

Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP

Eine naturalistische Studie

U. Sachsse¹; B. H. Imruck²; U. Bahrke³

¹Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben und imaginative Verfahren in der Psychotherapie e.V. (AGKB), Göttingen; ²Psychologische Psychotherapeutin in niedergelassener Praxis, Groß-Gerau; ³Sigmund-Freud-Institut Frankfurt

Schlüsselwörter

Naturalistische Outcome Studie, Katathym Imaginative Psychotherapie KIP, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Zusammenfassung

In dieser naturalistischen Studie zur Anwendung der Katathym Imaginativen Psychotherapie KIP in der ambulanten Psychotherapie der Bundesrepublik Deutschland als besondere Methode der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie lässt sich wie in einer Vorgängerstudie belegen, dass KIP mit hohen Effektstärken wirksam ist: bei der generellen psychischen Belastung (gemessen am Gesamtwert der Skala GSI der SCL-90-R), bei der Reduzierung von Problemen der Patienten im Umgang mit anderen Menschen (Gesamtwert der IIP-C) sowie bei den zentralen Symptomen Depression (ADS), Angst (STAI) und Somatisierungsstörung. Die Effektstärken aller Besserungen in dieser Studie sind hoch und liegen im oberen Drittel dessen, was aktuell für Psychotherapie generell und für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Besonderen gefunden wird. Die Ergebnisse bleiben nach Therapie-Ende stabil.

Keywords

Naturalistic Outcome Study, Guided Imagery Psychotherapy (Katathym Imaginative Psychotherapy KIP), psychodynamic psychotherapy

Summary

In this naturalistic outcome study, Guided Imagery Psychotherapy (Katathym Imaginative Psychotherapy [KIP]) as a particular method of psychodynamic psychotherapy was applied as outpatient psychotherapy in the Federal Republic of Germany. As shown in a previous study, KIP was again effective with high effect sizes in the following areas: in general psychological distress (measured by the total value of the scale GSI of the SCL-90-R), in the reduction of patients' problems in dealing with other people (total value of the IIP-C), and in the central symptoms depression (ADS), anxiety (STAI), and somatization disorder. The effect sizes of all improvements in this study are high and in the upper third of what is currently found for psychotherapy in general and for psychodynamic psychotherapy in particular. The results remain stable after the end of therapy.

Evaluation of Outpatient Psychotherapy with Guided Imagery Psychotherapy – a Naturalistic Outcome Study

Ärztliche Psychotherapie 2016; 11: 87–92

Die Katathym Imaginative Psychotherapie KIP (2, 9, 20) wurde von Hanscarl Leuner unter der Bezeichnung Katathymes Bilderleben KB seit 1953, also in einer Zeit entwickelt, als die Psychoanalyse in Deutschland nach ihrer Vertreibung allmählich wieder zur Referenz-Psychotherapie wurde. Die Skepsis, der jede neue Therapie-Methode begegnet, veranlasste Leuner dazu, die Wirksamkeit von KIP zunächst als Kurztherapie durch Studien zu belegen (10). Diese Ergebnisse trugen wesentlich dazu bei, dass

KIP als „Besondere Methode der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ Bestandteil der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland wurde (18) und auch in anderen europäischen Ländern fest etabliert ist, etwa in Österreich und der Schweiz. Einen zusätzlichen Forschungs- und Behandlungsschwerpunkt der KIP stellt die Therapie von Psychosomatischen Patienten dar. Die Wirksamkeit der KIP wurde für Colitis ulcerosa, psychogene Sexualstörungen, Bulimie und Anorexia nervosa überprüft (22).

Eine weitere Studie zur Wirksamkeit von KIP in der ambulanten Psychotherapie wurde unter der Leitung von Wilke und von Wietersheim durchgeführt (21). 67 Patienten, mehrheitlich Frauen, mehrheitlich mit depressiver Symptomatik, wurden zu Beginn, nach 25 Stunden, nach 50 Stunden und 18 Monate nach Beendigung der Therapie psychologisch untersucht. Von den untersuchten Patienten beendete ein Drittel die Therapie bis zur 50. Stunde, wie vom Studiendesign vorgesehen war, bei den übrigen dauerte die Therapie zum Teil wesentlich länger. Imaginiert wurde im Schnitt jede dritte bis vierte Stunde. In allen verwendeten Fragebögen (Beschwerdeliste, Befindlichkeitsskala, Depressions- und Angst-Fragebogen, Freiburger Persönlichkeitsinventar) ergaben sich deutliche Effekte vom pathologischen in den Normbereich, die zwischen Therapieende und der Katamnese nach einem Jahr noch zunahmen.

Methode und Studiendesign

Von 2001 bis 2009 wurde eine zweite Evaluationsstudie zur Wirksamkeit ambulanter Behandlungen mit KIP durchgeführt¹. Diese Studie war in Weiterentwicklung zur früheren Studie störungsspezifisch angelegt und umfasste drei wesentliche Diagnosen-Gruppen ambulanter Psychotherapie bei Erwachsenen: Affektive Störungen F3, Angststörungen sowie dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen F4. Angestrebt wurde eine Fallzahl von 90 Patienten mit 30 bis 40 Probanden je Diagnosegruppe, was aufgrund nicht vorhandener Forschungsgelder zur Finanzierung eines Datenzentrums nicht verwirklicht werden konnte.

Einbezogen wurden 25 ambulante tiefenpsychologisch-fundierte Behandlungen von 25 bis 120 Stunden, die in der Regel eine Frequenz von durchschnittlich einer Stunde pro Woche hatten. Einschlusskriterium war die Einbeziehung von Imaginationen nach der KIP in durchschnittlich mindestens jeder 4. Stunde. Der Altersrange der Patienten lag zwischen 18 und 65 Jahren. Nicht eingeschlossen wurden Patienten mit schwerwiegend psychiatrischen Erkrankungen oder solche, deren Symptomatik sich nicht durch die oben aufgeführten Diagnosen-Gruppen erklären ließ.

In der Studie von Wilke und von Wietersheim (21) hatte sich das Wartekontroll-Design im Rahmen ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen als nicht durchführbar erwiesen. In der vorliegenden Studie mussten alle Patienten nach den probatorischen Sitzungen (tA) bis zum Therapiebeginn (tB) mindestens drei Monate warten, um

eine Spontan-Remission der Symptomatik ausschließen zu können. Die sich beteiligenden 15 Behandler waren niedergelassene, approbierte ärztliche und psychologische Psychotherapeuten mit fundierter KIP-Ausbildung im Status von KIP-Lehrtherapeuten und KIP-Dozenten.

Insgesamt wurden 6 Messzeitpunkte festgesetzt:

- tA zu Erfassung der Ausgangssituation
- tB zu Therapiebeginn mindestens drei Monate nach tA
- tZ2 als Zwischenerhebung nach 25 Stunden bei Weiterführung der Therapie
- tZ3 als Zwischenerhebung nach 50 bei Weiterführung der Therapie
- tE zu Erfassung am Therapieende
- tK als Katamneseerhebung nach 6 Monaten

Messverfahren

Zusätzlich zur Angabe soziodemografischer Daten beantworteten die Patienten standardisierte Fragebögen zur Erfassung ihrer Beschwerden und deren möglichen Veränderungen:

- Die Symptom-Check-List von Derogatis SCL-90-R (5) zur Erfassung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome in der vergangenen Woche füllten die Patienten zu allen Messzeitpunkten aus.
- Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme in der deutschen Kurz-Version IIP-C (8) füllten die Patienten zu den Messzeitpunkten tA, tE und tK aus. Mit Hilfe der IPP-C können Probleme im Umgang mit anderen Menschen erfasst werden.
- Zu Therapiebeginn (tB), Therapieende (tE) und zur Katamnese-Erhebung (tK) wurde darüber hinaus die Toronto-Alexithymie-Skala-26 TAS-26 (11) erhoben. Neben der Möglichkeit, einen Gesamt-Alexithymie-Wert zu bilden, ergibt die Auswertung der TAS-26 Aussagen über die „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“, die „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ und den „extern orientierten Denkstil“ des Patienten.

Zusätzlich erhielten die Patienten störungsspezifische Fragebögen: Depressive Patienten füllten zu allen Messzeitpunkten die Allgemeine Depressionsskala ADS (7), solche mit Angststörungen das State-Trait-Angst-Inventar STAI (12) aus.

Ergebnisse

Insgesamt liegen zur Auswertung der Verlaufsuntersuchung Ergebnisse von 25 Fällen vor. Hierfür wurden feh-

¹ Die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg hat mit Schreiben vom 20.04.2001 bestätigt, dass sie keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie hat.

lende Item-Werte ersetzt, sofern im gesamten Fall nicht mehr als 10% der Items unbeantwortet blieben. Da die störungsspezifischen Fragebögen nur denjenigen Patienten zur Verlaufsmessung ausgegeben wurde, die an der spezifischen Störung litten, ergaben sich für diese abweichende auswertbare Stichprobengrößen: ADS (n=16), STAI (n=6). In den deskriptiven Statistiken fehlen bei manchen Fragen die Antworten einer oder mehrerer Probanden. Sollte dies der Fall sein, wird im Folgenden in Klammern darauf gesondert hingewiesen. Ansonsten beziehen sich die genannten Prozentwerte stets auf den Gesamtdatensatz von 25 Personen. 84% der untersuchten Patienten waren Frauen. 48% der Studienteilnehmer waren ledig, 36% verheiratet und 48% hatten zum Zeitpunkt der Behandlung mindestens ein Kind (n=22). Mit 36% war der Anteil der Hochschulabsolventen bezogen auf den höchsten erreichten Berufsabschluss am größten, gefolgt von einer abgeschlossenen Lehre (28%) und einer abgeschlossenen Meisterprüfung / einem Fachhochschulabschluss (16%). Die meisten Patienten waren als einfacher Angestellter / Beamter beschäftigt (48%), während weitere 12% Hausfrauen waren. Arbeitslos oder vorzeitig dauerhaft berentet (n=24) waren lediglich jeweils 8% der Studienteilnehmer.

Die Behandlungsdauer variierte zwischen 8 und 54 Monaten bei einer Sitzungsanzahl von 25 bis 100 Stunden. Bei 64% der Teilnehmer bestanden die Beschwerden, wegen derer sie sich in Behandlung begeben hatten, seit mehr als 10 Jahren. Bei Befragung der Patienten zu Beginn der Behandlung, unter welchen Problemen sie am meisten leiden würden, antworteten 32% der Patienten (8 von 25 Personen, n=25), derzeit würden sie am meisten unter Er-

schöpfungszuständen, Depressionen und Ängsten leiden, und jeweils 16% hielten ihre körperlichen Beschwerden für erstrangig beziehungsweise beklagten Belastungen durch ihren Lebenspartner. Affektive Störungen stellten in der vorliegenden Studie den größten Anteil (60%) der Beschwerden dar, gefolgt von Angststörungen mit 32% und wenigen somatoformen bzw. Konversionsstörungen (8%). Über 54% der Patienten erhielten von den Therapeuten zwei Diagnosen, 20% sogar drei. Eine Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen bestand in 12% der Fälle (n=3).

Zur statistischen Datenanalyse wurde das Programm SPSS für Windows angewendet. Wegen der kleinen Stichprobe und der teils nicht vorliegenden Normalverteilung wurde der Wilcoxon-Test als nichtparametrisches Verfahren eingesetzt. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind in Tabelle 1 veranschaulicht. Das Ausmaß der einzelnen Veränderungen wurde mit Hilfe von Effektstärken (ES) d (4) bestimmt: Während Effektstärken von über 0,8 als starke oder hohe Effekte gewertet werden, spricht man bei Effektstärken von über 0,5 von mittleren oder moderaten und bei Werten von über 0,2 von kleinen Effekten. Die diskutierten Ergebnisse für den Wilcoxon-Test und die Effektstärken beziehen sich in den Skalen der SCL-90-R, der IIP-C, des ADS und des STAI auf den Vergleich von tA und tE, für die TAS 26 auf den Vergleich von tB und tE, da zu Beginn der Studie die deutsche Version der TAS 26 noch nicht erschienen war und somit erst zum Meßzeitpunkt tB auf die Skala einheitlich zugegriffen werden konnte. Für die störungsübergreifend eingesetzten Fragebögen (SCL-90-R, IIP-C und TAS 26) flossen stets die Daten der 25 Studienteilnehmer in die Berechnungen ein, bei denen

Tab. 1 SCL-90-R (Symptomchecklist zur Erfassung subjektiv empfundener Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome), GSI (grundsätzliche psychische Belastung), IIP (Interpersonale Probleme), TAS 26 (Toronto-Alexithymie-Skala-26), TAS 1 (Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren), TAS 2 (Schwierigkeiten, Gefühle mitzuteilen), TAS 3 (extern orientierter Denkstil), STAI (State-Trait-Angst-Inventar), STATE (momentane Angst), TRAIT (Angst als

PK-Merkmal), N (Stichprobengröße), tA (Messzeitpunkt zur Erfassung der Ausgangssituation), tB (Messzeitpunkt zu Therapiebeginn mindestens 3 Monate nach tA), tE (Messzeitpunkt zum Therapieende), tK (Messzeitpunkt als Katamnese-Erhebung nach 6 Monaten); Wilcoxon-Test und Effektstärkenberechnung (Cohen's Alpha) beziehen sich auf den Vergleich tA zu tE (ausgenommen TAS).

	N		tA	tB	tE	tK	Wilcoxon-Test	Effektstärke
SCL-90-R	25	GSI	1,11	0,99	0,47	0,56	0,000	1,41
IIP-C	25	Gesamt	1,73		1,30	1,24	0,000	0,81
TAS 26	25	Gesamt		0,36	0,18		0,054	0,37
		TAS 1		2,72	2,20		0,002	0,66
		TAS 2		1,74	1,50		0,168	0,29
		TAS 3		-3,38	-3,16		0,061	0,33
ADS	16	Summe	21,63	23,75	14,56	14,88	0,009	1,10
STAI	6	State	46,33	48,15	36,00	42,83	0,043	1,00
		Trait	55,87	56,19	43,65	46,03	0,009	1,31

alle Studienkriterien über alle Messzeitpunkte hinweg erfüllt waren. Für die störungsspezifisch eingesetzten Messinstrumente (ADS und STAI) fiel die Menge der auswertbaren Datensätze, bei denen alle Kriterien des Studiendesigns erfüllt waren, mit $n=16$ für den ADS und $n=6$ für den STAI deutlich geringer aus, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

In den Gesamtskalen der angewandten Messinstrumente zeigen sich große Effekte in den Skalen SCL-90R, IIP-C, ADS und STAI. Obwohl ein Vergleich der Messzeitpunkte tA und tE für die TAS 26 aus oben aufgeführten Gründen nicht durchgeführt werden konnte, zeigte sich hier beim Vergleich von Therapiebeginn und Ende der Behandlung ein deutlicher Effekt auf der Skala TAS 1, die die Schwierigkeiten der Patienten misst, Gefühle zu identifizieren.

Störungsübergreifende Ergebnisse

Generelle psychische Belastung

Die generelle psychische Belastung, gemessen am Gesamtwert der Skala GSI der SCL-90-R, verringerte sich signifikant zwischen der Ausgangssituation (tA) und dem Ende der Behandlung. Während der Wert des GSI zum Messzeitpunkt tA bei 1,11 lag, verringerte sich der Wert kontinuierlich bis zum Messzeitpunkt tE auf 0,47. Zwischen dem Ende der Behandlung (tE=0,47) und der Katamnese-Erhebung (tK=0,56) verschlechterte sich der GSI-Wert zwar leicht um 0,09, jedoch nicht signifikant. Insgesamt fanden sich hier die markantesten Effektstärken der Studie ($p=0,000$; ES 1,41).

Interpersonelle Probleme

Mit Hilfe des IIP-C konnten die Probleme der Patienten im Umgang mit anderen Menschen erfasst werden. Zieht man zum Vergleich den Gesamtwert der IIP-C in Betracht, wird auch hier eine deutliche signifikante Veränderung zwischen den Messzeitpunkten tA=1,73 und tE=1,30 messbar ($p=0,000$; ES 0,81). Im weiteren Verlauf verbesserten sich die Patienten sogar leicht um weitere 0,06 Punkte zum Messzeitpunkt tK, ebenfalls nicht signifikant.

Verbesserter Zugang zu Emotionen

In den einzelnen Skalen der TAS 26 fällt ein signifikanter Wert auf der Skala TAS 1 ($p=0,002$) ins Auge, der mit einer Effektstärke von 0,66 als moderat gelten kann. Die Skala TAS 1 erfasst die Schwierigkeiten des Patienten, Gefühle zu identifizieren. Während die Skalen TAS 2 (Schwierigkeiten, Gefühle mitzuteilen) und TAS 3 (extern orientierter Denkstil) nur geringe Verbesserungen markierten, schei-

nen die Patienten am Ende der Behandlung deutlich besser darin zu sein, Gefühle zu identifizieren.

Störungsspezifische Ergebnisse

Remission der Depression

Von 16 Patienten mit einer affektive Störung als Erstdiagnose liegen die Daten zur Depressivität (ADS) über alle Messzeitpunkte hinweg vor. Anhand des Gesamtwertes des ADS lässt sich ein signifikanter Rückgang der Depressivität in dieser Gruppe der Patienten mit affektiven Störungen nachweisen ($p=0,009$; ES 1,10).

Reduktion der momentanen und der Angst als überdauerndes Merkmal

Für die sechs Patienten, die als Erstdiagnose eine Angststörung diagnostiziert bekommen hatten, ergaben sich trotz der kleinen Stichprobe signifikante Verbesserungen der momentanen Angst (State: $p=0,043$; ES 1,00) und der Angst als überdauerndes Merkmal (Trait: $p=0,009$; ES 1,31).

Diskussion

Aussagefähiger als Randomized Controlled Trials RCTs sind für die Behandlungspraxis oft naturalistische, klinische Studien (13, 16). Sie bilden die jeweilige Behandlungspraxis und ihre Wirksamkeit besser ab, weil sie den untersuchten Patientenkreis weniger einengen, die Einschluss-Kriterien im Bereich der Diagnostik Alltags-adäquater gestalten, unterschiedliche Behandlungsdauern einbeziehen und meist auch keine zu strikte Manual-Treue einfordern. Damit sind solche Studien näher an der Alltags-Wirklichkeit von Psychotherapien als RCTs, die eher Studien unter Labor-Bedingungen bedeuten.

In letzter Zeit erscheinen vermehrt Studien dicht an der Versorgungsrealität. Die bekannteste ist sicherlich die Studie der Techniker Krankenkasse (23) und die Studie der KBV zur aktuellen Psychotherapie-Versorgung (17). Zudem erscheinen Feldstudien zur Wirksamkeit ambulanter tiefenpsychologisch fundierter bzw. psychoanalytischer Psychotherapie (1, 3, 6). Solche Studien nehmen auf die berufspolitische Entwicklung inzwischen ähnlichen Einfluss wie RCTs, weil sie die alltägliche Versorgungsrealität suffizienter abbilden.

Hier ist unsere Studie anzusiedeln. Sie bildet die Wirksamkeit von KIP in der Alltagsversorgung der Richtlinien-Psychotherapie der Bundesrepublik Deutschland ab. Als Ergebnisse der Studie lassen sich insgesamt signifikant weniger psychische Belastungen (SCL-90R Gesamtwert),

weniger interpersonale Probleme der Patienten (IIP Gesamtwert), weniger Schwierigkeiten Gefühle zu identifizieren (TAS 1), weniger depressives Erleben (ADS Gesamtwert), weniger momentane Angst (STAI State-Wert) sowie weniger Angst als überdauerndes Merkmal (STAI Trait-Wert) mit hohen Effektstärken belegen.

Bezogen auf die Verbesserung des Zugangs zu Emotionen lässt sich auf der Grundlage der Daten sagen, dass es zwar eine signifikante Verbesserung der Fähigkeit, Gefühle zu identifizieren (TAS 1) bei den Patienten unter Durchführung einer ambulante tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie unter regelmäßiger Anwendung der KIP gab, aber (noch) keinen messbaren Fortschritt bei der Kommunikation von Affekten nach außen. Dieses Ergebnis hat uns überrascht, denn es korrespondiert nicht mit der klinischen Erfahrung und mit Ergebnissen der qualitativen KIP-Forschung (19).

Die Ergebnisse einer kontinuierlichen Verbesserung der Skalenwerte der einzelnen Messinstrumente zwischen dem Ende der Therapie und der Katamnese-Erhebung nach 6 Monaten der Vorgängerstudie konnten nicht repliziert werden. Lediglich in der IIP-C, gemessen an der Gesamtskala, reduzierten sich interpersonale Schwierigkeiten über das Therapieende hinaus. Jedoch konnten weder Verbesserungen noch Verschlechterungen auf den Skalen der Messinstrumente mit signifikanten Unterschieden zwischen dem Ende der Behandlung und der Katamnese-Erhebung gemessen werden. Die Besserungen am Therapieende blieben aber stabil.

In diesem erneuten Versuch, eine Feldstudie zum Wirksamkeitsnachweis ambulanter Behandlung mit KIP niedergelassener Psychotherapeuten durchzuführen, musste mit einigen Hürden umgegangen werden. Trotz der Berücksichtigung der Erfahrungen der Vorgängerstudie und der Motivation von Forschern und niedergelassenen Therapeuten konnten die Ziele der Studie nicht erreicht werden. Die Fallzahlen konnten trotz der langen Studiendauer von 8 Jahren, einer ausreichenden Anzahl von Therapeuten (n=15) und der Möglichkeit, eine große Bandbreite an psychischen Störungen einzuschließen, nicht erreicht werden. Ein Hauptgrund für diese Schwierigkeiten liegt sicherlich darin, dass der Studie keine externen finanziellen Mittel zur Durchführung zur Verfügung standen. So konnte weder ein Studienzentrum mit entsprechendem Personal für das Datenmanagement eingerichtet werden, noch konnten die Therapeuten von dort aus betreut werden. Die Studie wurde mit „Bordmitteln“ der deutschen Vereine für KIP (AGKB und MGKB) durchgeführt. Eine engmaschige Betreuung mit regelmäßigen Erinnerungen der Therapeuten an Messzeitpunkte und mögliche Neueinschlüsse in die Studie wäre jedoch erforderlich gewesen.

KIP-spezifische Effekte können anhand der Stichprobe nicht diskutiert werden. Hierzu wäre eine Vergleichsgrup-

pe mit einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ohne KIP erforderlich. Allerdings können heute schon qualitative Inhaltsanalysen der Arbeit mit der KIP einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung mit KIP leisten (19).

Die Auswertung der vorhandenen, vollständigen Datensätze, ergaben zwar eindeutige und großenteils hohe ES, trotzdem sind die Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobengröße nur mit Vorbehalt zu bewerten. Im Hinblick auf die Wirksamkeit der KIP bei ambulanten Behandlungen lässt sich nach dieser Studie jedoch festhalten, dass wir einen weiteren Beleg für die Wirksamkeit der KIP als Methode psychodynamischer Behandlung finden konnten. Die Effektstärken aller Besserungen in dieser Studie sind hoch und liegen im oberen Drittel dessen, was aktuell für Psychotherapie generell und für psychodynamische Psychotherapie im Besonderen gefunden wird (1, 3, 6, 14, 15, 23).

Fazit

In dieser naturalistischen Studie zur Anwendung der KIP in der ambulanten Psychotherapie der Bundesrepublik Deutschland als besondere Methode der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie lässt sich wie in einer Vorgängerstudie erneut belegen, dass KIP mit hohen Effektstärken bei den zentralen Symptomen Depression, Angst und Somatisierungsstörung wirksam ist. Die Effektstärken aller Besserungen in dieser Studie sind hoch und liegen im oberen Drittel dessen, was aktuell für Psychotherapie generell und für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Besonderen gefunden wird.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine finanziellen Interessenkonflikte gibt. Die Autoren Ulrich Bahrke und Ulrich Sachsse sind Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft für Kathymes Bilderleben und imaginative Verfahren in der Psychotherapie e.V. (AGKB).

Literatur

1. Bahrke U, Beutel M, Fiedler G, Haas A, Hautzinger M, Kallenbach L, Keller W, Leuzinger-Bohleber M, Negele A, Rüger B, Schött M. Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression (LAC). In: Leuzinger-Bohleber M, Bahrke U, Negele A (Hrsg). Chronische Depression: Verstehen – Behandeln – Erforschen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2013: 213–235.
2. Bahrke U, Nohr K. Kathym Imaginative Psychotherapie. Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen in psychodynamischen Psychotherapien. Berlin, Heidelberg: Springer 2013.
3. Beutel M, Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Bahrke U, Negele A, Haselbacher A, Fiedler G, Keller W, Hautzinger M: Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2012; 13: 117.

4. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin* 1992; 112: 155–159.
5. Franke G. SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual. Weinheim: Beltz 1995.
6. Geiser F, Trautmann-Voigt S, Kaspers S, Zander D, Voigt B, Wegener I, Hofmann P, Conrad R, Imbierowicz K. Evaluation ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie: Ergebnisse einer kontrollierten Feldstudie. *Psychosom Med Psychother* 2014; 60(3): 251–266.
7. Hautzinger M, Bailer M. ADS – Allgemeine Depressions Skala. Weinheim: Beltz 1993.
8. Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. IIP-D Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version – Manual. Weinheim: Beltz 2000.
9. Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hrsg). Psychotherapie mit Imaginationen. Bern: Huber 2010.
10. Kulessa C, Jung F. Die Effizienz einer 20-stündigen Kurzpsychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben: Eine testpsychologische Untersuchung. *Psychosom Med Psychoanalyse* 1979. 25(3): 274–293.
11. Kupfer J, Brosig B, Brähler E. TAS 26 – Toronto-Alexythemie-Skala 26 – Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe 2001.
12. Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD. STAI – Das State-Trait-Angstinventar. Göttingen: Hogrefe 1981.
13. Leichsenring F. Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2004; 68: 137–151.
14. Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, Abbass A, Barber JP, Keefe JR, Leweke F, Rabung S, Steinert C. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 648–660.
15. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. *JAMA* 2008; 300(13): 1551–1565.
16. Leichsenring F, Rieger U. Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien – Gibt es nur einen Goldstandard? *Psychosom Med Psychother* 2004; 50: 203–217.
17. Multmeier J, Tenckhoff B. Autonome Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111(11): A438–440.
18. Rieger U, Dahm A, Dieckmann M, Neher M (Hrsg). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 10., aktualisierte und ergänzte Auflage. München: Urban & Fischer 2014.
19. Stigler M, Pokorny D. Emotions and primary process in Guided Imagery Psychotherapy: Computerized text-analytic measures. *Psychotherapy Research* 2001; 11(4): 415–431.
20. Ullmann H, Wilke E (Hrsg). Handbuch Katathym Imaginative Psychotherapie. Bern: Huber 2012.
21. Von Wietersheim J, Wilke E, Röser M, Meder G. Ergebnisse der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Die Effektivität der Katathym Imaginativen Psychotherapie in einer ambulanten Längsschnittstudie. *Psychotherapeut* 2003; 48: 173–178.
22. Wilke E, Leuner H (Hrsg). Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber 1990.
23. Wittmann WW, Lutz W, Steffanowski A, Kriz D, Glahn EM, Völkle MC, Böhne JR, Köck K, Bittermann A, Ruprecht T. Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse 2011: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/54714>

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse
 Ulmenstrasse 11 a
 37124 Rosdorf
 Tel. 0551 782310
 Fax 0551 7899880
 E-Mail: Ulrich.sachsse@t-online.de
www.ulrich-sachsse.de

Anzeige

