

Graduierungsarbeiten

zur "Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

02 / 2002

Wirksamkeit im Psychothera- pieverfahren der „Integrativen Therapie“ (IT)*

lic. phil. Sylvie Petitjean Gottfried, Basel**

1. Einleitung

Die „*Integrative Therapie*“ ist ein anerkanntes, im europäischen Raum seit dreißig Jahren verbreitetes, Verfahren innerhalb des Feldes moderner forschungsgestützter Psychotherapie.

Der „*Integrative Ansatz*“, wurde von *Hilarion G. Petzold* in den geistigen Umbruchzeiten Mitte der sechziger Jahre in Paris begründet und ist von dem faszinierenden intellektuellen Klima dieser Zeit geprägt. *Petzold* hörte Philosophie in Paris (1963-1971) bei *M. Foucault*, *P. Ricoeur*, *E. Lévinas*, *C. Lévi-Strauss*, erlebte *J.P. Sartre* und *G. Deleuze*, *L. Althusser* und aus diesen Einflüssen resultiert auch das gesellschaftskritische und gesundheitspolitische Engagement der Integrativen Therapie, das ohnehin für die französische Tradition der Psychologie seit *Georges Politzer* und *Maurice Merleau-Ponty* kennzeichnend ist, und das Engagement für Patientenrechte, „*patient dignity*“, „*patient welfare and security*“ (*Märtens, Petzold 2002*). *Petzold* promovierte bei *Gabriel Marcel* [1971]. In der Psychologie zentrierte er sich auf die Sozialpsychologie bei *Serge Moscovici* und die Entwicklungspsychologie in der Tradition von *Henry Wallon*, *R. Zazzo*, in der klinischen Psychologie waren *V. N. Iljine* und damit die russische Psychologie (*L. S. Vygotsky*, *A. A. Leontiev* u.a.) von Bedeutung. Mit *Johanna Sieper* und den MitarbeiterInnen an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, Düsseldorf/Hückeswagen wird der „Integrative Ansatz“ seitdem beständig als ein *methodenübergreifendes* Verfahren forschungsgestützter Psychotherapie weiter entwickelt. Er ist damit dem „*neuen Integrationsparadigma*“ (*Petzold 1992g; Castonguay et al. 1997*) in der klinischen Psychologie und in der psychotherapeutischen Theorie- und Methodenentwicklung verpflichtet (*Pet-*

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen und wissenschaftlichen Bildung, Hückeswagen/Düsseldorf (Leitung Univ.-Prof. Hilarion G. Petzold)

** Klinische Psychologin, Integrative Psychotherapeutin und Wissenschaftlerin und Forscherin an der psychiatrischen Universitätsklinik Basel

zold 1999p). Historisch gesehen entwickelte sich die Integrative Therapie als praktisches Verfahren aus Elementen der „aktiven Psychoanalyse“ (S. Ferenczi), der Gestalttherapie (F.S. Perls), dem Psychodrama (J.L. Moreno), dem „Therapeutischen Theater“ (V.N. Illjine) sowie der „Leib- und Bewegungstherapie“ und ihren psychophysiologischen Grundlagen in der Tradition der russischen Psychologen und Physiologen (L.S. Vygotsky, N.A. Bernstein, A. Lurija,) und der „Verhaltensmodifikation“ (A. Salter, F. Kanfer, vgl. Sieper 2001). Zum anderen wurde die Integrative Therapie als theoretischer Ansatz, als Weg systematischer Methodenintegration auf der Grundlage eines „biopsychosozialen Modells“ begründet. So meint der Begründer dieses Verfahrens: „Moderne Psychotherapie wird nur als kritisch, metakritisch reflektierte, in solider Theorie fundierte und forschungsgegründete Praxis im Sinne evidenzbasierter „good“ bzw. „best practice“ zukunftsfähig sein“ (Petzold 1999p). In der „Integrativen Therapie“ als einen biopsychosozial orientierten Verfahren steht deshalb die „Theorie-Praxis-Verschränkung zentral.“ In klinischer Hinsicht stützt sich die Integrative Therapie potentiell auf den gesamten Fundus biomedizinischer, sozialwissenschaftlicher/ kulturwissenschaftlicher und psychologischer/ psychotherapeutischer/ klinischer Forschung.

2. Was unterscheidet die Integrative Therapie von anderen Verfahren?

Das Verfahren der Integrativen Therapie ist weder eindeutig psychodynamisch-tiefenpsychologisch noch eindeutig experimentell-behavioral orientiert, sondern versucht vermittels einer übergreifenden sozialkonstruktivistischen Wissenstheorie, einer „Metahermeneutik“ als „klinischer Philosophie“ (Petzold 1991a) einen übergreifenden, integrativen und zugleich *differentiellen* Weg zu beschreiten. Die Integrative Therapie ist hier einerseits Pierre Janet verpflichtet, der 1919 in seinem monumentalen und immer noch viel zu wenig beachteten Werk „Les médications psychologiques, études historiques, psychologiques et cliniques sur les méthodes de la psychothérapie“ in einer vergleichenden Übersicht, die Möglichkeiten der verschiedenen Behandlungswege für psychische Erkrankungen kritisch auf ihren Nutzen für die Patientenarbeit auswertete und in seinen weiteren entwicklungs- und allgemeinpsychologischen Arbeiten zu einer „integrativen Psychologie“ fand. Sie verdankt andererseits aber auch wesentliche Erkenntnisse dem philosophische und psychologische Wissensstände integrierenden Ansatz von Maurice Merleau-Ponty. Petzold unterscheidet „starke Integrationen“ – das Finden einer übergeordneten, zusammenfassenden Lösung - und „schwache Integrationen“, die häufiger sind und das „Konnektivieren von konvergenten und differenten Konzepten“ aufgrund systematischer methodischer Prinzipien (Petzold 1998a) bedeuten. Dabei ist es wesentlich, die in solchen Prinzipien zum Tragen kommenden theoretischen Linien zu untersuchen und zu berücksichtigen, die *anonymen Diskurse*, die Unterströmungen der Kultur, denen Michel Foucault in seinem Werk, das die Integrative Therapie maßgeblich beeinflusst hat, nachgegangen ist. Und natürlich sind auch die aktuellen Verhältnisse im Felde der Wissenschaft zu berücksichtigen mit ihren „mainstreams“ und „trends“, die als „kollektive soziale Repräsentationen“ (Serge Moscovici 2001) die Charakteristik der Psychotherapie und jedes einzelnen psychotherapeutischen Verfahrens beeinflussen. Moderne Psychotherapie – so die Position Petzolds – braucht eine *Metaperspektive* auf das Gesamtfeld klinischer Psychologie und Psychotherapie und das der klinisch relevanten Sozial- aber auch Neurowissenschaften. Nur dann hat sie die erforderliche Breite, vermeidet den Reduktionismus, und hat die Chance, durch inter- und transdisziplinäre *Polyloge*, einem unsystematischen Eklektizismus zu entgehen. Klaus Grawe (1998) hat in seinem *magnum opus*, ähnlich wie vor ihm Norbert Bischof (1995), das Gespräch, den intradisziplinären, fachlichen Dialog bzw. interdisziplinären Diskurs zwischen Experten als Weg gewählt, zu versuchen, die komplexe Disziplin „Psychotherapie“ konsistent zu begründen. Hilarion Petzold – vom Studium her wie seine Vorbilder Janet, Merleau-Ponty, Illjine, Foucault Psychologe und Philosoph - hat diesen Weg des *Polylogs*, der theorie- und methodenpluralen Konzeptualisierung im Gespräch zwischen den Wissenschaften und ihren Subdisziplinen, seit Ende der sechziger Jahre systematisch beschritten, um für die Integrative Therapie in Anthropologie/Menschenbild, Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie, in Gesundheits-/Krankheitslehre und in der *Praxeologie* als wissenschaftlich begründetem Zusammenspiel der Methoden, Behandlungstechniken und Medien eine konzeptuelle Durchgängigkeit und Konsistenz zu erreichen. Dabei sollte gleichzeitig die „Anschlußfähigkeit“ der Konzepte an die aktuellen Wissensstände der empirischen Psychologie und der klinisch relevanten Bio- und Sozialwissenschaften gewährleistet sein, wie sein enzyklopädisches fünfbandiges Werk zur Integrativen Therapie (1988 Bd. I 1 und 2, 1993 Bd. II 1, 2 und 3) zeigt. Das Verfahren ist in seinem systematisch ausgearbeiteten Theorie-Praxis-Bezug also *nicht eklektisch* sondern hat ein auf unterschiedlichen

Wissensebenen ausgearbeitetes Integrationsmodell entwickelt (Petzold 1998a, 90). Im Zentrum steht der Mensch in seiner „Lebenswelt“, „Lebenslage“ (Kontext), mit seiner Biographie und seinen Zukunftsentwürfen (Kontinuum), seinem Leib (Motorik, Sensorik, Neuroimmunologie), Emotionen, Volitionen und Kognitionen.

Die IT gründet sich als bislang einzige therapeutische Richtung auf die *longitudinale (klinische) Entwicklungspsychologie* mit ihren „Ketten kritischer Lebensereignisse“, „protektiven Faktoren“ und „Resilienzphänomenen“ („*Life span developmental approach*“) und sie verfügt über den derzeit am differenziertesten ausgearbeiteten Ansatz zum *Coping-/Ressourcenmodell*. Sie hat ein *multifaktorielles*, lebenslaufbezogenes Verständnis zur Entstehung von Krankheiten entwickelt (multiple, zeittextendierte Überlastungen, Kombination von pathogene und protektiven Stimulierungen bzw. Faktoren; Petzold & Goffin, 1993). Als *methodenplurale* und *multimodale* Vorgehensweisen stehen in der Therapie je nach Störungsbild, Problematik die folgenden *4 Wege der Heilung und Förderung* im Vordergrund: 1. Bewusstseinsarbeit, 2. Emotionale Differenzierungsarbeit, Nachsozialisation, „Parenting“ (Petzold & van Beek 1994) 3. Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung und alternative Handlungsmöglichkeiten, 4. Alltagspraktische Hilfen, Solidaritätserfahrung.

3. Aktuelle Psychotherapieforschung

Wie andere Verfahren legt die Integrative Therapie einen grossen Wert auf den empirischen Nachweis ihrer Wirksamkeit, sowohl im Bereich klinischer Therapie als auch in der Ausbildung von Psychotherapeuten und Supervisoren. In diesem Sinne vertreten auch Lutz & Grawe (2001) eine „patientenorientierte Psychotherapieforschung“ (Evidence Based Psychotherapy). Ziel in beiden „research communities“ des „integrativen Ansatzes“ in den deutschsprachigen Ländern – die von Grawe und Petzold - ist es, noch genauer zu erforschen, welche therapeutischen Interventionen sich für welche Patienten in welchen Settings am besten eignen, also die besten Heilungschancen versprechen (Märtens & Petzold 2002; Petzold & Leuenberger 1998; Petzold & Märtens 1999). Und dieses Wissen den freipraktizierenden Psychotherapeuten zugänglich zu machen (Laireiter 1997).

Das Thema der Wirtschaftlichkeit ist schwierig und wird hier nicht erörtert, da es kaum gesicherte Studien gibt und es alle Therapierichtungen betrifft. Die Heilung, Therapie ist ein kostbares Gut. Ökonomische Fragen (Wirtschaftlichkeit, Kosten-Nutzen, Kostengünstigkeit) bestimmen zunehmend das psychotherapeutische Feld. Um konkurrenzfähig zu bleiben ist es nötig, die Psychotherapie den sich dauernd wechselnden Gegebenheiten anzupassen und auch Spezialisierungen vorzunehmen. Dennoch konnte die im Auftrag der Föderation Schweizer Psychologen gegebene HealthEcon-Studie das enorme Sparpotential von Psychotherapie aufzeigen (2001).

4. Wirkfaktoren/ Wirkprozesse in der „Integrativen Therapie“

Petzold (1993p) stellt 14 empirisch erschlossene Heil-/ Wirkfaktoren heraus, die eigentlich weitgehend mit den protektiven Faktoren aus der klinischen Entwicklungspsychologie und Longitudinalforschung übereinstimmen: Einführendes Verstehen (1), Emotionale Annahme und Stütze (2), Hilfen bei Lebensbewältigung (3), Förderung des emotionalen Ausdrucks und Willens (4), Förderung von Einsicht (5), von kommunikativer Kompetenz (6), von leiblicher Selbstregulation/ psychophysischer Entspannung (7), Lernprozessen (8), von kreativen Erlebnismöglichkeiten (9), positiver Zukunftsperspektiven (10), positiver persönlicher Wertebezüge (11), eines prägnanten Selbst- und Identitätserleben (12), tragfähiger sozialer Netzwerke (13) und Ermöglichung von Empowerment und Solidaritätserfahrungen (14). Schulenübergreifend lassen sich mehrere zentrale therapeutische Wirkungsbereiche unterscheiden: die therapeutische Beziehung, das Verstehen/ Akzeptanz, Problemaktualisierung, praktische Problembewältigung, Ressourcenaktivierung, Netzwerkarbeit, Identitätsentwicklung, leibliche Wahrnehmung und Selbstregulation.

Der wichtigste Faktor für Therapieerfolg-, verlauf bleibt dennoch die „Passung“, also die *therapeutische Beziehung* (Märtens & Petzold 1999; Castonguay & Goldfried 1997; Schulte 1993; Seligman 1996) und die positive Behandlungserwartung.

5. Wirksamkeitsstudien in der Integrativen Therapie – ein Überblick

Im folgenden werden die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der *patientenorientierten Psychotherapieforschung* im Verfahren der „Integrativen Therapie“ dargestellt. Ziel dieser empirischen Studien war es, bei verschiedenen Störungsbildern, Altersgruppen, und in unterschiedlichen Settings zu untersuchen, ob dieses psychotherapeutische Verfahren zu signifikanten Verbesserungen führt und wo ihre Grenzen liegen. Die Originalarbeiten können u.a. in der Zeitschrift „*Integrative Therapie*“ nachgelesen werden.

In einer Praxisstudie von **Petzold & Wolf** (2000) konnten bei einer Stichprobe von 27 PatientInnen (Alter: 36.2 ± 11 Jahre) mit einer posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörung (PTBS), welche mit dem generellen Ansatz der Integrativen Therapie (fokale Kurzzeittherapie, IFK; Petzold 1993p) behandelt wurden (26.3 ± 18 Stunden; Range: 40-80 Stunden), eine signifikante Verbesserung in der allgemeinen Lebenszufriedenheit, psychosomatischer Symptomatik und in der Symptombelastung der PatientInnen erreicht werden. Dabei konnten bei 77% der PatientInnen sehr gute bis mittlere Effekte (ES > 0.8 bei 37%/ ES 0.8-0.4 bei 40%) erzielt werden. Diese Verbesserungen blieben auch in den Katamnesen stabil. Bei keinem Patienten führte die IFK zu einer Verschlechterung der Hauptsymptomatik. 70% (19) der Patienten beendeten die Therapie erfolgreich. Die Ergebnisse dieser Studie könnten ein Beleg für die Wirksamkeit dieses Behandlungsverfahrens bei PatientInnen mit PTBS sein.

Heinl & Czogalik (1997) konnten in einer Studie die klinische Evidenz der Wirksamkeit mit einer Kurzzeitgruppentherapie bei der Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome des Bewegungssystems nachweisen. Es wurden insgesamt 125 Patienten in einem Kontrollgruppendesign zu 4 Messzeitpunkten untersucht (Baseline, nach Therapieende, Katamnesen: 10 Wochen und 12 Monate nach Therapieende). Eine Wartegruppe bildete die Kontrollgruppe. Die Gruppen umfassten 12-16 Teilnehmer (Alter 40.5 Jahre; Range: 25-68), die Kurzzeitgruppentherapie erfolgte in 40 Stunden leiborientierter Gestalttherapie/Integrativer Therapie über 5 Tage. Es gab keine „Dropouts“. Die Chronifizierungsdauer der Schmerzkrankheit (Rückenschmerzen) betrug in der Patientendstichprobe im Schnitt 15 Jahre. Für die Therapiegruppen konnten gemittelte Effektstärken von 0.83 (grosser Effekt), bzw. 0.59 und 0.71 (mittlere Effekte) erreicht werden. Im Vergleich erreichte die Wartegruppe Effektstärken von 0-0.35. Durch die Therapie wurden in folgenden Dimensionen Effekte erzielt: Symptombelastung (ES 0.63-0.85), Verstimmung (0.51-0.93), Erleben u. Verhalten (ES 0.59-1.23) und Berufsschwierigkeiten (ES 0.45-0.82). Alle Effekte waren zeitstabil und wurden innerhalb eines 1-jährigen Katamnesezeitraumes aufrecht erhalten. Die Resultate lassen insgesamt darauf schliessen, dass leiborientierte Integrative Therapie bei Patienten mit chronifizierten psychosomatischen Symptomen und Beschwerden eine positive Wirkung zeigt.

Ebert & Möhler (1997) verglichen in einem Kontrollgruppendesign die Wirksamkeit einer bimodalen Therapie (Integrative Gruppentherapie + Autogenes Training) mit Autogenem Training allein (Kontrollgruppe: AT) und der üblichen internistischen Versorgung (Kontrollgruppe: MED) bei 32 Patienten mit fortgeschrittener koronarer Herzkrankheit (Alter: 39-70 J.). Die 3 ambulanten Gruppen wurden prospektiv über 10 Wochen untersucht und 6 Monate nach Abschluss der Therapie. Ergebnisse: für die Gruppe mit der bimodalen Therapie zeigte sich eine klinisch signifikante Verbesserung des Wohlbefindens (affektive + kognitive Ebene), der Depressivität, der sozialen Integrität sowie der Dauer und Häufigkeit von Krankmeldungen am Arbeitsplatz, im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Diese Veränderungen blieben auch in der Halbjahreskatamnese stabil. Patienten mit reiner internistischer Versorgung zeigten eine signifikante Verbesserung des Wohlbefindens (affektive Ebene), welche sich jedoch in der Katamnese nicht mehr zeigte. Das Autogene Training allein zeitigte keine Veränderungen. Die Autoren sehen die Einschränkungen der Studie darin, dass mögliche Selektionseffekte (keine Randomisierung) die Ergebnisse beeinflusst haben könnten.

Van der Mei, Petzold & Bosscher (1997) führten zwei klinische Studien an der Amsterdamer Fakultät für Bewegungswissenschaften durch. In einer ersten randomisierten Studie mit Parallelgruppendesign verglichen sie bei 30 poliklinischen depressiven Patienten (Einschlusskriterium: „Major depression“ oder Dysthymie nach DSM-III-R) die Wirkung einer strukturierten „Runningtherapie“ (integrative leib- u. bewegungsorientierte Psychotherapie) mit einer supportiven, psychodynamischen

schen Therapie über 12 Wochen. Nach 12 Wochen konnte durch das integrative „therapeutische Laufen“ eine klinisch signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik in allen 7 Messinstrumenten (BDI, HRSD, etc.) bei Patienten mit einer MD erzielt werden. Bei Patienten mit einer Dysthymie in 2 von 7 Messinstrumenten.

In der zweiten randomisierten Studie mit Parallelgruppendesign verglichen sie bei 29 poliklinischen depressiven Patienten (Einschlusskriterium: „Major depression“ nach DSM-III-R) die Wirkung einer strukturierten „Lauftherapie“ mit medikamentöser antidepressiver Behandlung allein (Fluvoxamin) über 12 Wochen. Bei beiden Therapien war für die Patienten eine klinisch signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik zu verzeichnen. Beide Therapien waren gleichermassen wirksam. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das „therapeutische Laufen“ mit einer integrativen Methodik bei leichten bis mittleren Depressionen eine effektive Behandlungsform darstellt.

In einer grossangelegten Studie von **Petzold & Steffan** wurde prospektiv die Wirksamkeit der „Integrativen Therapie“ unter alltäglichen Praxisbedingungen untersucht (2000). Insgesamt nahmen 58 niedergelassene integrativ arbeitende Psychotherapeuten (methodenkombinierend, methodenübergreifend) und 201 Patienten (Mindestalter 18 J.; vorliegende ICD-10 Diagnose) an der Praxisstudie teil. Für die Erfolgsmessung der Integrativen Therapie wurde eine Standardmessbatterie (vgl. *Grawe, Braun* 1994; 2000) verwendet sowie „Einschätzungsskalen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit“, EAL (*Märtens* 1994), und die Qualität des „Sozialen Netzwerkes“ (*Hass, Petzold* 1999). Die Wirksamkeit der Psychotherapie wurde mehrperspektivisch untersucht (Patienten-, Therapeuten-, Angehörigensicht) und wurde zu 5 Messzeitpunkten gemessen. Die Therapeuten hatten 11.8 ± 7 Jahre Berufserfahrung (Range: 3-31 J.). Die Therapien erstreckten sich über 12 Monate und umfassten durchschnittlich 26 ± 17 Stunden. Ergebnisse: von den 201 Patienten beendeten 61% (n=122) die Therapie. Die Dropout-Rate betrug 39% (n=79). Dabei handelte es sich bei 39 der 79 Patienten, also 19% der Gesamtstichprobe, um tatsächliche Therapiemisserfolge („treatment failures“). Die anderen 40 Patienten beendeten die Therapie aus finanziellen Gründen oder es fehlte, trotz Therapieerfolg, der Abschlussfragebogen.

Die Analyse der „Completers“ (n=122; Alter: 39.3 ± 12 ; Range: 19-95/ Frauenanteil: 80%) zeigte, dass bei 52% nebst der Hauptdiagnose eine komorbide Störung vorlag. Die Hauptdiagnosen nach ICD-10 setzten sich wie folgt zusammen: eine PTBS bei 17%, affektive Störungen 24%, depressive Episoden bei 13%, rezidivierenden depressiven Störungen bei 6%, Angststörungen bei 4% und somatoformen Störungen bei 1%. Bei 16% wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Ergebnisse: 51% der Patienten waren mit dem Ergebnis und dem Verlauf der Behandlung „sehr zufrieden“, 29% waren „zufrieden“. Es konnte eine signifikante Verbesserung der Symptombelastung der PatientInnen erreicht werden. Dabei konnten bei 47% der PatientInnen sehr grosse bis grosse Effekte ($ES > 1.2$ bei 28%/ $ES 0.8-1.2$ bei 19%), bei 26% mittlere Effekte ($ES 0.4-0.8$) und bei 16% geringe Effekte ($ES 0.0-0.4$) erzielt werden. Diese Verbesserungen blieben auch in den Katamnesen stabil. Ebenso verbesserte sich die körperliche Befindlichkeit sowie die Qualität der sozialen Netzwerke signifikant. Als stärkster Prädiktor für einen positiven Therapieverlauf zeigte sich eine „positive Behandlungserwartung“ der Patienten, hingegen bestand nur ein schwacher Zusammenhang zwischen der Verbesserung der Eingangssymptombelastung und der Zufriedenheit mit der Therapie. 90% der Therapeuten gaben eine klinisch signifikante Verbesserung der Eingangssymptomatik ihrer Patienten an, 72% waren mit dem Therapieverlauf „sehr zufrieden“ bis „zufrieden“. Während die Therapeuten die „allg. Lebenszufriedenheit“ ihrer Patienten am geringsten einschätzten, sahen die Angehörigen die Situation als wesentlich besser an. Demgegenüber bewegten sich die Einschätzungen der Patienten im Mittelfeld. Bei keinem Patienten führte die Therapie zu einer Problemverschlechterung.

Diese Studie wird inzwischen im gleichen Design im Auftrag der Niederösterreichischen Ärztekammer repliziert mit 13 (8 w, 5 m) in Integrativer Therapie ausgebildeten ärztlichen PsychotherapeutInnen mit 33 PatientInnen (24 m, 9 w) und einer medikamentenbehandelten Kontrollgruppe von 13 PatientInnen und zeigt ähnlich gute Ergebnisse (*Petzold, Steffan* 2001).

6. Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung

Ein weiterer wichtiger Bereich für die Wirksamkeit von Psychotherapie ist die Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung. Die Ausbildung in Integrativer Therapie erhielt in einer umfangreichen Studie mit 450 Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer die Gesamtnote „gut“ (Petzold, Hass et al. 1995). Ebenso bestätigten die Ergebnisse der Ausbildungsévaluation eine gute bis sehr gute Ausbildungsqualität (3942 Fragebögen von 350 Seminaren; Gesamtmittelwert: 80.6 [Range: 0-100]). Beeindruckend ist, daß es die hier ausgebildeten PsychotherapeutInnen sind, die in der referierten Studie von Petzold & Steffan (2000) die guten Behandlungsergebnisse erzielten. Letztlich ist nur so die Qualität von Ausbildungen zu belegen. Für die Wirkungen Integrativer Supervision und Supervisionsausbildung liegen – eine Rarität in diesem noch jungen Bereich der Supervisionsforschung – eine Reihe von interessanten Untersuchungen vor, die qualitative und quantitative Erhebungsmethoden kombinieren, z. T. videogeratete Beratungssitzungen vor und nach der Ausbildung analysieren, welche eine deutliche Performanzsteigerungen in der Beratungsarbeit zeigen (Petzold, Schigl 1996; Schigl, Petzold 1997). Ebert, Oeltze, Petzold (2002; Petzold, Oeltze, Ebert 2002) untersuchten ein komplettes Supervisionssystem auf allen Ebenen: In Theorie, Praxeologie, Methodik wurde das **Ausbildungssystem (I)** mit **324 Fragen** in 6 Bereichen evaluiert (u.a. in Theorie- und Praxisvermittlung, curricularer Qualität, Dozentenleistung usw. in Seminaren und in der Lehrsupervision). Dabei erhielten die Curricula, die Ausbildungsdurchführung, die Dozenten und Lehrsupervisoren von den SupervisionsausbildungskandidatInnen (n=71) die **Gesamtbewertung „gut“** (Schulnotenskala). Dann wurden die so ausgebildeten SupervisorInnen - die Ebene des **SupervisorInnensystems (II)** - von ihren SupervisandInnen (n = 38, TherapeutInnen, BeraterInnen) differenziert in 19 Bereichen bewertet: u.a. die professionelle Förderung (**44.8% „sehr gut“**, **26,9% „gut“**) und Entlastung (**43.3 % „sehr gut“** , **44.8 % „gut“**), Anregung zur Selbstreflexion (**41.8 % sehr gut**). Diese SupervisandInnen (**SupervisandInnensystem III**) wurden dann im **KlientInnensystem (IV)**, d.h. von ihren KlientInnen/PatientInnen (n= 27) bewertet. 33.3 % nahmen Effekte (u.a. größere Strukturiertheit und Zielorientierung) bei ihren TherapeutInnen/BeraterInnen aufgrund der Supervision wahr, 66.7 % nahmen keine Effekte wahr (qualitative Nachbefragung ergab, „es sei schon immer alles gut gewesen“). Das **Auftraggebersystem (V)**, Leiter von Kliniken, Beratungsstellen etc. (n= 19), bewerteten die Effekte der von den SupervisorInnen (Systemebene II) gegebenen Supervision für Teams und Einrichtung mit **36.6%** als „sehr gut“, **48.8%** als „gut“ und **14.6%** als „befriedigend“.

Da Supervision im psychotherapeutischen Ausbildungssystem aller Therapieschulen eine große Rolle spielt und dann natürlich auch in klinischen und psychosozialen Praxisfeldern, werden Studien zur Wirksamkeit von Supervision für das Ausbildungsgeschehen und für die Qualitätssicherung in der Psychotherapie in Zukunft noch Bedeutung gewinnen. In der Integrativen Therapie wurde hier nützliche Pionierarbeit geleistet.

7. Diskussion

Fazit: alle hier aufgeführten Integrative-Therapie-Studien zeigen auf beeindruckender Weise die Wirksamkeit dieses psychotherapeutischen Verfahrens. Die Metaanalyse zeigt grosse bis mittlere Effektstärken bei 70%-77% der Patientenstichproben, sowie einen Therapieerfolg bei 80% der Patienten („treatment failures“: 20%). Interessant wäre dabei ein Vergleich dieser beiden Patienten-Gruppen (Completers versus treatment failures). Um so mehr beeindruckend diese positiven Ergebnisse, wenn man diese auf dem Hintergrund der Heterogenität und Multimorbidität der Patienten mit zum Teil chronifizierten Störungsbildern betrachtet. Im Vergleich dazu wurden in vielen Psychotherapiestudien die Wirksamkeit bestimmter Verfahren an „präselektierte“ Patienten aufgezeigt. Keine der aufgeführten Studien führte zu Nebenwirkungen oder gar Schädigungen der Patienten. Wie die grosse „Consumer Reports-Studie“ in den USA (Seligman 1996), zeigt die Studie von Petzold & Steffan (2000), dass die Therapeut-Klient-Beziehung und die positive Erwartung an eine Therapie, nämlich die Hoffnung auf Heilung, Linderung, einen grösseren Prädiktor für den Therapieerfolg darstellen, als die Symptombelastung der Patienten zu Therapiebeginn. Aufgrund der aktuellen Befundlage kann nach Petzold für die „Integrative Therapie“ als Behandlungsverfahren angenommen werden, dass sie sich wahrscheinlich durch ein geringes Behandlungsrisiko und geringe Nebenwirkungen (vgl. Otte 2002; Märrens, Petzold 2002) und durch eine gute therapeutische Breitenwirkung

auszeichnet. Dennoch laufen zur Zeit viele Psychotherapiestudien, und sie sind nötig, da es immer noch mehr Fragen als Antworten in diesem Feld gibt.

Zusammenfassung

Die „Integrative Therapie“ ist ein anerkanntes Verfahren innerhalb des Feldes moderner forschungsgestützter Psychotherapie. Eine Zusammenschau der wichtigsten klinischen Studien belegt die Wirksamkeit dieses Verfahrens. Die Metaanalyse zeigt grosse bis mittlere Effektstärken bei 70%-77% der behandelten Patienten, sowie einen Therapieerfolg bei 80% der Patienten („treatment failures“: 20%). Um so mehr beeindruckt diese positiven Ergebnisse, wenn man diese auf dem Hintergrund der Heterogenität und Multimorbidität der Patienten mit zum Teil chronifizierten Störungsbildern betrachtet. Keine der aufgeführten Studien führte zu Schädigungen der Patienten. Aufgrund der aktuellen Befundlage kann angenommen werden, dass die „Integrative Therapie“ als Behandlungsverfahren sich wahrscheinlich durch ein geringes Behandlungsrisiko, geringe Nebenwirkungen und durch eine gute therapeutische Breitenwirkung auszeichnet.

Summary: the effectiveness of integrative psychotherapy

Results of five recent psychotherapy studies, in the model of evidence based integrative psychotherapy, are reviewed. This metaanalysis showed large to middle effect sizes for 70% to 77% of the treated outpatients. And completion rates of 80%. 20% of the patients were considered as treatment failures. However, three studies had no dropouts at all. Considering the comorbidity and chronicity of about 50% of the patients, these results are encouraging. No adverse events occurred during therapy. Thus, integrative psychotherapy is effective in many psychiatric and somatization disorders. Further studies are conducted to strengthen these findings.

Literatur:

- Braun, U., Regli, D.* (2000): Psychotherapie-Evaluation in der Praxis. In: Laireiter, A. (hg.), Diagnostik in der Psychotherapie. New York, Springer.
- Bischof, N.* (1991): Das Rätsel Ödipus. München, Piper.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R.* (1997): Die Zeit ist reif für eine Psychotherapie-Integration. *Integrative Therapie*, 3, 243-272.
- Ebert, A., Möhler, A.* (1997): Integrative Therapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Aspekte der Förderung von Integrität, Wohlbefinden und Sinnerleben. *Integrative Therapie*, 3, 289-315.
- Ebert, W., Oeltze, J., Petzold, H.G.* (2002): Die Wirksamkeit der Integrativen Supervision – eine quantitative und qualitative Evaluationsstudie zur Qualitätsentwicklung im EAG-Qualitätssicherungssystem. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit.
- Grawe, K.* (1998): Psychologische Therapie. Bern: Hogrefe
- Heinl, H.* (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome. *Integrative Therapie*, 3, 316-330.
- Janet, P.* (1919): Les médications psychologiques. 3 Bde. Paris, Alcan.
- Laireiter, A.-R.* (1997): Qualitätssicherung von Psychotherapie: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der ambulanten Praxis. *Psychotherapie Forum*, 5, 203-232.
- Lutz, W., Grawe, K.* (2001): Was ist „Evidenz“, in einer Evidence Based Psychotherapy? *Integrative Therapie*, 1-2, 11-28.
- Märtens, M., Petzold, H.G.* (2002): Therapieschäden. Über Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Mathias Grünewald (im Druck).
- Moscovici, S.* (2001): Social representations. New York, New York University Press.
- Otte, H.* (2002): Risiken und Nebenwirkungen in der Integrativen Therapie. in: *Märtens, Petzold* (2002).
- Märtens, M., Petzold, H.G.* (2002): Therapieschäden. Über Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Mathias Grünewald (im Druck).
- Petitjean, S.* (2002): Wirksamkeit im Psychotherapieverfahren der „Integrativen Therapie“. Zeitschrift der Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), *Psychoscope* (im Druck).
- Petzold, H.G.* (1988a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. *Ausgewählte Werke Bd. I*, Paderborn, Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1991a): Integrative Therapie, *Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie*: Paderborn, Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1992g): Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“, In: *Petzold* (1992a): *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke. Bd. II, 2: Klinische Theorie*. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G.* (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (1993a). *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke. Bd. II, 3: Klinische Praxeologie.* Paderborn: Junfermann, 267-340.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J.* (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, In: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (Hg.), *Integration und Kreation.* Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. (1996) 173-266.
- Petzold, H.G., Beek, Y. van, Hoek, A.-M. van der* (1994): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne, In: *Petzold, H.G.* (1994j): *Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke.* Paderborn: Junfermann. 491-646.
- Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märten, M., Merten, P.* (1995): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. *Gestalt und Integration, 1,* 180-223.
- Petzold, H.G., Schigl, B.* (1996): Evaluation eines Supervisionslehrgangs für Altenarbeit, Forschungsbericht des Österreichischen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, hrsg. v. Dr.-Karl-Kummer-Institut f. Sozialpolitik und Sozialreform. Wien. pp. 320.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A.* (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: *Ambühl, H., Strauss, B.* (hg.), *Therapieziele.* Göttingen: Hogrefe, 209-250.
- Petzold, H.G.,* (1998a): *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsberatung.* Paderborn, Junfermann.
- Petzold, H.G., Märten, M.* (Hg.) (1999): *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Bd. 1: Modelle, Konzepte, Settings.* Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G.,* (1999p): *Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. Integrative Therapie, 4,* 338-393.
- Petzold, H.G., Wolf, H.U., Landgrebe, B., Steffan, A., Josic, Z.* (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Bearbeitung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *Kolk, van der, B.A., Mc Farlane, A.C., Weisaeth, L.* (Hg.): *Traumatic Stress.* Paderborn: Junfermann, 445-579.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märten, M., Steffan, A.* (2000): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie, 2-3,* 277-354.
- Petzold, H.G., Steffan, A.* (2000): Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung und der Integrativen Therapie – das EAG-Qualitätssicherungssystem. *Integrative Therapie, 2/3,* 355-366.
- Petzold, H.G., Steffan, A.* (2001): Zwischenbericht. Begleitforschung zur Qualitätssicherung der Weiterbildung „ÖÄK-Diplom Psychotherapeutische Medizin“ in Ausbildung und Therapie, Niederösterreichische Ärztekammer, Krems.
- Petzold, H.G., Oeltze, J., Ebert, W.* (2002): Die Wirkung Integrativer Supervision im Mehrebenenmodell – eine empirische Studie auf der Klienten-, Supervisanden-, Supervisoren- und Auftraggeberebene. Postgradualprogramm Supervision, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam.
- Sass, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M.* (Hg.) (1998): *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV* (dt. Bearbeitung). Göttingen. Hogrefe.
- Sieper, J.* (2001): Das „Behaviorale Paradigma“ und der Begriff des „Komplexen Lernens“ im Integrativen Ansatz klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik. *Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Integrative Therapie, 1-2,* 105-144.
- Schigl, B., Petzold, H.G.,* (1997): Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischen Bereich - ein begleitendes Forschungsprojekt. *Integrative Therapie 1-2,* 85-145.
- Schulte, D.* (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 22,* 374-393.
- Seligman, M.E.P.* (1996): Die Effektivität von Psychotherapie – Die Consumer Reports-Studie. *Integrative Therapie, 2/3,* 264-287.
- Steffan, A., Petzold, H.G.* (2001): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie, 1-2,* 63-104.
- van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R.* (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie, 3,* 374-428.

Korrespondenzadresse:

lic. phil. Sylvie Petitjean Gottfried
 Psychiatrische Universitätsklinik Basel
 CH-4025 Basel
 e-mail: sylvie.petitjean@pukbasel.ch