hinaus (Higgins & Green, 2011, Abschnitt 9.5.4). Sie wird mittels der Q -Statistik unter Berücksichtigung eines angenommenen studieninternen Messfehlers auf Signifikanz getestet. Q ist die Gesamtvarianz, d.h. die standardisierte Summe der quadrierten Abweichungen jedes Studieneffekts vom erwarteten Mittelwert der Effekte (Borenstein, 2009, S. 109 ff.), und wird anhand der χ^2 -Verteilung auf Signifikanz geprüft. Dabei stellt die Annahme, die Effekte würden sich in Wahrheit nicht unterscheiden, seien also homogen, die Nullhypothese dar.

Da dies der Wunschhypothese entspricht, wurde das Signifikanzniveau für die Testung auf Heterogenität – wie von Bühner und Ziegler (2009, S. 203) empfohlen – auf $p < .20$ hochgesetzt. Als quantitative Maße der Heterogenität stehen τ^2 und I^2 zur Verfügung. Ersteres bezeichnet die unstandardisierte Varianz des Interventionseffekts zwischen den in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien, d.h. diejenige Varianz, die nicht auf Stichprobenfehler zurückgeführt werden kann (Borenstein, 2009, S. 114f.). Higgins, Thompson, Deeks, und Altman (2003) entwickelten I^2 als den Anteil der Varianz, der auf wahre Unterschiede in den Effekten zurückgeht, an der Gesamtvarianz (inkl. Fehlervarianz). Es ist somit ein prozentuales Maß für die Heterogenität, was den Vorteil einer besseren Interpretierbarkeit mit sich bringt. Die Autoren sprechen ab einem I^2 von 25% von geringer, ab 50% von moderater und ab 75% von großer Heterogenität, wobei es sich nicht um strenge Cut-off-Werte handelt (vgl. Higgins & Green, 2011, Abschnitt 9.5.2). Im Folgenden werden für die berichteten Effekte alle drei Parameter mit angegeben.

2.3.7 Subgruppenanalyse

Trotz Annahme eines random-effects-Modells wies die Schätzung des mittleren Effekts der eingegangenen Studien starke Heterogenität auf. Um hierfür Erklärungsansätze zu generieren, wurden *post hoc* Subgruppenanalysen durchgeführt, die insbesondere eine Unterscheidung zwischen klinischer und methodischer Diversität ermöglichen sollten. Dafür wurden die Studien nach ihrer Ausprägung in der je betrachteten Einflussvariablen in zwei unabhängige Subgruppen geteilt. Die Entscheidung für das random-effects-Modell beruhte primär auf der

Unterschiedlichkeit der Interventionen (vgl. Abschnitt 2.3.5). Da dies innerhalb der Subgruppen noch der Fall war, wurde die Wahl des Modells beibehalten. Zugunsten der Übersichtlichkeit basiert die Darstellung der Vergleiche der Subgruppen auf den *Inner*-Gruppen-Effekten der KPT und KG. Die Effekte wurden, wie in Abschnitt 2.3.3 begründet, in RevMan aufgrund der Dateneingabe leicht unterschätzt. Der Vergleich der Effekte erfolgte allein deskriptiv, da es sich zum einen um post-hoc-Analysen handelte und zum anderen die Gefahr der α -Fehler-Inflation besteht (vgl. Abschnitt 2.3.2). Aus methodischer Sicht wurden die Einflussfaktoren Erscheinungsjahr, Land der Durchführung, Stichprobengröße und Qualität der Studie (vgl. Abschnitt 2.3.8.2) untersucht. Aus klinischen Überlegungen schienen das Format (Einzel vs. Gruppe), die Dosis der Intervention, die Art der KG sowie die Beurteilungsperspektive (Selbst-vs. Fremdbeurteilung) des verwendeten Messinstruments von Bedeutung. Nicht für alle Einflussvariablen stand Information aus allen eingeschlossenen Studien zur Verfügung; die Vergleiche wurden bei mindestens drei Studien pro Gruppe durchgeführt.

2.3.8 Beurteilung von Bias

Unter Bias wird ein systematischer Fehler bei der Durchführung einer Studie verstanden, der zu einer Verzerrung ihrer Ergebnisse und damit möglicherweise zu einer Unter- oder Überschätzung des Effekts der betrachteten Intervention führen kann. Es werden u.a. Bias durch fehlende Randomisierung, mangelhafte Verblindung, selektive Auswertung und Drop-out unterschieden (vgl. Higgins & Green, 2011, Abschnitt 8.4). Um das Risiko für eine solche Verzerrung der Ergebnisse abzuschätzen, wurde die Studienqualität untersucht. Eine zweite besonders relevante Quelle für die falsche Einschätzung von Effekten ist der Publikationsbias, d.h. die selektive Publikation signifikanter, positiver Ergebnisse. Die Methoden, mit denen beides erfasst wurde, werden im Folgenden beschrieben.

2.3.8.1 Studienqualität

Um die Qualität von Studien im Bereich der Behandlung von Depression und Angststörungen zu begutachten, entwickelten Moncrieff, Churchill, Drummond, und McGuire (2001) eine Skala, die auf die besonderen Gegebenheiten dieses Forschungsfelds eingeht. Sie umfasst 23 Items, auf denen ein Maximalwert von 46 Punkten erreicht werden kann. Es erfolgt je eine

Abstufung in 0, 1 oder 2 Punkten, wobei bei 3 Items aus inhaltlichen Gründen nur eine Entscheidung zwischen 0 und 2 möglich ist. Das Assessment enthält über bspw. das Cochrane-eigene Instrument (vgl. Higgins & Green, 2011, Abschnitt 8.5) hinausgehende Beurteilungskriterien: Es wird u.a. gefordert, die durchgeführte Intervention genau zu beschreiben, die Methode der Rekrutierung offenzulegen, Ausschlusskriterien und faktischen Ausschluss von Teilnehmern bzw. deren Abbruch der Studie zu dokumentieren sowie die Validierung verwendeter Messinventare nachzuweisen. Außerdem legen die Autoren auf eine doppelte Verblindung inklusive Testung deren Erfolgs Wert. Diese Vorgehensweise ist insbesondere beim Einsatz von Medikamenten vorzunehmen. Bei psychotherapeutischen Interventionen ist sie naturgemäß sehr schwierig. Bei Kenntnis der Zuordnung mag es zudem zu einer negativen Erwartungshaltung unter Patienten der Kontrollbedingung kommen (Cuijpers et al., 2015; Hegerl et al., 2010). Die in diese Untersuchung einzuschließenden Interventionen sollte sie alle gleichermaßen betreffen. Für die Reliabilität der Skala werden höchstens moderate Ergebnisse berichtet (Cronbachs $\alpha = .73$, $\kappa = 0.53$, Bortz & Döring, 2005, S. 198f.; Landis & Koch, 1977). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde diese Einschätzung allein von SR durchgeführt.

2.3.8.2 Publikationsbias

Die uneinheitliche Begrifflichkeit im Forschungsfeld der KPT erfordert die Untersuchung des Publikationsbias. In den beiden primären Ergebnisvariablen wurden daher mithilfe von RevMan Funnel Plots (Borenstein, 2009, S. 282ff.; Light & Pillemer, 1984) erstellt. Diese stellen die *SMD* auf der Abszisse, deren Standardfehler *SE (SMD)* in umgekehrter Polung auf der Ordinate dar. So kann überprüft werden, ob sich die Effekte von Studien unterschiedlicher Stichprobengröße und damit einhergehend unterschiedlicher Präzision der Schätzung so um den Gesamteffekt verteilen, dass die typische Form eines in allen Bereichen gefüllten Dreiecks entsteht: Studien mit kleinerem Stichprobenumfang und folglich größerem *SE (SMD)* finden sich in der Basis, Studien mit größerem Umfang und kleinerem *SE (SMD)* sind an der Spitze. Grundannahme ist, dass kleinere Studien bei neutralem oder negativem Ergebnis im Unterschied zu größeren nicht publiziert werden (Borenstein, 2009, S. 281; Ioannidis & Trikalinos, 2007). Folglich spricht Asymmetrie im Funnel Plot für das Vorliegen eines Publikationsbias, wobei umge-

kehrt letzterer nicht notwendigerweise zu ersterer führen muss. Ein Signifikanztest der Asymmetrie sollte laut Ioannidis und Trikalinos (2007) nur durchgeführt werden, wenn I^2 als Maß der Heterogenität unter 50% liegt und die Q -Statistik nicht signifikant ist, da dem Funnel Plot die Annahme zugrunde liegt, dass alle Studien einer einzigen Population entstammen (Light & Pillemer, 1984, S. 63). Da im Rahmen der vorliegenden Untersuchung substantielle Heterogenität vorlag, erfolgte die Auswertung der Funnel Plots rein deskriptiv. Aus demselben Grund wurde auch von einer weiteren Analyse mittels Trim-and-Fill-Prozedur abgesehen (Higgins & Green, 2011, Abschnitt 10.4.4.2; Terrin, Schmid, Lau, & Olkin, 2003). Da andere Methoden der Klärung von Publikationsbias aufgrund der geringen Anzahl eingeschlossener Studien schwer durchführbar waren, wurden für die Dimensionen Psychopathologie und psychische Belastung alternative Effekte nach dem fixed-effect-Modell geschätzt (Higgins & Green, 2011, Abschnitt 10.4.4.1). Diese Vorgehensweise basiert auf der Überlegung, dass kleinen Studien im random-effects-Modell mehr Gewicht zukommt, was bei Vorliegen von Publikationsbias den Effekt verzerren kann (Higgins & Green, 2011, Abschnitt 9.5.4).

3 Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der durchgeführten Metaanalyse vorgestellt. Zunächst wird der Auswahlprozess der Studien dargelegt, danach werden die eingeschlossenen Studien deskriptiv zusammengefasst. Es schließt sich in 3.2 die statistische Auswertung, d.h. die Schätzung der Effekte auf den in Abschnitt 2.1.4 definierten Dimensionen sowie ihre Testung auf Signifikanz an.

3.1 Studienselektion und -beschreibung

Mithilfe des in Abschnitt 2.2 vorgestellten Suchterms wurden in den Datenbanken Pubmed (Medline), PsycInfo und PSYINDEX insgesamt 1689 Publikationen identifiziert. Nach Entfernung von 203 Duplikaten wurden 1486 Einträge anhand ihres Titels und Abstracts gescreent (vgl. Abbildung 1). 1417 wurden bei diesem Schritt ausgeschlossen. 69 (4,64%) wurden daraufhin im Volltext gelesen, um ihre Übereinstimmung mit den Einschlusskriterien zu überprüfen. Durch Screening der Literaturangaben relevanter Studien sowie Übersichtsartikel und Kontakt zu Beteiligten des Forschungsfelds konnten 31 zusätzliche Referenzen berücksichtigt werden. Von den 20 als geeignet beurteilten Studien gehörten 10 der ursprünglichen Gesamtheit, die durch den Suchterm identifiziert worden war, an, 10 den durch sonstige Suchstrategien gefundenen. Schließlich wurden davon 14 Studien in die quantitative Datenauswertung einbezogen, von denen 8 durch den Suchterm identifiziert wurden, 6 auf anderem Wege.

Bezüglich der Randomisierung wurden als Grenzfälle zwei Studien eingeschlossen, die eine alternierende Zuweisung der Teilnehmer zu den Gruppen (Heimbeck & Hölter, 2011) bzw. eine Parallelisierung (Monsen & Monsen, 2000) vorgenommen hatten. Die Ergebnisse von sechs Studien konnten nicht integriert werden, da sie zum einen nicht ausreichende bzw. nicht eindeutige Information enthielten (Deter & Allert, 1983; Goertzel, P. R. May, Salkin, & Schoop, 1965; Loew, Heinrich, & v. Arnim, 1994; Moran, Watson, Brown, White, & Jacobs, 1978; Nitsun, Stapleton, & Bender, 1974). Zum anderen berichten einige physiologische Ergebnisvariablen, deren Zusammenfassung mit psychologischen nicht sinnvoll erschien (Deter & Allert, 1983; Lahmann et al., 2009; Moran et al., 1978). Drei als relevant erachtete Referenzen waren im Volltext nicht frei zugänglich oder nur auf Mikrofilm erhältlich. Es war aber nach Lesen der Abstracts und Darstellung in Sekundärliteratur sowie in einer Folgestudie davon auszugehen,

dass sie aus methodischen Gründen nicht den geforderten Kriterien entsprachen oder schwer integrierbar gewesen wären (Djalali, 1978; P. R. May, Wexler, Salkin, & Schoop, 1963; Wagner, 1982).

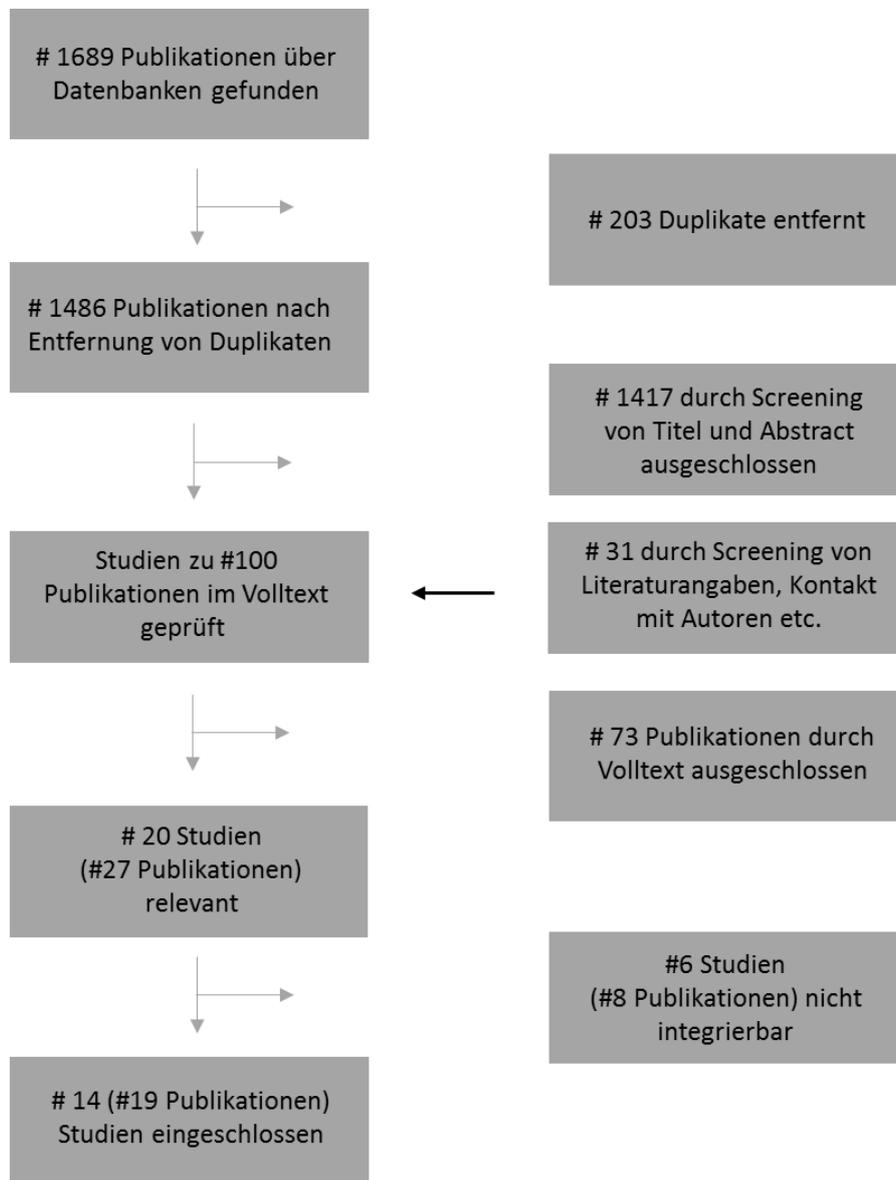


Abbildung 1: Auswahlprozess der in die quantitative Auswertung eingegangenen Studien

3.1.1 Studiencharakteristika

Tabelle 2 fasst die Charakteristika der 14 eingeschlossenen Studien zusammen. Darin werden die Population, die Interventions- und Kontrollbedingung und die Ergebnisvariablen dargestellt. Zudem erfolgte, wie in Abschnitt 2.3.8.1 beschrieben, eine Evaluation der Studiengüte durch das Assessment nach Moncrieff et al. (2001), dessen Ergebnis ebenfalls der Tabelle zu entnehmen ist.¹⁷

3.1.2 Beschreibung der Gesamtstichprobe

Die 14 für die Metaanalyse ausgewählten Studien umfassten insgesamt die Daten von 962 Patienten, wobei der Range an Teilnehmern über die Studien hinweg von 15 bis 275 reichte. Davon waren 380 (39.5%) Teilnehmer männlich und 414 weiblich (43%).¹⁸ Die gleichmäßige Geschlechterverteilung ergibt sich erst studienübergreifend. Entsprechend der geschlechtsspezifischen Prävalenzen psychischer Störungen nahmen an Studien mit schizophrenen Patienten überwiegend Männer teil (67.3%), an Studien mit Patienten mit Depression, Angststörung und somatoformer sowie funktioneller Störung überwiegend Frauen (61.2%). Im Mittel waren die Probanden 43.4 ($SD_{\text{gepoolt}}=10$)¹⁹ Jahre alt.

¹⁷ Die detaillierte Darstellung erfolgt in Tabelle 3 im Anhang. Zur Erinnerung sei gesagt, dass die Maximalpunktzahl bei 46 liegt.

¹⁸ Bei 168 (17.46%) fehlenden Werten (Monsen & Monsen, 2000; Nickel et al., 2006).

¹⁹ Bei einem fehlenden Wert (Lahmann, Loew, Tritt, & Nickel, 2008).

Tabelle 2: Charakteristika eingeschlossener Studien

Studie	Population zu Studienbeginn	Intervention (Dauer)	Aktivität KG (Dauer)	Ergebnisvariablen (Dimension: Skala)	Qualität
Boerhout, Swart, Van Busschbach, & Hoek (2015). Effect of aggression regulation on eating disorder pathology: RCT of a brief body and movement oriented intervention.	$N=29$; $n(\text{KPT})=17$; $n(\text{KG})=12$; $m=0$; $w=29$; Alter: $M(\text{SD})=27.5(8.4)$; Essstörung (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder nicht näher bezeichnet)	psychomotorische Therapie (1h/Woche über 6 Wochen)	supportiver Kontakt alle 1-2 Wochen mit Psychoedukation, Ernährungsberatung u.a.	Psychopathologie: Eating Disorder Examination-Questionnaire; Coping: Self-Expression Control Scale - Anger (SECS)	26
Heimbeck und Hölter (2011). Bewegungstherapie und Depression - Evaluationsstudie zu einer unspezifischen und einer störungsorientierten bewegungstherapeutischen Förderung im klinischen Kontext.	$N=98$; $n(\text{KPT})=53$; $n(\text{KG})=45$; $m=41$; $w=57$; Alter: $M(\text{SD})=47.7(8.6)$; Depression	störungsspezifische Bewegungstherapie (à 100min + 50 min Meditation/Woche für im Mittel 5 Wochen)	Nordic Walking (3x/Woche à 50 min. für im Mittel 5 Wochen) + Verhaltenstherapie (Einzel und Gruppe) im stationären Setting	Psychopathologie: BDI	25
Kuhn (2015). Effektivität und Machbarkeit manualisierter Körperpsychotherapie in der gruppentherapeutischen Behandlung somatoformer Störungen: Eine Pilotstudie.	$N=15$; $n(\text{KPT})=7$; $n(\text{KG})=8$; $m=4$; $w=11$; Alter: $M(\text{SD})=50(11.1)$; somatoforme Störung oder funktionelles Syndrom	KPT (20 wöchentliche Gruppensitzungen à 90 min über Zeitraum von 4-6 Monaten)	Warten	Psychopathologie: PHQ - Somatische Symptome, SOMS - Zahl der Beschwerden; psychische Belastung: PHQ Depression, Somatisierung, Stress und SOMS; Lebensqualität: SF -36 (physical and mental); Körpererleben: Dresdner Körperbild Fragebogen (DKB-35) und Body Distortion Questionnaire (BDQ)	24
Lahmann, Loew, Tritt, und Nickel (2008). Efficacy of functional relaxation und patient education in the treatment of somatoform heart disorders: A randomized, controlled clinical investigation.	$N=22$; $n(\text{KPT})=11$; $n(\text{KG})=11$; $m=10$; $w=12$; Alter: $M(\text{SD})=44.35(\text{k. A.})$; nicht-spezifischer Brustschmerz	funktionelle Entspannung (10 Sitzungen à 90 min/Woche über 6 Wochen)	intensivierte medizinische Pflege mit zwei Beratungsgesprächen neben medizinischer Standardbehandlung	Psychopathologie: Symptom Checklist SCL - Somatisierung, Ängstlichkeit, Gießener Beschwerdebogen - kardiovaskulär; psychische Belastung: SCL-GSI, Gießener Beschwerdebogen - total complaints; interpersonelle Schwierigkeiten: SCL - interpersonelle Sensitivität	29

Lahmann et al. (2010). Functional relaxation as complementary therapy in irritable bowel syndrome: A randomized controlled clinical trial.	$N=80$; $n(KPT)=40$; $n(KG)=40$; $m=27$; $w=53$; Alter: $M(SD)=48.8(11.3)$; Reizdarmsyndrom	funktionelle Entspannung (2x/Woche à 60 min über 5 Wochen)	intensivierte medizinische Pflege mit zwei Beratungsgesprächen neben medizinischer Standardbehandlung	Psychopathologie: Beeinträchtigungsschwerescore; psychische Belastung: Irritable bowel syndrome symptoms - overall; interpersonelle Schwierigkeiten: SCL - Unsicherheit im Sozialkontakt	33
Levy Berg, Sandell, und Sandahl (2009). Affect-focused body psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder: Evaluation of an integrative method.	$N=61$; $n(KPT)=33$; $n(KG)=28$; $m=19$; $w=42$; Alter: $M(Range)=37.5(21-58)$; generalisierte Angststörung	affekt-fokussierte KPT (1x/Woche (Annahme: à 60 min) über 1 Jahr)	Spektrum von unregelmäßigem Kontakt zu medizinischem Personal bis Psychotherapie (nicht kontrolliert)	Psychopathologie: Beck Anxiety Inventory, SCL - Ängstlichkeit; psychische Belastung: SCL - GSI; Lebensqualität: WHO Well-Being-Index	27
Martin, Koch, Hirjak, und Fuchs (2016). Overcoming disembodiment: The effect of movement therapy on negative symptoms in schizophrenia - A multicenter randomized controlled trial.	$N=68$; $n(KPT)=44$; $n(KG)=24$; $m=36$; $w=32$; Alter: $M(SD)=39.8(10.4)$; Schizophrenie	KPT/Tanzbewegungstherapie (2x/Woche für 90 min über 10 Wochen)	Warten, Medikation	Psychopathologie: Scale of the Assessment of Negative Symptoms (SANS) Gesamtscore	26
Monsen und Monsen (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: A controlled outcome study.	$N=40$; $n(KPT)=20$; $n(KG)=20$; $m=k.A.$; $w=k.A.$; Alter: $M(Range)=45(29-61)$; somatoforme Schmerzstörung mit psychischen Faktoren	psychodynamische KPT (im Durchschnitt Stunden während 9 Monaten)	Warten	Psychopathologie: MMPI, Visuelle Analogskala - Schmerz; psychische Belastung: SCL - GSI; interpersonelle Schwierigkeiten: SCL - interpersonelle Sensitivität, Inventory of Interpersonal Problems-C	22
Nickel et al. (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: A randomized, controlled study.	$N=128$; $n(KPT)=64$; $n(KG)=64$; $m=k.A.$; $w=k.A.$; Alter: $M(SD)=48.9(7.3)$; somatoforme Störung	Bioenergetik nach Lowen (2x/Woche à 60 min für 6 Wochen+ Psychotherapie in Muttersprache, diverse Gruppentherapien)	Gymnastik (2x/Woche à 60 min für 6 Wochen + Psychotherapie in Muttersprache, diverse Gruppentherapien)	Psychopathologie: SCL - Somatisierung; psychische Belastung: SCL - GSI; Coping: State Trait Anger Expression Inventory (STAXI) - Anger; interpersonelle Schwierigkeiten: SCL - interpersonelle Sensitivität	27

Price (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: An efficacy study.	N=24; n(KPT)=12; n(KG)=12; m=0; w=24; Alter: M(Range)=41(26-56); sexueller Missbrauch	Achtsamkeit in der körperorientierten Therapie (8x à 60 min (Annahme: 1x/Woche))	Massage (à 60 min (Annahme: ebenfalls über 8 Wochen) + ambulante Psychotherapie)	Psychopathologie: Crime related posttraumatic stress disorder, Dissociation experiences scale; psychische Belastung: Brief Symptom Inventory (BSI)- GSI; Körpererleben: Scale of body connection (SBC) and body investment scale (BIS)	26
Price, Wells, Donovan, und Rue (2012). Mindful awareness in body-oriented therapy as an adjunct to women's substance use disorder treatment: A pilot feasibility study.	N=46; n(KPT)=31; n(KG)=15; m=0; w=46; Alter: M(Range)=39(19-58); Substanzabusus	Achtsamkeit in der körperorientierten Therapie (90 min/Woche über 8 Wochen)	Stufen-Abstinenzprogramm mit Psychoedukation und kognitiver VT (3-5 Wochen stationär, ambulante Fortführung: über 12-24 Wochen 2-3x/Woche für 3 Stunden)	Psychopathologie: Rate abstinent Gewordener; Coping: Dissociation, stress, affect and emotion regulation difficulties; Körpererleben: Scale of body connection (SBC) and body investment scale (BIS)	28
Priebe et al. (2016). Effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: A multicenter randomized, controlled trial.	N=275; n(KPT)=140; n(KG)=135; m=203; w=72; Alter: M(SD)=42.2(10.7); Schizophrenie	KPT (2x 90 min/Woche über 10 Wochen)	Pilates (2x 90 min/Woche über 10 Wochen)	Psychopathologie: PANSS - negativ, Marder - negative scale, CAINS; psychische Belastung: PANSS general, Calgary depression scale; Lebensqualität: MANSA	40
Röhricht, Papadopoulos, und Priebe (2013). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. Papadopoulos und Röhricht (2014). An investigation into the application and processes of manualised group body psychotherapy for depressive disorder in a clinical trial.	N=31; n(KPT)=16; n(KG)=15; m=18; w=13; Alter: M(SD)=47.7(10.4); Depression	KPT (2x/Woche à 90 min über 10 Wochen)	Warten	Psychopathologie: HAMD; Lebensqualität: MANSA; Körpererleben: Body image und Body cathexis/satisfaction	29
Röhricht und Priebe (2006). Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: A randomized controlled trial.	N=45; n(KPT)=24; n(KG)=21; m=22; w=23; Alter: M(SD)=38.3(9.4); Schizophrenie	KPT (2x/Woche à 60-90 min über 10 Wochen)	unterstützende Beratung	Psychopathologie: PANSS - negativ; psychische Belastung: PANSS general; Lebensqualität: MANSA	37

Anmerkung. Folgende Publikationen gehören zu den eingeschlossenen Studien, wurden aber in die quantitative Analyse mangels zusätzlicher Information nicht eingeschlossen: Price (2004); Price (2007); Priebe et al. (2013); Röhricht, Papadopoulos, Suzuki, & Priebe (2009)

3.2 Quantitative Datenintegration und Metaanalyse

In diesem Abschnitt werden die statistischen Ergebnisse zur studienübergreifenden Wirksamkeitsprüfung der KPT dargestellt. Dafür werden zunächst auf den in Abschnitt 2.1.4 vorgestellten Dimensionen jeweils die Zwischen- und die Inner-Gruppen-Effekte vorgestellt (vgl. Abschnitt 2.3.3).

Zum Verständnis der jeweiligen Richtung des Effekts sei gesagt, dass für die Inner-Gruppen-Effekte jeweils die Ausprägungen nach der Therapie von den Baseline-Ausprägungen abgezogen wurden (Prä-Post). Für die Zwischen-Gruppen-Effekte wurde die Inner-Gruppen-Veränderung der KG von der der KPT subtrahiert. Nach der in Abschnitt 1.4.6 dargestellten Hypothese wird auf den Dimensionen Psychopathologie, psychische Belastung, interpersonelle Schwierigkeiten und Coping eine Abnahme der Skalenwerte angenommen, was hier für Inner- und Zwischen-Gruppen-Effekte einen positiven Effekt erwarten lässt. Auf den Dimensionen Lebensqualität und Körpererleben ist hingegen von einer absoluten Zunahme und damit von einem im Vorzeichen negativen Effekt auszugehen.

Es schließt sich eine Analyse relevanter Heterogenität durch Subgruppenvergleich an. Anschließend werden die Ergebnisse der Katamnese berichtet. Zuletzt wird noch auf die Gefahr eines Publikationsbias mittels Funnel Plots eingegangen.

Alle Vergleiche bezüglich der Größe von Effekten wurden anhand von *SMD* nach dem random-effects-Modell durchgeführt, wie in Abschnitt 2.3.5 begründet. Vorab sei daran erinnert, dass das Signifikanzniveau auf $p < .20$ hochgesetzt wurde, wenn die Nullhypothese die inhaltliche Wunschhypothese war. Im Rahmen dieser Metaanalyse war das für die Inner-Gruppen-Effekte in den KG, für die Tests auf Heterogenität und die anschließende Analyse von Subgruppen der Fall, da im Vorfeld keine Annahmen zu Unterschieden gemacht worden waren.

Für die folgende Darstellung in Form von Forest Plots gilt, dass das Gewicht, mit dem eine Studie in die Schätzung des jeweiligen Gesamteffekts eingegangen ist, durch die Größe des sie vertretenden Quadrats abgebildet ist. Der Gesamteffekt ist durch eine Raute markiert, deren Größe sich an seinem Konfidenzintervall bemisst.

3.2.1 Primäre Ergebnisvariablen

Psychopathologie

Wie in Abbildung 2 dargestellt, ergab sich auf der Dimension Psychopathologie für den Vergleich von KPT und KG ein signifikanter Gesamteffekt mit einem Hedges g von 0.64 (95%-KI [0.36, 0.91], $Z = 4.58$, $p < .001$). Allerdings weist der Effekt eine moderate bis starke Heterogenität auf ($\tau^2 = 0.17$, $\chi^2(13) = 42.39$, $p < .001$, $I^2 = 69\%$). Die Inner-Gruppen-Vergleiche (vgl. Abbildung 12 im Anhang)²⁰ bestätigten für die KPT die angenommene Richtung der Veränderung ($g = 0.98$, 95%-KI [0.56, 1.41], $Z = 4.57$, $p < .001$, $\tau^2 = 0.38$, $\chi^2(12) = 41.13$, $p < .001$, $I^2 = 71\%$). In den KG zeigte sich ebenfalls eine leichte, ebenfalls signifikante Verbesserung ($g = 0.37$, 95%-KI [0.12, 0.62], $Z = 2.87$, $p = .004$, $\tau^2 = 0.05$, $\chi^2(12) = 16.50$, $p = .17$, $I^2 = 27\%$). Die KPT führte also in den 14 beteiligten Studien zu einer deutlicheren *Reduktion* psychopathologischer Symptome als die jeweiligen KG.

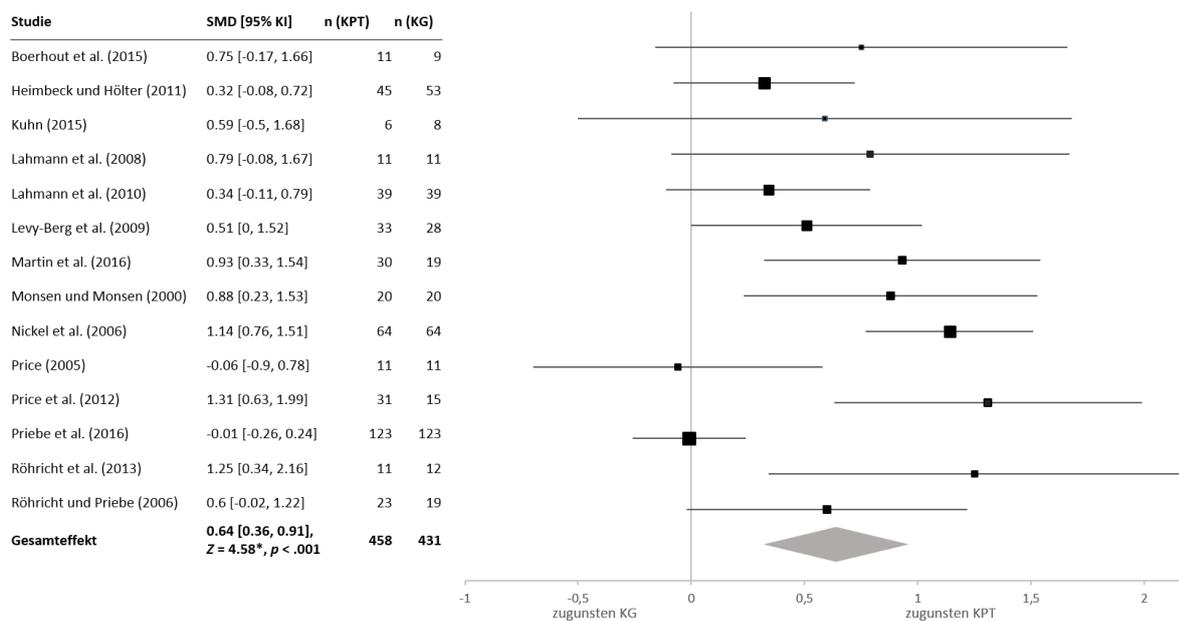


Abbildung 2: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension Psychopathologie

²⁰ Die Effekte beruhen, im Unterschied zum Zwischen-Gruppen-Effekt, auf 13 Studien, da die in Price et al. (2012) berichteten OR zwar eine Umwandlung in SMD zwischen den Gruppen zuließen, aber keine Prä-Post-Veränderungen innerhalb der Gruppen.

Psychische Belastung

In Bezug auf die psychische Belastung (vgl. Abbildung 3) zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied der Reduktion zwischen KPT und KG ($g = 0.48$, KI 95% [0.17, 0.80], $Z = 2.98$, $p = .003$). Auch dieser wies eine moderate bis große Heterogenität auf ($\tau^2 = 0.14$, $\chi^2(8) = 25.55$, $p = .001$, $I^2 = 69\%$). In den KPT (vgl. Abbildung 13 im Anhang) zeigte sich eine signifikante Reduktion der Belastungssymptome mit einem Effekt von 0.67 (KI 95% [0.38, 0.96], $Z = 4.51$, $p < .001$), der kaum heterogen war ($\tau^2 = 0.05$, $\chi^2(8) = 11.04$, $p = .20$, n. s., $I^2 = 28\%$). In den KG war die Veränderung kongruent, fiel aber geringer aus ($g = 0.25$, KI 95% [0.03, 0.47], $Z = 2.20$, $p = .03$) und war homogen ($\tau^2 = 0$, $\chi^2(8) = 1.83$, $p = 0.99$, n. s., $I^2 = 0\%$).²¹

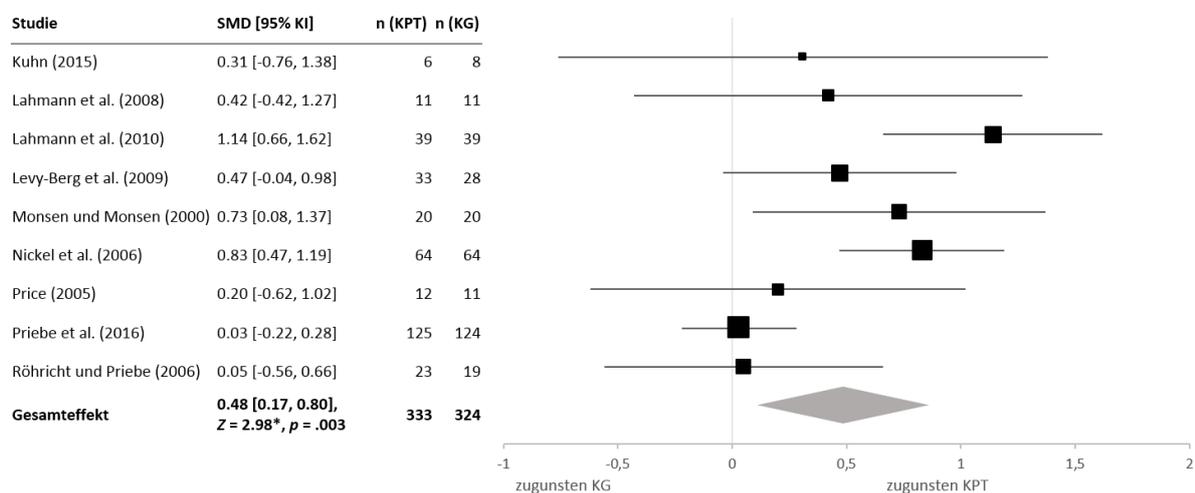


Abbildung 3: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension psychische Belastung

Zusammenfassend zeigte die KPT in den Ergebnisvariablen Psychopathologie und psychische Belastung signifikante Unterschiede im Vergleich zu den KG im Sinne einer stärkeren Verbesserung. Die Effekte sind dabei nach Cohen (1988, S. 40) klein bis mittelgroß.

²¹ Wie aus Abbildung 13 im Anhang ersichtlich, weisen in Price (2005) die KPT und KG in der Schätzung der Inner-Gruppen-Effekte einen fast gleichen Wert auf. Der für diese Studie berichtete, kleine Vorteil der KPT im Zwischen-Gruppen-Effekt (s. Abbildung 3) ist auf die für ihn abweichenden *SD* und *n* zurückzuführen (vgl. Abschnitt 2.3.3).

3.2.2 Sekundäre Ergebnisvariablen

Coping

Auf der Dimension Coping konnten nur drei eingeschlossene Studien ($n = 192$) integriert werden. In diesen zeigte sich ein signifikanter Vorteil der KPT gegenüber den KG. Der Zwischen-Gruppen-Effekt (s. Abbildung 4) war mit $g = 0.88$ groß (KI 95% [0.58, 1.19], $Z = 5.75$, $p < .001$) und homogen ($\tau^2 = 0$, $\chi^2(2) = 0.65$, $p = 0.72$, n. s., $I^2 = 0\%$). In den Inner-Gruppen-Effekten bestätigt sich die angenommene Richtung: Für die KPT (vgl. Abbildung 14 im Anhang) ließ sich ein Effekt von $g = 0.94$ (KI 95% [0.28, 1.6], $Z = 2.80$, $p = .005$) verbuchen, der allerdings heterogen war ($\tau^2 = 0.18$, $\chi^2(2) = 4.19$, $p = .12$, $I^2 = 52\%$). In den KG ergab sich eine nicht signifikante Veränderung von 0.22 (KI 95% [-0.48, 0.93], $Z = 0.62$, $p = .53$, n. s.).

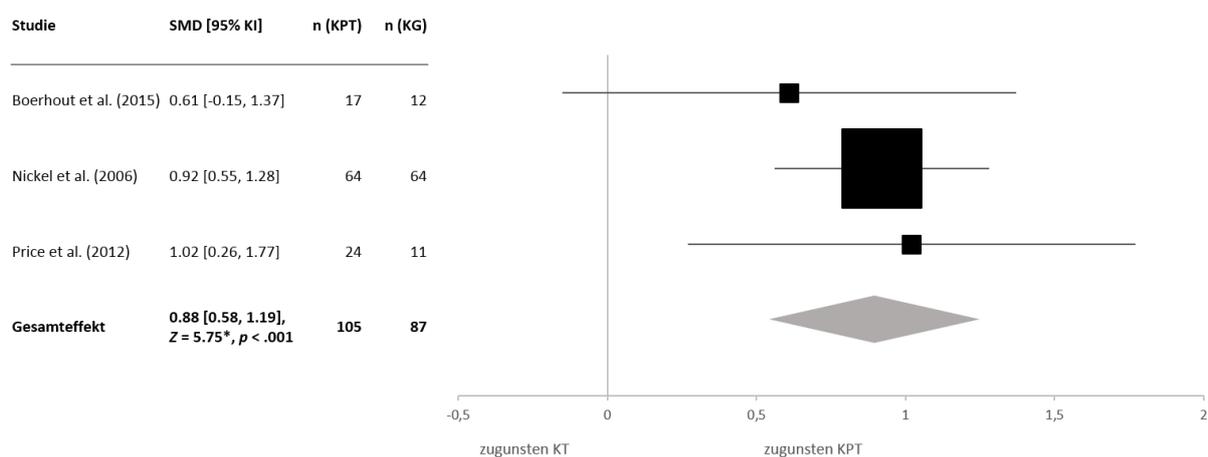


Abbildung 4: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension Coping

Lebensqualität

In Bezug auf die Lebensqualität konnten fünf der eingeschlossenen Studien ($n = 391$) ausgewertet werden. Es ergab sich kein Unterschied zwischen KPT und KG ($g = -0.01$, 95% KI [-0.21, 0.19], $Z = 0.13$, $p = .90$, n. s.). Bei der Betrachtung des Zwischen-Gruppen-Effekts für diese Dimension (s. Abbildung 5) sei an die umgekehrte Polung des Effekts erinnert. Auch die Inner-Gruppen-Effekte wiesen keinen Prä-Post-Unterschied auf. Wie in Abbildung 15 im Anhang dargestellt, ergab sich für die KPT ein Effekt von $g = -0.17$ (KI 95% [-0.45, 0.11], $Z = 1.16$, $p = .25$, n. s.), für die KG von $g = -0.16$ (KI 95% [-0.45, 0.12], $Z = 1.12$, $p = .26$, n. s.).

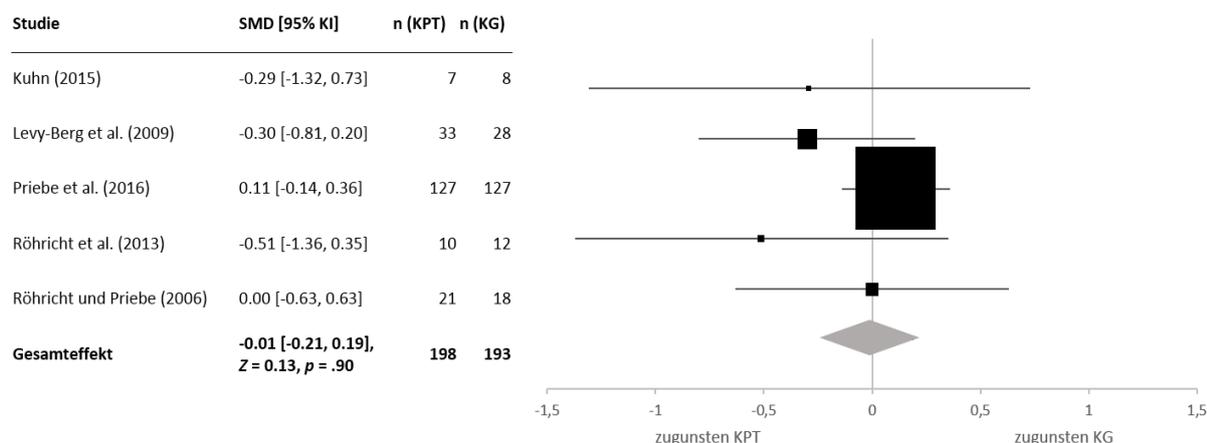


Abbildung 5: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension Lebensqualität

Körpererleben

Auch im Bereich Körpererleben ließ sich kein Unterschied der KPT und KG feststellen. Der Zwischen-Gruppen-Effekt lag in den vier Studien ($n = 95$), die entsprechende Skalen berichten, bei $g = 0$ (KI 95% [-0.41, 0.41], $Z = 0$, $p = 1$, n. s.), wie in Abbildung 6 illustriert. Es zeigte sich sowohl in den KPT ($g = -0.35$ [-0.9, 0.2], $Z = 1.26$, $p = .21$, n. s.) als auch in den KG ($g = -0.36$, KI 95% [-0.98, 0.26], $Z = 1.15$, $p = .25$, n. s.) deskriptiv eine leichte Verbesserung. Auch hier wurde ein im Vorzeichen negativer Effekt angenommen (vgl. Abbildung 16 im Anhang).

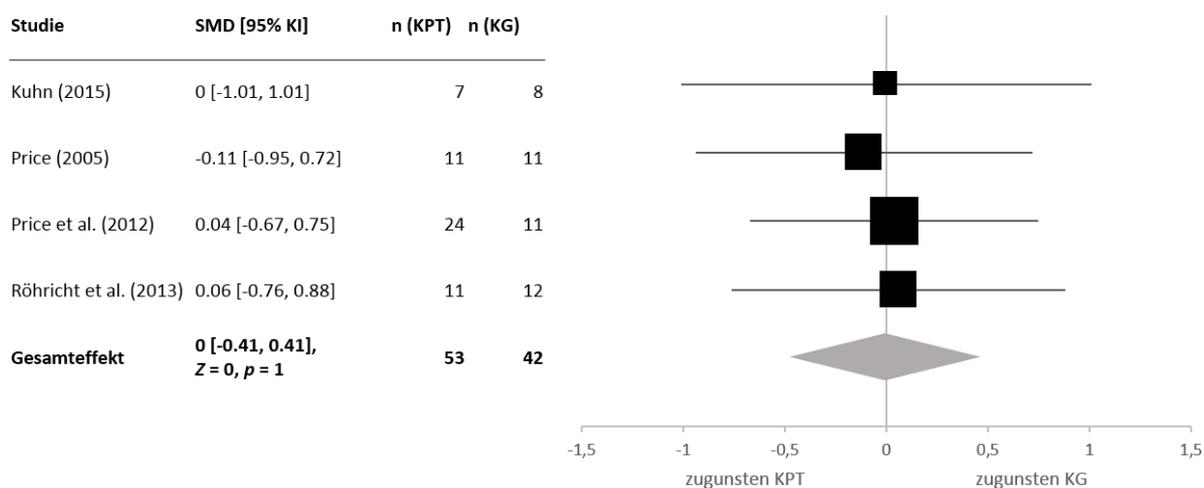


Abbildung 6: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension Körpererleben

Interpersonelle Schwierigkeiten

Bei den interpersonellen Schwierigkeiten schließlich ergab sich für die vier betreffenden Studien ($n = 268$) ein Effekt von $g = 0.32$ (KI 95% [0, 0.65]) zwischen den Gruppen, der nicht signifikant war ($Z = 1.95$, $p = .05$, n. s., vgl. Abbildung 7). In den KPT zeigte sich dabei eine stärkere Abnahme ($g = 0.67$, KI 95% [-0.02, 1.36], $Z = 1.90$, $p = .06$, n. s.) als bei den KG ($g = 0.42$, KI 95% [-0.09, 0.92], $Z = 1.62$, $p = .11$, n. s., vgl. Abbildung 17 im Anhang).

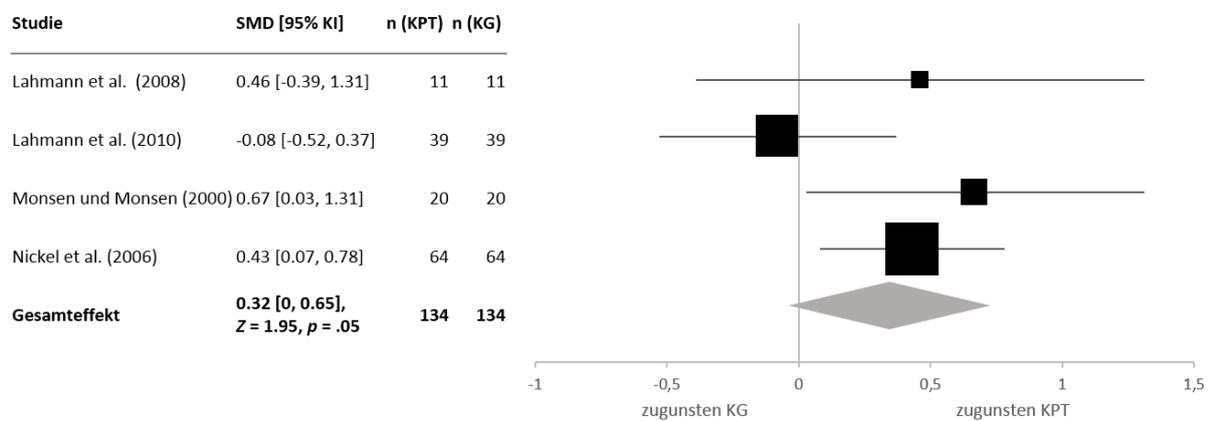


Abbildung 7: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension interpersonelle Schwierigkeiten

3.2.3 Vorstellung der Katamnese-Effekte

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Katamnese-Erhebungen für die Studien, die entsprechende Daten berichten, vorgestellt. Für die Dimensionen Coping, Körpererleben und interpersonelle Schwierigkeiten erfolgte keine Analyse, da hier nur eine Studie bzw. je zwei Studien Daten zur Katamnese beinhalteten. Im Durchschnitt fand die katamnestiche Erhebung nach 7 (3 - 13) Monaten statt. Per Konvention wurden die Werte des letzten Erhebungszeitpunkts einbezogen.

Für die Psychopathologie ergab sich bei acht zur Verfügung stehenden Studien für den Vergleich der Prä-Katamnese-Veränderungen ein Zwischen-Gruppen-Effekt von $g = 0.44$ (95% KI [0.11, 0.78], $Z = 2.57$, $p = .01$, n (KPT) = 303, n (KG) = 289, $\tau^2 = 0.15$, $\chi^2(7) = 22.89$, $p = .002$, $I^2 = 69\%$). Eine Betrachtung der Inner-Gruppen-Effekte²² bestätigte die jeweilige Verbesserung von KPT ($g = 0.78$, 95% KI [0.41, 1.16], $Z = 4.11$, $p < .001$) und KG ($g = 0.41$, 95% KI [0.17, 0.65], $Z = 3.39$, $p < .001$). Ein Vergleich dieses Effekts mit dem initialen Zwischen-Gruppen-Effekt von 0.64, der in Abschnitt 3.2.1 berichtet wurde, war bei Annahme von Gleichheit²³ signifikant ($Z_{diff} = -0.91$, $p = .18$, Borenstein, 2009, S. 176). In Bezug auf die psychische Belastung zeigte der Gruppenvergleich für sechs Studien einen signifikanten Effekt von $g = 0.42$ (95% KI [0.13, 0.71], $Z = 2.80$, $p = .005$, n (KPT) = 237, n (KG) = 226, $\tau^2 = 0.06$, $\chi^2(5) = 9.25$, $p = .10$, $I^2 = 46\%$) bei einem ähnlichen Ausgangseffekt von 0.48 (s. Abschnitt 3.2.1). Die Inner-Gruppen-Effekte ergaben für die KPT eine signifikante Prä-Katamnese-Veränderung ($g = 0.63$, 95% KI [0.28, 0.99], $Z = 3.48$, $p < .001$). In den KG zeigte sich eine erwartungsgemäß geringere, ebenfalls signifikante Verbesserung ($g = 0.25$, 95% KI [-0.01, 0.51], $Z = 1.86$, $p = .06$).²³

Bezüglich der Lebensqualität zeigte sich deskriptiv eine Zunahme des Zwischen-Gruppen-Effekts ($g = -0.16$, 95% KI [-0.37, 0.06], $Z = 1.44$, $p = .15$, n. s., n (KPT) = 175, n (KG) = 167). Es gingen allerdings nur noch drei Studien in die Analyse ein (Levy Berg et al., 2009; Röhrich & Priebe, 2006; Priebe et al., 2016). Die Inner-Gruppen-Vergleiche bestätigten einen leichten Vorteil der KPT ($g = -0.29$, 95% KI [-0.59, 0.01], $Z = 1.91$, $p = .06$, n. s.) gegenüber den KG ($g = -0.15$, 95% KI [-0.45, 0.16], $Z = 0.96$, $p = .34$, n. s.).

²² Die Inner-Gruppen-Effekte wurden wiederum ohne Price et al. (2012) berechnet (vgl. Abschnitt 3.2.1).

²³ Zur Erinnerung: Hierfür war das Signifikanzniveau auf $p < .20$ hochgesetzt worden.

3.2.4 Analyse von Subgruppen

Wie in Abschnitt 3.2.1. dargestellt, wiesen die Dimensionen Psychopathologie und psychische Belastung signifikante und substantielle Heterogenität auf. Das veranlasste zur *post-hoc* Exploration des Einflusses von Moderatoren. Es wurden die Moderatoren Erscheinungsjahr, Land der Durchführung, Stichprobengröße, Format (Einzel vs. Gruppe), Dosis der Intervention, Diagnose, Art der KG, Beurteilungsperspektive (Selbst- vs. Fremd) und Qualität der Studie untersucht. Bei kontinuierlichen Moderatoren wurden die Subgruppen durch eine Teilung an deren Median gebildet.²⁴ Aus Gründen der Anschaulichkeit werden allein die Inner-Gruppen-Vergleiche der Subgruppen für die KPT- und die Kontrollbedingungen getrennt berichtet, sodass die Darstellung der Subgruppenanalysen auf 13 Studien beruht.²⁵ Die Kodierung der Moderatoren ist der Tabelle 4 des Anhangs zu entnehmen. Die jeweils in eine Subgruppe eingegangene Studienanzahl ist mit k gekennzeichnet.

3.2.4.1 Moderator Erscheinungsjahr

Um den Einfluss des Erscheinungsjahrs einzuschätzen, wurden die Studien anhand des Medians (2011) in dieser Variable in zwei Gruppen geteilt. In den KPT zeigten die zuvor durchgeführten Studien für die Psychopathologie ($g_{<2011} = 1.12$, 95% KI [0.55, 1.68], $k = 7$; $g_{\geq 2011} = 0.82$, 95% KI [0.20, 1.44], $k = 6$) und die psychische Belastung ($g_{<2011} = 0.86$, 95% KI [0.57, 1.15], $k = 7$; $g_{\geq 2011} = 0.27$, 95% KI [-0.08, 0.61], $k = 2$) etwas stärkere Effekte als die danach durchgeführten. Die Kontrollgruppen zeigten auf niedrigerem Niveau ebenfalls einen leichten Vorteil der älteren Studien in den Dimensionen Psychopathologie ($g_{<2011} = 0.46$, 95% KI [0.18, 0.75], $k = 7$; $g_{\geq 2011} = 0.22$, 95% KI [-0.27, 0.71], $k = 6$) und psychische Belastung ($g_{<2011} = 0.26$, 95% KI [-0.02, 0.55], $k = 7$; $g_{\geq 2011} = 0.22$, 95% KI [-0.12, 0.56], $k = 2$). Die Effekte sind in Abbildung 8a dargestellt.

²⁴ Der jeweilige Mediansplit wurde für alle 14 Studien vorgenommen. Folglich können die Gruppen in der je betrachteten Dimension unterschiedlich groß sein. Hinzu kommt, dass vereinzelt Studien auf dem Median lagen; es wurden darunterliegende Studien und darauf- bzw. darüberliegende Studien zu je einer Gruppe zusammengefasst.

²⁵ Price et al. (2012) ermöglichte keine Innergruppenvergleiche (s. Abschnitt 3.2.1).

3.2.4.2 Moderator Land der Durchführung

Für den Moderator Land der Durchführung wurden vier in Großbritannien oder den USA durchgeführte Studien mit sechs in Deutschland durchgeführten verglichen.²⁶ Der Effekt war für die KPT in den deutschen Studien größer als in den angloamerikanischen Studien – sowohl für die Psychopathologie ($g_D = 1.12$, KI 95% [0.34, 1.91], $k = 6$; $g_A = 0.49$, KI 95% [0.18, 0.79], $k = 4$) als auch in Hinblick auf die psychische Belastung ($g_D = 0.94$, KI 95% [0.56, 1.32], $k = 4$; $g_A = 0.31$, KI 95% [0, 0.62], $k = 3$). In den KG ergab sich in der Psychopathologie ($g_D = 0.41$, KI 95% [-0.08, 0.89], $k = 6$; $g_A = 0.29$, KI 95% [-0.02, 0.6], $k = 4$) und in der psychischen Belastung ($g_D = 0.19$, KI 95% [-0.17, 0.55], $k = 4$; $g_A = 0.28$, 95% KI [-0.04, 0.59], $k = 3$) kein nennenswerter Unterschied (vgl. Abbildung 8b).

3.2.4.3 Moderator Stichprobengröße

Der Median der Stichprobengröße, der zur Teilung der Studien verwendet wurde, lag bei $N = 44$. Wie Abbildung 8c zeigt, unterscheiden sich in den KPT-Bedingungen die Effekte von Studien mit einer kleinen und großen Stichprobengröße in puncto Psychopathologie kaum voneinander ($g_k = 0.92$, KI 95% [0.48, 1.36], $k = 7$; $g_g = 1.07$, KI 95% [0.37, 1.77], $k = 6$). Allerdings zeigt sich eine Diskrepanz zugunsten der teilnehmerreichen Studien in Bezug auf die psychische Belastung ($g_k = 0.56$, KI 95% [0.08, 1.04], $k = 5$; $g_g = 0.76$, KI 95% [0.30, 1.22], $k = 4$). In den Kontrollbedingungen zeigte sich diese Verteilung für die Psychopathologie ($g_k = 0.14$, KI 95% [-0.28, 0.56], $k = 7$; $g_g = 0.46$ KI 95% [0.09, 0.83], $k = 6$), nicht für die psychische Belastung ($g_k = 0.22$ KI 95% [-0.26, 0.70], $k = 5$; $g_g = 0.25$, KI 95% [0.01, 0.50], $k = 4$).

3.2.4.4 Moderator Format

In Bezug auf das Format (Einzel vs. Gruppe) ergaben sich in den KPT weder für die Psychopathologie ($g_e = 0.97$, KI 95% [0.45, 1.5], $k = 3$; $g_g = 0.98$, KI 95% [0.45, 1.52], $k = 10$) noch für die psychische Belastung Unterschiede ($g_e = 0.87$, KI 95% [0.36, 1.39], $k = 3$; $g_g = 0.60$, KI 95% [0.20, 1], $k = 6$, vgl. Abbildung 8d). Die Effekte der KG seien zum besseren Vergleich ebenfalls berichtet (Psychopathologie: $g_e = 0.47$, KI 95% [-0.05, 1], $k = 3$; $g_g = 0.32$, KI 95% [0.01, 0.63], $k = 10$; psychische Belastung: $g_e = 0.40$, KI 95% [-0.12, 0.92], $k = 3$; $g_g = 0.21$, KI 95% [-0.03, 0.45], $k = 6$).

²⁶ Hier konnten Levy Berg et al. (2009) und Monsen und Monsen (2000) nicht mit eingehen, da sie in anderen Ländern durchgeführt wurden.

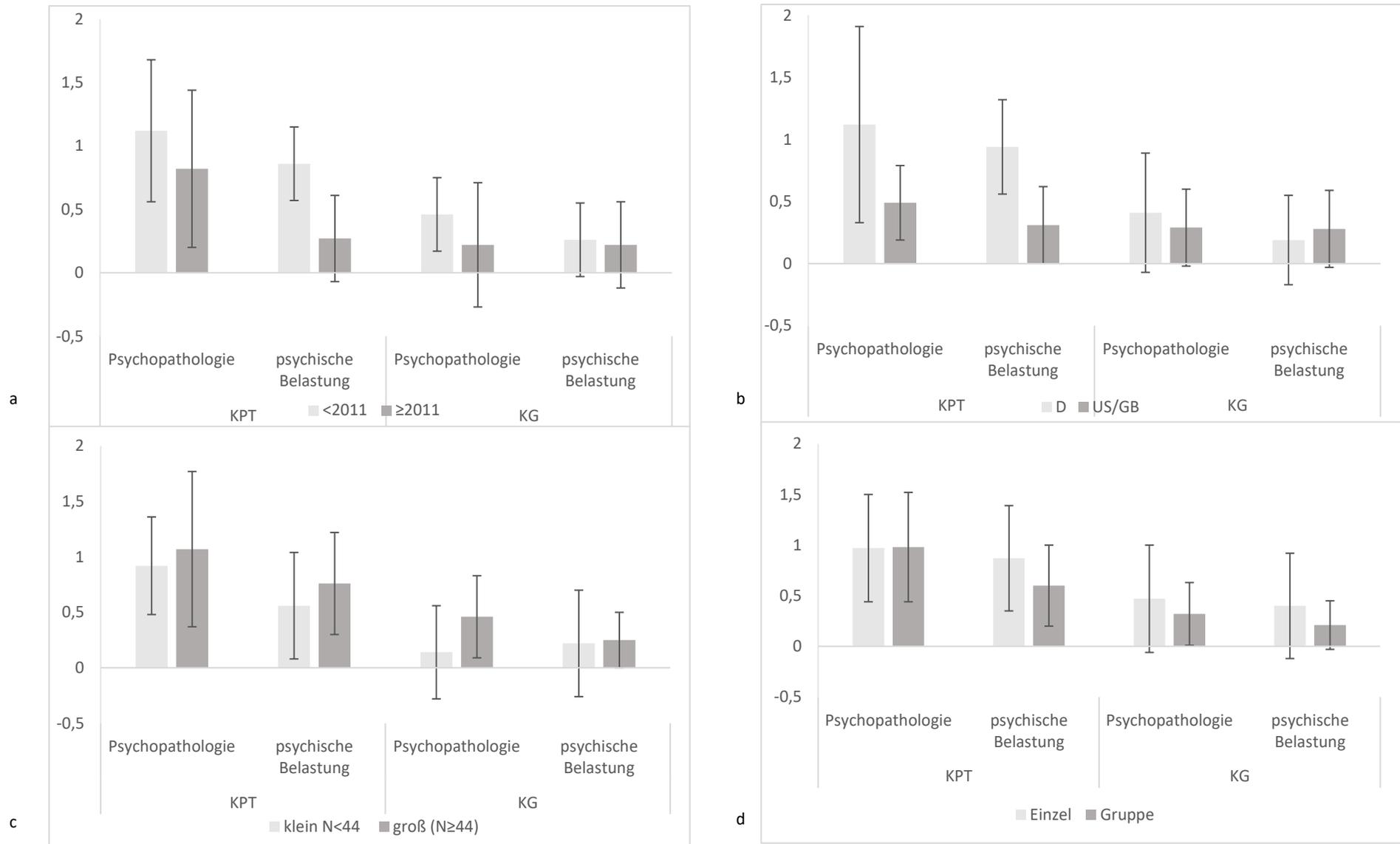


Abbildung 8: Darstellung der Innergruppeneffekte (mit 95% KI) für Subgruppen nach (a) Erscheinungsjahr, (b) Land der Durchführung, (c) Stichprobengröße und (d) Format

3.2.4.5 Moderator Dosis der Intervention

Für den Moderator Dosis wurde die gesamte Behandlungsdauer in den KPT-Bedingungen in Stunden errechnet; der Median, der die Interventionen und damit die Studien in *niedrig* und *hoch* teilt, lag bei 18.75 Stunden. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass den Vergleichen von KPT und KG zwangsläufig - da von den einzelnen Studienautoren gewählt - unterschiedliche Prä-Post-Zeitspannen zugrunde liegen. Dabei ging eine niedrige Dosis häufig mit einem kürzeren Abstand einher, eine höhere mit einem längeren. Wie aus Abbildung 9a ersichtlich, war der Effekt in den KPT auf der Dimension Psychopathologie ($g_{\text{niedrig}} = 1.29$, KI 95% [0.55, 2.02], $k = 6$; $g_{\text{hoch}} = 0.56$, KI 95% [0.3, 0.82], $k = 7$) und auf der Dimension psychische Belastung ($g_{\text{niedrig}} = 0.99$, KI 95% [0.62, 1.36], $k = 4$; $g_{\text{hoch}} = 0.40$, KI 95% [0.13, 0.68], $k = 5$) in den niedrigdosierten Therapieanwendungen größer als in den hochdosierten. Für die KG²⁷ ergab sich in puncto Psychopathologie ein gleichsinniger Unterschied ($g_{\text{niedrig}} = 0.62$, KI 95% [0.24, 1.01]; $g_{\text{hoch}} = 0.19$, 95% KI [-0.07, 0.46], $k = 6$). In der psychischen Belastung ergab sich kein Unterschied ($g_{\text{niedrig}} = 0.27$, KI 95% [-0.08, 0.63], $k = 4$, $g_{\text{hoch}} = 0.23$, KI 95% [-0.05, 0.51], $k = 5$).

3.2.4.6 Moderator Diagnose

Es wurden Studien, in denen Schizophrenie die Diagnose war, mit solchen verglichen, in denen die Teilnehmer unter affektiven oder somatoformen Störungen litten. Wie Abbildung 9b zeigt, ergab sich in den KPT für die Psychopathologie ($g_{\text{Schizophrenie}} = 0.44$, KI 95% [0.13, 0.75], $k = 3$; $g_{\text{Affektiv}} = 1.19$, KI 95% [0.62, 1.76], $k = 8$) und für die psychische Belastung ($g_{\text{Schizophrenie}} = 0.27$, KI 95% [-0.06, 0.59], $k = 2$; $g_{\text{Affektiv}} = 0.92$, KI 95% [0.60, 1.23], $k = 6$) ein wesentlich größerer Effekt für die Studien, die affektive und somatoforme Störungen betrachteten. In den KG bestand ein gleichsinniger, geringerer Unterschied für die Psychopathologie ($g_{\text{Schizophrenie}} = 0.15$, KI 95% [-0.24, 0.55], $k = 3$; $g_{\text{Affektiv}} = 0.46$, KI 95% [0.12, 0.79], $k = 8$), nicht aber für die psychische Belastung ($g_{\text{Schizophrenie}} = 0.23$, KI 95% [-0.10, 0.56], $k = 2$; $g_{\text{Affektiv}} = 0.22$, KI 95% [-0.08, 0.52], $k = 6$).

²⁷ Es ist anzumerken, dass darunter Wartebedingungen und Alternativbehandlungen fallen, die meist der Länge des jeweiligen Treatments angepasst wurden. Die Subgruppen-Einteilung in niedrige und hohe Dosis richtete sich nach der Dosis der KPT-Bedingungen.

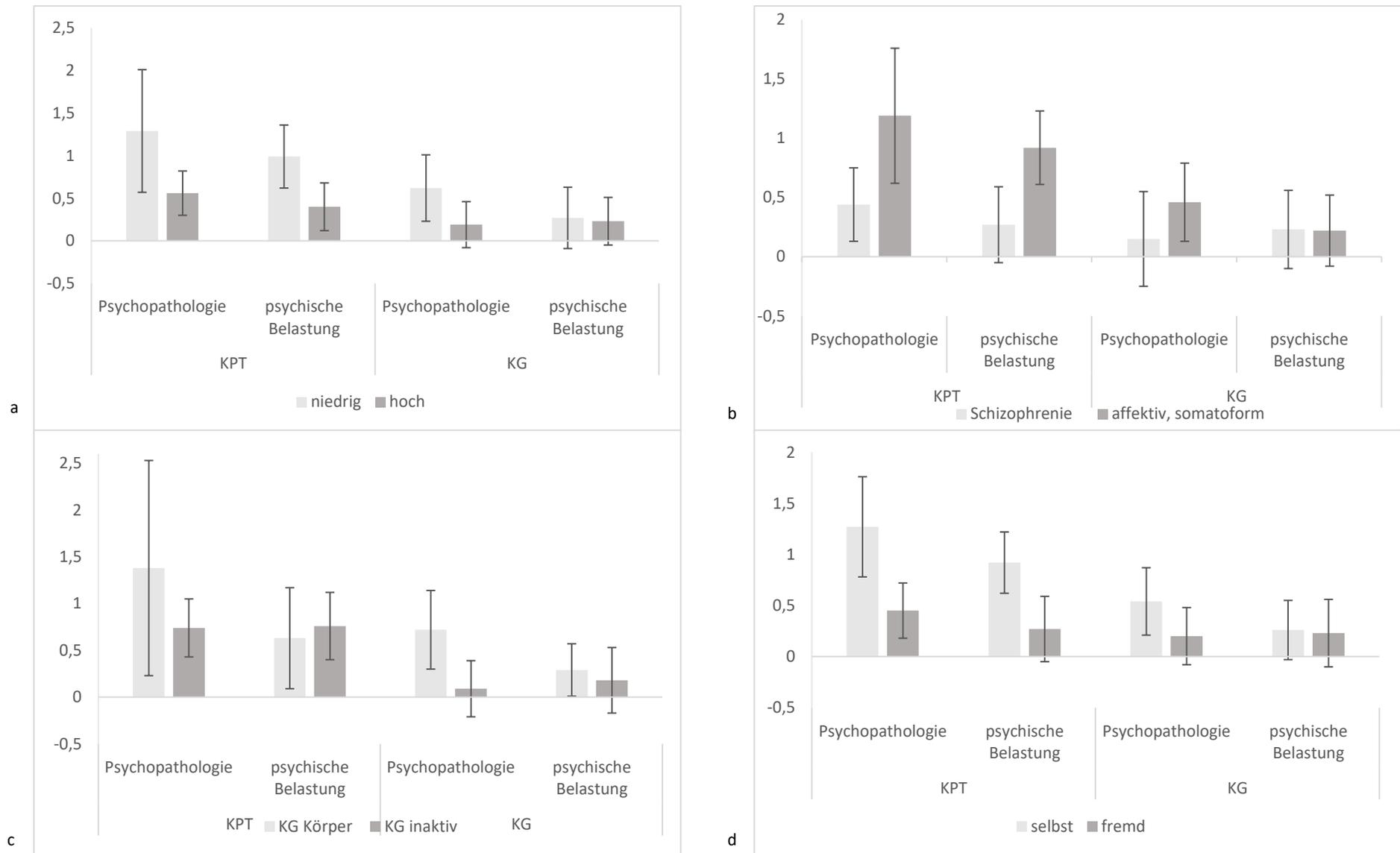


Abbildung 9: Darstellung der Innergruppeneffekte (mit 95% KI) für Subgruppen nach (a) Dosis der Intervention, (b) Diagnose, (c) Art der KG und (d) Beurteilungsperspektive

3.2.4.7 Moderator Art der KG

Mit dem Moderator Aktivität der Kontrollgruppe sollte untersucht werden, ob sich die Effekte von Studien, in denen die KG eine Behandlung erhielten, in der der *Körper* im Mittelpunkt stand (außer KPT), von solchen Studien unterschieden, in denen die Teilnehmer einer Wartebedingung, psychosozialer Beratung oder ausschließlich verbaler Psychotherapie zugeteilt waren oder eine Medikation erhielten und im Folgenden zum Zweck der Unterscheidung als *inaktiv* zusammengefasst werden.

In den KPT unterschieden sich die Effekte für die Psychopathologie ($g_{\text{Körper}} = 1.38$, KI 95% [0.23, 2.53], $k = 4$; $g_{\text{inaktiv}} = 0.74$, KI 95% [0.44, 1.05], $k = 9$), während sie für die psychische Belastung auf gleichem Niveau lagen ($g_{\text{Körper}} = 0.63$, KI 95% [0.10, 1.17], $k = 3$; $g_{\text{inaktiv}} = 0.76$, KI 95% [0.40, 1.12], $k = 6$). Für die KG zeigte sich auf der Dimension Psychopathologie ein deutlich kleinerer Effekt bei solchen, die inaktiv waren ($g_{\text{inaktiv}} = 0.09$, KI 95% [-0.22, 0.39], $k = 9$), im Vergleich zu denen, bei denen der Körper eingebunden wurde ($g_{\text{Körper}} = 0.72$, KI 95% [0.29, 1.14], $k = 4$). Für die psychische Belastung zeigte sich kaum ein Unterschied ($g_{\text{inaktiv}} = 0.18$, KI 95% [-0.17, 0.53], $k = 6$; $g_{\text{Körper}} = 0.29$, KI 95% [0.01, 0.57], $k = 3$). Die Abbildung 9c veranschaulicht diese Unterschiede.

3.2.4.8 Moderator Beurteilungsperspektive

Um den Einfluss der Beurteilungsperspektive abschätzen zu können, wurden die Studien in solche, die Selbst-, und solche, die Fremdbeurteilungsmaße verwendeten, aufgeteilt. Die Kodierung erfolgte für die primären Ergebnisvariablen getrennt, da sich die eingesetzten Maße innerhalb einer Studie in diesem Moderator unterschieden.

Wie in Abbildung 9d illustriert, zeigten in den KPT Selbstbeurteilungsmaße eine größere Veränderung als Fremdbeurteilungsmaße in Bezug auf die Psychopathologie ($g_{\text{selbst}} = 1.27$, KI 95% [0.78, 1.76], $k = 9$; $g_{\text{fremd}} = 0.45$, KI 95 % [0.17, 0.72] $k = 4$) und auf die psychische Belastung ($g_{\text{selbst}} = 0.92$, KI 95 % [0.61, 1.22], $k = 7$; $g_{\text{fremd}} = 0.27$, KI 95 % [-0.06, 0.59], $k = 2$). In den KG ergab sich bezüglich der Psychopathologie ein kleinerer ($g_{\text{selbst}} = 0.54$, KI 95 % [0.21, 0.87], $k = 9$; $g_{\text{fremd}} = 0.2$, KI 95% [-0.08, 0.48], $k = 4$) und der psychischen Belastung kein solcher Unterschied ($g_{\text{selbst}} = 0.26$, KI 95% [-0.04, 0.55], $k = 7$; $g_{\text{fremd}} = 0.23$, KI 95% [-0.10, 0.56], $k = 2$).

3.2.4.9 Moderator Studienqualität

Die mit dem Quality Assessment nach Moncrieff et al. (2001) ermittelte Studienqualität lag im Mittel bei 29 von 46 möglichen Punkten (Range 24-40). Um Auswirkungen der methodischen Qualität der Studien auf die Effekte zu untersuchen, wurden sie anhand des Medians (27) im durchgeführten Quality Assessment (Moncrieff et al., 2001) in zwei Subgruppen geteilt. Die schlechteren Studien weisen dabei einen leicht niedrigeren Summenwert auf (24.83) als die besseren (31.25) (vgl. Tabellen 3 und 4 des Anhangs). In den KPT-Bedingungen unterschieden sich bessere und schlechtere Studien in ihrem Effekt auf die Psychopathologie ($g_{<27} = 1.03$, KI 95% [0.44, 1.61], $k = 6$; $g_{\geq 27} = 0.97$, KI 95% [0.36, 1.57], $k = 7$) und auf die psychische Belastung ($g_{<27} = 0.83$, 95% KI [0.15, 1.51], $k = 3$; $g_{\geq 27} = 0.65$, KI 95% [0.29, 1.01], $k = 6$) kaum voneinander. Dieses Muster zeigte sich auch in den KG für die Psychopathologie ($g_{<27} = 0.34$, KI 95% [-0.26, 0.93], $k = 6$; $g_{\geq 27} = 0.37$, KI 95% [0.14, 0.6], $k = 7$) und für die psychische Belastung ($g_{<27} = 0.32$, KI 95% [-0.33, 0.96], $k = 3$; $g_{\geq 27} = 0.24$, KI 95% [0, 0.47], $k = 6$).

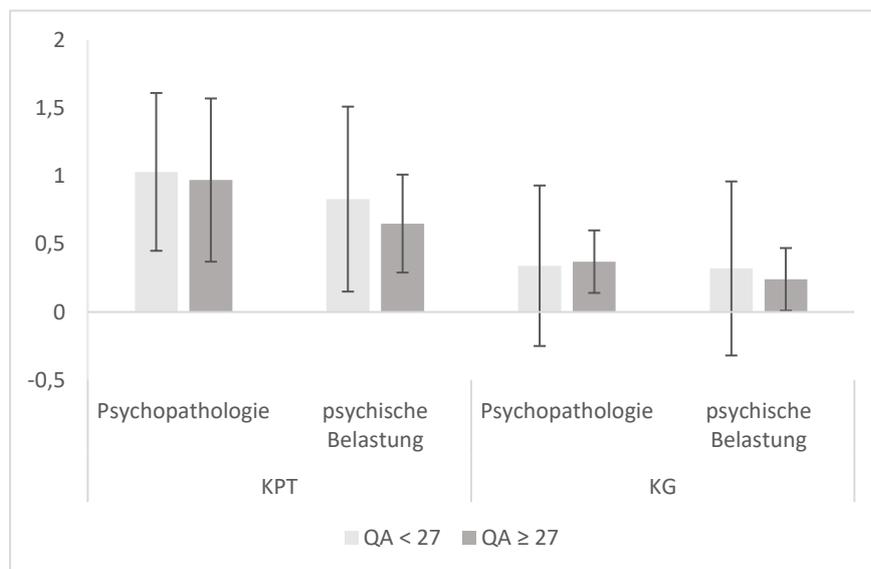


Abbildung 10: Darstellung der Innergruppeneffekte (mit 95% KI) für Subgruppen nach Studienqualität

3.2.5 Publikationsbias

Es wurden Funnel Plots der Dimensionen Psychopathologie und psychische Belastung erstellt, die in Abbildung 11 dargestellt sind. Die Effektstärken der betrachteten Studien verteilen sich im Fall der Psychopathologie symmetrisch um den durch sie geschätzten Mittelwert. Allerdings fanden sich zum einen wenig Studien mit großem $SE(SMD)$ zu beiden Seiten der Basis des gedachten Dreiecks, zum anderen kaum Studien an seiner Spitze, sodass eine untypische Verteilungsform entsteht. Ein ähnliches Bild ergibt sich auch für die psychische Belastung, wobei hier insbesondere Studien mit größeren Effekten fehlen. Insgesamt fehlt es an teilnehmerreichen Studien.

Um die Möglichkeit einer Verzerrung des Effekts durch kleine Studien weiter zu evaluieren, wurden die Effekte in den primären Ergebnisvariablen alternativ mit dem fixed-effect-Modell geschätzt (vgl. Abschnitt 2.3.8.2). Dabei ergab sich für die Psychopathologie eine Reduktion auf $g = 0.49$ (95% KI [0.35, 0.63]); für die psychische Belastung blieb der Effekt stabil ($g = 0.41$, 95 % KI [0.25, 0.56]).

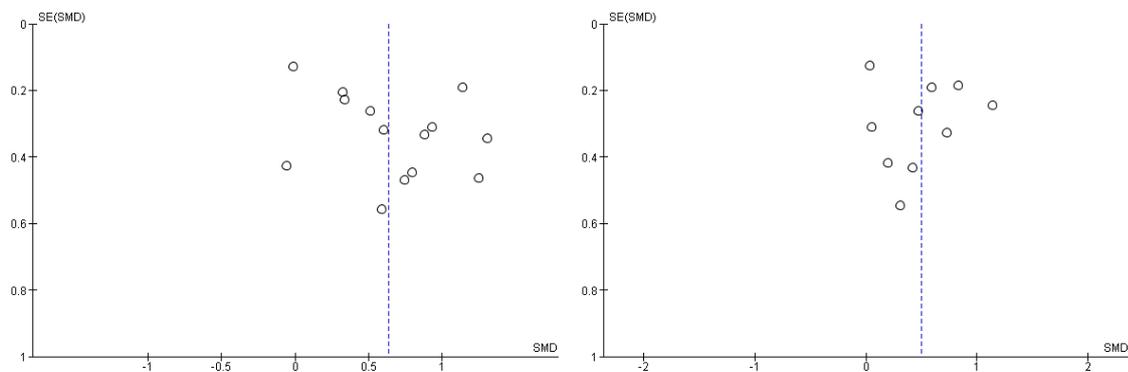


Abbildung 11: Funnel Plots für die Dimensionen Psychopathologie (links) und psychische Belastung (rechts)

4 Diskussion

In diesem Abschnitt werden die statistischen Ergebnisse in die bestehende Empirie zur Wirksamkeit von Psychotherapie eingeordnet. Dabei bieten bezüglich der primären Ergebnisvariablen insbesondere die Subgruppenanalysen großen Anlass zu Diskussion. Es schließt sich die Interpretation der katamnestischen Ergebnisse an. Daraufhin werden die Hinweise auf Publikationsbias und mögliche Schwächen dieser Untersuchung thematisiert. Abschließend soll auf mögliche weitere Forschung eingegangen werden.

4.1 Diskussion der Ergebnisse in den primären Ergebnisvariablen

Die Wirksamkeit der KPT konnte auf den Dimensionen Psychopathologie und psychische Belastung untermauert werden. Damit ist ein erster quantitativer Effektnachweis für diese Therapieform erfolgt. Bei starker Heterogenität ließen sich als mögliche moderierende Faktoren insbesondere die Diagnose, die Art der KG, die Dosis der Intervention sowie die Beurteilungsperspektive identifizieren. Hingegen konnte entgegen früherer Forschung für eine Abhängigkeit von der Studienqualität kein Hinweis gefunden werden.

4.1.1 Zusammenfassung und Einordnung der Effekte für Psychopathologie und psychische Belastung

In Bezug auf die Psychopathologie und die psychische Belastung konnte die Hypothese, dass die KPT einen Behandlungsvorteil bedingt, gestützt werden. In beiden Bereichen zeigt sich der differentielle Effekt zu den jeweiligen Veränderungen der KG signifikant; für die Psychopathologie lag der Effekt im mittleren Bereich, für die psychische Belastung im kleinen. Dies entspricht einer Number Needed To Treat (NNT) von 4 bis 5 Patienten (Wampold, 2015, S. 70). Vor dem Hintergrund der klinischen Variabilität der in diesem Therapiefeld angewandten Techniken ist es bemerkenswert, dass ein solcher Effekt übergreifend festgestellt werden konnte. Dieser liegt im Bereich der für verwandte Therapieverfahren gefundenen Effekte: So berichten Koch et al. (2014) in ihrer eingangs erwähnten Metaanalyse zur Tanz- und Bewegungstherapie (vgl. Abschnitt 1.4.5) Effekte zwischen 0.34 und 0.46 für den Bereich Symptomatologie, wobei auch nicht randomisierte Studien eingeschlossen waren. Für achtsamkeitsbasierte Verfahren zeigten Strauss et al. (2014) in randomisierten Studien einen signifikanten

Effekt von 0.73 in der Reduktion depressiver Symptomatik, während der Unterschied für die Angststörung nicht signifikant wurde ($g = 0.55$). Die Autoren verweisen darauf, dass ein kurzes Training nicht ausreichen könne, um zu lernen, die beabsichtigte Konfrontation mit den als unangenehm empfundenen Gedanken auszuhalten.

Damit liegen die Effektstärken der primären Ergebnisvariablen unterhalb des für Psychotherapie im Allgemeinen angenommenen Werts von 0.80 (Wampold, 2015, S. 94, vgl. Abschnitt 1.4.1). Bei letzterem handelt es sich allerdings um die Schätzung eines absoluten Effekts gegenüber einer Vergleichsgruppe ohne Behandlung. Eine Ursache für den geringen Ausfall könnte sein, dass tatsächlich inhaltlich unterschiedliche Effekte zusammengefasst wurden. Um darüber Aufschluss zu gewinnen, wurden Subgruppenanalysen unternommen, die in 4.1.2 zusammengefasst und interpretiert werden.

In Bezug auf die Innergruppeneffekte ist hervorzuheben, dass auch die KG in beiden primären Ergebnisvariablen eine signifikante Verbesserung zwischen Prä- und Postzeitpunkt aufwies, was die Größe eines differentiellen Effekts vermindert haben mag. Für die Psychopathologie war auch dieser Effekt noch heterogen, was eine Unterschiedlichkeit der KG nahelegt (vgl. Abschnitt 4.1.2.1). Dass die Differenz der Innergruppeneffekte nicht genau den Zwischen-Gruppen-Effekt widerspiegelt, ist auf zwei Gründe zurückzuführen: Zum einen führt die Aufteilung der Stichprobengröße zu einer leicht verzerrten Schätzung der Effekte (vgl. Abschnitt 2.3.4), zum anderen wurden die M und SD aus den Studien im Rahmen der z -Transformation und Dateneingabe gemittelt, nicht nach Umfang der Teilnehmer in den einzelnen Bedingungen gepoolt.

4.1.2 Integration unterschiedlicher Effekte? – Diskussion der Subgruppenanalysen

Trotz der Annahme eines random-effects-Modells waren die Effekte in den primären Ergebnisvariablen sehr heterogen. Die deshalb unternommenen Subgruppenanalysen werden im Folgenden diskutiert. Sie können auch Hinweise darauf geben, warum die Effekte etwas niedriger ausfallen als erwartet. Aufgrund ihres explorativen Charakters einer post-hoc-Analyse haben sie einen deskriptiven Charakter und sollen das methodische Vorgehen in Bezug auf folgende Metaanalysen schärfen.

4.1.2.1 Wer wird mit wem verglichen?

Diagnose

Bei Differenzierung der Effekte nach der Diagnose der Teilnehmer erscheint die KPT für affektive und somatoforme Störungen effektiver als für die Schizophrenie. Es ist zu berücksichtigen, dass auf der Dimension Psychopathologie naturgemäß sehr unterschiedliche Instrumente zusammengefasst wurden, die zwar durch Standardisierung statistisch vergleichbar sein, den Schweregrad der Symptome allerdings nicht einheitlich abbilden mögen.

Der gefundene kleinere Effekt für die Schizophrenie lässt sich auch für andere psychotherapeutische Verfahren nachvollziehen. Hazell, Hayward, Cavanagh, und Strauss (2016) berichten einen Effekt von 0.46 für Kurzzeit-Verhaltenstherapien. Orfanos, Banks, und Priebe (2015) konnten in einer Metaanalyse zu Gruppenpsychotherapien eine signifikante Reduktion im Sinne eines kleinen Effekts (0.37) der Negativsymptomatik im Vergleich zu treatment-as-usual finden. Im Vergleich mit aktiven Kontrollbedingungen (Diskussionsrunden, Beratungsgespräche u.a.) zeigte sich die Gruppenpsychotherapie allerdings nicht überlegen. Niemeyer, Musch, und Pietrowsky (2012) reevaluierten vorhandene Metaanalysen zur Schizophrenie bezüglich ihres Publikationsbias und geben kleine, stabile Effekte für die kognitive Verhaltenstherapie und die Familientherapie (mit Psychoedukation) an. Zum Vergleich finden Barth et al. (2013) moderate (0.62) bis große Effekte (0.92) verschiedener Verfahren für die Depression im Vergleich zu Wartekontrollgruppen. Cuijpers, Andersson, Donker, und van Straten (2011) schätzen den Effekt etwas kleiner.

Vor dem Hintergrund der mit anderen Verfahren vergleichbaren Effekte in den jeweiligen Diagnosegruppen stellt sich einmal mehr die Frage, wie sich störungsspezifische Interventionen in der KPT realisieren lassen. Unter der Annahme, dass das Körpererleben selbst pathologisch verändert ist, sollte eine darauf zielende Intervention besonders wirksam sein. Dazu ist zum einen die Schizophrenie wegen der offenkundigen Störung des Gefühls der Körperintegrität prädestiniert (vgl. Röhrich, 2012). Allerdings ergibt sich bisher, wie bei der Gruppenpsychotherapie (s.o.), nur ein Effekt auf die Negativsymptomatik (Röhrich & Priebe, 2006), der in einem Multicenter-Setting nicht stabil war (Priebe et al., 2016). Interessanterweise legt eine Reanalyse nahe, dass Frauen im Gegenteil zu Männern sehr wohl in ihrer Expressivität profi-

tieren (Savill et al., 2017). Zum anderen bieten sich aufgrund der notwendig vorliegenden Körperschemastörung Essstörungen an. Hierzu konnte allerdings nur eine Studie (Boerhout et al., 2015) eingeschlossen werden, was den Mangel an RCT zur differentiellen Prüfung ausdrückt.

Kontrollgruppe

In puncto Psychopathologie zeigte sich, dass der Inner-Gruppen-Effekt in den KG größer ausfiel, wenn darin der Körper Mittelpunkt einer Alternativbehandlung war. Dabei musste es sich nicht unbedingt um eine KT im in Abschnitt 1.2.4 definierten Sinn handeln. Er war in seiner Größe mit den Effekten in den KPT vergleichbar. Für die psychische Belastung ergab sich kaum ein Unterschied. Bei den KG handelte es sich um Pilates (Priebe et al., 2016), Massage (Price, 2005), Nordic Walking (Heimbeck & Hölter, 2011) und Gymnastik (Nickel et al., 2006). Der gefundene Unterschied unterstreicht allemal die Annahme, dass die Arbeit mit dem Körper psychisches Leid lindern kann. Eine aktuelle Metaanalyse zu körperlichem Training (Kvam, Kleppe, Nordhus, & Hovland, 2016) konstatiert einen mittleren Effekt auf Depressivität, der in seiner Größe dem von Psychotherapie entspreche. Für Angstsymptome konnten Bartley, Hay, und Bloch (2013) dies allerdings nicht bestätigen. In Bezug auf KT im strengeren Sinn berichten Klatt, Pabst, Beelmann, und Rosendahl (2016) einen Vorteil von Yoga gegenüber Training von 0.3 sowie in Kombination mit Medikation einen mit Psychotherapie vergleichbaren Effekt in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Für Massage präsentieren bspw. Moyer, Rounds, und Hannum (2004) einen Effekt auf Depression von 0.62 und Angstsymptomatik von 0.75. Interessanterweise fiel für die Psychopathologie auch in den KPT, in deren KG der Körper im Mittelpunkt stand, der Effekt deutlich höher aus. Dies kann einerseits als Hinweis gedeutet werden, dass die hier angewandten Methoden besonders wirksam waren, andererseits für eine unsystematische Anwendung von Elementen der KPT auch in den KG sprechen. Dass sich in Bezug auf die psychische Belastung kaum Unterschiede zeigten, könnte Ausdruck davon sein, dass die neue Form des Erlebens, die auch in der KT ermöglicht wird, die störungsdefinierenden Symptome zwar reduziert, aber mit aversiven Gefühlen einhergeht.

Die Tatsache, dass der Effekt der aktiven KG dem einiger KPT ebenbürtig war, sowie die angeführten Ergebnisse zu KT werfen die Frage der Wirksamkeitsspezifität der KPT auf. Strauss et al. (2014) präsentieren einen ebensolchen Unterschied des Effekts von achtsamkeitsbasierten Verfahren im Vergleich zu aktiven und inaktiven KG. Dabei ist aus der Psychotherapieforschung bekannt, dass deren Konzeption die Effektgröße beeinflusst. Lambert und Bergin

(1994, S. 150) berichten einen über Metaanalysen unterschiedlicher Therapieformen gemittelten Effekt von Psychotherapie von 0.82 gegenüber keiner Intervention und von 0.48 gegenüber einer Placebo-Kontrollgruppe. Insbesondere zeigen Wartegruppen größere Effekte als care-as-usual²⁸ (Cuijpers, Andersson, et al., 2011). Das zentrale Dilemma besteht darin, die KG in allen Faktoren außer dem theoretisch begründeten psychologischen Wirkfaktor vergleichbar zu machen, also eine dem medizinischen Placebo vergleichbare, inerte Bedingung zu konzipieren. Ein solches psychologisches Placebo erscheint schwer zu konzipieren, insbesondere da es sich von der psychotherapeutischen Behandlung immer unterscheiden würde. Denn wenn es sich nicht unterscheidet, ist anzunehmen, dass es ebenso einen therapeutischen Effekt hätte (vgl. Wampold, Frost, & Yulish, 2016).

Baskin, Tierney, Minami, und Wampold (2003) fanden, dass Psychotherapie keine Überlegenheit gegenüber gleichartig strukturierten Placebogruppen, d.h. solchen mit derselben Dosis, im selben Format, unter der Leitung eines erfahrenen Therapeuten mit der Gelegenheit der Teilnehmer zum verbalen Austausch zeigt. Dies hebt die allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie hervor, was ihre Rolle als sehr wohl wirksames Placebo beschreiben lässt (Wampold et al., 2016). Auf den Unterschied von KPT zu KT übertragen, stellt sich die Frage, ob eine ausreichend strukturierte KT den angenommenen Wirkfaktor *embodied mind* (vgl. Abschnitt 1.3.3) ebenso gewährleistet.

4.1.2.2 Unterschiedliche Rahmenbedingungen?

Format

Auch für den Moderator Format ergab sich deskriptiv kein Unterschied von Einzel- und Gruppentherapie bezüglich Effektivität. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Cuijpers, Clignet et al. (2011) für die stationäre Psychotherapie bei Depression, denen von Karyotaki et al. (2016) für Kurzzeitpsychotherapien und denen von Lange und Petermann (2013) für affektive Störungen. Saks, Cohen, Srihari, und Woods (2009) finden hingegen für Psychosen einen Vorteil von Gruppeninterventionen.

²⁸ Die Ergebnisse von Watts, Turnell, Kladnitski, Newby, und Andrews (2015) sprechen dafür, dass diese Bedingung häufig nicht ausreichend definiert wird und folglich eine große Variabilität zwischen den Studien aufweist.

Vor dem Hintergrund, dass die KPT ihrem Selbstverständnis gemäß auf Interaktion beruht, mag es erstaunlich sein, dass die Gruppentherapie durch vermeintlich mehr und diversere Kommunikationsgelegenheiten keinen Vorteil zeigte. Andererseits lässt sich für die Einzeltherapie anführen, dass die Beziehung zum Therapeuten und dessen professionelles Eingehen auf (unbewusste) Interaktionsangebote des Patienten entscheidender ist als körperliche Kommunikation per se (vgl. Abschnitt 1.2.3).

Dosis der Intervention

Der Einfluss der Dosis der Intervention wurde mit einbezogen, da sie, wie deskriptiv ersichtlich war, zwischen den Studien stark divergierte. KPT-Interventionen mit geringerer Dosis gingen mit einer stärkeren Symptomreduktion einher als solche mit höherer. Für die Interpretation ist relevant, dass die geringere Dosis mit einem kürzeren Abstand zur Postmessung einherging (5 - 9 Wochen) als die höhere (10 - 60 Wochen, vgl. Tabelle 4 im Anhang). Für die Psychopathologie zeigte sich so auch in den KG ein leichter Vorteil des kürzeren Abstands.

Im Vergleich verzeichnen Cuijpers, Clignet et al. (2011) bei stationären Patienten keinen Unterschied des Effekts zwischen sechs bis neun Stunden Therapie und einer längeren Therapie. Auch Karyotaki et al. (2016) berichten in ihrer Metaanalyse zum Langzeiteffekt von Kurzzeitpsychotherapien in einem gemischt stationär-ambulanten Setting keinen Zusammenhang zwischen Anzahl an Therapiestunden und Therapieeffekt. Allerdings stellen sie in Subgruppenanalysen fest, dass Booster-Sitzungen nach Beendigung der Therapie einen signifikanten Vorteil bewirkten.

Vor dem Hintergrund der Zeitspanne von 5 - 9 Wochen zwischen Prä- und Postmessung in den niedrig dosierten Interventionen könnte deren besseres Abschneiden in der Periodizität psychischer Erkrankungen begründet sein. Beispielsweise dauert eine erste *unbehandelte* Depressionsepisode durchschnittlich 2-3 Monate an (Wittchen & Hoyer, 2006, S. 737), sodass der Messzeitpunkt der kurzen Interventionen bzw. ihrer KG schlichtweg sehr günstig gewählt gewesen sein könnte. Im Umkehrschluss könnte, bei meist rezidivierenden Verläufen, zum Zeitpunkt der Postmessung der hochdosierten Interventionen bereits eine neue Episode begonnen haben. Insbesondere die Schizophrenie, die ausschließlich in der Gruppe von Studien mit hoher Dosis vertreten war, bietet selten symptomfreie Intervalle (Wittchen & Hoyer, 2006, S. 685).

Darüber hinaus könnte es sich bei den niedrig dosierten Interventionen eher um übungszentrierte bzw. spannungsreduzierende Verfahren, die eine Entlastung mit sich bringen (vgl. Abschnitt 1.3), gehandelt haben. Demgegenüber haben konfliktorientierte Verfahren das explizite Ziel, auch negative Empfindungen zu fördern. Dies könnte vor dem Eintreten von Bewältigung bzw. Akzeptanz als besonders unangenehm erlebt werden. Hier ist eine Konfundierung mit der Beurteilungsperspektive zu prüfen.

Um als weiteren Aspekt den Schweregrad der Erkrankung zu bedenken, sei auf einen Konflikt der Therapieforschung verwiesen. Lange Zeit war das Dose-effect-Modell nach Howard, Kopta, Krause, und Orlinsky (1986) in der Psychotherapieforschung vorherrschend, nach dem es einen positiven Zusammenhang zwischen Anzahl der Therapiesitzungen und Effekt gibt. Der Zusammenhang wird als kurvilinear angenommen, da der Zuwachs an Verbesserung abnehme. Demgegenüber postuliert das Good-Enough-Level-Modell, dass in Gruppen mit *gleicher* Gesamtbehandlungsdosis die Veränderung linear zunimmt. Eine natürliche, d.h. von Patient und Therapeut so gewählte niedrige Dosis sei dabei mit schneller Veränderung assoziiert, während eine höhere mit einer langsameren Verbesserung einhergehe (Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen, & Nielsen, 2009; Falkenström, Josefsson, Berggren, & Holmqvist, 2016). Die Rate der Veränderung und das daraus folgende Bedürfnis nach Therapieeinheiten sei also nicht für jeden Patienten gleich. Obwohl die derzeitige Datenlage nicht eindeutig ein Modell stützt (Stulz, Lutz, Kopta, Minami, & Saunders, 2013), lässt sich ableiten, dass der Schweregrad der Erkrankung den Unterschied in diesem Moderator beeinflusst haben könnte. So könnte den Gesamteffekt verzerrt haben, dass eher milder betroffene Patienten in niedrig dosierten Therapien behandelt wurden, schwerer Betroffene in höher dosierten Interventionen. Auch mangels Einschätzung vonseiten der Studienautoren wurde der Schweregrad im Rahmen dieser Untersuchung leider nicht erfasst. Zudem sollte bedacht werden, dass die Dosis der Therapie und die Therapiedauer, wie auch hier geschehen, häufig gleichgesetzt werden, was in der Praxis nicht zutreffen muss und die Erforschung möglicher Inkubationseffekte verhindert.

Land der Durchführung

Psychopathologie und psychische Belastung nahmen deskriptiv durch eine KPT-Behandlung in den deutschen Studien stärker ab als in den angloamerikanischen. Für die Behandlung der Depression fanden Cuijpers, Andersson et al. (2011) und Cuijpers, Clignet et al. (2011) keinen solchen Unterschied zwischen den USA und Europa. Zur Klärung des Unterschieds in dieser

Untersuchung kommt deskriptiv die Konfundierung durch den Moderator Dosis der Intervention in Betracht. Es ist auffällig (vgl. Tabelle 4 des Anhangs), dass es sich bei den aus Deutschland eingeschlossenen Studien eher um niedrig dosierte, die einen größeren Effekt verbuchten (s.o.), bei den angloamerikanischen eher um hoch dosierte handelte.

Interessanterweise nahm die psychische Belastung in den KG in Studien aus Deutschland etwas weniger ab als in angloamerikanischen. Es ist denkbar, dass in Deutschland eine größere Anspruchshaltung gegenüber Vertretern des Gesundheitssystems besteht, den eigenen Leidensdruck zu lindern. In den USA mag diese – bei Fehlen einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht und der damit einhergehenden Sicherheit – weniger ausgeprägt sein.

4.1.2.3 Qualität der Studien

Die Gegenüberstellung anhand des Erscheinungsjahrs ergab, dass die vor 2011 durchgeführten Studien sowohl in den KPT als auch in den KG größere Effekte erzielten als solche, die danach durchgeführt wurden. Dabei war die Spannbreite mit etwa 10 Jahren gering. Das Ergebnis ist mit der Feststellung eines zeitlichen Abwärtstrends der Effektstärken für die kognitive Verhaltenstherapie vereinbar (Johnsen & Friborg, 2015). Dieser wird häufig mit der Durchsetzung strengerer Qualitätsmaßstäbe begründet und eine negative Korrelation von Effektstärke und Erscheinungsjahr auch als Hinweis auf Validität herangezogen (Kocsis et al., 2010). Der deskriptive Unterschied anhand des zeitlichen Verlaufs spricht auch in dieser Untersuchung für eine Überschätzung des Effekts in früheren Studien.

Die Abnahme schlug sich allerdings im verwendeten Quality Assessment nach Moncrieff et al. (2001) nicht nieder. Zudem ergab sich in der Subgruppenanalyse bezüglich Studienqualität schon deskriptiv kein Unterschied der Effekte der beiden Gruppen. Dieses Ergebnis widerspricht dem Befund von Moher et al. (1998), dem gemäß methodisch weniger gute Studien höhere Effekte erzielen als solche mit besserer Qualität. Die Autoren verwendeten eine Skala mit nur fünf, überwiegend formalen Kriterien (u.a. Randomisierung, Verschleierung der Zuteilung der Teilnehmer, doppelte Verblindung). Entgegen früherer Befunde (Smith & Glass, 1977) nehmen Cuijpers, van Straten, Bohlmeijer, Hollon, und Andersson (2010) auch für die Psychotherapie einen Unterschied von etwa 0.5 zwischen den Effektstärken besserer und schlechterer Studien an. Als Qualitätsmaß verwendeten sie ein selbst entwickeltes, das auf dem

Cochrane-eigenen Instrument (Higgins & Green, 2011, Abschnitt 8.5) und Kriterien für Psychotherapie nach Chambless und Hollon (1998) basierte, und bewerteten nur solche Studien als gut, die alle Kriterien erfüllten. Higgins und Green (2011, vgl. Abschnitt 8.3.3) kritisieren an der Verwendung von Skalen wie der hier verwendeten, dass eine Gewichtung von Items schwierig sei. In einer Untersuchung einzelner Komponenten stellten Moher et al. (1998) nämlich fest, dass die Verschleierung der Zuteilung einen besonderen Einfluss auf den Effekt hat. Wie Tabelle 3 des Anhangs zu entnehmen ist, unterscheiden sich die hier eingeschlossenen Studien augenscheinlich insbesondere in diesem Kriterium sowie in der vorausgehenden Power-Analyse und in der Anwendung einer intention-to-treat-Analyse. Folglich ist neben einem Summenwert die besondere Betrachtung dieser methodischen Aspekte anzuraten.

Dass sich der differentielle Effekt der Studienqualität in der vorliegenden Untersuchung nicht zeigte, könnte folglich in der Wahl des Beurteilungsinstruments begründet liegen. Dessen Gütekriterien fielen nicht hoch aus, was durch die Tatsache, dass SR die Einschätzung allein vornahm, aggraviert wird. Eine zusätzliche Einschränkung der Objektivität liegt darin, dass die Begutachtung anhand des Berichts der jeweiligen Autoren erfolgt. Dabei kann z. B. die adäquate Durchführung einer Randomisierung nicht geprüft werden, was die Notwendigkeit einer einheitlichen Berichterstattung unterstreicht (Moher, Schulz, & Altman, 2001). Kritisch hervorzuheben ist zudem die Form der Beurteilung einer intention-to-treat-Analyse im verwendeten Instrument. Dieses Kriterium wird am Einschluss von 95% der Teilnehmer in die statistische Analyse festgemacht. Folglich kann es dazu kommen, dass Studien, die unter bestimmten Modellannahmen nur beobachtete Werte in die Analyse einschließen, benachteiligt werden, weswegen White, Carpenter, und Horton (2012) den notwendigen Einschluss aller randomisierten Teilnehmer anzweifeln. Zum hier erfolgten Vorgehen ist zudem kritisch anzumerken, dass die Studien in der vorliegenden Untersuchung anhand des Medians des Summenscores in zwei Hälften geteilt wurden. Um möglichst wenig Information zu verlieren, ist eine Überprüfung des Einflusses im Rahmen eines Regressionsmodells anzuraten.

Trotz der berichteten Einschränkungen bietet das Quality Assessment nach Moncrieff et al. (2001) differenziert methodische Informationen zu den eingeschlossenen Studien. Hervorzuheben ist, dass nur zwei von ihnen Nebenwirkungen der durchgeführten Behandlung darstellten und nur fünf auf die Compliance der Teilnehmer eingingen.

4.1.2.4 Wie wird Wirksamkeit erfasst?

In Selbstbeurteilungsmaßen in den KPT zeigte sich eine größere Verbesserung als in Fremdbeurteilungsmaßen für beide primären Ergebnisvariablen. Beim Vergleich mit der bestehenden Empirie kann der beschriebene Effekt nicht nachvollzogen werden. So fanden Vittengl, Clark, Kraft, und Jarrett (2005) in Bezug auf Depression keinen signifikanten Unterschied zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungsmaßen. Morlan und Tan (1998) fanden eine signifikante Korrelation zwischen den Gesamtscores der Brief Psychiatric Rating Scale, einem Fremdbeurteilungsmaß, und dem BSI, einem auch in diese Untersuchung eingegangenen Selbstbeurteilungsmaß, und schließen daraus, dass die Maße alternativ verwendet werden können.

Der hier berichtete Unterschied spricht hingegen dafür, dass durch die zwei Beurteilungsperspektiven nicht redundante Information erfasst wird. Er kann auf die erlebnisaktivierende bzw. -intensivierende Wirkung der KPT hindeuten (vgl. Abschnitt 1.3.3). Diese mag sich zunächst auf Ebene des Leibs zeigen und (noch) nicht für Außenstehende merklich sein (vgl. Abschnitt 1.2.3). Auch könnte die diskrepante Wahrnehmung Ausdruck allgemeiner Therapieeffekte wie der Vermittlung von Hoffnung und eines Handlungsrepertoires sein (Wampold, 2015, S. 209; Wampold et al., 2016).

4.2 Diskussion der Ergebnisse in den sekundären Ergebnisvariablen

In den sekundären Ergebnisvariablen ergaben sich in der vorliegenden Untersuchung sehr unterschiedliche Effekte: Während sich für das Coping ein großer Effekt ergab, konnte für die Bereiche Lebensqualität und Körpererleben keine Verbesserung gezeigt werden. In Bezug auf interpersonelle Schwierigkeiten ließ sich ein kleiner Effekt verbuchen, der jedoch nicht signifikant wurde. Die Befunde werden im Folgenden in Forschungsergebnisse anderer Therapieverfahren eingeordnet.

Coping

Cramer (1998) versteht unter Coping Mechanismen der Anpassung, die eine Stressreduktion zum Ziel haben. Klassischerweise werden konstruktive Strategien von maladaptiven unterschieden. Im Bereich Coping wurde in der vorliegenden Metaanalyse ein großer Zwischen-

Gruppen-Effekt erzielt, der auf einer Verbesserung der KPT beruhte. Bei nur drei eingeschlossenen Studien und folglich 192 Probanden ist allerdings die Generalisierbarkeit stark eingeschränkt. Dabei verwendeten zwei Studien die gleiche Skala STAXI (bzw. SECS), sodass die inhaltliche Vergleichbarkeit gegeben erscheint. Auch statistisch fiel der Effekt im Unterschied zu denen der primären Ergebnisvariablen homogen aus, was mit auf die eingeschränkte Studienlage zurückzuführen sein könnte. Gleichwohl kann die Größe des Effekts im Vergleich zu den beiden primären Ergebnisvariablen einen Hinweis auf einen zeitlichen Verlauf geben: Die Änderung der Emotionsregulation und die Erweiterung von Handlungsstrategien könnten durch die KPT getriggert werden und der manifesten Symptomreduktion vorausgehen.

Für den Zusammenhang zwischen Copingstilen und psychischer Gesundheit liegen einige Metaanalysen vor. So fassten bspw. Dempster, Howell, und McCorry (2015) bestehende Empirie zum Zusammenhang der Wahrnehmung einer körperlichen Erkrankung und psychischen Symptomen zusammen und stellen Vermeidungsstrategien als stärksten Prädiktor für Depressivität, Ängstlichkeit und Lebensqualität heraus. Sie kritisieren den Mangel einer guten Definition und folglich an Empirie zu positivem Coping. Demgegenüber spricht die Übersichtsarbeit von Kvillemo und Bränström (2014) dafür, dass bei Krebspatienten nicht nur vermeidende Mechanismen mit negativem Affekt einhergehen, sondern auch aktive bzw. positive mit größerem Wohlbefinden. Sie konstatieren kleine bis mittlere Effektstärken. In diesem Zusammenhang sind die Befunde von Moritz et al. (2016) interessant, die darauf hinweisen, dass der Abbau maladaptiven Copings psychopathologische Symptome mehr reduziert als die Förderung von adaptiven. So erscheint es bspw. fraglich, Skalen, die Ärgerexternalisierung und -internalisierung messen, zusammenzufassen, wie in dieser Untersuchung geschehen (vgl. Abschnitt 2.1.4). Denn dazu müssten die Mechanismen gegensätzliche Pole einer Skala bilden.

Für die Frage der Beeinflussbarkeit von Coping durch Psychotherapie lassen sich weniger metaanalytische Belege finden. So konstatieren bspw. Guan et al. (2016) positive Effekte von Psychotherapie auf die Copingstile von Krebspatienten, ohne eine quantitative Analyse anführen zu können. Van der Heijden, Abrahams, und Sinclair (2017) berichten in ihrer Metaanalyse zu verhaltenstherapeutischen Gruppeninterventionen bei HIV-Patienten von fünf Studien, die Copingvariablen erhoben haben. Sie konnten keinen Effekt der Therapie feststellen. Einzelstudien sprechen allerdings für eine Verbesserung des Copingstils durch ein dialektisch-behaviorales Skills Training (Kramer, 2016) und für den Abbau unproduktiver Strategien durch eine

kurze psychiatrische Therapie sowie deren Mediation des Langzeitergebnisses (Kramer et al., 2017). Dies legt die Deutung von Coping als Prozessvariable nahe, was durch die Zusammenführung in Metaanalysen zu belegen ist.

Lebensqualität

Im Bereich Lebensqualität ergab sich in der vorliegenden Untersuchung bereits deskriptiv kein Unterschied zwischen KPT und KG bei fünf auf dieser Dimension eingeschlossenen Studien. Demgegenüber berichten Koch et al. (2014) einen Effekt von 0.37 für die Tanz- und Bewegungstherapie und Driessen et al. (2015) einen Effekt von 0.49 in Bezug auf psychodynamische Kurzzeittherapie. Kamenov, Twomey, Cabello, Prina, und Ayuso-Mateos (2016) leisten eine aktuelle Metaanalyse für gängige psychotherapeutische Verfahren und berichten einen kleinen Effekt von 0.35 auf die Lebensqualität bei Depression.

Als Erklärung für das Ausbleiben eines Unterschieds in der vorliegenden Untersuchung fällt bei näherer Betrachtung der eingegangenen Studien auf, dass der gemeinsame Effekt durch zwei Studien mit Patienten mit Schizophrenie zustande kommt. Im Unterschied dazu zeigten die Vergleiche bei Patienten mit Depression, Angst und somatoformen Störungen erwartungsgemäß kleine Effekte. Es könnte sein, dass sich der Therapieerfolg also in Abhängigkeit von der Diagnose in der Lebensqualität niederschlägt und/oder in Abhängigkeit der Chronizität einem unterschiedlichen zeitlichen Verlauf unterliegt (vgl. Abschnitt 4.3).

Körpererleben

Im Bereich Körpererleben konnte entgegen der theoretischen Überlegungen kein Effekt gezeigt werden. Bei vier eingegangenen Studien ist wiederum die Generalisierbarkeit eingeschränkt. Auffällig ist, dass keine der betrachteten Studien einen Effekt feststellte, wobei je für zwei Studien dieselben Skalen mit in die Erfassung des Konstrukts eingingen (BDQ von Fisher, 1970; SBC nach Price & Thompson, 2007 mit BIS nach Orbach & Mikulincer, 1998).

Auch in diesem Bereich mangelt es an Integration der Befunde in Metaanalysen. Koch et al. (2014) konstatieren allerdings für die Tanz- und Bewegungstherapie einen immerhin kleinen Effekt von 0.27 auf der Dimension Körperbild. Zudem gewinnt das Körpererleben als Prozessvariable an Bedeutung (Junne et al., 2016).

In diesem Zusammenhang ist die Unterscheidung in Körperschema und Körperbild von Gallagher (2005) hilfreich. Das Körperschema beschreibt die Gesamtheit sensomotorischer Prozesse, die es uns erlaubt, unreflektiert in der Welt zu agieren. Das Körperbild hingegen ist das Ergebnis von Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Körpers aus einer reflektierten Perspektive (Gallagher, 2005, S. 24ff.). Eine mögliche Erklärung für das Ausbleiben eines Effekts könnte sein, dass in der vorliegenden Untersuchung Skalen, die unterschiedliche Bereiche des Körpererlebens messen (vgl. Tabelle 1), zusammengefasst wurden. Aus theoretischer Sicht sollte die KPT zwar auf alle wirken, könnte dies aber bspw. mit unterschiedlichem Zeitmaßstab oder Ausmaß tun. Dabei erscheint bspw. eine Erfassung des Körperschemas durch explizite Fragebogendiagnostik nicht adäquat. Es besteht Bedarf, implizite bzw. projektive Maße oder auch Klassifikationen zur Verhaltensbeobachtung (Lausberg, 1998) zu entwickeln und vermehrt einzusetzen.

Interpersonelle Schwierigkeiten

Im Bereich interpersoneller Schwierigkeiten konnte – im Sinne einer Verbesserung – ein kleiner Effekt von 0.32 erzielt werden, der knapp nicht signifikant wurde. Es bietet sich wiederum der Vergleich mit Koch et al. (2014) an, die einen signifikanten Effekt von 0.45 mit vergleichbaren Maßen berichten. Orfanos et al. (2015) berichten, dass die Hälfte der eingeschlossenen Studien zur Gruppentherapie bei Schizophrenie eine signifikante Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus nachweisen. Für die stationäre psychotherapeutische Behandlung in Deutschland finden Liebherz und Rabung (2013) im Inner-Gruppen-Vergleich einen kleinen Effekt von 0.36 im sozialkommunikativen Bereich. Deutlich höher (0.74) fällt der Effekt allein in einer Metaanalyse für psychodynamische Kurzzeittherapien aus (Driessen et al., 2015). Insgesamt ist die zusammenfassende Evidenz für diese Dimension eingeschränkt.

Es ist davon auszugehen, dass auch die KPT einen Effekt in diesem Bereich erzielen kann, dieser aber mangels Studien nicht signifikant wurde. Bei genauer Betrachtung fällt auf, dass der Effekt in drei von vier Studien klein bis mittelgroß ausfiel. Die vierte Studie (Lahmann et al., 2010) nivellierte dies durch einen leicht gegenteiligen Effekt, der interessanterweise als einziger auf einem Fremdbeurteilungsmaß (Beeinträchtigungsschwere-Score nach Schepank, 1995) basiert. Es wäre daher möglich, dass in diesem Bereich Außen- und Innenperspektive stark divergieren und in vorherigen Studien vor allem Selbstbeurteilungsmaße verwendet

wurden. Außerdem wäre für die Dimension, bei ausreichender Studienlage, eine Unterscheidung in Einzel- und Gruppentherapie interessant.

4.3 Stabilität der Effekte – Diskussion der katamnestischen Effekte

Zur katamnestischen Erhebung reduzierte sich der Effekt im Bereich Psychopathologie auf ein kleines Niveau, während er im Bereich psychische Belastung auf diesem konstant blieb. Beide Effekte waren weiterhin signifikant. Allerdings ist im Bereich Psychopathologie eine signifikante Abnahme zu konstatieren. Erstaunlicherweise nahm der Effekt in puncto Lebensqualität hingegen leicht zu, ohne signifikant zu werden. Karyotaki et al. (2016) berichten in ihrer Metaanalyse für Kurzzeit-Psychotherapie im Bereich Angst und Depression einen Effekt von 0.25²⁹ sechs Monate oder länger nach Randomisierung, der im Verlauf signifikant abnahm. In Bezug auf die Lebensqualität berichten sie von einem kleinen signifikanten Effekt. Demgegenüber konstatieren Cuijpers et al. (2008) bei einem Beobachtungszeitraum über zwei Jahre keine signifikante Abnahme der Effekte in einem breiten Spektrum psychotherapeutischer Interventionen. In ihrer Untersuchung psychodynamischer Kurzzeittherapien berichten auch Driessen et al. (2015) von stabilen Effekten zwischen Post-Behandlungszeitpunkt und katamnestischer Erhebung nach 6 Monaten. Folglich ist bezüglich der zeitlichen Stabilität im Vergleich zu anderen therapeutischen Verfahren keine eindeutige Einschätzung möglich. Erschwerend kommt bei der Zusammenfassung katamnestischer Erhebungen die Tatsache unterschiedlicher Zeitspannen sowie die divergierende Handhabung weiterer Therapieeinheiten zum Tragen.

²⁹ Es wird ein *OR* von 1.58 (für Therapien ohne zusätzliche Behandlung nach der Akutphase) berichtet, das in eine *SMD* umgerechnet wurde (vgl. Higgins & Green, 2011, Abschnitt 9.4.6).

4.4 Einschränkungen und Grenzen

In diesem Abschnitt sollen Einschränkungen und Grenzen der vorliegenden Arbeit aufgezeigt werden. Dabei wird zunächst die Möglichkeit eines Publikationsbias diskutiert. Es schließt sich die Beurteilung optionaler methodischer Schwächen an.

4.4.1 Einschätzung von Publikationsbias

Zur Einschätzung des Vorliegens eines Publikationsbias kann zunächst die Variation des Effekts in Abhängigkeit von der Stichprobengröße als indirekter Hinweis betrachtet werden. So würde eine Zunahme des Effekts in Studien mit kleinen Stichproben nahelegen, dass Studien mit gleicher Teilnehmerzahl, die keinen oder einen negativen Effekt zeigten, nicht publiziert wurden (vgl. Abschnitt 2.3.8.2). In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich eine dezente Zunahme des Effekts in teilnehmerreichen Studien, was eher gegen die Annahme einen Bias spricht (vgl. Borenstein, 2009, S. 282). Auch die Betrachtung der Funnel Plots (vgl. Abschnitt 3.2.5) gibt auf den ersten Blick bei vorliegender Symmetrie keinen Hinweis auf eine selektive Berichterstattung. Lediglich fehlen im Bereich psychische Belastung kleine Studien, die einen positiven Effekt zeigen. Auffällig ist allerdings, dass sich nicht die typische Trichterform zeigt, da es an teilnehmerreichen Studien mangelt. Läge die Spitze des Dreiecks tatsächlich im linken oberen Bereich, wo sich der Effekt der Studie mit der präzisesten Schätzung und größten Teilnehmerzahl (Priebe et al., 2016) befindet, wäre von einem enormen Publikationsbias auszugehen. Auch die alternative Berechnung der Effekte mittels fixed-effect-Modell legt zumindest bei der Dimension Psychopathologie das Vorliegen eines „Effekts kleiner Studien“, also einer Tendenz dazu nahe, dass kleinere Studien höhere Effekte der KPT nachweisen (Higgins & Green, 2011, Abschnitt 10.4.5). Bei divergierenden Hinweisen ist daher die Frage des Vorliegens eines Publikationsbias in dieser Untersuchung nicht abschließend zu klären.

4.4.2 Schwächen der vorliegenden Untersuchung

Aus methodischer Sicht hat die vorliegende Arbeit einige Schwächen. Die offensichtlichste stellt die Tatsache dar, dass die Studienselektion und Datenintegration sowie Auswertung abgesehen von Zweifelsfällen (vgl. Abschnitt 2.3.1) allein durch die Verfasserin dieser Arbeit SR vorgenommen wurden. Objektivität und Reliabilität sind somit grundsätzlich eingeschränkt.

Bezüglich der Identifikation der Studien ist die Entstehung des Suchterms zu kritisieren, da dieser so formuliert wurde, dass vorab als relevant erschienene Studien eingeschlossen wurden. Es ist daher möglich, dass die Terminologie eine bestimmte Forschungstradition voraussetzte und damit inhaltlich relevante Strömungen, die unter anderem Namen firmieren, vernachlässigt wurden. Dabei ist auch zu erwähnen, dass es sich schwierig gestaltete, in der Beschaffung vor allem unveröffentlichter Literatur in allen Fällen dieselbe Sorgfalt anzuwenden. So stand die Verfasserin dem deutschsprachigen Forschungskreis, insbesondere der Psychosomatik der TU München nahe, und hatte hier sehr viel leichteren Zugang zu dortigen Dissertationen als solchen von anderen Universitäten.

Was den Auswahlprozess betrifft, ist das Vorgehen bezüglich des Kriteriums der Randomisierung, das, wie in Abschnitt 2.1.1 dargelegt, nachträglich eingeführt wurde, in Frage zu stellen. Zum einen sollten alle Kriterien im Sinne der Objektivität und Reproduzierbarkeit im Voraus festgelegt sein. Zum anderen ist die Randomisierung bei mindestens zwei Studien (Heimbeck & Hölter, 2011; Monsen & Monsen, 2000) problematisch, da hier alternierend zugewiesen wurde bzw. nach Parallelisierung³⁰, sodass die Zusammenfassung mit anderen Studien fragwürdig erscheint. Zudem wurde das Kriterium des psychischen Leids nicht sehr streng gehandhabt und z. B. eine Studie eingeschlossen, deren Teilnehmer ein potentiell traumatisierendes Ereignis erlebt hatten, bei denen aber keine Diagnostik bezüglich PTBS berichtet wird (Price, 2005; vgl. DSM-5, 2013, S. 271). Zur besseren Vergleichbarkeit mit bestehenden Metaanalysen für Psychotherapie sollte eine Diagnostik anhand eines etablierten Instruments gefordert werden.

Auf Ebene der Datenintegration erfolgte die Zuweisung der Studienergebnisse zu den Dimensionen nach inhaltlichen Überlegungen ebenfalls allein durch die Verfasserin. Ziel war es, möglichst viel Information einerseits auf allgemeine Dimensionen zu reduzieren und sie andererseits möglichst differenziert darzustellen. Dabei boten manche Studien viele Skalen, sodass sich Grenzfälle der Zuteilung ergaben. Bspw. wurde bei Levy Berg et al. (2009) der Well-Being-Index nach Bech, Gudex, und Staehr Johansen (1996) der Lebensqualität zugeordnet³¹, da er als allgemeines Maß verstanden wurde, und die ebenfalls zur Verfügung stehende SCL der

³⁰ Nach Bortz und Döring (2005, S. 58) handelt es sich streng genommen nicht um eine randomisierte Zuweisung.

³¹ Die Skala wies einen Effekt von -0.30 auf, der den Effekt der Dimension kaum verzerrt haben sollte (vgl. Abbildung 5).

psychischen Belastung. Zudem greifen die Dimensionen teilweise auf dieselbe Information zurück, da bspw. einzelne Skalen der SCL in die Psychopathologie eingingen und außerdem ihr Summenwert in die psychische Belastung (vgl. Tabelle 2). Es ist folglich von starker Abhängigkeit auszugehen, wobei Einheitlichkeit angestrebt war. Bei einer erneuten Untersuchung sollte das diesbezügliche Vorgehen im Vorfeld eindeutig festgelegt werden.

Bezüglich der Subgruppenanalysen ist zur Beurteilung der Studien die Wahl des Quality Assessments nach Moncrieff et al. (2001), wie in Abschnitt 4.1.2.3 begründet, zu kritisieren. Um weiterhin viele, im Rahmen von Psychotherapie inhaltlich relevante Aspekte (vgl. 2.3.8.1) abzudecken, könnte eine Reevaluation mit der Skala von Kocsis et al. (2010) erfolgen, deren Gütekriterien mehr überzeugen. Zudem müsste zur genauen Einschätzung des spezifischen Erklärungsanteils jede Moderatorvariable als Prädiktor in eine multiple Regression eingehen. Auf diese Weise könnte eine vermutete Konfundierung geklärt werden, um schließlich Empfehlungen für nachfolgende Analysen abzugeben. Dazu sollten die Moderatoren vor allem im Rahmen einer Signifikanztestung inhaltlich begründet reduziert werden (vgl. Higgins & Green, 2011, Abschnitt 9.6.5.3).

Insgesamt ist die vorliegende Untersuchung vor diesem Hintergrund als explorativ zu bezeichnen.

4.5 Ausblick

Die vorliegende Untersuchung stellt einen Versuch dar, die bestehende Empirie der KPT quantitativ zusammenzufassen. Vor dem Hintergrund der vorab dargestellten Schwächen bedarf es allerdings der Replikation. Als Hinweis an das Forschungsfeld unterstreichen die insbesondere in Abschnitt 4.2.1 und 4.4.1 diskutierten Befunde zu Heterogenität und Publikationsbias den dringlichen Bedarf an methodisch gut durchgeführten Studien mit größeren Stichproben. Zudem ist eine stärkere Präzision der Berichterstattung in den Studien vonnöten, um das metaanalytische Vorgehen zu vereinheitlichen und seine Aussagekraft zu steigern.

Darüber hinaus ist auffällig, dass durchweg positive Ergebnisse berichtet und Nebenwirkungen sowie unerwünschte Ereignisse vernachlässigt werden. In diesem Sinne verweist Seidler (2006) auf die Notwendigkeit einer Fehlerkultur und die Prüfung von Kontraindikationen der

KPT. In diesem Sinne sollte sie u. U. bei hypochondrischen Patienten vorsichtig eingesetzt werden, da diese normale Körperempfindungen bereits verstärkt erleben und als pathologisch fehldeuten (Barsky, Wyshak, & Klerman, 1990), sodass die KPT zu einer stärkeren Belastung führen könnte. Durch eine differenzierte Untersuchung in diesem Bereich könnte sich die KPT umso mehr von unwissenschaftlichen Strömungen abgrenzen.

Cuijpers, Andersson et al. (2011) fassen pointiert zusammen, dass eine Metaanalyse nicht die Frage klären könne, welche Behandlung einem bestimmten Individuum helfe. Auf Ebene von Einzelstudien ist damit die genauere Erforschung der störungsspezifischen Wirkung sowie der Kombination von Therapieansätzen angesprochen (Röhricht, 2012, S. 276). In der Konzeption des *embodied mind* lässt sich die Wirkung der KPT-Methoden als übergreifender Faktor verstehen und konstatieren, dass „Psychotherapie [...] eine Begegnung zweier lebendiger, verkörperter Subjekte“ (Geuter, 2015, S. 80) ist. Ein solcher Perspektivenwechsel rückt den Fokus weg von einer Wirksamkeitsforschung, die sich an Schulen oder Paradigmen orientiert, hin zu einer integrativen, die die zugrundeliegenden Prozesse genauer verstehen will.

5 Zusammenfassung

Das Körpererleben spielt seit den Anfängen der Psychotherapie eine zentrale Rolle in ihr. Zum einen ist es Schauplatz der psychischen Beeinträchtigung: In ihm kann sich, wie bei der somatoformen Störung, die Symptomatik unmittelbar aufdrängen, oder seine Beteiligung am psychischen Geschehen kann, wie häufig im Fall der Essstörung, für den Patienten lange un bemerkt bleiben. Zum anderen und darauf aufbauend ist es die Grunddisposition des therapeutischen Prozesses, in dem Patient und Therapeut neben dem verbalen Austausch auf Ebene des Körpers kommunizieren. Psychotherapeutische Techniken, die das Körpererleben in den Mittelpunkt rücken und die sich als KPT zusammenfassen lassen, wurden Anfang des 20. Jahrhunderts in Psychoanalyse und Reformgymnastik vorbereitet und finden seither im wissenschaftlichen Diskurs wenig explizite Beachtung, obwohl sie sich in vielen aktuellen Therapieschulen wiederfinden (Geuter, 2004b). In der Ära des *embodied mind* Paradigmas (Röhrich et al., 2014) blieb bisher ein Wirksamkeitsnachweis der KPT als psychotherapeutisches Verfahren nach den Standards der evidenzbasierten Medizin mit der Abgrenzung von anderen körperorientierten Methoden aus.

Die vorliegende Untersuchung stellt eine Metaanalyse zur KPT dar. Anhand eines eigens entwickelten Suchterms wurden am 01.01.2016 in den Datenbanken Pubmed (Medline), PsycInfo und PSYNDEX 1486 relevante Publikationen identifiziert und zusammen mit Referenzen bestehender Übersichtsarbeiten nach empirischen Studien zur KPT gescreent. In die Metaanalyse eingeschlossen wurden 14 randomisierte, kontrollierte Interventionsstudien im Zwei-Gruppen-Design mit einer Messung psychischer Skalen vor der Behandlung und einer Messung danach. Die Evidenz wurde auf den primären Ergebnisvariablen Psychopathologie und psychische Belastung sowie auf den sekundären, potentiellen Prozessvariablen Coping, Lebensqualität, Körpererleben und interpersonelle Schwierigkeiten zusammengefasst.

Im Rahmen der Schätzung nach dem random-effects-Modell ergaben sich in den primären Ergebnisvariablen kleine bis mittelgroße Effekte. Dabei spiegelte die starke statistische Heterogenität der Effekte zum einen die Unterschiedlichkeit der Interventionen wider; zum anderen gab sie Anlass zu ausführlichen Subgruppenanalysen. Sie deuteten insbesondere auf eine Abhängigkeit der Wirksamkeit von der Diagnose sowie von der Art der Kontrollgruppe hin. So hatte die KPT mehr Erfolg in der Behandlung von affektiven und somatoformen Störungen als

in der der Schizophrenie. Körperorientierte Verfahren in den KG verbuchten der KPT vergleichbare Effekte in puncto Psychopathologie, sodass deren Wirksamkeitsspezifität in Frage gestellt ist. In der Studienqualität unterschieden sich die Effekte im Gegensatz zu anderen Verfahren (Cuijpers et al., 2010) nicht, was mit der Wahl des Beurteilungsmaßes begründet wurde. Unter den möglichen Prozessvariablen konnte nur das Coping einen signifikanten, allerdings großen Effekt verbuchen. Im Bereich Körpererleben zeigte sich erstaunlicherweise kein Effekt, was den Bedarf an impliziten Maßen unterstreicht. Bei eingeschränkter Aussagekraft wegen wenig vorliegender Evidenz steckt hier, auch für die Dimension interpersonelle Schwierigkeiten, ein bisher kaum untersuchtes Potential der KPT. Zur katamnestischen Erhebung nahmen die Effekte zwar außer im Bereich Lebensqualität ab, stützen aber die Annahme einer langfristigen Wirksamkeit der KPT. In Bezug auf das Vorliegen eines Publikationsbias ergaben sich uneinheitliche Hinweise.

Ausdrücklich wurden methodische Mängel der Untersuchung thematisiert. Darunter fällt vor allem eine starke Einschränkung von Objektivität und Reliabilität aufgrund der Durchführung von Studienauswahl, Datenintegration und -auswertung durch die Verfasserin allein. Im Besonderen können der Einschluss zweier fraglich randomisierter Studien sowie die Einheitlichkeit der Zuweisung von Skalen zu Ergebnisvariablen kritisiert werden.

Aufgrund des insgesamt explorativen Charakters der unternommenen Metaanalyse ist eine Replikation vonnöten. Da ein Publikationsbias nicht auszuschließen ist, ergibt sich dafür die Notwendigkeit zur Durchführung methodisch hochwertiger Studien mit großen Stichproben, um die Effektivität der KPT zu untermauern.

6 Literaturverzeichnis

Die in die Metaanalyse eingegangenen Studien sind mit einem Sternchen gekennzeichnet.

- Andritzky, W. (1999). Zur Psychotherapiepraxis von Klinischen Diplom-Psychologen und ärztlichen Psychotherapeuten. *Integrative Therapie*, 25(4), 418–433.
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Aristoteles (übersetzt 1987). H. G. Zekl (Ed.). *Physik: Vorlesung über Natur, Bücher I(A)-IV(D)*. Hamburg: Meiner.
- Baldwin, S. A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A., & Nielsen, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose–effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 203–211. doi:10.1037/a0015235
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323–334. doi:10.1016/0022-3956(90)90004-A
- Bartley, C. A., Hay, M., & Bloch, M. H. (2013). Meta-analysis: aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 45, 34–39. doi:10.1016/j.pnpbp.2013.04.016
- Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2003). Establishing Specificity in Psychotherapy: A Meta-Analysis of Structural Equivalence of Placebo Controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 973–979. doi:10.1037/0022-006X.71.6.973
- Bech, P., Gudex, C., & Staehr Johansen, K. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: Validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(4), 183–190. doi:10.1159/000289073
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression* (3., überarb. Aufl.). Weinheim: Psychologie-Verl.-Union.
- Becker, H. (1989). Theoretischer Ansatz der konzentrativen Bewegungstherapie aus der Entwicklungspsychologie. In H. Stolze (Ed.). *Konzentrativen Bewegungstherapie: Grundlagen und Erfahrungen* (pp. 132-145). Berlin: Springer.

- Bischof. (1966). Erkenntnistheoretische Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie. In W. Metzger & H. Erke (Eds.), *Handbuch der Psychologie in 12 Bänden: Allgemeine Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bischof, N. (2008). *Psychologie: Ein Grundkurs für Anspruchsvolle* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Blankenburg, W. (1998). Phänomenologie der Leiblichkeit und Körpererleben Schizophrener. In F. Röhrich & S. Priebe (Eds.), *Körpererleben in der Schizophrenie*. (pp. 17–23). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Bloch-Atefi, A., Smith, J. (2014). *The effectiveness of body-oriented psychotherapy: A review of the literature*. Psychotherapy and Counselling Federation of Australia. Melbourne: PACFA. Retrieved from <http://pacja.org.au/?p=2552>
- Boadella, D. (1997). Körperpsychotherapie: Ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. *Energie & Charakter*, 15, 57–64.
- *Boerhout, C., Swart, M., Van Busschbach, J. T., & Hoek, H. W. (2015). Effect of aggression regulation on eating disorder pathology: RCT of a brief body and movement oriented intervention. *European Eating Disorders Review*. doi:10.1002/erv.2429
- Bohus, M., & Huppertz, M. (2006). Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(4), 265–276. doi:10.1024/1661-4747.54.4.265
- Borenstein, M. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Chichester: Wiley.
- Bortz, J. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Berlin [u.a.]: Springer.
- Bortz, J., & Döring. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3., überarb. Aufl., Nachdr.). Heidelberg: Springer.
- Boyesen, G. (1987). *Über den Körper die Seele heilen: biodynamische Psychologie und Psychotherapie*. München: Kösel.
- Braun, M. G. (2014). *Der Einsatz von Körperpsychotherapie an deutschen Kliniken für Psychosomatik - eine repräsentative Querschnitterhebung* (Dissertation, Regensburg). Retrieved from <https://epub.uni-regensburg.de/31980/>
- Brüntrup, G. (2012). *Das Leib-Seele-Problem: eine Einführung* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bühner, M., & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München [u.a.]: Pearson Studium.

- Büntig, W. (1992). Die Entfaltung der Beziehung in der Körperpsychotherapie. In P. Buchheim, M. Cierpka, & T. Seifert (Eds.), *Liebe und Psychotherapie. Der Körper in der Psychotherapie. Weiterbildungsforschung* (pp. 174–188). Berlin [u.a.]: Springer.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 7–18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ [u.a.]: Erlbaum
- Cramer, P. (1998). Coping and Defense Mechanisms: What's the Difference? *Journal of Personality, 66*(6), 919–946.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry, 65*(6), 354–364. doi:10.3109/08039488.2011.596570
- Cuijpers, P., Clignet, F., van Meijel, B., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2011). Psychological treatment of depression in inpatients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 353–360. doi:10.1016/j.cpr.2011.01.002
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Andersson, G., Li, J., Mergl, R., & Hegerl, U. (2015). The effects of blinding on the outcomes of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: A meta-analysis. *European Psychiatry, 30*(6), 685–693. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.06.005
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 909–922. doi:10.1037/a0013075
- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine, 40*(2), 211–223. doi:10.1017/S0033291709006114
- Damasio, A. R. (2000). *Descartes' error*. New York: Quill.
- Davis, J. I., & Markman, A. B. (2012). Embodied Cognition as a Practical Paradigm: Introduction to the Topic, The Future of Embodied Cognition. *Topics in Cognitive Science, 4*(4), 685–691. doi:10.1111/j.1756-8765.2012.01227.x
- Deeks, J. J., & Higgins, J. P. T. (2010). *Statistical algorithms in Review Manager 5* [supplement in software]. Statistical Methods Group of The Cochrane Collaboration.

- Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*, 506-513. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.10.006
- DerSimonian, R., & Laird, N. (1986). Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, *7*(3), 177–188. doi:10.1016/0197-2456(86)90046-2
- Deter, H.-C., & Allert, G. (1983). Group therapy for asthma patients: a concept for the psychosomatic treatment of patients in a medical clinic: A controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *40*, 95–105.
- Djalali, V. (1978). Effects of bioenergetic psychotherapy on poly-drug addicts, viewed from measures in body image and self-concept. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, *38*(12), 6144-6145.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie: Leitlinien für die Praxis*. München: Kösel.
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J. M., Van, H. L., Jansma, E. P., & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, *42*, 1–15. doi:10.1016/j.cpr.2015.07.004
- Eccles, M., & Mason, J. (2001). How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, *5*(16), 1–69.
- European Association for Body Psychotherapy. (2017, April). The evidence base for Body Psychotherapy [reference list]. Retrieved from <http://www.eabp.org/research-evidence.php>
- Falkenström, F., Josefsson, A., Berggren, T., & Holmqvist, R. (2016). How much therapy is enough? Comparing dose-effect and good-enough models in two different settings. *Psychotherapy*, *53*(1), 130–139. doi:10.1037/pst0000039
- Fisher, S. (1970). *Body experience in fantasy and behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Franke, G. H. (2014). *Symptom-Checklist-90-Standard* (Neuausg.). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es* (1.-8. Tsd.). Leipzig [u.a.]: Internat. Psychoanalyt. Verl.
- Freud, S. (1994). *Abriss der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Fischer. (Originalarbeit 1940 publiziert)
- Fuchs, M. (1989). *Funktionelle Entspannung: Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem* (4., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates.

- Fuchs, T. (2000). *Psychopathologie von Leib und Raum*. Darmstadt: Steinkopff.
- Fuchs, T. (2010). *Das Gehirn - ein Beziehungsorgan* (3. akt. und erw. Auflage): eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T. (2012). Body memory and the Unconscious. In D. Lohmar & J. Brudzińska (Eds.), *Founding psychoanalysis phenomenologically* (pp. 69–82). Dordrecht [u.a.]: Springer.
- Fuchs, T., Sattel, H. C., & Henningsen, P. (2010). *The Embodied Self: Dimensions, Coherence, and Disorders*. Schattauer Verlag.
- Gallagher, S. (2005). *How the Body Shapes the Mind*. Oxford [u.a.]: Clarendon Press.
- Geißler, P. (2005). Analytische Körperpsychotherapie: Eine neue Methode oder ein eklektischer Ansatz. In S. K. D. Sulz, L. Schrenker, C. Schrickler (Eds.) *Die Psychotherapie entdeckt den Körper-oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit* (pp. 233–263). München: CIP-Medien.
- Geißler, P. (2009). *Analytische Körperpsychotherapie: eine Bestandsaufnahme*. Gießen: Psychosozial-Verl.
- Geuter, U. (2002). Körperpsychotherapie als Behandlungsmethode in der stationären psychodynamischen Psychotherapie psychosomatischer Patienten. *PsychotherapeutenFORUM*, 9(3), 5–8.
- Geuter, U. (2004a). Körperpsychotherapie - Entwicklungslinien, Behandlungsmodelle, Evaluation. *Nonverbale Prozesse in Der Psychotherapie*, 199–219.
- Geuter, U. (2004b). Körperpsychotherapie und Erfahrung - Zur Geschichte, wissenschaftlichen Fundierung und Anerkennung einer psychotherapeutischen Methode. *Report Psychologie*, 29(2), 98–111.
- Geuter, U. (2013). Körperpsychotherapie und Körpertherapie. Versuch einer Definition. *körper - tanz - bewegung*, 1(4), 161–168.
- Geuter, U. (2015). *Körperpsychotherapie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Goertzel, V., May, P. R., Salkin, J., & Schoop, T. (1965). Body-ego technique: An approach to the schizophrenic patient. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 141(1), 53–60. <https://doi.org/10.1097/00005053-196507000-00005>
- Grawe, K. (2005). Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie*, 7(8), 311.

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 35-43. doi:10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Guan, N. C., Mohamed, S., Tiah, L. K., Mun, T. K., Sulaiman, A. H., & Zainal, N. Z. (2016). Psychotherapy for cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *51*(5), 414–430. doi:10.1177/0091217416680197
- Hazell, C. M., Hayward, M., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clinical Psychology Review*, *45*, 183-195. doi:10.1016/j.cpr.2016.03.004
- Hegerl, U., Hautzinger, M., Mergl, R., Kohlen, R., Schütze, M., Scheunemann, W., Allgaier, A.-K., Coyne, J., & Henkel, V. (2010). Effects of pharmacotherapy and psychotherapy in depressed primary-care patients: a randomized, controlled trial including a patients' choice arm. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *13*(1), 31–44.
- *Heimbeck, A., & Hölter, G. (2011). Bewegungstherapie und Depression - Evaluationsstudie zu einer unspezifischen und einer störungsorientierten bewegungstherapeutischen Förderung im klinischen Kontext. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *61*(5), 200–207. doi:10.1055/s-0030-1267999
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration. Retrieved from Available from www.handbook.cochrane.org.
- Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ : British Medical Journal*, *327*(7414), 557–560.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, *41*(2), 159–164. doi:10.1037/0003-066X.41.2.159
- Ioannidis, J. P., & Trikalinos, T. A. (2007). The appropriateness of asymmetry tests for publication bias in meta-analyses: a large survey. *Canadian Medical Association Journal*, *176*(8), 1091–1096.
- Johnsen, T. J., & Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *141*(4), 747–768. doi:10.1037/bul0000015
- Junne, F., Zipfel, S., Wild, B., Martus, P., Giel, K., Resmark, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., de Zwann, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Tagay, S., Rothermund, E., Zeeck, A., Ziser, K., Herzog, W., & Löwe, B. (2016). The relationship of body image with symptoms of depression and anxiety in patients with anorexia nervosa during outpatient psychotherapy: Results of the ANTOP study. *Psychotherapy*, *53*(2), 141.

- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33–47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kamenov, K., Twomey, C., Cabello, M., Prina, A. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2016). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 47*, 414–425. doi:10.1017/S0033291716002774
- Karyotaki, E., Smit, Y., Beurs, D. P., Henningsen, K. H., Robays, J., Huibers, M. J. H., Weitz, E., & Cuijpers, P. (2016). The long-term efficacy of acute-phase psychotherapy for depression: A meta-analysis of randomized trials. *Depression and Anxiety, 33*, 370–383. doi:10.1002/da.22491
- Katkin, E. S., Morell, M. A., Goldband, S., Bernstein, G. L., & Wise, J. A. (1982). Individual differences in heartbeat discrimination. *Psychophysiology, 19*(2), 160–166. doi:10.1111/j.1469-8986.1982.tb02538.x
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opfer, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13*(2), 261–276. doi:10.1093/schbul/13.2.261
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4*(6), 443–453.
- Klatte, R., Pabst, S., Beelmann, A., & Rosendahl, J. (2016). The efficacy of body-oriented yoga in mental disorders: A Systematic review and meta-analysis. *Deutsches Ärzteblatt International, 113*(12), 195–200.
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological Outcomes: A meta-analysis. *Arts in Psychotherapy, 41*(1), 46–64.
- Kocsis, J. H., Gerber, A. J., Milrod, B., Roose, S. P., Barber, J., Thase, M. E., Perkins, P., & Leon, A. C. (2010). A new scale for assessing the quality of randomized clinical trials of psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry, 51*(3), 319–324. doi:10.1016/j.comppsy.2009.07.001
- Koemeda-Lutz, M. (2009). Warum auch KörperpsychotherapeutInnen an quantitativ-empirischer Forschung interessiert sein sollten - Bericht über drei Studien. In M. Thielen (Ed.), *Körper - Gefühl - Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation* (pp. 359–369). Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H., & Soeder, U. (2006). Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien-EWAK: eine multizentrische Studie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *56*(12), 480–487.
- Koop, I. I. (2009). IBT mit traumatisierten Flüchtlingen. In M. J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Eds.), *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis* (pp. 225–240). Stuttgart: Schattauer.
- Kramer, U. (2016). The Role of Coping Change in Borderline Personality Disorder: A Process-Outcome Analysis on Dialectical-Behaviour Skills Training. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.2017
- Kramer, U., Keller, S., Caspar, F., de Roten, Y., Despland, J.-N., & Kolly, S. (2017). Early change in coping strategies in responsive treatments for borderline personality disorder: A mediation analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*(5), 530–535. doi:10.1037/ccp0000196
- *Kuhn, C. (2015). *Effektivität und Machbarkeit manualisierter Körperpsychotherapie in der gruppentherapeutischen Behandlung somatoformer Störungen: Eine Pilotstudie* (Dissertation, München). Manuskript des Autors.
- Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *202*, 67–86. doi:10.1016/j.jad.2016.03.063
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2014). Coping with breast cancer: A meta-analysis. *PLoS ONE*, *9*(11): e112733. doi:10.1371/journal.pone.0112733
- *Lahmann, C., Loew, T. H., Tritt, K., & Nickel, M. (2008). Efficacy of functional relaxation and patient education in the treatment of somatoform heart disorders: a randomized, controlled clinical investigation. *Psychosomatics*, *49*(5), 378–385. doi:10.1176/appi.psy.49.5.378
- Lahmann, C., Nickel, M., Schuster, T., Sauer, N., Ronel, J., Noll-Hussong, M., Tritt, K., Nowak, D., Röhricht, F., & Loew, T. (2009). Functional relaxation and guided imagery as complementary therapy in asthma: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*(4), 233–239. doi:10.1159/000214445
- *Lahmann, C., Röhricht, F., Sauer, N., Noll-Hussong, M., Ronel, J., Henrich, G., von Armin, A., & Loew, T. (2010). Functional relaxation as complementary therapy in irritable bowel syndrome: a randomized, controlled clinical trial. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, *16*(1), 47–53. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0084>
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Auflage) (pp. 143-198). New York [u.a.]: John Wiley & Sons Inc.

- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159–174. doi:10.2307/2529310
- Lange, M., & Petermann, F. (2013). Die Wirksamkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Vergleich. Eine systematische Literaturanalyse. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 23(6), 327–333. doi:10.1055/s-0033-1358744
- Lausberg, H. (1998). Does movement behavior have differential diagnostic potential? Discussion of a controlled study on patients with anorexia nervosa and bulimia. *American Journal of Dance Therapy*, 20(2), 85–99. doi:10.1023/A:1022148427586
- *Levy Berg, A., Sandell, R., & Sandahl, C. (2009). Affect-Focused Body Psychotherapy in Patients With Generalized Anxiety Disorder: Evaluation of an Integrative Method. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(1), 67–85. doi:10.1037/a0015324
- Liebherz, S., & Rabung, S. (2013). Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 63(09/10), 355–364.
- Light, R. J., & Pillemer, D. B. (1984). *Summing up: the science of reviewing research*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Orimoto, T. E., & Kolko, D. J. (2016). A Meta-Analysis of Personalized Treatment Goals in Psychotherapy: A Preliminary Report and Call for More Studies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(2), 165–176. doi:10.1111/cpsp.12153
- Loew, T. H., Heinrich, D., & v. Arnim, A. (1994). Effekte einer 10stündigen Kurztherapie bei Colon-irritabile-Patienten in Kleinstgruppen mit funktioneller Entspannung im Vergleich zu Placebo. In F. Lamprecht & R. Johnen (Eds.), *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Kongreßband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin* (pp. 621–628). Frankfurt a. M.: VAS Verlag für Akademische Schriften.
- Loew, T. H., Siegfried, W., Martus, P., Tritt, K., & Hahn, E. G. (1996). “Functional relaxation” reduces acute airway obstruction in asthmatics as effectively as inhaled terbutaline. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 124–128.
- Loew, T. H., Tritt, K., Lahmann, C., & Röhrich, F. (2006). Körperpsychotherapien - wissenschaftlich begründet? Eine Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren. *Psychodynamische Psychotherapie*, 5(1), 6–19.
- Loew, T. H., Tritt, K., Siegfried, W., Bohmann, H., Martus, P., & Hahn, E. G. (2001). Efficacy of “functional relaxation” in comparison to terbutaline and a “placebo relaxation” method in patients with acute asthma. A randomized, prospective, placebo-controlled, crossover experimental investigation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 151–157.

- Loew, T. H., Weber, A., Martus, P., Hahn, E. G., & Siegfried, W. (1996). Die Wirkung von Funktioneller Entspannung bei akuter Bronchokonstriktion - vergleichbar mit dem Effekt eines Sympathomimetikums? *Forschende Komplementärmedizin / Research in Complementary Medicine*, 3(3), 110–115. doi:10.1159/000210212
- Lowen, A. (1980). *Bio-Energetik* (31.-40. Tsd.). Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Lowen, A. (1981). *Körperausdruck und Persönlichkeit*. München: Kösel.
- Lowen, A. (1982). *Depression: unsere Zeitkrankheit, Ursachen und Wege der Heilung* (3. Auflage). München: Kösel.
- Marlock, G. (2010). Sinnliche Selbstreflexivität: Zum Arbeitsmodus der Körperpsychotherapie. In H. Müller-Braunschweig & N. Stiller (Eds.), *Körperorientierte Psychotherapie* (pp. 47–57). Springer Berlin Heidelberg.
- Marlock, G., & Weiss, H. (2006). Einführung: Das Spektrum der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Eds.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- *Martin, L., Koch, S., Hirjak D., & Fuchs, T. (2016). Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia—A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Front. Psychol.* 7: 483. doi:10.3389/fpsyg.2016.00483
- May, J. (2005). The outcome of body psychotherapy research. *USABP Journal*, 4(2), 93–115.
- May, P. R., Wexler, M., Salkin, J., & Schoop, T. (1963). Nonverbal techniques in the re-establishment of body image and self identity—a preliminary report. *Psychiatric Research Reports*, 16, 68–82.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Moher, D., Pham, B., Jones, A., Cook, D. J., Jadad, A. R., Moher, M., Tugwell, P., & Klassen, T. P. (1998). Does quality of reports of randomised trials affect estimates of intervention efficacy reported in meta-analyses? *The Lancet*, 352(9128), 609–613.
- Moher, D., Schulz, K. F., & Altman, D. G. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *The Lancet*, 357(9263), 1191–1194. doi:10.1016/S0140-6736(00)04337-3
- Moncrieff, J., Churchill, R., Drummond, D. C., & McGuire, H. (2001). Development of a quality assessment instrument for trials of treatments for depression and neurosis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 10(3), 126–133. doi:10.1002/mpr.108

- *Monsen, K., & Monsen, J. T. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: A controlled outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(3), 257–269. doi:10.1037/h0087658
- Mootze. (n.d.). Motologie (Master of Arts) - Philipps-Universität Marburg. Retrieved April 14, 2017, from <https://www.uni-marburg.de/studium/studienangebot/master/m-motologie>
- Moran, M., Watson, C. G., Brown, J., White, C., & Jacobs, L. (1978). Systems releasing action therapy with alcoholics: An experimental evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 34(3), 769–774. doi:10.1002/1097-4679(197807)34:33.0.CO;2-J
- Moritz, S., Jahns, A. K., Schröder, J., Berger, T., Lincoln, T. M., Klein, J. P., & Göritz, A. S. (2016). More adaptive versus less maladaptive coping: What is more predictive of symptom severity? Development of a new scale to investigate coping profiles across different psychopathological syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 191, 300–307. doi:10.1016/j.jad.2015.11.027
- Morlan, K. K., & Tan, S.-Y. (1998). Comparison of the brief psychiatric rating scale and the brief symptom inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 885–894. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:73.0.CO;2-E
- Moser, T. (1986). Die Anschaulichkeit des Unbewußten: Eine Einführung in die Arbeit von Diane und Albert Pesso. In A. Pesso (Ed.), *Dramaturgie des Unbewußten* (Überarb., autoris. Fassung). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Moyer, C. A., Rounds, J., & Hannum, J. W. (2004). A Meta-Analysis of Massage Therapy Research. *Psychological Bulletin*, 130(1), 3–18. doi:10.1037/0033-2909.130.1.3
- Nagel, T. (1974). What is it like to be a bat? *The Philosophical Review*, 83(4), 435–450.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P., & Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126(6), 964–981. doi:10.1037/0033-2909.126.6.964
- *Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., Muehlbacher, M., Lojewski, N., Mueller-Rabe, N., Mittelner, F. O., Egger, C., Leiberich, P., Rother, N., Buschmann, W., Kettler, C., Pedrosa Gil, F., Lahmann, C., Fartacek, R., Rother, W. K., Loew, T. H., & Nickel, C. (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: A randomized, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 507–513. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.01.004
- Niemeyer, H., Musch, J., & Pietrowsky, R. (2012). Publication bias in meta-analyses of the efficacy of psychotherapeutic interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 138(2–3), 103–112. doi:10.1016/j.schres.2012.03.023

- Nitschke, A. (1990). Der Kult der Bewegung. Turnen, Rhythmik und neue Tänze. In A. Nitschke, G. Ritter, D. Peukert & R. von Bruch (Eds.), *Jahrhundertwende. Der Aufbruch in die Moderne (1880-1930)* (pp. 258–285). Reinbek: Rowohlt.
- Nitsun, M., Stapleton, J. H., & Bender, M. P. (1974). Movement and drama therapy with long-stay schizophrenics. *British Journal of Medical Psychology*, *47*(2), 101–119. doi:10.1111/j.2044-8341.1974.tb02275.x
- Olbrich, D. (2004). Kreativtherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapeut*, *49*(1), 67–70. doi:10.1007/s00278-003-0342-1
- Orbach, I., & Mikulincer, M. (1998). The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*, *10*(4), 415.
- Orfanos, S., Banks, C., & Priebe, S. (2015). Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(4), 241–249. doi:10.1159/000377705
- *Papadopoulos, N. L. R., & Röhrich, F. (2014). An investigation into the application and processes of manualised group body psychotherapy for depressive disorder in a clinical trial. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *9*(3), 167–180.
- Pesso, A. (1986). *Dramaturgie des Unbewußten* (Überarb., autoris. Fassung). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold, H. G. (1985). *Die neuen Körpertherapien* (4. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1993a). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, 2. klinische Theorie* (Vol. II). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1993b). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, 3. klinische Praxeologie* (Vol. III). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2009). Der "Informierte Leib." In M. J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Eds.), *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis* (pp. 27–44). Stuttgart: Schattauer.
- Petzold, H. G., Orth, I., & Orth-Petzold, S. (2009). Integrative Leib- und Bewegungstherapie – ein humanökologischer Ansatz: Das „erweiterte biopsychosoziale Modell“ und seine erlebnisaktivierenden Praxismodalitäten: therapeutisches Laufen, Landschaftstherapie, Green Exercises. *Integrative Bewegungstherapie*, *1*, 4–48.

- Petzold, H. G., & Sieper, J. (2007). Wille, Wollen, Willensfreiheit aus Sicht der Integrativen Therapie. Teil I: Interdisziplinäre Überlegungen und theoretische Perspektiven für die Psychotherapie. In H. G. Petzold & J. Sieper (Eds.), *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Band I: Zwischen Freiheit und Determination* (pp. 253–329). Bielefeld: Edition Sirius.
- Petzold, H. G., & Sieper, J. (2012). "Leiblichkeit" als "informierter Leib" embodied and embedded - Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. In H. G. Petzold (Ed.), *Die Menschenbilder in der Psychotherapie: interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen* (pp. 243–321). Wien: Krammer Verlag.
- Pleißner, H. (1970). Lachen und Weinen. In H. Pleißner (Ed.), *Philosophische Anthropologie* (pp. 11–171). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Pöhlmann, K., Roth, M., Brähler, E., & Joraschky, P. (2014). Der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35): Validierung auf der Basis einer klinischen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *64*(3–4), 93–100.
- Popper, K. R., Eccles, J. C., John, C., & Carew, J. (1977). *The self and its brain*. Berlin: Springer.
- Price, C. J. (2004). Body-oriented therapy in sexual abuse recovery: A study of efficacy, dissociation, and process. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *65*(5). 2646.
- *Price, C. J. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *11*(5), 46-57.
- Price, C. J. (2007). Dissociation reduction in body therapy during sexual abuse recovery. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *13*(2), 116–128. doi:10.1016/j.ctcp.2006.08.004
- Price, C. J., & Thompson, E. A. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *13*(9), 945–953.
- *Price, C. J., Wells, E. A., Donovan, D. M., & Rue, T. (2012). Mindful awareness in body-oriented therapy as an adjunct to women's substance use disorder treatment: a pilot feasibility study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *43*(1), 94–107. doi:10.1016/j.jsat.2011.09.016
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, *45*(1), 7–12. doi:10.1177/002076409904500102

- Priebe, S., Savill, M., Reininghaus, U., Wykes, T., Bentall, R., Lauber, C., McCrone, P., Röhricht, F., & Eldridge, S. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia—A multi-centre randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13. doi:10.1186/1471-244X-13-26
- *Priebe, S., Savill, M., Wykes, T., Bentall, R. P., Reininghaus, U., Lauber, C., Bremner, S., Eldridge, S., & Röhricht, F. (2016). Effectiveness of group body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: multicentre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 209(1), 54–61. doi:10.1192/bjp.bp.115.171397
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 284–295.
- Regenbogen, A., & Meyer, U. (Eds.). (1998). *Wörterbuch der philosophischen Begriffe*. Hamburg: Felix Meiner.
- Reich, W. (1997). *Die Funktion des Orgasmus* (6. Aufl.). Köln: Kiepenheuer & Witsch. (Originalarbeit von 1942)
- Ritter, M., & Low, K. G. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 249–260. doi:10.1016/0197-4556(96)00027-5
- Röhricht, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen: ein Leitfaden für Forschung und Praxis*. Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- 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. doi:10.1080/17432970902857263
- Röhricht, F. (2012). Body-Oriented Psychotherapy – the State of the Art in Empirical Research and Evidence Based Practice: a Clinical Perspective. In C. Young (Ed.), *About the science of body psychotherapy* (pp. 251–289). Body Psychotherapy Publ.
- Röhricht, F., Gallagher, S., Geuter, U., & Hutto, D. D. (2014). Embodied cognition and body psychotherapy: The construction of new therapeutic environments. *Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture*, 10(1), 11–20. doi:10.7790/sa.v10i1.389
- *Röhricht, F., Papadopoulos, N., & Priebe, S. (2013). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 85–91. doi:10.1016/j.jad.2013.05.056
- Röhricht, F., Papadopoulos, N., Suzuki, I., & Priebe, S. (2009). Ego-pathology, body experience, and body psychotherapy in chronic schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(1), 19–30. doi:10.1348/147608308X342932

- *Röhricht, F., & Priebe, S. (2006). Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 36(5), 669–678. doi:10.1017/S0033291706007161
- Röhricht, F., Seidler, K.-P., Joraschky, P., Borkenhagen, A., Lausberg, H., Lemche, E., Loew, T., Porsch, U., Schreiber-Willnow, K., & Tritt, K. (2005). Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis. *PPmP- Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 55(3/4), 183–190.
- Rohrman, S., Hodapp, V., Schnell, K., Tibubos, a. N., Schwenkmezger, P., & Spielberger, C. D. (2013). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar-2*. Bern: Huber.
- Sack, M., Henniger, S., & Lamprecht, F. (2002). Veränderungen von Körperbild und Körpererleben bei essgestörten und nicht essgestörten Patienten im Verlauf einer stationären Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52(2), 64–69. doi:10.1055/s-2002-20182
- Saksa, J. R., Cohen, S. J., Srihari, V. H., & Woods, S. W. (2009). Cognitive behavior therapy for early psychosis: A comprehensive review of individual vs. group treatment studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(3), 357–383. doi:10.1521/ijgp.2009.59.3.357
- Salanti, G. (2013). *Statistical algorithms for the Calculator in Review Manager 5.2* [supplement in software]. Statistical Methods Group of the Cochrane Collaboration.
- Savill, M., Orfanos, S., Bentall, R., Reininghaus, U., Wykes, T., & Priebe, S. (2017). The impact of gender on treatment effectiveness of body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: A secondary analysis of the NESS trial data. *Psychiatry Research*, 247, 73–78. doi:10.1016/j.psychres.2016.11.020
- Schepank, H. (1995). *Beeinträchtigungs-Schwere-Score*. Göttingen: Beltz.
- Schreiber-Willnow, K. (2000). Das Körpererleben als methodenspezifischer Wirkfaktor in der Konzentrativen Bewegungstherapie. *Gruppenpsychotherapie Und Gruppendynamik*, 36, 133–155.
- Seidler, K.-P. (2001). Konzentrative Bewegungstherapie (KBT). Ergebnisse der empirischen Forschung. *Psychotherapeut*, 46(4), 223–231. doi:10.1007/PL00006730
- Seidler, K.-P. (2006). *Fragen und Beobachten - Forschung zur KBT*. G1-Vortrag im Rahmen der 56. Lindauer Psychotherapiewochen 2006. Retrieved from <https://www.lptw.de/archiv/vortrag/2006/seidler-klaus-peter-konzentrative-bewegungstherapie-forschung-lindauer-psychotherapiewochen2006.pdf>
- Slade, M., & Priebe, S. (2001). Are randomised controlled trials the only gold that glitters? *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 286–287. doi:10.1192/bjp.179.4.286

- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760. doi:10.1037/0003-066X.32.9.752
- Stiller, N. (2010). Erfahrungsbericht: Zen-Meditation und körperorientierte Psychotherapie. In H. Müller-Braunschweig & Stiller, Niklas (Eds.), *Körperorientierte Psychotherapie* (pp. 253–267). Berlin [u.a.]: Springer.
- Stolze, H. (1977). Konzentrative Bewegungstherapie. In H. H. Balmer (Ed.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts* (Vol. III, pp. 1250–1273). Zürich [u.a.]: Kindler.
- Stolze, H. (1989a). Das Erspüren des eigenen Körpers als psychotherapeutisches Agens. In H. Stolze (Ed.), *Die konzentrative Bewegungstherapie: Grundlagen und Erfahrungen* (2. ergänzte Auflage). Berlin [u.a.]: Springer.
- Stolze, H. (1989b). Psychotherapeutische Aspekte einer Konzentrativen Bewegungstherapie. In H. Stolze (Ed.), *Die konzentrative Bewegungstherapie: Grundlagen und Erfahrungen* (2. ergänzte Auflage). Berlin [u.a.]: Springer.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PloS One*, 9(4), e96110. doi:10.1371/journal.pone.0096110
- Strotzka, H. (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Stulz, N., Lutz, W., Kopta, S. M., Minami, T., & Saunders, S. M. (2013). Dose–effect relationship in routine outpatient psychotherapy: Does treatment duration matter? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 593–600. doi:10.1037/a0033589
- Terrin, N., Schmid, C. H., Lau, J., & Olkin, I. (2003). Adjusting for publication bias in the presence of heterogeneity. *Statistics in Medicine*, 22(13), 2113–2126. doi:10.1002/sim.1461
- The Cochrane Collaboration. (2014). Review Manager (RevMan, Version 5.3) [Computer program]. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre.
- Thielen, M. (2013). Berufspolitische und wissenschaftliche Perspektiven der Körperpsychotherapie. In M. Thielen (Ed.), *Körper - Gruppe - Gesellschaft. Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie* (pp. 445–461). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Tschacher, W., & Storch, M. (2012). Die Bedeutung von Embodiment für Psychologie und Psychotherapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 17(2), 259–267.
- van der Heijden, I., Abrahams, N., & Sinclair, D. (2017). Psychosocial group interventions to improve psychological well-being in adults living with HIV. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD010806. doi.:10.1002/14651858.CD010806.pub2

- Vertitas Health Innovation Ltd. (2016). Covidence [Online review platform]. Melbourne. Retrieved from <https://www.covidence.org/>
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Kraft, D., & Jarrett, R. B. (2005). Multiple measures, methods, and moments: a factor-analytic investigation of change in depressive symptoms during acute-phase cognitive therapy for depression. *Psychological Medicine*, 35(5), 693–704.
- von Arnim, A., & Struck, I. (1994). Funktionelle Entspannung. *Fundamenta Psychiatrica*, 8, 196–203.
- von Uexküll, J. (1973). *Theoretische Biologie* (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- von Uexküll, T., Fuchs, M., Müller-Braunschweig, H., & Johnen, R. (Eds.). (1994). *Subjektive Anatomie: Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- von Weizsäcker, V. (1947). *Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen* (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Wagner, R. F. (1982). The Effects of Bioenergetics and Progressive Relaxation on the Self Concept, Locus of Control, and Social Behavior of a Hospitalized Psychiatric Population. *Dissertation Abstracts International: Section A. Humanities and Social Sciences*, 43(2), 393.
- Waibel, M. J., Petzold, H. G., Orth, I., & Jakob-Krieger, C. (2009). Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT). In M. J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Eds.), *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis* (pp. 1–20). Stuttgart: Schattauer.
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, DC US: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. (2015). *The great psychotherapy debate* (Second edition). New York [u.a.]: Routledge.
- Wampold, B. E., Frost, N. D., & Yulish, N. E. (2016). Placebo effects in psychotherapy: A flawed concept and a contorted history. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 108–120. doi:10.1037/cns0000045
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215. doi:10.1037/0033-2909.122.3.203
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 175, 152–167. doi:10.1016/j.jad.2014.12.025

- White, I. R., Carpenter, J., & Horton, N. J. (2012). Including all individuals is not enough: lessons for intention-to-treat analysis. *Clinical Trials*, 9(4), 396–407.
- Wiesenhütter, E. (1989). Ort der “Funktionellen Entspannung” in Medizin und Therapie. In M. Fuchs (Ed.), *Funktionelle Entspannung: Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem* (4. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates-Verl.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Wolf, B. (2012). Körperpsychotherapie studieren - Eine Bedarfsanalyse an psychosomatischen Kliniken unterstützt die Gründung eines deutschlandweit einmaligen Studienschwerpunktes in Körperpsychotherapie (KPT). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62(3–4), 136–138.

7 Anhang

7.1 Abkürzungsverzeichnis

BDI	Beck-Depressions-Inventar
BDQ	body distortion questionnaire
BIS	body investment scale
BSI	brief symptom inventory
CAINS	clinical assessment of negative symptoms
DKB-35	Dresdner Körperbildfragebogen
DSM-5	diagnostic and statistical manual of mental disorder (aktuelle Fassung)
FE	Funktionelle Entspannung
GSI	global severity index des BSI oder der SCL
HAMD	Hamilton rating scale for depression
HS	Dipl.-Psych. Heribert Sattel, Psychosomatik der Technischen Universität München
ICD-10	internationale Klassifikation der Krankheiten (aktuelle Fassung)
<i>k</i>	Anzahl eingegangener Studien
KBT	Konzentrierte Bewegungstherapie
KG	Kontrollgruppe
KPT	Körperpsychotherapie im Allgemeinen und Interventionsgruppen, die sie anwenden, im Speziellen
KT	Körpertherapie
<i>M</i>	Mittelwert

MANSA	Manchester short assessment of quality of life
MBSR	Mindfulness-based-stress-reduction
MMPI	Minnesota multiphasic personality inventory
<i>n</i>	Größe einer Teilstichprobe bzw. deren Kombination
<i>N</i>	Größe einer Studienstichprobe
<i>OR</i>	odds ratio
PANSS	Positive and negative symptom scale
PHQ	Patient Health Questionnaire
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RevMan	Review Manager der Cochrane Community
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
SANS	Scale for the assessment of negative symptoms
SBC	Scale of body connection
SCL 90	Symptom checklist 90
<i>SD</i>	Standardabweichung
<i>SE</i>	Standardfehler
SECS/STAXI	State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar
SF-36	Short Form des Fragebogens zum Gesundheitszustand
<i>SMD</i>	standardisierte Mittelwertedifferenz
SOMS	Screening für somatoforme Störungen
SR	Sophie Rosendahl, Verfasserin dieser Arbeit
TU	Technische Universität München

7.2 Forest plots der Inner-Gruppen-Effekte

Studie	Gruppe	SMD [95% KI]	n
Boerhout et al. (2015)	KPT	0.91 [-0.37, 2.19]	11
	KG	0.04 [-1.28, 1.35]	9
Heimbeck und Hölter (2011)	KPT	1.96 [1.23, 2.68]	45
	KG	1.07 [0.49, 1.64]	53
Kuhn (2015)	KPT	0.34 [-1.29, 1.97]	6
	KG	-0.13 [-1.52, 1.26]	8
Lahmann et al. (2008)	KPT	0.75 [-0.50, 2.00]	11
	KG	-0.04 [-1.23, 1.15]	11
Lahmann et al. (2010)	KPT	0.51 [-0.13, 1.15]	39
	KG	0.17 [-0.45, 0.80]	39
Levy-Berg et al. (2009)	KPT	0.90 [0.18, 1.62]	33
	KG	0.50 [-0.25, 1.26]	28
Martin et al. (2016)	KPT	0.43 [-0.30, 1.15]	30
	KG	-0.48 [-1.40, 0.44]	19
Monsen und Monsen (2000)	KPT	1.16 [0.20, 2.13]	20
	KG	0.15 [-0.72, 1.03]	20
Nickel et al. (2006)	KPT	2.35 [1.70, 2.99]	64
	KG	0.83 [0.32, 1.34]	64
Price (2005)	KPT	0.86 [-0.41, 2.13]	11
	KG	1.08 [-0.23, 2.39]	11
Priebe et al. (2016)	KPT	0.34 [-0.02, 0.69]	123
	KG	0.30 [-0.05, 0.66]	123
Röhrich et al. (2013)	KPT	0.88 [-0.39, 2.15]	11
	KG	-0.28 [-1.42, 0.86]	12
Röhrich und Priebe (2006)	KPT	1.03 [0.15, 1.92]	23
	KG	0.20 [-0.71, 1.10]	19
Gesamteffekt	KPT	0.98 [0.56, 1.41]	427
	KG	0.37 [0.12, 0.62]	416

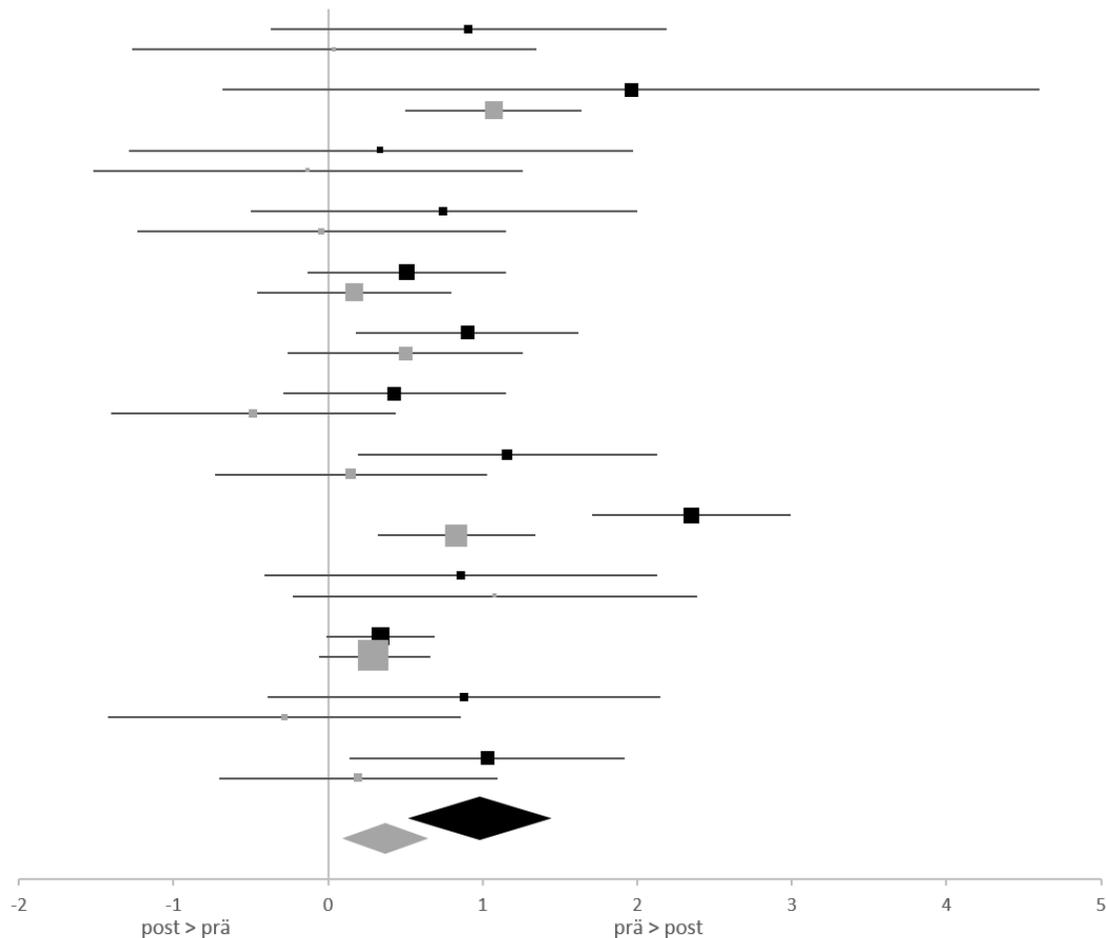


Abbildung 12: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension Psychopathologie.

Anmerkung. KPT: $Z = 4.57^*$, $p < .001$; KG: $Z = 2.87^*$, $p = .004$. Zu beachten ist, dass die KPT und KG der Einzelstudien den jeweiligen Inner-Gruppen-Effekt bilden, sodass sich die Gewichte der beiden Gruppen für eine Studie nicht entsprechen.

Studie	Gruppe	SMD [95% KI]	n
Kuhn (2015)	KPT	0.07 [-1.53, 1.67]	6
	KG	-0.23 [-1.63, 1.16]	8
Lahmann et al. (2008)	KPT	0.44 [-0.77, 1.64]	11
	KG	0.03 [-1.16, 1.22]	11
Lahmann et al. (2010)	KPT	1.25 [0.56, 1.94]	39
	KG	0.20 [-0.43, 0.83]	39
Levy-Berg et al. (2009)	KPT	0.76 [0.05, 1.47]	33
	KG	0.32 [-0.42, 1.07]	28
Monsen und Monsen (2000)	KPT	1.04 [0.09, 1.99]	20
	KG	0.24 [-0.64, 1.12]	20
Nickel et al. (2006)	KPT	0.96 [0.44, 1.47]	64
	KG	0.27 [-0.23, 0.76]	64
Price (2005)	KPT	0.93 [-0.29, 2.15]	12
	KG	0.94 [-0.34, 2.22]	11
Priebe et al. (2016)	KPT	0.28 [-0.07, 0.63]	125
	KG	0.25 [-0.11, 0.60]	124
Röhrich und Priebe (2006)	KPT	0.21 [-0.61, 1.04]	23
	KG	0.13 [-0.77, 1.03]	19
Gesamteffekt	KPT	0.67 [0.38, 0.96]	333
	KG	0.25 [0.03, 0.47]	324

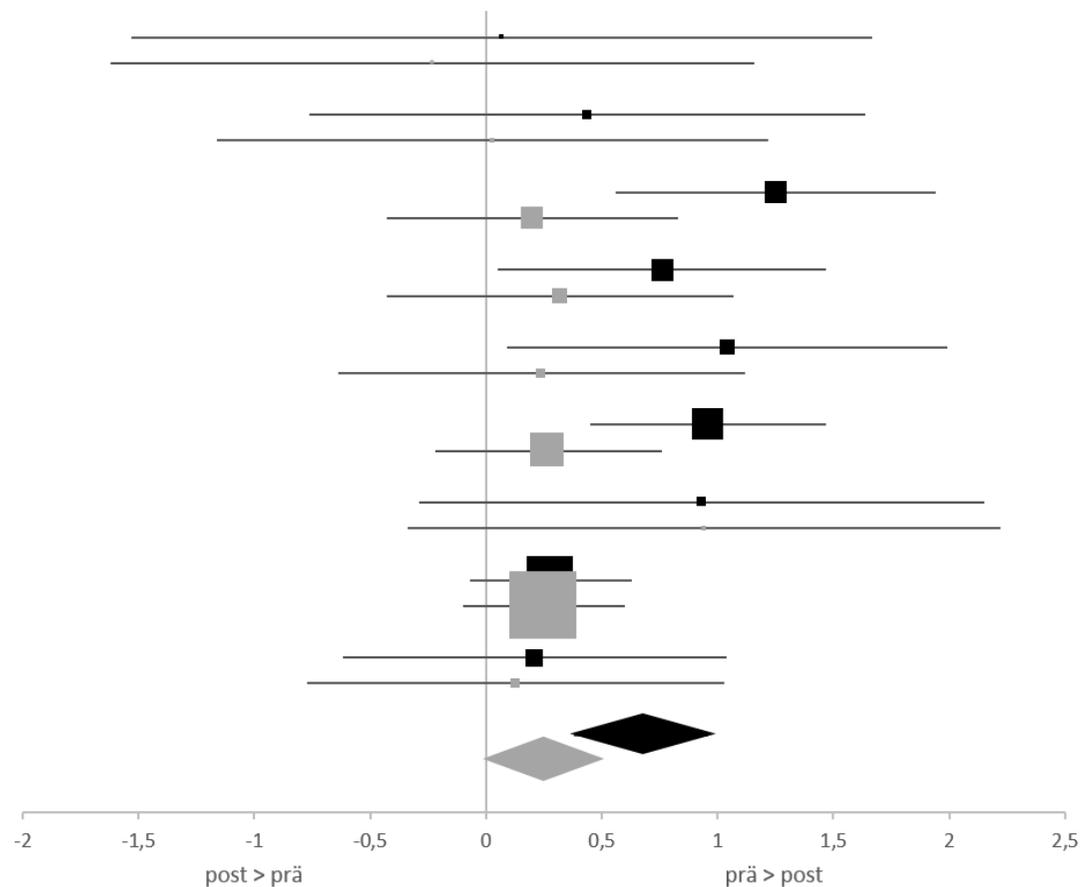


Abbildung 13: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension psychische Belastung.

Anmerkung. KPT: $Z = 4.51^*$, $p < .001$; KG: $Z = 2.20^*$, $p = .03$. Zu beachten ist, dass die KPT und KG der Einzelstudien den jeweiligen Inner-Gruppen-Effekt bilden, sodass sich die Gewichte der beiden Gruppen für eine Studie nicht entsprechen. Der minimale Vorteil der KG in Price (2005) kommt dadurch zustande, dass n und SD von den Werten des Zwischen-Gruppen-Effekts abweichen. Der Zwischen-Gruppen-Effekte bildet die leichte absolute Verbesserung der KPT ab (vgl. Abbildung 3).

Studie	Gruppe	SMD [95% KI]	n
Boerhout et al. (2015)	KPT	0.29 [-0.67, 1.25]	17
	KG	-0.29 [-1.43, 0.85]	12
Nickel et al. (2006)	KPT	0.89 [0.37, 1.40]	64
	KG	0.07 [-0.42, 0.56]	64
Price et al. (2012)	KPT	1.69 [0.73, 2.65]	24
	KG	1.31 [-0.06, 2.68]	11
Gesamteffekt	KPT	0.94 [0.28, 1.60]	105
	KG	0.22 [-0.48, 0.93]	87

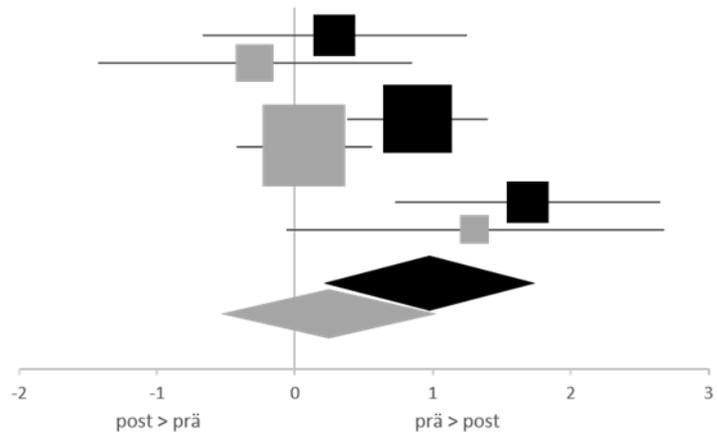


Abbildung 14: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension Coping.

Anmerkung. KPT: $Z = 2.80^*$, $p < .005$; KG: $Z = 0.62$, $p = .53$, n. s. Zu beachten ist, dass die KPT und KG der Einzelstudien den jeweiligen Inner-Gruppen-Effekt bilden, sodass sich die Gewichte der beiden Gruppen für eine Studie nicht entsprechen.

Studie	Gruppe	SMD [95% KI]	n
Kuhn (2015)	KPT	-0.07 [-1.57, 1.43]	7
	KG	0.21 [-1.18, 1.61]	8
Levy-Berg et al. (2009)	KPT	-0.54 [-1.24, 0.15]	33
	KG	-0.36 [-1.11, 0.39]	28
Priebe et al. (2016)	KPT	-0.11 [-0.46, 0.24]	127
	KG	-0.22 [-0.57, 0.13]	127
Röhricht et al. (2013)	KPT	-0.09 [-1.33, 1.16]	10
	KG	0.43 [-0.72, 1.58]	12
Röhricht und Priebe (2006)	KPT	0.00 [-0.86, 0.86]	21
	KG	0.00 [-0.92, 0.92]	18
Gesamteffekt	KPT	-0.17 [-0.45, 0.11]	198
	KG	-0.16 [-0.45, 0.12]	193

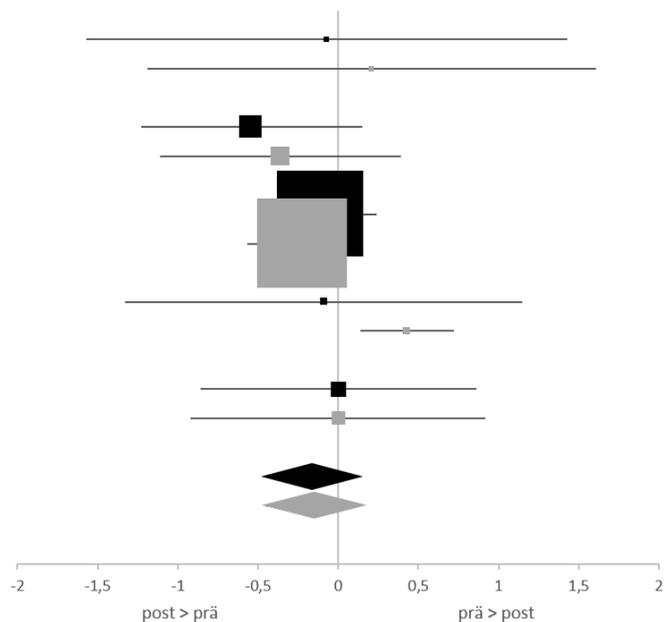


Abbildung 15: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension Lebensqualität.

Anmerkung. KPT: $Z = 1.16$, $p = .25$, n. s.; KG: $Z = 1.12$, $p = .26$, n. s. Zu beachten ist, dass die KPT und KG der Einzelstudien den jeweiligen Inner-Gruppen-Effekt bilden, sodass sich die Gewichte der beiden Gruppen für eine Studie nicht entsprechen.

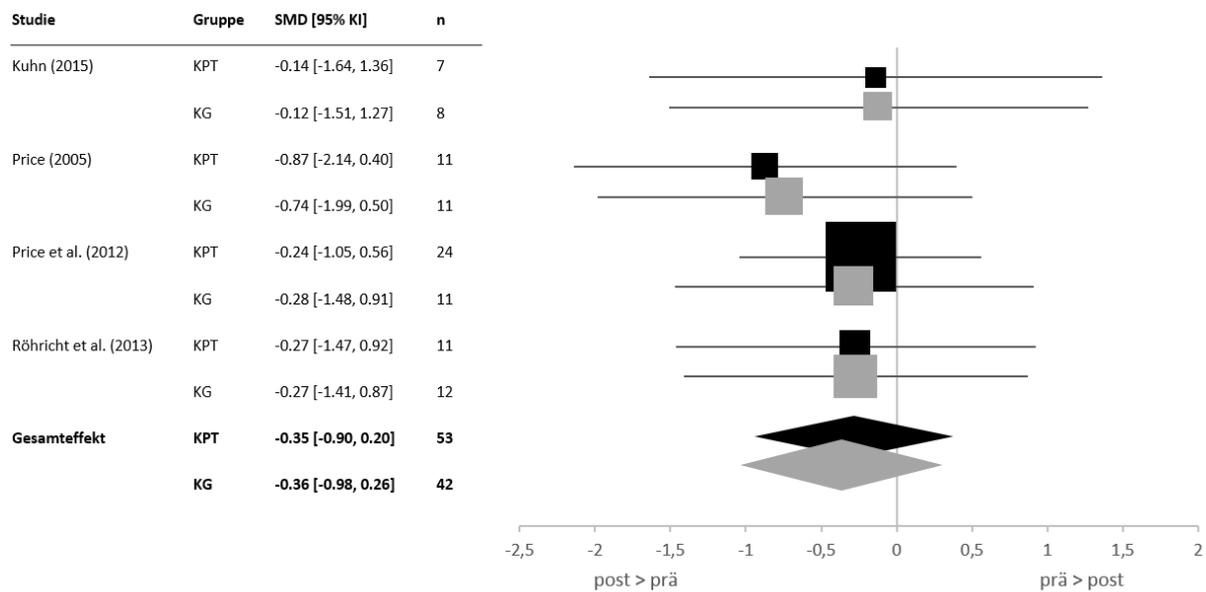


Abbildung 16: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension Körpererleben.
 Anmerkung. KPT: $Z = 1.26, p = .21, n. s.$; KG: $Z = 1.15, p = .25, n. s.$ Zu beachten ist, dass die KPT und KG der Einzelstudien den jeweiligen Inner-Gruppen-Effekt bilden, sodass sich die Gewichte der beiden Gruppen für eine Studie nicht entsprechen.

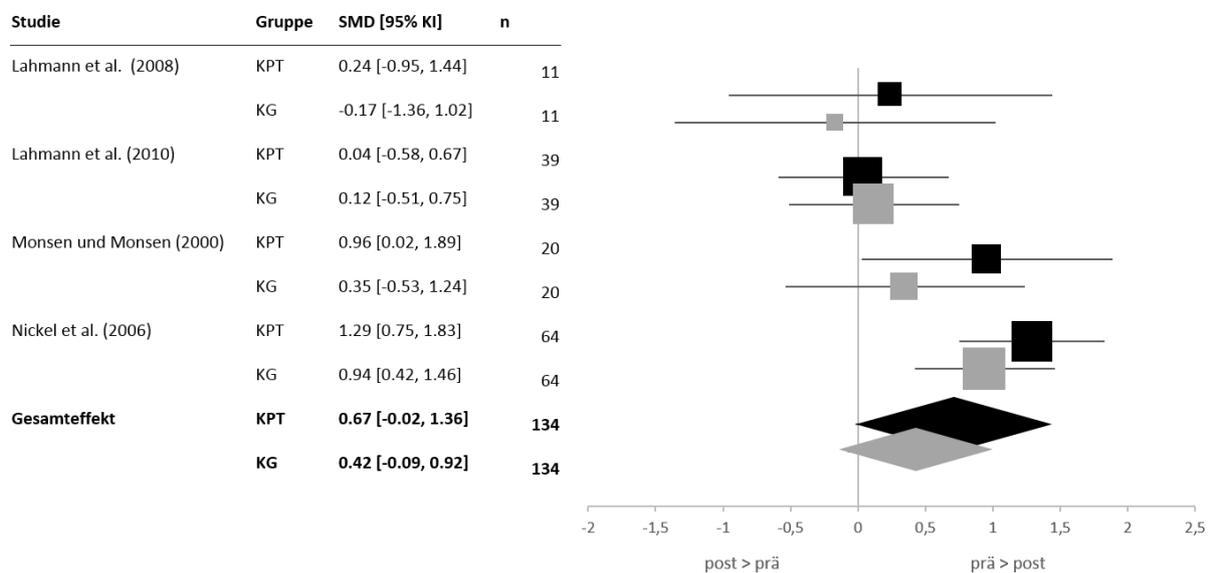


Abbildung 17: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension interpersonelle Schwierigkeiten.
 Anmerkung. KPT: $Z = 1.90, p = .06, n. s.$; KG: $Z = 1.62, p = .11, n. s.$ Zu beachten ist, dass die KPT und KG der Einzelstudien den jeweiligen Inner-Gruppen-Effekt bilden, sodass sich die Gewichte der beiden Gruppen für eine Studie nicht entsprechen.

7.3 Beurteilung der Studienqualität und Kodierung der Moderatoren

Tabelle 3: Bewertung der Qualität eingeschlossener Studien anhand des Quality Assessments nach Moncrieff et al. (2001), ausführliche Beschreibung der Kriterien dort

Studie	1) Objectives and specification main outcomes a priori	2) Adequate sample size	3) Appropriate duration of trial including follow up	4) Power calculation	5) Method of allocation	6) Concealment of allocation	7) Clear description of treatments	8) Blinding of subjects	9) Source of subjects described and representative sample recruitment	10) Use of diagnostic criteria	11) Record of exclusion criteria and number of exclusions and refusals reported	12) Description of sample demographics
Boerhout et al. (2015)	2	0	0	2	2	2	1	0	2	1	2	1
Heimbeck und Hölter (2011)	2	0	2	0	1	0	1	0	2	2	1	1
Kuhn (2015)	2	0	0	0	2	0	2	0	2	1	1	2
Lahmann et al. (2008)	2	0	0	2	2	2	2	0	2	1	1	2
Lahmann et al. (2010)	2	0	1	2	2	2	2	0	2	1	1	2
Levy-Berg et al. (2009)	2	0	2	0	2	0	1	0	2	1	1	2
Martin et al. (2016)	2	0	0	2	2	2	2	0	2	1	2	2
Monsen und Monsen (2000)	1	0	2	0	1	0	1	0	1	1	2	2
Nickel et al. (2006)	2	1	0	2	2	0	1	0	2	1	2	2
Price (2005)	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	2
Price et al. (2012)	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	2
Priebe et al. (2016)	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2
Röhricht et al. (2013)	2	0	0	0	2	2	2	0	2	2	2	1
Röhricht und Priebe (2006)	2	0	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2

Studie	13) Blinding of assessor	14) Assessment of compliance	15) Details on side-effects	16) Record of number and reasons for withdrawal by group	17) Outcome measures described clearly or use of validated instruments	18) Information on comparability and adjustment for differences in analysis	19) Inclusion of all subjects in analyses (intention-to-treat)	20) Presentation of results with inclusion of data for re-analysis for main outcomes	21) Appropriate statistical analysis (correction for multiple testing)	22) Conclusions justified	23) Declaration of interests	Summenscore
Boerhout et al. (2015)	0	0	0	2	2	2	0	2	1	2	0	26
Heimbeck und Hölter (2011)	0	0	0	0	2	2	2	2	1	2	2	25
Kuhn (2015)	0	2	0	1	2	2	0	2	1	2	0	24
Lahmann et al. (2008)	0	0	0	2	2	2	2	2	1	2	0	29
Lahmann et al. (2010)	1	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	33
Levy-Berg et al. (2009)	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	27
Martin et al. (2016)	1	0	0	2	2	1	0	2	0	1	0	26
Monsen und Monsen (2000)	2	0	0	0	2	2	0	2	1	2	0	22
Nickel et al. (2006)	0	0	0	1	2	2	2	2	2	1	0	27
Price (2005)	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	0	26
Price et al. (2012)	0	2	0	1	2	2	0	1	2	2	2	28
Priebe et al. (2016)	2	2	1	2	2	1	0	2	2	2	2	40
Röhricht et al. (2013)	0	2	0	1	2	2	0	2	1	2	2	29
Röhricht und Priebe (2006)	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	37

Tabelle 4: Kodierung der Studien in je zwei Gruppen anhand des Moderators für Subgruppenanalysen

Studie	Jahr (1<2011, 2≥ 2011)	Land (1=D, 2=GB/US)	Stichpro- bengrö- ße ^a	Stichpro- bengröße (1<44, 2≥44)	Format (1 = Ein- zel, 2 = Gruppe)	Abstand Prä-Post- messung in Wo- chen	Dosis in Stunden zu Zeit- punkt Postmes- sung	Dosis in h (1<18.75, 2≥18.75)	Diagnose (1 = af- fektiv, 2= Schi- zophre- nie)	Art der KG (1 = Kör- per, 2 = inaktiv)	Beurtei- lung Psy- chopa- thologie (1= Selbst, 2=Fremd)	Beurtei- lung psy- chische Belastung (1= Selbst, 2=Fremd)	Qualität Summen- score	Qualität (1<27, 2≥ 27)
Boerhout et al. (2015)	2	Nieder- lande	20	1	2	6	6	1	Essstö- rung	2	1	keine	26	1
Heimbeck und Hölter (2011)	2	1	98	2	2	5	12,5	1	2	1	1	keine	25	1
Kuhn (2015)	2	1	14	1	2	20	30	2	2	2	1	1	24	1
Lahmann et al. (2008)	1	1	22	1	2	6	9	1	2	2	1	1	29	2
Lahmann et al. (2010)	1	1	78	2	2	5	10	1	2	2	2	1	33	2
Levy-Berg et al. (2009)	1	Schwe- den	61	2	1	60	52	2	2	2	1	1	27	2
Martin et al. (2016)	2	1	49	2	2	10	30	2	1	2	2	keine	26	1
Monsen und Monsen (2000)	1	Norwe- gen	40	1	1	36	33	2	2	2	1	1	22	1
Nickel et al. (2006)	1	1	128	2	2	6	12	1	2	1	1	1	27	2
Price (2005)	1	2	22	1	1	9	8	1	Trauma	1	1	1	26	1
Price et al. (2012)	2	2	46	2	1	12	12	1	Substanz- abusus	2	1	keine	28	2
Priebe et al. (2016)	2	2	246	2	2	10	30	2	1	1	2	2	40	2
Röhricht et al. (2013)	2	2	23	1	2	10	30	2	2	2	1	keine	29	2
Röhricht und Priebe (2006)	1	2	42	1	2	10	25	2	1	2	2	2	37	2

^akleinstes n in Psychopathologie und psychische Belastung

7.4 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auswahlprozess der in die quantitative Auswertung eingegangenen Studien..	40
Abbildung 2: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension Psychopathologie	46
Abbildung 3: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension psychische Belastung	47
Abbildung 4: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension Coping.....	48
Abbildung 5: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension Lebensqualität.....	49
Abbildung 6: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension Körpererleben	49
Abbildung 7: Forest Plot des Zwischen-Gruppen-Effekts der KPT und KG für die Dimension interpersonelle Schwierigkeiten	50
Abbildung 8: Darstellung der Innergruppeneffekte (mit 95% KI) für Subgruppen nach (a) Erscheinungsjahr, (b) Land der Durchführung, (c) Stichprobengröße und (d) Format.....	54
Abbildung 9: Darstellung der Innergruppeneffekte (mit 95% KI) für Subgruppen nach (a) Dosis der Intervention, (b) Diagnose, (c) Art der KG und (d) Beurteilungsperspektive	56
Abbildung 10: Darstellung der Innergruppeneffekte (mit 95% KI) für Subgruppen nach Studienqualität.....	58
Abbildung 11: Funnel Plots für die Dimensionen Psychopathologie (links) und psychische Belastung (rechts)	59
Abbildung 12: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension Psychopathologie.	100
Abbildung 13: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension psychische Belastung.	101
Abbildung 14: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension Coping.	102
Abbildung 15: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension Lebensqualität.	102
Abbildung 16: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension Körpererleben.	103

Abbildung 17: Forest Plot der Inner-Gruppen-Effekte in den KPT und KG für die Dimension interpersonelle Schwierigkeiten	103
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

7.5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilaspekte des Körpererlebens modifiziert nach Röhrich et al. (2005).....	8
Tabelle 2: Charakteristika eingeschlossener Studien.....	42
Tabelle 3: Bewertung der Qualität eingeschlossener Studien anhand des Quality Assessments nach Moncrieff et al. (2001), ausführliche Beschreibung der Kriterien dort.....	104
Tabelle 4: Kodierung der Studien in je zwei Gruppen anhand des Moderators für Subgruppenanalysen.....	106

7.6 Danksagung

Mein Dank gilt Herrn Prof. Claas Lahmann für die Betreuung dieser Untersuchung und ihre Begutachtung. Herrn Dipl.-Psych. Heribert Sattel danke ich sehr für die allzeit prompte Hilfestellung bei methodischen Fragen und die freundliche sowie fachliche Unterstützung.

Vor allem bei einer faktenorientierten, statistischen Arbeit lohnt sich ein Einblick ins Forschungsfeld: Ich danke Agnes Biener dafür, die Körperpsychotherapie mit mir erkundet zu haben, und Claudia Matschilles für die Selbsterfahrung in wöchentlichen Pilates-Stunden.

Schließlich möchte ich mich herzlich bei meinen Freunden und meiner Familie für die Unterstützung und Korrektur dieser Arbeit danken: Johanna Bauer, Raphael Domin, Dr. Thomas Maurer, Dr. Felix Rosendahl, Gudrun Rosendahl, Harald Rosendahl und Dr. Johanna Schmölders – Danke!