

Anhang II

A) Widersprüchliche Dateninterpretationen mit Kontextmißachtung – als eine offizielle, "wissenschaftliche" Vorbereitung zum Psychotherapeuten-Gesetz (PTG)

Die Interpretationen der nämlichen Zahlen von Meyer&Richter, Forschungsgutachten (1991, Hamburg-Eppendorf, Uni-Krhs.) einerseits und von Grawe/Donati/Bernauer, "Von der Konfession zur Profession", (1994, 3. Aufl., Hogrefe) andererseits zur

a) psychoanalytischen Kurztherapie und

b) zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie, werden in Zitaten aus den genannten Quellen gegenübergestellt.

Zur Langzeitpsychoanalyse gab es keine einzige verwertbare Arbeit.

Die Gutachter geißelten damals, dass einige der psychotherapeutischen Ansätze keinen einzigen Wirksamkeitsnachweis erbracht hätten, z.B. die Analytische Psychotherapie nach C.G. Jung, die Dynamische Familientherapie nach Stierlin etc, so dass diese nicht als „wissenschaftlich anerkannt“ angesehen werden dürften, und nicht für staatlich kontrollierte Ausbildungsgänge in Betracht kommen könnten - (Meyer&Richter, Abs. 509), - aber sie verloren kein Wort darüber, dass die klassische Langzeit-Psychoanalyse, obwohl diese älter und verbreiteter war als obige Ansätze, ebenfalls keine einzige, verwertbare Wirksamkeitsstudie vorzulegen hatte. Die Hauptgutachter, die sich einen wissenschaftlichen Anstrich gaben, hatten keine Skrupel bei der Ergebnisbewertung für Eigenes und Fremdes zweierlei Maße anzuwenden.

Bei Grawe et al. (S. 168) sahen die Zahlen über die Anzahl der verwertbaren Studien des Psychodynamischen Clusters wie folgt aus:

Langzeit Psychoanalyse	0
Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie.....	12
Psychoanalytische Kurztherapie	29
Psychodynam. Therapie ohne nähere Spezifizierung	8
Psychodynam. Therapie mit medikamentöser Behandlung	13
Ich-Analyse	3
Individualtherapie	2
Katathymes Bilderleben	2
Daseinsanalyse	1

Langzeitpsychoanalyse

(Grawe S. 171 ff) Die klassische Langzeitpsychoanalyse mit wöchentlich 3-5 Therapie"liegunen" und einer Gesamtdauer von mehreren hundert oder noch mehr Behandlungsstunden, ist nicht nur die älteste, sondern wohl auch immer noch die allgemein bekannteste Form der Psychotherapie. Gleichzeitig verbindet sich mit dieser Therapieform ein ganz besonders hoher Anspruch. ... Als via regia zu einer solchen Heilung wird die „Aufdeckung“ – durch Deutungen vonseiten des Therapeuten und Einsicht auf seiten des Patienten – und das vollständige Durcharbeiten der unbewußten Konflikte des Patienten in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten angesehen.“ ...“Therapien kürzerer Dauer sind nach dieser Auffassung grundsätzlich mit einer Anspruchsreduktion der Behandlungsziele verbunden. .. Es liegt in der

Konsequenz des psychoanalytischen Denkmodells und Therapieansatzes, die besten Behandlungsergebnisse bei Langzeit-Psychoanalysen zu erwarten. ... Man kann darüber rätseln, ob es eher trotz oder gerade wegen dieser brisanten theoretischen Relevanz der tatsächlichen Wirkungen langer Psychoanalysen keine kontrollierten Wirksamkeitsstudien zu dieser Therapieform gibt. Auf jeden Fall haben wir keine einzige Studie finden können, die den Einschlusskriterien unserer Untersuchung entspräche...“

(S. 173) „Es gibt allerdings eine Untersuchung zur Langzeit-Psychoanalyse, die von ihrer Anlage her einer kontrollierten Wirksamkeitsstudie sehr nahe kommt. ... Es handelt sich um die sogenannte Menninger- Studie.“ ... (S. 180) „Die nach Stundenzahl etwa dreimal so intensive aufdeckende Behandlung war danach nicht wirksamer als die wesentlich weniger aufwendige supportive Therapie.“ ... (S.181ff) „Tab. 4.4.2.1 zeigt, dass es bei einer jahrelangen, psychoanalytischen Therapie von mehreren hundert Stunden durchaus zu wirklich guten Behandlungserfolgen kommen kann. Dies war bei etwa 40% der behandelten Patienten der Fall. Bei weiteren 20% war wenigstens ein gewisser Behandlungserfolg zu verzeichnen.“ .. Allerdings ist eine Erfolgsquote von 60% ... kein Ergebnis, das sich von den festgestellten Wirkungen anderer Therapieverfahren abhebt. „Es ist ...in den Wirkungen dieser mit wirklich außergewöhnlicher Akribie untersuchten Therapien nichts Positives erkennbar, was den teilweise über das zehnbis zwanzigfach höheren zeitlichen und finanziellen Aufwand, der mit solchen Therapien verbunden ist, rechtfertigen könnte. ... 40% der Therapien hatten ein unbefriedigendes Resultat. ..Sechs der 11 Failures ((Misserfolge)) starben durch direkten (3) oder (nach Meinung der Untersucher) indirekten (3) Suicid, der in klarem Zusammenhang mit der Behandlung innerhalb dieser Studie oder einer inzwischen aufgenommenen, weiteren psychoanalytischen Behandlung bei einem anderen Therapeuten stand. Drei weitere Patienten wurden unter der Behandlung psychotisch, nach Meinung der Untersucher im Zusammenhang mit der Übertragungsbeziehung. ... Von den Untersuchern nicht den Misserfolgen zugerechnet wurden 5 Patienten, die dauerhaft von therapeutischer Hilfe abhängig blieben mit – zum Zeitpunkt der letzten Katamnese - bis zu 28 Jahren kontinuierlicher Therapie.“ – (S. 183) „Die Behandlungsergebnisse mit Psychoanalyse waren bei besonders schwer gestörten Patienten besonders schlecht, während supportive Therapie bei diesen Patienten bessere Erfolge bewirkte als erwartet.“

(Grawe S.185) „Es gibt keine positive Indikation für eine Lang-zeit-psychoanalyse. In Qualität, Quantität und Stabilität vergleichbare Effekte wurden auch mit sitzenden Psychotherapien von sehr viel kürzerer Dauer erzielt. - Langzeitpsychoanalysen sind kontraindiziert für schwerer gestörte Patienten. Bei solchen Patienten sind Psychoanalysen nicht nur weniger wirksam, sondern sie beinhalten auch ein relativ großes Risiko schädigender Effekte.“

(Meyer&Richter, Abs.459:) ...Die Tatsache, dass alle wesentlichen theoretischen Konzepte der analytischen Psychotherapie sowie die meisten Anwendungsformen aus solchen hochfrequenten und langdauernden analytischen Psychotherapien hervorgegangen sind, lässt die Vermutung zu, dass auch deren Wirksamkeit besser und differenzierter ist, als es sich mit den bisher vorhandenen Forschungsmethoden darstellen lässt.“

Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PAOPT)

(S.187) „...ist in Abgrenzung zur klassischen Psychoanalyse ein im Sitzen durchgeführtes Verfahren mit kürzerer Behandlungsdauer und niedrigerer Wochenstundenfrequenz.“

„PAOPT mittlerer Länge, mit durchschnittlich 57 Sitzungen (Spannweite 30- 80 Stunden, S.195) und 14 Monaten Therapiedauer bei 1-2 Sitzungen wöchentlich, wurde in 12 Studien mit insgesamt 1104 Patienten angewandt und auf ihre Wirkungen hin untersucht.

(S. 195) „Als günstig für einen guten Behandlungserfolg erwies sich

- eine hohe Veränderungsmotivation und ein hoher Leidensdruck der Patienten,
- wenn der Schwerpunkt der Symptomatik im Bereich neurotischen Erlebens und nicht im Verhaltensbereich lag,
- wenn die Patienten eine gute Ausdrucksfähigkeit und Bildung hatten und nicht allzu gestört waren,
- wenn sich während der Behandlung eine starke Übertragungsbeziehung entwickelte.

Die Frequenz der Behandlungssitzungen hatte keinen Einfluß auf das Behandlungsergebnis.

... Insgesamt ist die Befundlage zur PAOPT weder quantitativ noch qualitativ sehr beeindruckend, vor allem, wenn man in Rechnung stellt, dass es sich um die in der gegenwärtigen, psychotherapeutischen Versorgung wohl am häufigsten angewendete Therapieform handelt. Für viele Anwendungsbereiche, in denen diese Therapieform routinemäßig angewendet wird, stehen überzeugende Wirkungsnachweise noch aus. Das gilt besonders für den Bereich der psychosomatischen Störungen. Auf der anderen Seite liegen aber doch Befunde vor, die der PAOPT eine einigermaßen gesicherte Wirksamkeit in zwei Anwendungsbereichen bescheinigen, nämlich dem der ambulanten Therapie von Patienten mit verschiedenen neurotischen und Persönlichkeitsstörungen und dem der stationären Therapie schizophrener Patienten. - ... (S.196:) ...es ist allerdings bemerkenswert, dass psychoanalytische Therapie ... in erster Linie die Symptome reduziert, aber sonst wenig Veränderungen bewirkt ... Das tatsächliche Wirkungsspektrum der PAOPT entspricht daher ironischerweise ungefähr dem, das einst der Verhaltenstherapie unterstellt wurde. ...

(S. 197:) Die dominierende Stellung psychoanalytischer Therapie im Versorgungssystem ist aufgrund der empirischen Befundlage ...nicht gerechtfertigt. Dies gilt umso mehr, wenn man auch noch die Befundlage zur psychoanalytischen Kurztherapie in die Bewertung einbezieht.“

(Meyer&Richter, Abs. 453:) Danach ergibt sich folgende Befundlage: Ambulante, psychoanalytische Psychotherapie hat sich bei neurotischen und persönlichkeitsgestörten Patienten sowohl im Prä-post wie auch im Kontrollgruppenvergleich als sehr wirksam in der Reduktion der jeweiligen Hauptsymptomatik erwiesen. Oft ergaben sich auch Verbesserungen der Befindlichkeit und im zwischenmenschlichen Bereich jedoch in der Regel erst nach einer Behandlungsdauer von mindestens einem Jahr auf. Seltener fanden sich die bei psychoanalytischer Therapie zu erwartenden Änderungen im Persönlichkeitsbereich.

(Abs. 456:) Die Anzahl der Vergleiche mit anderen Therapien ist zu gering, als dass sich hinreichend sichere Aussagen machen ließen. ...

(Abs. 457:) Insgesamt kann die Wirksamkeit psychoanalytischer Psychotherapie von 30 bis 100 Stunden und einer Behandlungsdauer bis zu 2 ½ Jahren bei verschiedenen Störungen als gut gesichert gelten. Die empirische Befundlage für beide Therapieformen zusammengenommen – Kurz- und Langzeittherapie – scheint dafür zu sprechen, dass psychoanalytisch orientierte Therapie eine gewisse Anzahl an Behandlungssitzungen über einen hinreichend langen Zeitraum braucht, um ihre Wirkung voll zu entfalten...“

Psychoanalytische Kurztherapie, „PAK“

(Qualitative Tabelle S. 200- 209)

(Grawe, S. 199:) „PAK ist mit einer durchschnittlichen Dauer von 4 Monaten und 16 Behandlungssitzungen in ihrer Länge und in ihrer Versorgungsökonomie ungefähr vergleichbar mit Gesprächspsychotherapien und Verhaltenstherapien ..“ „Die Anwendungsschwerpunkte liegen bei

neurotischen und persönlichkeitsgestörten Patienten und bei Patienten mit psychosomatischen Störungen.“ – (S. 210 ff) „Für die ambulante Einzeltherapie von nicht zu kurzer Dauer wurden bei Patienten mit verschiedenen neurotischen Problemen und Persönlichkeitsstörungen regelmäßig Besserungen der Symptomatik festgestellt, seltener auch Befindlichkeitsverbesserungen. Im zwischenmenschlichen Bereich und im Persönlichkeitsbereich traten jedoch keine Veränderungen ein. In dieser Hinsicht stimmen die Wirkungen von ihrer Art her ganz mit denen der längerdauernden, psychoanalytischen Therapie ein. Auch für die einzeltherapeutische PAOPT wurden in erster Linie Symptomveränderungen, aber sonst kaum irgendwelche positiven Auswirkungen festgestellt. Mit den aufgeführten Ergebnissen sind die Bereiche, in denen sich PAK positiv auswirkte, auch schon erschöpfend beschrieben.

Bei psychosomatischen Patienten wurden kaum einmal bedeutende Verbesserungen festgestellt. In der Symptomatik und in der vegetativen Stabilität wurden sogar je einmal signifikante, mittlere Verschlechterungen festgestellt.

Überhaupt wurden bei PAK im Vergleich zu anderen Therapieformen auffällig oft gelegentlich auch signifikante Verschlechterungen gefunden. Dies war besonders bei sehr kurzen Therapien (unter 12 Sitzungen durchschnittliche Therapiedauer) der Fall.

Im Kontrollgruppenvergleich verdüstert sich das ohnehin schon nicht rosige Bild noch weiter. Hier wird es zu einem ausgesprochen seltenen Ereignis, dass überhaupt einmal ein signifikanter, positiver Behandlungseffekt festgestellt wurde. Tabelle 4.4.4.3 (S. 212) gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Kontrollgruppenvergleiche.

In acht Behandlungsbedingungen, für die entsprechende Meß- und Auswertungsvoraussetzungen gegeben waren, konnte in allen Veränderungsbereichen jeweils höchstens nur einmal ein bedeutsamer positiver Effekt festgestellt werden. Im Kontrollgruppenvergleich gilt diese unbefriedigende Wirksamkeit auch für die neurotischen und Persönlichkeitsstörungen.“- (S. 213 ff) „Auch beim Kontrollgruppenvergleich schneiden die psychosomatischen Störungen wieder besonders schlecht ab. Vier vereinzelt Verbesserungen stehen zwei signifikante Verschlechterungen gegenüber. In der Katamnese traten sogar noch weitere Verschlechterungen auf und die wenigen während der Behandlung erreichten Verbesserungen gingen bis auf eine Ausnahme wieder zurück. Auch im Kontrollgruppenvergleich zeigte sich eine Tendenz zu etwas besseren Ergebnissen für das Einzelsetting und eine längere Therapiedauer.“ ...“Auch unter Berücksichtigung der möglichen Benachteiligung der PAK in einigen Studien ((Anmerkung: 5 wurden von Verhaltenstherapeuten durchgeführt)), wird das negative Ergebnisbild allerdings nur weniger kraß; ein positives Bild von der Wirksamkeit psychoanalytischer Kurztherapie entsteht dadurch nicht.

Ein positiveres Bild entsteht auch nicht durch die vorliegenden Richtungsvergleiche (Tab. 4.4.4.4). Zehn Vergleiche liegen vor zwischen PAK und einer Form der Verhaltenstherapie. Dabei schnitt die PAK deutlich schlechter ab, und zwar vor allem im Symptombereich und im zwischenmenschlichen Bereich. Dafür bewirkte sie in zwei von fünf Vergleichen mehr Veränderungen der Persönlichkeit.“ ...“Im Vergleich mit der Gesprächspsychotherapie ergaben sich ... überwiegend keine signifikanten Unterschiede.

Allerdings zeigte sich bei einer genaueren Re-analyse der Daten der besonders guten Vergleichsstudie Nr. 81016 (Meyer, 1981) mit anderen statistischen Methoden, als sie in der Untersuchung selbst vorgenommen wurden, doch ein recht deutlicher und durchgängiger Unterschied zugunsten der Gesprächspsychotherapie, vor allem, wenn auch die Ergebnisse der Katamnesen einbezogen wurden.“ ...

(S. 214 ff) Insgesamt ist es nach den von uns gefundenen Ergebnissen um die Wirksamkeit der PAK schlechter bestellt, als wir es erwartet hatten und als man es erwarten konnte angesichts dessen, dass PAK derzeit einer der beliebtesten Untersuchungsgegenstände bei Psychotherapie-Prozeßforschern ist.“ ...

S. 215) „Daß das aus unserer Analyse entstehende Bild von der Wirksamkeit der PAK zutreffend ist, wird durch eine Meta-Analyse von Svartberg und Stiles (1991) bestätigt, die auch neuere Untersuchungen einbezog.“ ...“Die psychoanalytischen Therapien erzielten im Vergleich zu sonstigen Meta-Analysen von Psychotherapien ... ganz außergewöhnlich niedrige Effektstärken. Die Therapieeffekte waren über alle Studien hinweg unmittelbar nach der Behandlung noch gerade signifikant gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen, sechs und zwölf Monate später jedoch nicht mehr. Darüber hinaus schnitt die PAK praktisch immer erheblich schlechter ab, wenn sie mit irgendeinem anderen Therapieverfahren verglichen wurde.“ ...

„Die relativ besten Ergebnisse mit psychoanalytischer Kurztherapie wurden bei Patienten mit neurotischen und Persönlichkeitsstörungen erreicht, und zwar dann, wenn die Therapien nicht zu kurz waren und im einzeltherapeutischen Setting stattfanden.“

(S. 216) „Psychoanalytische Kurztherapie bei psychosomatischen Patienten ist nach der gegenwärtigen Ergebnislage kontraindiziert, bei zu kurzer Dauer kann sie sogar schädlich sein. So gut wie nie hat sich eine Form der psychoanalytischen Kurztherapie gegenüber anderen Therapieverfahren als überlegen erwiesen...“

„Bewertet man die Ergebnislage zur PAK und zur längeren psychoanalytisch orientierten Therapie gemeinsam, so steht der tatsächlich nachgewiesene Nutzen in einem ziemlich krassen Widerspruch zur fraglos akzeptierten Etablierung und Verbreitung psychoanalytischer Therapie im Versorgungssystem als der anerkanntesten und am häufigsten angewendeten Therapieform, und zwar auch und gerade in solchen Bereichen, für die stichhaltige Bewährungsnachweise ausstehen oder für die die vorliegenden Ergebnisse sogar auf eine fehlende oder geringe Wirksamkeit hindeuten. Am krassesten ist dieses Missverhältnis im Bereich der psychosomatischen Versorgung...“

„Ausreichend empirisch abgestützt ist gegenwärtig nur die Anwendung psychoanalytischer Therapien von nicht zu kurzer Dauer bei neurotischen und persönlichkeitsgestörten Patienten und, im Rahmen der stationären Versorgung, bei schizophrenen Patienten. Das heißt jedoch nicht, dass sie bei diesen Störungsbildern die Methode der Wahl wäre, denn besser als andere Psychotherapieformen hat die psychoanalytische Therapie auch bei diesen Patientenformen nie abgeschnitten.“ ...

(Meyer&Richter, Abs. 447:) Insgesamt ergibt sich für die psychoanalytische Kurztherapie folgende Befundlage: Psychoanalytische Kurztherapie bewirkt bei Neurotikern und persönlichkeitsgestörten Patienten eine sehr effiziente Reduktion der Hauptsymptomatik

sowie eine Steigerung des Wohlbefindens. ...Positive Ergebnisse zeigen sich vor allem bei den längeren Kurztherapien.

(Abs. 449:) Positive Therapieeffekte zeigten sich vor allem dann, wenn die Therapie als Einzeltherapie durchgeführt wurde. Bei Gruppen- und Paartherapien waren die Ergebnisse weniger gut.

(Abs. 451:) Insgesamt gesehen kann die Wirkung psychoanalytischer Kurztherapie vor allem für eher länger dauernde Einzeltherapien mit neurotischen und persönlichkeitsgestörten Patienten als gesichert angesehen werden. Die erzielten Veränderungen bleiben auch langfristig aufrecht erhalten. ...“

„Bewertende Zusammenfassung:

(Abs. 463:) Psychoanalytische Therapien sind besser im Hinblick auf ihre Wirksamkeit untersucht, als viele Psychoanalytiker selbst annehmen. Die vorliegenden Wirksamkeitsprüfungen erstrecken sich praktisch über den gesamten Bereich psychischer Störungen. Unabhängig von der Fülle der dabei gefundenen Hinweise auf differentielle Indikationen, Kontraindikationen und auf die für die Wirkung verantwortlichen Faktoren kann festgestellt werden, dass sich psychoanalytische Therapie in einem weiten Anwendungsbereich als wirksames Therapieverfahren erwiesen hat. Dies gilt besonders für den Bereich der ambulanten Therapie mit neurotischen und persönlichkeitsgestörten Patienten, der den wichtigsten Anteil der Tätigkeit niedergelassener Psychotherapeuten ausmacht.

(Abs. 464:) Psychoanalytische Therapie kann daher als bewährtes Therapieverfahren angesehen werden. Dies gilt allerdings nur für psychoanalytische Therapie entsprechend dem „mainstream“ der Psychoanalyse, wie er etwa durch das Lehrbuch von Thomä und Kächele (1985) repräsentiert wird, nicht aber für die vielen Ableger des ursprünglichen psychoanalytischen Ansatzes.“ ((a.O. wird dabei auf die Analytische Psychologie nach C.G. Jung verwiesen, die Individualtherapie nach A. Adler, die Familientherapie nach Stierlin, die Daseinsanalyse nach Binswanger sowie das Katathyme Bilderleben nach Leuner))

Verhaltenstherapie- Cluster. Er besteht aus 14 unterschiedlich benannten Verfahren, die aus einem verwandten Ansatz stammen, aber nicht in einem Verband zusammen geschlossen sind. Die Zahlen, dem Grawe-Buch S. 245 entnommen, geben die Anzahl der verwerteten Studien wider. Systematische Desensibilisierung (56), Training sozialer Kompetenz (74), Reizkonfrontation (62), Biofeedback (62), Aversionstherapien (31), Paradoxe Intention (10), Rational-emotive Therapien (17), Kognitive Bewältigungstrainings (38), Problemlösungstherapien (25), Kognitive Therapien nach Beck (16), Depressionstherapien nach Lewinsohn (17), Verhaltenstherapeutische Alkoholikerprogramme (14), Verhaltenstherapeutische Sexualtherapie (22), Breitspektrumverhaltenstherapie (8). Die Bewertung der verhaltenstherapeutischen Verfahren in den genannten Quellen (Grawe et al. sowie Meyer & Richter) differieren insgesamt nicht nennenswert; sie sind vermutlich beide aus der Feder Klaus Grawes geflossen und wurden – auch seiner Prägung entsprechend – sehr positiv konnotiert.

Entspannungsverfahren

In diesem Cluster werden von Grawe et al. werden 4 Verfahren zusammengefasst:

Progressive Muskelentspannung (66), Autogenes Training (14), Hypnose (19), (soweit sie ausschließlich zur Entspannung eingesetzt wird) und Meditation (15), soweit sie therapeutisch bei klinisch relevanten Problemstellungen angewandt wird.

Bei Meyer&Richter werden sie als eher flankierende aber nicht für sich alleine ausreichende Psychotherapieverfahren angesehen und nur ganz kurz abgehandelt.

Humanistischer Cluster

Hier wurden die folgenden 10 Verfahren zusammen gefasst: Psychodrama (6), Gestalttherapie (7), Gesprächstherapie (35), Encounter- Gruppen (9), Humanistische Therapie ohne nähere Spezifizierung (11), Transaktionsanalyse (6), Musiktherapie (3), Bewegungs- und körperorientierte Therapie (3), Tanz- und Kunsttherapie (2), Bioenergetische Therapie (1)

Obwohl Grawe die Verfahren dieser Gruppe für heterogen ansieht (S. 98), wie sie aufgrund ihrer unterschiedlichen Medien und Darstellungsweisen auch äußerlich erscheinen mögen, fasst er sie dennoch - und zurecht - zusammen. Das Gemeinsame bei Humanistischen Verfahren ist ein positives Menschenbild, eine ausgeprägte therapeutische Bezogenheit auf den Wesenskern, die Ressourcen und Lösungspotentiale des anderen und eine kreative, Hier-und-Jetzt-bezogene, erfahrungs-, bzw. erlebnisorientierte Vorgehensweise.

(Grawe et al., 1994, S. 111.) „Die Basis für empirisch begründete Aussagen über die Wirkungen von Gestalttherapie bei Patienten mit klinisch relevanten Störungen ist gegenwärtig noch sehr schmal.“ (S. 117:) ...Gerade wegen dieser vermutlich guten Wirksamkeit zählt die Gestalttherapie zu denjenigen Verfahren, die vordringlich besser untersucht werden sollten, um ihren wissenschaftlichen Status und ihren potentiellen Stellenwert für die psychotherapeutische Versorgung sicherer einschätzen zu können. ...

Daß das Wirkungspotential der Gestalttherapie trotz der erst geringen Zahl überzeugender Wirksamkeitsstudien von uns eher positiv eingeschätzt wird, liegt auch mit daran, dass es Befunde aus der nicht-kontrollierten Prozess-Outcomeforschung gibt, die eher auf ein hohes Wirkungspotential bestimmter gestalttherapeutischer Vorgehensweisen, wie etwa „experiential confrontation“, hinweisen (s. dazu Orlinsky, Grawe und Parks, in press). ..“

(Meyer&Richter, 1991, Abs. 512.) „...Bei anderen Therapieverfahren dieser Gruppe – dazu wären etwa die Gestalttherapie und die systemische Familientherapie zu rechnen – ist eher damit zu rechnen, dass sie sich im Zuge weiterer Untersuchungen als Therapieverfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit qualifizieren werden.“

Interpersonale Therapien

Als Cluster werden zusammengefasst: 1) IPT =Interpersonale Psychotherapie nach Klerman and Weissman/ USA (10), 2) Paartherapien (35), 3) Familientherapien (18).

(Grawe, S. 517:) „Die IPT befasst sich mit der aktuellen, zwischenmenschlichen Beziehung des Patienten, nicht mit seiner Vergangenheit ... Die IPT ist ausdrücklich nicht einsichtsorientiert, sondern bewältigungsorientiert. Sie befasst sich nicht mit intrapsychischen Phänomenen wie Konflikten und Abwehrmechanismen, sondern mit der konkreten interpersonalen Gegenwart des Patienten ...Die Therapiebeziehung wird ausdrücklich nicht unter der Übertragungsperspektive betrachtet. Der Therapeut versteht sich nicht als neutral, sondern als Anwalt des Patienten.“

Grawe hat in diesem Kapitel Paartherapien unterschiedlichen Ansatzes zusammengefasst: systemorientiert, psychodynamisch, humanistisch, eklektisch – außer verhaltenstherapeutisch. Bei den Familientherapien lagen die meisten Studien für die systemorientierte Form vor. -

B) Wirksamkeitsstudien zur Gestalttherapie

Vorbemerkung:

Wirksamkeitsforschung kann verschiedene Wege gehen. Man kann diese als sinnvolle Ergänzungen sehen. Man kann aber auch den einen oder anderen Weg zu verabsolutieren versuchen, um andere nicht gelten zu lassen. Die unterschiedlichen Verfahren passen unterschiedlich gut zu den verschiedenen Wegen der Forschung.

Verhaltenstherapie (jedenfalls diejenige vor der heutigen "dritten Welle") zentriert sich detailliert auf Störungen und Symptome und neigt dazu, diesen Fokus aus seinem Kontext sauber herauszuschälen und ihn als etwas Separates zu betrachten, das repariert werden soll. Das Ziel für diesen Vorgang sind klare Handlungsanweisungen (Programme, Manuale), die kontrolliert werden können. Der Therapeut ist in seiner Funktionalität gefragt, der spezielle Mensch tritt dahinter zurück.

Die VT hat vor diesem Hintergrund und aufgrund der Menge ihrer Institute eine größere Anzahl an wissenschaftlich präzisen Studien mit zufallszugeordneten Stichproben homogener Krankheitsbilder hervor-gebracht (sogenannte RCT-Studien/randomized-controlled trials), auf die sie stolz ist und in gewisser Weise auch sein kann. (Daß prominente Kritiker aus den eigenen Reihen, z.B. David Orlinsky, diese Art von statistischer lege-artis-Forschung für lebensunrelevante, aus ihrem Kontext herausgerissene Laborartefakte halten, steht auf einem anderen Blatt.) Im WBP hatten sich offenbar die RCT-Befürworter mit ihrer Forderung durchsetzen können, daß Verfahrens-Neuantragsteller an der Menge ihrer RCT-Studien gemessen werden sollen, – ob diese Denk- und Vorgehensweise zu ihnen paßt oder nicht – und ob sie über die entsprechende Forschungskapazität verfügen oder nicht. So wurde versucht, Spielregeln, die aus seiner parzellierenden Sichtweise stammen, für alle Verfahren für verbindlich zu erklären.

Außerdem: Die vom WBP diktierten Spielregeln vergleichen den Forschungs-Output zugelassener Verfahren (mit Zugang zu Instituten und Forschungsgeldern) mit der Produktion von Forschungsstudien von den Verfahren, denen die Existenzgrundlage entzogen worden ist. Wenn letztere weniger Studien vorlegen können, bedeutet das noch lange nicht, daß sie schlechter sind. Soviel Kontextverständnis besitzt jeder Laie. Aber unser "Wissenschaftlicher Beirat" benutzt die gegebene Konstellation zum Machterhalt.

Diese Spielregeln, die nach außen hin eine abschreckende Wirkung haben sollen, sind offenbar auch von den Psychodynamikern des WBP abgenickt worden, obwohl RCT-Studien nicht ihr Terrain sind und sie immer wieder große Mühe haben, das hochgesetzte Soll zu erfüllen- (und es jahrelang auch nicht erfüllten). Sie setzten wiederholt auf die Überlebensstrategie des sich Neu-Definierens, wobei sich Freuds "Gold der Analyse" immer mehr mit dem Kupfer ehemals als minderwertiger angesehenen Therapieformen vermengen mußte, um des Vorteils willen, durch deren Wirkstudien in ihrer Existenzberechtigung mit abgesichert zu werden.

Zu den ganzheitlichen Entwürfen der Humanistischen Verfahren, bei denen der individuelle Prozeß des Wachstums, der Differenzierung, der Integrations- und Stimmigkeitszunahme im Fokus stehen, paßt eher ein anderer Weg, nämlich der der Prozeßforschung, auf dem sie einiges vorzuweisen haben. Wenn die Humanisten ihren Weg zum Maß aller Forschung machen würden, kämen die Verhaltenstherapeuten und die Psychodynamiker schlecht weg und kämen ihrerseits nicht über eine entsprechende Hürde.

2008 stellte U. Strümpfel in seinem Überblick 116 Forschungsarbeiten zum Therapieprozeß und –ergebnis vor. 31 Wirksamkeitsstudien davon bezogen sich auf klinische Gruppen. Dabei wurden die Daten von 4500 Patienten verarbeitet.

Ein merkwürdiges Tabu scheint über den Metaanalysen und den schulenvergleichenden Wirksamkeitsstudien zu liegen, die in den Methodenpapieren des WBP überhaupt nicht erwähnt werden, obwohl sie jeder Insider kennt, der sich ernsthaft der Psychotherapieforschung zuwendet. Jeder, der die mit großer Sorgfalt und unter kritischer Berücksichtigung aller Verzerrungsfaktoren erstellten, internationalen Großvergleiche zur Kenntnis nimmt, weiß, daß alle der genannten, untersuchten Verfahrens-Blöcke auf ihre jeweils etwas unterschiedliche Art und Weise, dennoch letztlich vergleichbar gute Arbeit machen. Es ist von Vorteil, daß es für die unterschiedlichen Menschen, -Patienten wie Therapeuten -, unterschiedliche Wege und Passungen gibt.

Die von Lobbyisten im Verlauf der PTG-Vorbereitungszeit herbeigeführte Überzeugungsarbeit an ministeriellen Beamten, die Verfahren von zwei "Grundorientierungen" als Richtlinienverfahren unter den Schutz des Gesetzes zu stellen und den Rest zu liquidieren, diene dem Vorteil der eigenen Zunft und entbehrt - damals wie heute - der wissenschaftlichen Rechtfertigung.

A) Metaanalysen und Schulen-Vergleichsstudien

A1) Verzerrungseffekte.

Als Vorspann zu den Ergebnissen der Metaanalysen sei auf die Auseinandersetzung mit dem differenzierten Pro und Contra, auf die Fallstricke und potentiellen Verzerrungseffekte bei der Erstellung von Metaanalysen verwiesen (U.Strümpfel, 2006, S, 212 ff), die bei dem folgenden Datematerial berücksichtigt wurden.

Insbesondere ist aufmerksam auf die beiden stärksten Verzerrungsfaktoren geachtet worden, nämlich 1) auf den der "Reagibilität der Erhebungsinstrumente" und 2) auf den der Schulenzugehörigkeit der Forschergruppe, "experimenter allegiance", wenn es um Schulenvergleiche geht, - sowie auf weitere Verzerrungsfaktoren: Berücksichtigung 3) der Drop-outs (Abbrecher), 4) des Zeitpunkts der Messung nach Abschluß der Therapie, 5) der Erhebung von "blinden" versus "nicht-blinden" Daten, 6) der Behandlungsmodalität (Einzel-,

Paar-, Gruppentherapie, Therapie-programm, Wochenendmarathon), 7) der Therapielänge unter den Kontrollgruppenvergleichen.

Die “Reagibilität der Erhebungsinstrumente” zielt auf das Verhältnis von verwendeten Symptomskalen zu anderen ab. Erstere reagieren schneller und ausgiebiger als z.B. Skalen für Selbstwerthöhe, Persönlichkeits- oder sozial-kommunikative Merkmale und bilden eine verhältnismäßig zu starke Veränderung ab. Verhaltenstherapeutische Studien verwendeten früher (in den 70/80er Jahren) überwiegend Symptomskalen und machten dadurch einen fälschlich überlegenen Eindruck gegenüber den verglichenen Verfahren. Nach den Berechnungen von U.Strümpfel (S.258) lassen sich allein 77% der Wirksamkeits-Unterschiede zwischen den verschiedenen Schulen durch diesen Verzerrungsfaktor aufklären.

“Allegiance-Effekt” ist das Ausmaß an hochsignifikanter Verzerrung zugunsten des vertrauten Verfahrens, das bei Schulen-Vergleichsstudien durch die Schulenzugehörigkeit der Forschergruppe entsteht, obwohl die Versuche äußerlich völlig korrekt durchgeführt worden waren. Die Größe dieses Effektes liegt etwa bei einem Drittel der Effektstärke für Psychotherapie insgesamt, das heißt bei +/- 15% der mittleren Effektstärke, die über alle Therapien hinweg ermittelt wurde (Smith et al. 1980, 121; Elliot et al.2001, 68).

Nach Elliott et al.(2001) werden mit diesem Faktor zwischen humanistischen und nicht-humanistischen Verfahren sogar 37% der Varianz aufgeklärt.

A2) Die Situation der 70/80er Jahre:

Die Verzerrungsfaktoren sind in den Metaanalysen, die mehr als etwa 20 Jahre zurückliegen nur teilweise oder gar nicht berücksichtigt worden. Daher sind Re-Metanalysen von älterem Datenmaterial, also bereinigende Nachberechnungen, sinnvoll und erforderlich.

Ohne Verzerrungsbereinigung kamen verschiedene ältere Metaanalysen (Smith & Glass 1977, Glass & Miller 1980, Shapiro & Shapiro 1982, Nicholson & Berman 1983) zu dem Schluß, daß psychodynamische und humanistische Verfahren durchschnittlich um 0.5 Effektstärke hinter die behavioralen zurückfielen. (U. Strümpfel, 2006, S. 215)- Dieser Unterschied stellte sich jedoch als Trugschluß heraus: nach Herausrechnung der beiden wichtigsten Verzerrungsfaktoren, dem der Reagibilität der Erhebungsinstrumente und (für Therapievergleichsstudien) dem der Schulenzugehörigkeit der Forschergruppe (experimenter allegiance), lagen die Effektstärken der therapeutischen Verfahren in nahezu gleicher Höhe.

Dies war bereits den Forschergruppen von Smith & Glass (1977) und Smith et al. (1980) bekannt. Sie publizierten schon frühzeitig, daß es nach der Allegiance- Korrektur keine Wirksamkeitsunterschiede mehr

zwischen der (damaligen) kognitiv-behavioralen und den (damaligen) psychodynamischen + humanistischen zusammen (!) genommen gäbe.

Grawe et al. (1994), hatten den Allegiance-Effekt (noch) nicht berücksichtigt, obwohl er ihnen damals, als Wissenschaftler, aus der Literatur her bekannt war.

Grawe et al. beschrieben in ihrer Veröffentlichung 1994 einen Effektstärkenunterschied beim paarweisen Vergleich von behavioraler Therapie und psychodynamischer einerseits und behavioraler und Gesprächstherapie andererseits zugunsten der Verhaltenstherapie in einer Größenordnung, die dem Allegiance-Effekt entsprach. Diese Schulvergleiche-Studien stammten allerdings nicht aus dem primären Datenpool von 1984, sondern waren erst nachträglich anfangs der 90er Jahre konzipiert worden. Grawe wartete mit der Gesamtveröffentlichung seines Werkes (1994) auf die Beendigung dieser Studien.*

Grawe war von seiner primären Prägung her Verhaltenstherapeut. (* =Mündliche Mitteilung in Lindau, 1991, von Klaus Grawe im Gespräch mit der Verf., Fr. L.HK – Die damals geäußerte Bitte der Verf., analog zu den verhaltenstherapeutischen Arbeiten, auf die noch gewartet würde, die Ergebnisse neuerer gestalttherapeutischer Untersuchungen nachreichen zu können, um den Vorwurf des "zu kleinen Splitters" zu entkräften, wehrte Klaus Grawe ab mit der Begründung, das ergäbe zu viel Arbeit an Neuberechnungen.)

Bei Grawes Datenmaterial müssen wir also zweierlei unterscheiden, 1) seinen riesigen Datenpool bis 1984, dessen einzelne Arbeiten er differenziert aufbereitete (und mit seinem Team so sorgfältig kategorisierte, daß eine nachträgliche Anwendung des Verzerrungsfaktors der instrumentellen Reagibilität durch U. Strümpfel möglich war), - deren Schlußberechnung als Metaanalyse er jedoch der Öffentlichkeit nicht vorlegte, aus welcher Motivation auch immer. Hat er dieses umfangreiche Material tatsächlich nicht zu Ende berechnet, wie er es Elliott gegenüber behauptete und mit Überforderung begründet, (der dies wiederum an U. Strümpfel weitergab,) oder gab es noch dahinter liegende Gründe?*

2) Es gab, wie bereits erwähnt, etwas zeitversetzt Schulvergleiche-Studien mit psychodynamischer, systemischer und Gesprächstherapie zugunsten der Verhaltenstherapie, bei denen er den Allegiance-Faktor vernachlässigte. Vom Zeitpunkt her wirkte es so, als wäre dieser zweite Forschungsteil eine Reaktion auf die Ergebnisse des ersten.

(*Als Grund, die Schlußberechnungen seines umfangreichen Rohmaterials letztlich im Buch von 1994 ("Von der Konfession zur Profession", Hogrefe) nicht zu veröffentlichen, obwohl er über diese Ergebnisse, die U. Strümpfel später aus den veröffentlichten Rohdaten nachberechnete, bei den Lindauer Psychotherapiewochen (in der 2.Hälfte der 80er, 1987 oder 88) einmal vorgetragen hatte (was Frau HK bezeugen kann), wird vermutet, daß entweder das Abschneiden der Verhaltenstherapie, die damals qualitativ nur im Mittelfeld zu liegen kam, nicht seinen Erwartungen entsprochen hatte. Oder es sollte möglicherweise vermieden werden, daß es für die Öffentlichkeit augenscheinlich werden konnte, daß diejenigen Verfahren, die bei Grawes Erhebung bis 1984 am besten abgeschnittenen hatten, gesetzlich ausgelöscht werden sollten.- Übrigens zog Grawe selbst eine persönliche Konsequenz aus seinen

Erkenntnissen insofern, daß er sich gegen Ende seiner Berechnungen einer systemischen Ausbildungs-Gruppe anschloß, wie er der Verfasserin anfangs der 90er Jahre freudig mitteilte.)

Der damals offiziell vorgeschobene Ausgrenzungsgrund der "zu kleinen Studien-Zahlen" ist angesichts der Vergleichszahlen mit den Clustern der späteren Richtlinienverfahren nicht stichhaltig. Die humanistisch-systemischen Verfahren sind jeweils als Splitter behandelt worden, die anderen, (die der späteren Richtlinienverfahren,) jeweils als Gruppenverbände, obwohl in letzteren genauso viel Heterogenität nachweisbar ist wie in jenen. (Dieser wissenschaftlich bemäntelte, statistische Schachzug, den qualitativen Vergleich der Wirksamkeiten wegzulassen, sich nur auf den quantitativen Vergleich der Studienanzahlen zu reduzieren und die Cluster der besseren Konkurrenten zu zersplittern, dürfte anderen als wissenschaftlichen Interessen gedient haben.)

Fazit: Bei den Berechnungen des Datenmaterials von Grawe, auf die sich das Psychotherapeuten-Gesetz der Bundesrepublik Deutschland offiziell stützt und von dem es angeblich "wissenschaftlich" legitimiert worden ist, sind mehrere Ungereimtheiten nachweisbar. Die abschließenden Berechnungen der Metaanalyse sind der Öffentlichkeit und dem Ministerium vorenthalten worden, das wären Ergebnisse gewesen, die andere Konsequenzen gefordert hätten, als es im PTG erfolgt ist. Im Gutachten an das Ministerium, das in seiner Ausschreibung eine Meinung, die auf "verlässlichem Datenmaterial" gründet, einholen wollte, ist jedoch der Anschein erweckt worden, daß sich die gezogenen Schlüsse auf die Metaanalyse dieses eindrucksvoll großen Datenpools bezöge.- Ferner sind zur Zeit der ministeriellen Beratung keine Verzerrungsfaktoren berücksichtigt gewesen, (was sich zugunsten der Verhaltenstherapie auswirkte,) obwohl das in den 90ern bereits zum wissenschaftlichen Standard gehörte.

Die Grundlage des PTGs ist daher sowohl aus Gründen der damaligen, verzerrenden Fehlinterpretation der psychoanalytischen Gutachter (A.E.Meyer & R.Richter, 1991), die bereits im Kapitel I g ausführlich dargestellt worden ist, auf ihre Glaubwürdigkeit und Verwertbarkeit hin zu hinterfragen und neu zu bewerten, wie auch aus objektiv wissenschaftlichen Gründen, die in erster Linie in Klaus Grawes Verantwortungsbereich fallen.

Wäre es bei der Vorbereitung des PTGs wissenschaftlich korrekt und fair zugegangen, wäre die Gruppe der Humanistisch-systemischen Verfahren gesetzlich nicht ausgegrenzt worden!

A3) Die Situation ab Mitte der 90er Jahre:

Der Verlust der psychoanalytischen Monopolstellung 1987 in Deutschland aufgrund der (wenn auch fälschlich überhöhten und wiss. diskussionswürdigen) Forschungsbelege der VT hat eine (überwiegend

heilsame) Krisenstimmung in der Psychotherapieszene hinterlassen. Auf vielen Kongressen wurden Forschung, Schulmerkmale und Methodenvergleich zum Thema gemacht.

International gesehen, hat sich die Verhaltenstherapie stark verwandelt und hat neue Dimensionen hinzugewonnen.- Die Gruppe der Psychodynamiker hat sich durch ihre Infragestellung, die ihr vor allem vonseiten der Verhaltenstherapie widerfahren war, auf ihr Potential besonnen und hat neue wissenschaftliche Anstrengungen unternommen; die Forschung der Humanistischen Verfahren hat international deutlich zugelegt und ist vorallem im Bereich der Prozeßforschung in Führung gegangen. (In Deutschland selbst hat die drohende Liquidierung der Humanistischen Verfahren durch das PTG bereits seine langen Schatten vorausgeworfen.) Weltweit gesehen, haben sich jedoch alle weiter bewegt. Allerdings werden die Forschungsstandards in anderen Ländern durchschnittlich weniger hoch gehängt als in Deutschland. Das fiel uns bei unseren weltweiten Literaturrecherchen auf.

Elliott et al. (2001) wiesen metaanalytisch nach, daß es nach der Allegiance-Korrektur bei Schulvergleichsstudien summa summarum (international gesehen) keine statistisch signifikanten Wirksamkeitsunterschiede gibt zwischen kognitiv-behavioraler und den anderen Verfahren.

Auch Luborsky et al. (1999, 2002, 2003) fanden unabhängig von obigen, daß sich alle Unterschiede in den Schulen-Vergleichsstudien nivellierten, nachdem man die Schulzugehörigkeit der Forschergruppe heraus gerechnet hat.

2004 reanalysierten Elliott et al. 33 Vergleiche zwischen kognitiv-behavioraler Therapie versus sämtlichen "Humanistischen Verfahren" zusammen genommen. Ergebnis: Beide Therapien sind gleich wirksam. Ferner: Humanistische Verfahren sind wirksamer als alle nicht-kognitiv-behavioralen Therapien. In dieser Restgruppe sind die psychodynamischen Verfahren enthalten.

Im metaanalytischen Vergleich von 5 Forschergruppen* zwischen prozeß-erfahrungsorientierter (Gestalt-)therapie und behavioraler Therapie, den U.Strümpfel 2006 vornahm, gab es keine signifikanten Unterschiede, außer in einer Arbeit (Watson et al. 2003) hinsichtlich der Verbesserung der sozialen Funktionen zugunsten der PE/Gestalttherapie. Die Symptome verschwinden bei beiden Verfahren gleich rasch.

(* Cross et al., 1980, 1982; Johnson et al. 1997; Mulder et al. 1994; Beutler et.al. 1991, 1993; Watson et al. 2003)

Durch die Forschungsgruppe um Leslie Greenberg in Kanada, (Goldmann et al., 2000) die die sehr wirkungsvolle Kombination (keine Verschmelzung) von Gesprächstherapie und Gestalttherapie u.a. bei depressiven Patienten untersuchte, eine Kombination, die entweder PE (Prozeß-Erfahrungs-therapie) oder zeitweise EFT (Emotions-fokussierte Therapie) genannt wurde, kam das Verhältnis von Gesprächstherapie (CCT client-centered therapy) und Gestalttherapie ins Blickfeld. Studien dieser Forschergruppe fanden heraus, daß die PE/EFT eine Änderungs-

effektstärke aufweist, die um 33% höher liegt, als CCT pur (also ohne Kombination mit dem gestalt-therapeutischen Konfliktlösungsteil) und daß die symptombezogene Veränderungs-Effektstärke die der CCT sogar um 40% übersteigt; für soziale Funktionen und das Selbstwertgefühl finden sich sogar über 70% höhere Effektstärken für die PE/EFT. - Da das Team methodisch doppelt identifiziert war und da die gleichen Messwerkzeuge benutzt wurden, entfallen hier die beiden entscheidenden Verzerrungseffekte.

Die Gesprächstherapie hat gegenüber dem WBP behauptet, bei Greenbergs PE/EFT handle es sich um eine weiterentwickelte Gesprächstherapie. Dem ist Prof. L. Greenberg in einem schriftlichen Votum von 2008 entgegen getreten. Er verweist dabei auf seine Darstellungen in all seinen Büchern und sonstigen Veröffentlichungen, in denen er die PE/EFT durchgehend als ein Verfahren mit zwei abgrenzbaren Komponenten beschrieben habe, CCT und Gestalttherapie. Prof. Greenberg ist dem Wiss. Beirat der DDGAP beigetreten, um dies zu unterstreichen. Nachdem er sich seit 2002 mehrmals von deutschen Gestaltinstituten zu Symposien und Seminaren hatte einladen lassen, und den in Deutschland üblichen, einfühlsamen Therapiestil kennen gelernt hatte, äußerte er sich anerkennend, daß hierzulande für die Gestalttherapie wirklich kein umrahmender CCT-Anteil angebracht und sinnvoll sei. Er bedauerte, daß er sich 2001 habe bedrängen lassen, für die deutschen Gesprächstherapeuten ein stützendes Votum abzugeben, das nun den Gestalttherapeuten zum Nachteil gereichen könnte.- Trotzdem versicherte er auch der CCT seine Wertschätzung.

B) Prozeßforschung

Die "Society for Psychotherapy Research" tagte im Juni 1987 aufgrund einer Einladung von Prof. H. Kächele erstmals in West-Deutschland an der Universität Ulm. Damals stellte auch Klaus Grawe Teilaspekte seiner Mammut-Wirkstudien-Sammlung vor und zwar von unterschiedlichen Behandlungsbedingungen und Behandlungsweisen. In seinem Abstrakt heißt es: "...Most room will be reserved for the presentation of process analyses trying to find out how this effects were achieved." (SPR-Abstracts 6/1987, PSZ-Verlag Ulm)

Bereits 1994 kamen Orlinsky, Grawe & Parks zu dem Schluß, daß eine Methodik, die den Patienten auf sein unmittelbares, prozeßhaftes Selbsterleben zurückzuwerfen vermag, als eine der wirksamsten, therapeutischen Vorgehensweisen angesehen werden kann von allen, die derzeit überhaupt bekannt seien.

In der jüngeren Literatur wird dieses Vorgehen "Experiential Confrontation" genannt, Konfrontation mit den Mikroprozessen der aktuellen Erfahrung – vor allem auch mit dem Erfahrungsanteil, der dem Bewußtsein halb oder ganz entgleitet (unwillkürlicher Ausdruck, Begleitbewegungen, - auch Einfälle, besondere Resonanzen etc).

In der älteren gestalttherapeutischen Literatur wird dabei vom "phänomenologischen Zugang" gesprochen. Er verweist auf das "offene Buch der Erscheinungen", in dem jeder, der sich auf das Hier-und-Jetzt im Inneren und/oder Äußeren in obiger Weise einlasse, lesen könne, was die Wahrheit der momentanen Situation sei, bzw. des "Here-and-now/ I-and-Thou". Dazu gehört die paradoxe Weisheit: "sehen, was ist, verändert". Die bewußte Konfrontation halb- oder unbewußter Vorgänge löst normalerweise Korrekturvorgänge aus, wenn eine Unstimmigkeit zum zentralen,

assimilierten Selbst bewußt wahrgenommen wird (es sei denn, der Betreffende bemüht sich gerade bewußt zu täuschen.)

Diese Vorgehensweise bildet das Kernstück der Gestalttherapie.(!)

Die Greenberg-Forschung hat über die Mikro-Prozeßvariablen der

a) "emotionalen Aktivierung",

b) "Erfahrungstiefe" und

c) "Bewußtheit der eigenen Gefühle" ("awareness"/ Achtsamkeit), die sie mit ihren "Outcome"- Variablen zur Konfliktlösung kombinierten, Vorhersagekriterien für einen erfolgreichen, weiteren Arbeitsverlauf finden können.

Bei Uwe Strümpfel (2008) werden 47 Studien zur **Prozeßforschung** aufgezählt, die aus dem Zeitraum von 1974 bis 2006 stammen, überwiegend aus den 90er Jahren und fast hälftig von der York Universität. Ein Teil davon bezieht sich auf klinisch relevante Diagnosen:

Major Depression (7x),

Depression (2x),

Phobie (1x),

rheumatische Arthritis (1x),

Konfliktgeschehen (8x),

posttraumatische Belastungsstörung/ Mißbrauch i. d.

Kindheit (1x), "psychiatrische Patienten" (1x).

C) Krankheits- und Störungsbezogene Studien zur Ergebnisforschung

C1) Affektive Störungen (24x),

C2) Psychiatrische und Persönlichkeitsstörungen (13x),

C3) Substanzmißbrauch (4x)

C4) Psychosomatische, somatoforme/funkt. Störungen (8x),

C5) Wirksamkeitsstudien im Kinder-u. Jugendl.-Bereich (8x),

C6) Andere Anwendungsbereiche (5x).

Es sind eine Reihe von Untersuchungen bei klinischen Subgruppen durchgeführt worden, die mit unbehandelten Patienten oder der Eigenwartegruppe oder mit Gruppen anderer Therapien verglichen worden sind. Bei den Therapievergleichen handelt es sich entweder um Vergleiche von Gestalttherapie mit kognitiv-behavioraler oder mit Gesprächstherapie. Hinzu kommen Untersuchungen, die Prozeß- und Ergebnisforschung kombinieren. Gruppen- und Einzeltherapien werden getrennt erfaßt. (U. Strümpfel 2006, S. 164 ff)

(D: Diagnose; N=Stichprobengröße insgesamt, n=gestalttherapeutisch behandelt; G= Gruppe, E= Einzelbehandlung, a= ambulant, s= stationär; Dauer der Behandlung: S=Stunden, M=Monate; Ergebnisse: n=Anzahl der hypothesenkonformen Befunde; Follow-up (Monate) Befunde stabil? J=ja, N=nein.)
(Untersuchungsinstrumente ebenda S. 185 ff)

C1) Affektive Störungen

- Beutler et al. (1991a,b, 1993); D: **Depression**/N=63, n=22/
Behandlungsarten: VT vs. manualisierte Gestalttherapie vs. angeleitete Selbsthilfe/ G, E (wchtl.), telefon. für angel.Selbsthilfe/S=20, wchtl./ Man. Gestalttherapie mit mittleren Ergebnissen gleich gut geeignet für In- u.Externalisierer/Alle Beh.formen gleich gut/Follow-up: nach 3 und 12 Mon. stabile Therapieeffekte.

- Mulder (1994); D: **depressive Symptomatik** und **Angst** bei HIV/Aids-Patienten; N=39, n=15/ Beh.arten: "experiential" Gestalttherapie vs. VT vs. Wartegruppe/ G, a/ S=46 Stdn. als 17 Sitzungen in 15 Wochen/beide Therapieformen gleich gut/ subjektives Rating der Teilnehmer nach der Therapie: Gestalttherapie besser/ 6 und 24 Mon. später: kein Unterschied zwischen den Therapiegruppen.

- Greenberg et al. (1998); D: **Depression**/ N=34, n=17/ Beh.arten: PE (mit Gestalttherapie) vs. Gesprächstherapie/ E, a/ S= 15-20 Stdn./ Unter PE stärkerer Rückgang der Depression, bessere zwischenmenschlichen Funktionen, verbesserter Selbstwert/ stabile Behndl.-Effekte nach 6 Mon.

- Goldman et al.(2000); D: **Depression**/ N=36, n=19; Erweiterungsstudie: N= 72, n=36/ PE (m.Gestalttherapie) vs. Gesprächstherapie/ E, a/ S= 12-14Stdn, wchtl. einstündige Sitzungen/ Unter PE Reduktion der Depression um 33% stärker, -sowie Selbstwertstärkung und interpersonale Fähigkeiten im Vergleich besser um 73%.

- Mestel & Votsmeier-Röhr (2000); D: **Depression**/ N=n= 800 (!)/ G,s/ Mind. 6 Wochen/ Gestalttherapie und weitere humanistische Elemente/ Katamnestische Erhebung nach 1 und 3 Jahren: starke bis mittlere Verbesserung der Selbstakzeptanz und bzgl, depressiver und allgemeiner Symptomatik, -geringere Verbesserungen bei interpersonalen Problemen.

- Watson et al. (2003); D: **Major Depression**/ N=66, n=33/ Beh.arten: PE (m.Gestalttherapie) vs. CBT kognitiv-behaviorale Therapie/ E, a/ S=16 Sitzungen/ gleich gute Ergebnisse, jedoch PE zusätzl. besser für interpersonale Fähigkeiten.

- Johnson & Smith (1997); D: **(Schlangen)-Phobie**/ N=23, n= 8/
Behandl.arten: Gestalttherapie vs. Systematische Desensibilisierung vs. unbehandelte Kontrolle/ G, a/ S=20, 10 Sitzungen à 2 Stdn./ beide Therapieformen gleich gute Ergebnisse im Vergleich mit Nicht-Behandlung.

- Martinez (2000); D: (mehrjährige) **Phobien**/ N=24/ Zufallszuordnung in 3 Gruppen: a) Full treatment (Gestalttherapie), Rollenspiel sowohl von der aversiven Seite des phob. Stimulus wie von seiten der phob. Reaktion, b) stimulus role play (Re-Identifikation mit dem projizierten Impuls), c) response role play (phob. Reaktion). a) und b) ist c) überlegen. Eindrucksvolle Angstreduktion durch Rücknahme der Projektion

- Paivio & Greenberg (1995); D: **Konflikte, Depressivität, Angst, interpersonelle Probleme**/ N=34, n=17/Gestalttherapie vs Psychoedukative Informations-Gruppe/ E, a/ 12 Stunden in 3 Monaten/ signifikant größere Verbesserungen in der Gestaltgruppe/ Follow-up 4 und 12 Monate: stabile Ergebnisse
- Butollo (2003); D: 1) **Angst** ohne komplexe Symptomatik/ n=33 (im Prä-test), n=31 (nach VT), n= 35 (nach MIMBA); 2) **Angst** bei Persönlichkeitsstörungen/ n= 7, jeweils im Prätest, nach VT und nach MIMBA; 3) **Agoraphobie** und **Panikstörungen**/ n=17, jeweils im Prätest, nach VT sowie nach MIMBA/ E, G, a für 1)-3)/ Beh.art ist hier eine Kombination von zunächst VT und anschließend Gestalttherapie. Gute Symptomreduktion für die Gruppen 1 und 3, weniger gut für 2.
- Greenberg & Webster (1982); Angst bei ungelöster **Konfliktsituation**/ N=31, n=31, erfolgreiche vs. erfolglose Konfliktlöser/ Gestalttherapie als Entscheidungshilfe/ Gruppendifferenzierung/ E, a/ In-Sitzungen, 6-wöchl./Symptom- u. Leidensdruckverminderung, Angstreduktion, Entscheidungsfindung, Verhaltensänderung/ nach 4-wöch. Follow-up: stabile Effekte.
- Clark & Greenberg (1986); ungelöste **Konfliktsituation**/ N=46, n=16/ Gestalttherapie vs. cognitive VT vs Wartegruppe/G, E, a/ post-Sitzung: 2 Einzelsitzung pro Proband/ beide Therapien gleich gut und signifikant besser als die unbehandelte Kontrollgruppe.
- Paivio & Greenberg (1995); D: **Konflikte, Depressivität, Angst, interpersonelle Probleme**/ N=34, n=17/Gestalttherapie vs Psychoedukative Informations-Gruppe/ E, a/ 12 Stunden in 3 Monaten/ signifikant größere Verbesserungen in der Gestaltgruppe/ Follow-up 4 und 12 Monate: stabile Ergebnisse.
- Schigl (1998, 2000); **Depressionen, Partnerschaftskonflikte, sexuelle Probleme, Angst, Psychosomatische Störungen**/; N=n= 431/ Gestalttherapie (Katamnesestudie)/ E, a/ durchschnittlich 16 Monate (zw. 2,5 und 44 Monate)/ Symptome verschwunden bei 15,8%, gut gebessert bei 86%, bei 35,4% seltener geworden, bei 35% weiter vorhanden, aber besserer Umgang, bei 1,5% Symptomverschiebung, bei 4,1% keine Veränderung. Zu 80% verbesserte Lebenszufriedenheit, Selbstachtung, Problemeinsicht und vorsorgliches Rückfallmanagement.
- Lowenstein(1985, Diss.) **Interpersonelle Probleme** und **Angst**/ n=12
- Lightner (1976, Dissertation); D: **Angst**; N=24/ Gestalttherapie.
- Petzborn (1980, Dissertation); **Angst**; N= 40, n= 20/ Gestalttherapie.
- Tyson (1981, Dissertation); **Neurotische Depression**; N=44,n=33/-".
- Migliorico (1979, Dissertation); **Neurotizismus**; N= 55/ Gestalttherap.
- Dixon (1983, Dissertation); **Zwangsstörungen**; N=31/ Gestalttherapie.

- Gibson (1998,); D: **Depression**; n=6/Beh.art: Prozeßerfahr.-Therapie
- Jackson & Elliott (1990); n=15; D: **Depression**; Prozeß-Erf.-Therapie.
- Souliere (1995); **Ärgerbewältigung**/ N=40, n=20/ Gestalt-Dissertation
- Forrest (1996, Diss.); **Trauer** –Verarbeitung u. Pathologie/ N=54/

C2) Psychiatrische und Persönlichkeitsstörungen

- Serok et. al.(1983); D: **Schizophrenie**/ N= 17, n=9/ Gestalttherapie u. versch. Behandlungen des stat. Settings vs. dito ohne Gestalttherapie/ G, s/ 2,5 Monate, 1,25 Wochenstunden/ verbesserte Realitätswahrnehmung
- Serok et.al. (1984); D: **Schizophrenie**/ N=14, n=7/ Gestalttherapie u. versch. Behandlungen des stat. Settings vs. dito ohne Gestalttherapie/ G, s/ 3 Monate, 4 x 2 Wochenstunden/ verbessertes Selbstkonzept, verbesserte Wahrnehmung von sich und anderen, verbesserter Kontakt.
- Yalom (1977); D: versch. neurotische und **Persönlichkeitsstörungen**, vorwiegend **Depression** und **Angst**/ N=34, n=22/ G, a/ Gestalttherapie vs. Wartegruppe vs. Meditationsgruppe – alle TN befinden sich in Einzeltherapie /G, a/ 22 Std. (ergänzende) Wochenendtherapie/ aktivierende Wirkung auf die Einzeltherapie/ Zufriedenheit der Patienten/ nach 12 Wo Prä-Follow-up stabile Ergebnisse.
- Hartmann-Kottek (1979); D: gemischtes, psychiatrisches Klientel: **Persönlichkeitsstörung** mit Schizophrenie-Verdacht, endogene, neurotische und Involutions**depression**, funktionelle und **Zwangsstörungen**/ N=n=10/ Gestalttherapie/ G&E, a&s/2 Mon. stationär mit 4-6 Wochenstunden, danach 5 Mon. ambulant/ weitgehende Normalisierung in den Persönlichkeitstests, im Erleben und Verhalten. Nach 12 Mon.: 9 von 10 Pat. unverändert gut gebessert.
- Greenberg et al. (1978); D: gemischtes, psychiatrisches Klientel: **Schizophrenie, neurotische** und **Persönlichkeitsstörungen**/ N= 36, n=25/ G, a/ 45 Stunden Marathontherapie/ Signifikante Verbesserungen bzgl. Persönlichkeits-Dysfunktionen, Selbstbild und interpersonale Beziehungen. Selbstaussage: hilfreiche Therapieerfahrung.
- Cross et al.(1980, 1982);D:(nicht psychot.) **psychiatrische Patienten**/ N=42, n=14/ Gestalttherapie u. Transaktionsanalyse vs. Breispektrum-VT vs. Wartegruppe/ E, a/ 3 Mon./ VT und Gestalt/Ta gleich gut/ Nach 4 u.6 Mon. für N=26: stabile Befunde./ Keine Stabilität nach 6 Mon.
- Esser et al. (1984); D: vom Profil **psychiatrische Stichprobe** mit psychoneurotischer Symptomatik/ N=30, n=15/ Beh.art: Kombination von Gesprächs- + Gestalttherapie vs. Gesprächstherapie pur/ E, a/ 10 Sitzungen/ In beiden Gruppen positive Veränderungseffekte,- bei der Kombination Verminderung der Depressivität und der Symptome

allgemein, stärkere Erfahrungstiefe zu Therapieende./ Follow-up 4 und 12 Monate später ohne Gruppenunterschiede.

- Pauls & Reicherts (1999); D: div. **Depressionen, Angst- u. Zwangs- u. Persönlichkeitsstörungen, Bulimia nervosa, div. Somatisierungsstörungen**/ N=15, n=11/ Gestalttherapie vs. Warte-Kontrollgruppe/ E, a/ 30 Stunden./ Signifikante Therapieeffekte: Lebenszufriedenheit, Emotionalität, Resonanz d. sozialen Umfeldes, Beachtung & Kontrolle; keine Veränderung: emot. Kommunikation./ 15 Wo –Katamnese

Traumatisierungen (Opfer- und Täter-Arbeit)

- Paivio & Greenberg (1995) sowie Elliott & Greenberg (1998) berichteten über eine Gruppe Patienten mit der Diagnose: **Posttraumatisches Belastungssyndrom nach** physischem, emotionalem oder sexuellem **Mißbrauch**. /N=17, n=17 /ca. 12- 20 (?) Stunden, 1 Sitzung pro Woche/ Gestalttherapie-Dialoge vs. Psychoedukative Info-Gruppe/ E, a/ Signifikante Verbesserungen der Gestalt-Gruppe auf allen Variablen/ weitgehend stabile Ergebnisse im Follow-up 4 und 12 Monate nach Behandlung.

- Paivio & Nieuwenhuis (2001); D: Erwachsene, in der Kindheit geschädigte **Trauma-Patienten "Adult Survivors"**/ N=32, davon 21 Wartelisten-kontrolle / EFT (integrierte Gestalt) vs Psychoedukative Info-Gruppe / E, a/ 20 Stunden, 1 Sitzungen pro Woche/ signifikante Verbesserungen in verschiedenen Störungsbereichen/ 9 Mon Follow-up mit stabilen Effekten.

- Greenberg & Malcolm (2002); **PTBS, physischer, emotionaler oder sexueller Mißbrauch** – Trauma- und Konfliktbearbeitung/ N=26/ Gestalttherapie/ E, a/12- 14 einstünd. Sitzungen, wchtl./erweiterte Behandlungsgruppe mit Ex-post-Differenzierung zw. Konfliktlösern und Nicht-Konfliktlösern./ Signifikant besseren Erfolg beim Konfliktlösen hatten diejenigen, die größere emotionale Aktivierung zuließen und zu einer Veränderung der Sicht des Anderen gelangen konnten.

- Elliott, Davis & Slatick (1998); n=6; D: **PTSD nach Straftat**/ Prozeß-Erfahrungs-Therapie (=Gestalttherapie inclusive).

- Wolfus & Bierman (1996); Häusliche **Gewalttäter**; N=101, n=57/ 1) gestalt- und erfahrungsorientiertes Behandlungsprogramm (Relating Without Violence), versus 2) unbehandelte Kontrollgruppe mit 20 Gewalttätern, versus 3) unbehandelte Kontrollgruppe mit 24 Straffälligen ohne Gewalttätigkeit./ Innerhalb 12 Wochen: 12 x 4-stündige Gruppensitzungen und 24 x 45 Min. Einzeltherapie/ bei allen verbesserter Umgang mit dem eigenen Selbstkonzept, mit Gefühlen und Impulsen; bei der Behandlungsgruppe zusätzlich verbesserte Konfliktlösungsfähigkeit und Umgang mit Aggression und Abwehrmechanismen.

C3) Substanzmißbrauch

- Ludwig & Vorman (1981, 1984); D: **Drogenabhängigkeit**/ N=142/ Behandlung in der sozialtherapeutischen Gemeinschaft, Gestalttherapie/ G, s/ Katamnesen nach 1- 9 Jahren: 70,5% drogenstabil, gute Verläufe.
- Röhrle et al. (1989); D: **Drogenabhängigkeit**/ N=47/ G, s/ 6 Mon., 30 Wochenstunden/ sozialtherapeutische Gemeinschaft mit verhaltens-, gestalttherapeutischen und psychodynamischen Angeboten, zwischen denen nach 4 Jahren katamnestisch mit den prä- und poststationären Daten Gruppenvergleiche vorgenommen werden. Ergebnis: Verminderung der depressiven Symptomatik und verbesserte Persönlichkeitsentwicklung.
- Moran et al. (1978): Gestalt- und Körpertherapie für Alkoholiker. D: **Alkoholmißbrauch, Angst, Depression, Agressionsproblematik**/ N=56, n=28/ Gestalttherapie, Bioenergetik und verschied. Behandlungen des stat. Settings vs. verschied. Behandlungen des stat. Settings alleine./ G, s/ 10 Stunden/ Verbesserungen beim labilen Blutdruck, bei der Angst, bei hysterischen Symptomen und dem emotionalen Selbstbild.
- Roche (1986); **Alkoholismus**/ N=159/ Dissertation.
- (-Broemer et al., in Vorbereitung/ noch nicht veröffentlicht: Gestalt-Nachsorge-Projekt mit **Opiat-** und **politoxikoman Abhängigen**. Einzelbetreuung. Hohe Patienten-Compliance: mehr als drei Viertel der Patienten blieben abstinent im Programm.)

C4) Psychosomatische, somatoforme und funktionelle Störungen

- Heinl (1996, 1998; Müller & Czogalik, 1995); D: **chron., psychosomat. Schmerzsyndrome des Bewegungssystems**/ N=123, n=60/ Gestalttherapie vs Warte-Kontrollgruppen vs zwei unbehandelte Kontrollgruppen/ G, s/ 5-tägige Intensivgruppe über 40 Stunden/ signifikante Verbesserungen im affektiven u. psychosozialen Bereich, im Erleben und Verhalten, verminderte Schmerzerfahrung, gesteigertes Wohlbefinden; gefühlte Wirkfaktoren: Akzeptanz, Sicherheit und Schutz in der Gruppe/ stabile Verbesserungen in der Ein- und Zwei-Jahres-Katamnese. (Über das Datenmaterial von H.Heinl gibt es von Czogalik et al. eine Faktorenanalyse mit einem unveröffentlichten Forschungsbericht)
- Sandweg & Riedel (1998), Riedel (2000)/ D: **psychosomatische Erkrankung des Bewegungssystems**/ N=201=n*, 167 in 3-Jahres-Katamnese/ Gestalttherapie mit tiefenpsycholog. Hintergrund/ G/E, s/ Zeitstruktur individuell variierend/ gute Verbesserung der Schmerzsyndrome nach Gestalttherapie (55%), ferner der Beschwerden insgesamt, der Lebenszufriedenheit, der Selbstbestimmtheit, der emot.

Ansprechbarkeit/ Follow-up: nach vorübergehender Schmerz-zunahme (1 Jahr), nach drei Jahren Schmerz-abnahme, stabil und deutlich gebesserte Gesamtbewertung. Beweglichkeit nach 3 Jahren noch verbessert. Insgesamt jedoch größere Verminderungen der psycho-sozialen Symptomatik als des Schmerzerlebens selbst. /* Die systematische Erfassung der klinischen Orthopädie-Patienten erstreckte sich über 5 Jahre.

Hill, Beutler & Daldrup (1989); D: **akute, rheumatische Arthritis**/ N=n=6/Manualisierte Gestalttherapie-Form untersucht auf Effekte durch 1) den Therapeuten, 2) den Klienten, 3) der Meßzeitpunkte. / E, a/ 10 Therapie-Sitzungen, Messungen: in der Sitzung, zwischendurch und prä-post-Vergleich/ Outcome: signifikante Reduktion der Medikamenteneinnahme durch Gestalttherapie-Behandlung.

- Teegen et al. (1986);/N=n=24/ D: **funktionelle Störungen, Depression**/ Manualisierte Gestalttherapie mit häuslichen Übungen 1) Frauen-, 2) Männergruppe/ G, a/ 8 Sitzungen von 1,5 Wochenstunden, Zeitraum: 2 Monate/ Signif. Beschwerdeverringerungen in beiden Gruppen, stärker bei Frauen, die jedoch höhere Ausgangswerte hatten. Follow-up nach 2 Mon.: Ergebnisse stabil, weitere signifikante Verbesserungen in der Männergruppe.

- Wolf (1999, 2000 a, b); **Psychosomatische Störungen, Ängste, Selbstunsicherheit**/ N=134, n= 94/Gestalttherapie und verschiedene Behandlungen des stationären Settings – versus Wartegruppe/ G & E, s/ 48 Stunden in 12 Wochen/ weitgehendes Verschwinden der Hauptsymptomatik bei 86%. Signifikante Verminderung der Nervosität, Depressivität, Gehemmtheit und Zunahme von Gelassenheit, Geselligkeit, soziale Potenz und Resonanzfähigkeit./ Katamnese 8 Mon: stabile Effekte, 30 Mon.: weiter gebesserte Symptomlage.

Spagnuolo Lobb (1992); **psychosomatische Geburtsvorbereitung**/ N=250, n= 100 (jede Gruppe à 15 Teilnehmerinnen)/ Gestalttherapie vs Atem- und Autogenes Training vs unbehandelte Kontrolle/ G, a/ während 10 Wochen mind. 10 Sitzungen à 3 Stunden/ Erfolge bei dreien von 4: kürzere Dauer von Wehen und Geburt, weniger Schmerzen, positivere Selbstwahrnehmung der gestalttherapeutisch behandelten Frauen.

- Smith (1981); **Migräne und chronische Schmerzen**/ n=16/ Diss.
- Shahid (1979); **Sexuelle Dysfunktion**/ N=24/ Dissertation

C5) Wirksamkeitsstudien im Kinder- und Jugendlichenbereich

- Coffey (1986); D: **Bulimie und Eßstörungen**/ N=20, n=11/ Diss.
- Clarke (1993); D: **Mißbrauch in der Kindheit** / n=9 / Dissertation

- Lee, Jeong Sook (2007); **Depression** (DMS IV)/ N=44, n=22/16-18-j., weibl./10 DStdn./signif. Verbesserung, 6 Mon. katamnesenstabil/ Diss.
- Felton et al.(1973); **Schüler mit Leistungsschwächen**/ N= 79, n=61/ Gestalttherapie vs unbehandelte Kontrolle/ G, a/ 57 Sitzungen in 5 Monaten/ Ergebnis: signifikant höhere, internale Kontrollüberzeugung der Behandlungsgruppe, d.h. Verantwortungsübernahme für eigene Gefühle, Handlungen und deren Konsequenzen -und zwar geschlechtsunabhängig. Die korrelierte mit verbesserten Schulleistungen.
- Little (1986); **Eltern von "Problemkindern"** als Kontextbehandlung zum elterlichen Erziehungsstil/ N=23, n= 15/ Gestalttherapie vs unbehandelte Kontrolle/ G, a/ 10 Sitzungen à 2 Stunden über 5 Mon. verteilt/ Die Behandlungsgruppe fokussierte auf die Veränderung zu rigoroser (pathologisierender) äußerer und innerer Bewertungen der Kinder. Die Behandlungsgruppe verbesserte sich von anfangs 5-6 Abweichungen auf den verwendeten Subskalen hin zur Normalität. Keine analogen Veränderungen in der Kontrollgruppe.
- Gannon (1972); D: **Schulschwänzer**/ N=60 / Dissertation
- Reeder (1996); D: **Soziale Fehlanpassung**/ N= 108, n=18/ Diss.
- Miller (1980); **Straffällige Jugendliche** (Dissozialität) /N=16, n=8/ Dissertation

C6) Wirksamkeitsstudien in anderen Anwendungsbereichen

- Jessee & Guerney (1981); **Partnerprobleme**; N=36, n=18 jeweils Ehe-Paare/Kommunikationstraining vs Gestalttherapie/ G, a/ 12 Sitzungen à 2,5 Stunden über 12 Wochen/ auf allen Skalen fanden sich für beide Behandlungsformen hochbedeutsame Verbesserungen.
- Mackay (1996/ 2002); D: **Eheliche Probleme** /N=n=8), Dissertation
- Toukmanian & Grech, 1991): **Interpersonelle Probleme** /n=18/ Diss.
- Reeder (1997); **Gefangene** (Dissozialität)/ N= 108, n= 18, Dissertation
- Petzold (1979); **Altersprobleme**; N=40/ Gestalttherapie und Psychodrama mit Heimbewohnern –versus- Gestalttherapie und Psychodrama mit Nicht-Heimbewohnern – vs. unbehandelte Kontrolle/ G, s, a/ individuell variierend/ Im Fokus: qualitative und quantitative Aspekte des sozialen Netzes. Im Prä-post-Kontrollgruppenvergleich: signifikante Verbesserung bei behandelten Heim- und Nicht-Heimbewohnern. Weitere Verschlechterung in der unbehandelten Kontrollgruppe.

Hinweis zur zitierten Forschungs-Literatur:

Die genauen Literaturangaben der zitierten Studien finden sich unter: U. Strümpfel (2006): Therapie der Gefühle. Forschungsbefunde zur Gestalttherapie. EHP, Köln – sowie aktualisiert unter

U. Strümpfel (2008): Forschungsstand der Gestalttherapie.
In: Hartmann-Kottek, L. "Gestalttherapie", 2. Aufl., Springer, Heidelberg
