

Studie zur Wirksamkeit der Elph-Therapie – Kurzfassung

Mona Palm

15. September 2014

Diese Studie wurde im Auftrag von Mhaádeii AmaMia
im Jahr 2013 durchgeführt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	Elphismus und Wissenschaft	2
3	Untersuchungsmethodik	3
3.1	Beschreibung des KlientInnenfragebogens	4
3.2	Fragestellungen	4
4	Ergebnisse der Untersuchung	5
4.1	Beschreibung der Stichprobe	5
4.2	Alters- und Geschlechtsverteilung	6
4.3	Beruflicher Status	7
4.4	Behandlungsanzahl und -dauer	7
4.5	Belastende Symptome bei Therapiebeginn	8
4.6	Behandelte Symptome und Veränderungen	9
4.7	Veränderung in 5 Bereichen	12
4.8	Veränderungen in der Lebenssituation	13
4.9	Einschätzungen der BehandlerInnen	14
4.10	Einige Ergebnisse der qualitativen Auswertung	14
5	Interpretation und Schlußfolgerungen	15
A	Anhang	18
A.1	Global Assessment of Functioning (GAF)	18
A.2	Symptomliste	19

1 Einleitung

In dieser Studie wurden die Ergebnisse therapeutischer Elph-Arbeit durch ausgebildete BehandlerInnen von 2005 bis 2013 untersucht. In der Arbeit mit dem Titel „Retrospektive Studie zur Wirksamkeit der Elph-Therapie“ vom 26.4.2014 sind die detaillierten Ergebnisse, bezogen auf die deutschen TeilnehmerInnen, nachzulesen.

In der Studie wurden KlientInnen befragt, die mindestens 5 Behandlungen erfahren hatten (oder einen Behandlungsblock). Verwendet wurde dazu ein Fragebogen.

Außerdem wurden die BehandlerInnen um Angaben zu Zahl und Umfang der Behandlungen gebeten, die sie gegeben hatten sowie einer Einschätzung des Behandlungserfolges.

BehandlerInnen sind Elph-TherapeutInnen, Elph-Coaches und Elph-BeraterInnen. Die Ausbildungsstruktur und die Titel der BehandlerInnen haben sich seit Beginn dieser Arbeit im Jahr 2005 entwickelt. Als Elph-TherapeutIn, Elph-Coach oder Elph-BeraterIn ist in der Studie bezeichnet, wer diesen Titel im Jahr 2013 trug.

Mhaádeii AmaMia spendet die Elph-Energie aus der Quelle von Licht und Liebe für die Elph-Behandlungen, in der Elph-Ausbildung, für die Menschen, die sich an sie wenden, in der Mittwochsverbindung und zum Sonntagssegen.

Ich arbeite seit dem Jahr 2007 als Elph-Therapeutin und habe die Gewissheit, dass die Elph-Therapie und die Elph-Energie den Menschen aus ihren Nöten und Verstrickungen, die ich aus meiner langen Erfahrung als Psychotherapeutin gut kenne, hilft. Ich möchte, dass diese segensreiche Therapie vielen Menschen bekannt wird und von ihnen angenommen werden kann.

In dieser Studie habe ich wissenschaftliche Untersuchungs- und Auswertungsmethoden angewendet. Handelt es sich, wenn mit wissenschaftlichen Methoden Wirksamkeitsnachweise geführt werden, bei der Elph-Therapie um eine wissenschaftliche Methode?

2 Elphismus und Wissenschaft

Der wissenschaftlichen Welterkundung, die sich seit Ausgang des Mittelalters rasant entwickelte, ist eine Prämisse immanent, die anfänglich ganz bewusst und historisch plausibel getroffen wurde: Das Seelisch-Geistige wurde aus der Welterkundung ausgeschlossen. Nicht weil die Wissenschaftler anfänglich glaubten, dass die Seele, die den Menschen mit seinem Schöpfer verbindet, nicht existiert. Sie haben gefragt, wie weit man kommt, wenn die Seele aus der Betrachtung und Welterkundung ausgeschlossen wird, d.h. wenn man vorübergehend annimmt, es gäbe sie nicht. Der Siegeszug von Wissenschaft und Technik erwies sich als ungeheuerlich. Für die Seele blieben Religion und Kirche zuständig; die

Spaltung zwischen Seele und Geist hatte sich manifestiert. Was man von vornherein ausschließt, kann man nicht erfassen. Das heißt, solcherart vernunftbasierte Wissenschaft kreiert eine Welt, in der das Seelisch-Geistige ausgeschlossen ist und ist somit per definitionem außerstande, das Seelische zu erfassen.

Die Auswirkungen einer Verbindung von Seele und Geist in dieser Zeit, nach all den historischen und persönlichen Erfahrungen, die mit dem Getrenntsein verknüpft sind, kann ich allenfalls ahnen. In meinem Verständnis erwarte ich, dass eine solche Vollendung Frieden und ein hohes Bewusstsein der Selbsterkenntnis für die Menschen bringen wird.

Diese Elph-Studie ist wissenschaftlich in dem Sinne, dass sie an den grundlegenden in der Wissenschaftsgeschichte entwickelten Kriterien von Objektivität, Zuverlässigkeit und Gültigkeit orientiert ist und deren Erfüllung prüft.

Elph-Therapie und Elphismus sind nicht wissenschaftlich in dem Sinne, dass sie das Seelische ausschließen.

Die Seele ist das tiefste Element in der menschlichen Struktur und eng mit Herzqualitäten verbunden. Der menschliche Verstand macht einen Teil (den mentalen) des Elementes Geist bzw. Feuer aus. (<http://www.mhaadeii.net/>, 31.8.2014)

Mhaádeii AmMia ist die Quelle der Heilenergie, der Elph-Energie, mit der in der Elph-Therapie gearbeitet wird. Sie kann diese Energie deshalb spenden, da sie die Fähigkeit zu vergeben verwirklicht hat. Elph-BehandlerInnen dürfen diese Energie weitergeben, um anderen Menschen zu helfen.

3 Untersuchungsmethodik

Zum Zeitpunkt des Studienbeginns im April 2013 gab es 129 ausgebildete BehandlerInnen, die in Deutschland, den Niederlanden, Österreich, der Schweiz, Irland und Brasilien arbeiteten. Der größte Teil lebt und arbeitet in Deutschland (101 gesamt, davon 38 TherapeutInnen, 35 Coaches und 28 BeraterInnen). Rückläufig waren von insgesamt 51 TherapeutInnen 41 Behandlungsübersichten, von 44 Coaches 25 und von 34 BeraterInnen 19.

Des Weiteren wurden die BehandlerInnen gebeten, sich an ihre KlientInnen bzw. PatientInnen zu wenden und ihnen mit einem standardisierten Anschreiben einen Fragebogen zuzusenden mit der Bitte, diesen auszufüllen. Um dabei Übertragungen zu verringern, wurden die KlientInnen aufgefordert, den ausgefüllten Fragebogen anonym und direkt an mich als Untersuchungsleiterin zu senden.

Es wurden DIE Fragebögen in die Auswertung einbezogen, die bis zum 1.7.2013 bei mir eingegangen waren.

Die KlientInnen erhielten den Fragebogen in der Regel online, er musste ausgedruckt, ausgefüllt und frankiert an mich geschickt werden. In einigen Fällen,

wenn BehandlerInnen einschätzten, dass KlientInnen mit den technischen Voraussetzungen überfordert seien, wurden Fragebögen von den BehandlerInnen ausgedruckt und per Post versandt. Jede/r, ob BehandlerIn oder KlientIn, hat einen vergleichsweise großen Beitrag dazu geleistet. Ohne diesen verantwortlichen Beitrag wäre die Studie nicht möglich gewesen.

Der Fragebogen gibt es in der deutschen Fassung, einer niederländischen, einer englischen und einer portugiesischen.

3.1 Beschreibung des KlientInnenfragebogens

Im Fragebogen wurden Alter, Geschlecht, beruflicher Status, Zeitpunkt von Therapiebeginn und Therapieende und Anzahl der Elphings erfragt.

Zweitens wurden Symptome, die zu Therapiebeginn eine Rolle spielten, erfragt. Dazu gab es einen Symptomkatalog von 50 Items, wobei sich die Auswahl an in psychologischer und ärztlicher Praxis häufig auftretenden Symptomen orientierte.

Ausgehend von der Annahme, dass Elph-Therapie auf der psychischen, emotionalen und physischen Ebene wirkt, waren alle diese Bereiche durch Fragen abgedeckt. Außerdem bestand die Möglichkeit, nicht genannte Symptome zu ergänzen. (Symptomliste, s. Anhang A.2).

Drittens wurde erfragt, welche Symptome in der Elph-Therapie behandelt wurden und mit welchem Ergebnis. Dabei wurden in einer 10-stufigen Skala Bedeutung und Belastung durch die Symptomatik zu Beginn und zu Ende der Therapie erfragt. (0 = keine Belastung, 10 = extreme Belastung).

Aus der Erfahrung, dass sich im Verlaufe der Elph-Therapie große Veränderungen in wesentlichen Lebensbereichen vollziehen können, wurde nach Veränderungen im sozialen, beruflichen und finanziellen Bereich gefragt.

Es wurde weiterhin darum gebeten, die für die Klienten wesentlichen Erfahrungen zu beschreiben, woran eine qualitative Auswertung geknüpft wurde.

3.2 Fragestellungen

Die Themen bzw. Symptomgruppen wurden in 5 Bereiche unterteilt:

1. Emotionale Störungen
2. Kontakt zur Welt / Handlungsebene
3. Mentale Störungen / Themen
4. Sucht- und Essstörungen
5. Physische Probleme

Mit der Elph-Studie sollte die Frage beantwortet werden, ob die Elph-Therapie in allen Bereichen wirkt bzw. ob und welche Unterschiede es bezüglich der Wirkung in den verschiedenen Bereichen, hinsichtlich unterschiedlicher Themen bzw. Symptome gibt.

Zweitens sollte eine Aussage über Behandlungsdauer und Behandlungserfolg sowie deren Zusammenhänge gemacht werden.

Drittens sollte geprüft werden, wieweit die Ergebnisse der KlientInnen und TherapeutInnen übereinstimmen.

Speziell für die Niederlande, Österreich, die Schweiz, Brasilien und Irland sind keine zuverlässigen Aussagen zu treffen, da die Stichproben zu klein sind. Für die Niederlande wurde geprüft, ob sich gravierende Änderungen gegenüber der deutschen Stichprobe zeigen, die trotz relativ geringer Stichprobengröße relevant sind. Die Übereinstimmungen waren jedoch so groß, dass eine Gesamtauswertung vorgenommen werden konnte.

4 Ergebnisse der Untersuchung

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Ein Teil der Elph-KlientInnen suchte gezielt eine/n Elph-BehandlerIn auf. Ein weiterer Teil des Klientels suchte eine psychotherapeutische, ärztliche oder eine Heilpraktiker-Praxis auf und entschied sich nach anfänglicher oder auch weiterhin begleitender ärztlicher, homöopathischer oder psychotherapeutischer Behandlung für eine Elph-Therapie. Dieser Therapiezugang ist plausibel, wenn man bedenkt, dass es sich um eine junge und nicht allbekannte Therapie handelt.

Bei einem Teil des Klientels stand beim Zugang zur Elph-Therapie die Sinnsuche im Vordergrund, bei dem anderen Teil eine meist multimorbide Symptomatik oder das eine war mit dem anderen verknüpft.

Eine Intention von Mhaàdeii AmaMia war immer, dass an erster Stelle der eigenen Familie geholfen werden soll. D.h. es wurden auch Partner, Eltern und Kinder behandelt. Anders als in der Psychotherapie und in dieser Hinsicht ähnlicher primär somatisch wirkender Therapien spielen Übertragungsphänomene eine untergeordnete Rolle. Es besteht auch keine Kontraindikation für die Behandlung jüngerer Kinder oder behinderter Menschen. Bei den älteren bis alten Menschen in der Stichprobe handelt es sich häufig um Eltern der TherapeutInnen. Die meisten der KlientInnen hatten therapeutische Vorerfahrungen aus den unterschiedlichsten Bereichen; Gesprächstherapie, Psychoanalyse, Körpertherapie, Gruppentherapie, Homöopathie, spirituelle Erfahrungen, Familienstellen, Physiotherapie, Osteopathie, sowie verschiedene ärztliche Behandlungen. Hinsichtlich der Schwere der Krankheitslast liegt die hier untersuchte Stichprobe unter dem Durchschnitt des Klientels einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis. Dies ist ein Eindrucksurteil, das ich aus der Erfahrung in meiner

Praxis, aus der Sichtung der Fragebögen und Literaturvergleichen gewonnen habe.

Dies lässt sich nicht unbedingt an der Schwere von Einzelsymptomen festmachen, jedoch bestehen eine überdurchschnittliche Introspektionsfähigkeit und Krankheitseinsicht. Die Therapiekompetenz ist vergleichsweise groß, was in der Regel auch zum Therapieeinstieg in die Elph-Therapie führte.

Ein Teil der Menschen, die den Fragebogen beantwortet haben, sind nach einer Elph-Therapie in die Elph-Ausbildung gegangen. Ausdrücklich erfragt wurden im Fragebogen dieser Studie die Wirkungen der Elph-Therapie und nicht die der Elph-Ausbildung.

Die Wirkungen der Elph-Ausbildung sind für die meisten Menschen von großer, persönlicher Bedeutung. Diese Unterscheidung, was durch die Elph-Therapie und was durch die Elph-Ausbildung verändert wurde, ist manchen Probanden schwergefallen, zudem der Ausbildungsbeginn teilweise Jahre zurücklag. Betrachtet man dies als einen Faktor, der Einfluss auf das Untersuchungsergebnis nimmt, so ist er wirksam i.S. einer Steigerung der positiv gewerteten Ergebnisse.

Insgesamt sind 370 Fragebögen eingegangen; 334 aus Deutschland, 21 aus den Niederlanden, 7 aus der Schweiz, 6 aus Brasilien, einer aus Irland und einer aus Österreich. 38 konnten in die quantitative Auswertung nicht einbezogen werden, da die KlientInnen beim Ausfüllen Hilfe der BehandlerInnen erhielten. Das betrifft 14 KlientInnen, die entweder jünger als 13 Jahre alt waren oder eine geistige Behinderung hatten und 24, wo die vorgegebene Studienstruktur nicht eingehalten wurde.

Eine selbständige Beantwortung des Fragebogens ab dem 13. Lebensjahr wurde als möglich und sinnvoll angesehen.

Hinsichtlich der Selektion der Stichprobe ist anzumerken, dass ein Teil der KlientInnen nicht durch die BehandlerInnen angeschrieben wurde (ca. 30-40 %). Das geschah in Fällen, wenn seit Jahren kein Kontakt mehr bestand oder keine Anschrift vorhanden war, Jahre zurückliegende Behandlungen kurz und für die BehandlerInnen verblasst waren oder zu erwarten war, dass mit der Anfrage ein therapeutischer Prozess beginnt, der nicht hinreichend begleitet werden konnte. Einige KlientInnen waren in der Zwischenzeit verstorben. Manche der BehandlerInnen fanden im vorgegebenen Zeitraum nicht ausreichend Zeit für ihren recht aufwändigen Arbeitsanteil.

4.2 Alters- und Geschlechtsverteilung

Der Altersdurchschnitt bei Therapiebeginn betrug 44,6 Jahre. Er ist damit etwas höher als der Altersdurchschnitt (+1,4 Jahre) von PatientInnen in psychotherapeutischen, psychosomatischen oder psychiatrischen Praxen in Deutschland.

Die jüngsten TeilnehmerInnen waren 13 Jahre alt, die ältesten 83. Es handelt

sich bezüglich des Alters um eine Normalverteilung, d.h. die meisten liegen um den Mittelwert herum; mit zu- und abnehmendem Alter wird die TeilnehmerInnenzahl kleiner.

Der Anteil der Frauen liegt bei 76 %, der der Männer entsprechend bei 24 %.

4.3 Beruflicher Status

Die meisten der StudienteilnehmerInnen waren angestellt tätig (42%); der Anteil der Selbstständigen war mit 29% relativ hoch im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung. 6% waren SchülerInnen, 7% RentnerInnen, 13% Hausfrauen oder -männer. Der Anteil der Sozialhilfeempfänger mit 1,8% und der von Arbeitslosen mit 2% war ebenfalls vergleichsweise niedrig.

4.4 Behandlungsanzahl und -dauer

Erste Behandlungen durch ausgebildete BehandlerInnen gab es 2005; die Anzahl stieg mit der Zunahme und Strukturierung der Ausbildung ab 2006.

Aus den Behandlungsübersichten geht hervor, dass zwischen 2005 und 2013 **1441** Menschen mit Elph-Therapie behandelt wurden, davon **1248** in Deutschland und **149** in den Niederlanden.

Von TherapeutInnen wurden 86% der KlientInnen behandelt.

Ich schätze die Zahl der Gesamtbehandlungen in diesem Zeitraum höher, da einige TherapeutInnen mit hoher Behandlungszahl nicht erreichbar waren bzw. verstorben sind (auf ca. 1600 bis 1700). In die quantitative Auswertung einbezogen wurden, ausgehend von 1441 Behandelten, **23%** (332 Fragebögen).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt bei 22 Behandlungen pro KlientIn, wobei die Variabilität sehr hoch ist und es sich um keine Normalverteilung handelt. (Zum Vergleich: durchschnittliche Behandlungsdauer bei Psychotherapie 48 Sitzungen) Die Ergebnisse sprechen dafür, dass ein Behandlungsblock von 5 Sitzungen bereits sehr hilfreich sein kann, jedoch auch dafür, dass ein sehr unterschiedlicher Behandlungsbedarf besteht und eine individuelle Einschätzung getroffen werden muss. Bei den niedrigen Behandlungszahlen geht mit ein, dass einige KlientInnen im Anschluss eine Ausbildung begonnen haben. Die durchschnittliche Behandlungszeit liegt bei 12 bis 13 Monaten.

4.5 Belastende Symptome bei Therapiebeginn

Die Symptomliste ist aus der Erfahrung mit meinem Klientel einer psychotherapeutischen Praxis entstanden; auf die dem Elph-System eigene Sprache wurde bewusst verzichtet.

50 Symptome aus verschiedenen Bereichen entsprechend der Hypothese multimorbider Symptomatik waren vorgegeben, konnten angekreuzt und bei Bedarf ergänzt werden. Die Symptome wurden den o.g. Bereichen zugeordnet (1 emotionale Störungen, 2 mentale Störungen, 3 Handlungsebene, 4 Sucht, 5 Physische Symptomatik).

Die stärkste belastende Symptomatik wurde im Bereich der emotionalen Störungen (**21% der möglichen Nennungen**) und der Handlungsebene (**ebenfalls 21%**) angegeben. (Zur Handlungsebene wurde Arbeits- und Beziehungsprobleme gezählt).

Mentale und physische Probleme erhielten 15 bzw. 14% der möglichen Nennungen und Sucht 5%. (Unter Sucht werden Süchte wie substanzbezogene Süchte, schwere Essstörungen, Spielsucht erfaßt – also recht massive Süchte. Themen wie Beziehungssucht oder Sucht nach Anerkennung gehen in den -Handlungsbereich ein.)

In der folgenden Tabelle 1 sind die am häufigsten genannten Einzelsymptome aufgeführt. 54% bei „Beziehungsprobleme“ bedeutet also, dass in 54% der Fragebögen das Symptom Beziehungsproblem angekreuzt war.

Beziehungsprobleme	54%
Innere Unruhe	47%
Grübeln	45%
Depressive Zustände	43%
Müdigkeit	34%
Nackenschmerzen	33%
Starke Verspannungen	28%
Reizbarkeit	27%
Kreuz- und Rückenschmerzen	25%
Wutanfälle	25%

Tabelle 1: Die 10 häufigsten Symptome

Dass Symptome aus dem depressiven Formenkreis auftauchen, war nach epidemiologischen Wissen zu erwarten.

Zu ergänzen ist, dass Herzprobleme mit 11% auftreten und ständige Schmerzen mit 10%.

Mit 5% oder weniger traten auf: Bulimie, Spielsucht, Drogeneinnahme, Einnahme von Schmerz- und Beruhigungsmitteln. Der Anteil ist damit geringer als im Durchschnitt in der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxis. Dabei muss gesehen werden, dass Elph-Therapie mit bewusstseinsverändernden Dro-

gen einschließlich Psychopharmaka nicht kompatibel ist und nur in Ausnahmen zulässig.

4.6 Behandelte Symptome und Veränderungen

Überwiegend wurden die in der Symptomliste angegebenen Symptome auch in der Elph-Therapie behandelt. Im Fragebogen konnten bis zu 10 Symptome genannt werden, die behandelt wurden. Im Durchschnitt wurden 7 angegeben.

Die KlientInnen wurden im Fragebogen um eine Einschätzung der Belastung und Bedeutung der Symptome bei Therapiebeginn und zu Therapieende auf einer Skala von 0 bis 10 gebeten. Dabei bedeutet 0 – keine Belastung und 10 – extreme Belastung bzw. Bedeutung.

In der folgenden Abbildung 1 sind die Ergebnisse für die 10 behandelten Symptome angegeben (an dieser Stelle wissen wir noch nicht, um welche Symptome es sich handelt).

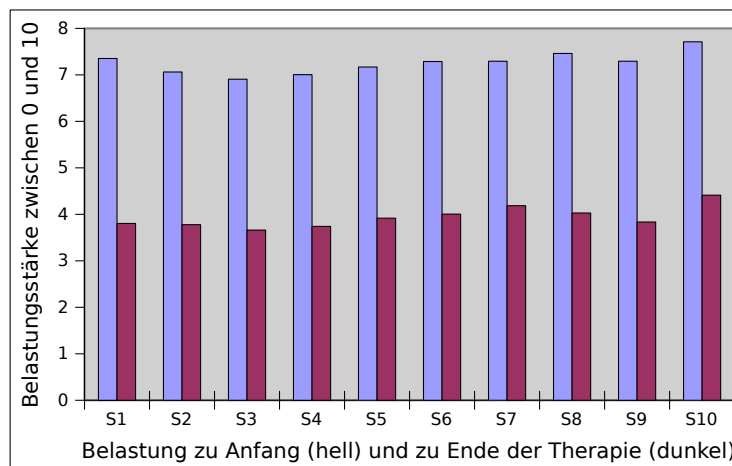


Abbildung 1: Symptombelastung: Veränderung durch die Elph-Therapie

Der Mittelwert der Anfangsbelastung lag bei **7,25**, am Ende bei **3,94**.

Die Bedeutung, die der Symptomatik von den ProbandInnen gegeben wurde, ebenfalls auf der Skala zwischen 0 und 10 gemessen, lag zu Anfang bei **7,17**, zu Ende bei **4,4**.

Die Differenzen wurden statistisch geprüft (SPSS-Statistics), d.h. es wurde geprüft, ob die Unterschiede wesentlich sind. Eine Differenz von 3,31 Punkten (zwischen Anfangs- und Endbelastung) entspricht also einer 33%igen Verbesserung.

Statistisch ist das eine sehr hohe, stark signifikante Differenz ($p < 0,01$). (Signifikanz besteht bereits ab einem Wert von $p=5$).

Der Mittelwertunterschied zwischen der zu Beginn angegebenen Belastung und der zu Beginn angegebenen Bedeutung beträgt 0,08 (7,25 minus 7,17). Dieser Unterschied ist mäßig signifikant ($p=1,2$). Der Unterschied zwischen Belastung und Bedeutung zu Ende beträgt -0,46 (3,94 minus 4,4). Diese Differenz ist bereits hoch signifikant.

Die Effektstärke ist ein statistisches Mass für die Wirkung (in diesem Fall der Elph-Therapie). Nach den Konventionen von Cohen wird eine Effektstärke von 0,2 als gering, von 0,4 als mittel und von 0,8 und größer als hoch bewertet.

Die Effektstärke für die Elph-Behandlung der Symptome 1 bis 10 hinsichtlich des Rückganges der Belastung beträgt im Durchschnitt **1,40**. Die Variabilität der Effektstärke für die Symptome 1 bis 10 liegt zwischen 1,27 und 1,52. Das ist eine recht geringe Variabilität und eine insgesamt **sehr hohe Effektstärke**.

Die Differenz zwischen Belastung und Bedeutung ist so zu interpretieren, dass das Verständnis für den Sinn der Symptomatik größer geworden ist einhergehend damit, dass sich das Erleben der Belastung verringert.

Im folgenden beziehen sich die Angaben der Einfachheit halber meist nur auf die Belastungen.

Betrachtung der Einzelsymptome

Zunächst sollen die Veränderungen bei ausgewählten Symptomen veranschaulicht werden. Dazu wähle ich das am häufigsten genannte „Beziehungsprobleme“ und aus den häufigsten „depressive Zustände“, „Grübeln“, „Müdigkeit“, „Kreuz- und Rückenschmerzen“ und das weniger häufige, aber gravierende „Suizidalität“. Der Rangplatz in der Tabelle 2 ergibt sich aus der Zahl der Nennungen.

Symptom	Symptomnr.	Rangplatz
Beziehungsprobleme	S 14	1
Depressive Symptomatik	S 4	2
Häufiges Grübeln	S 24	3
Innere Unruhe	S 10	4
Müdigkeit	S 35	5
Wutanfälle	S2	8
Reizbarkeit	S 11	10
Trennungsangst	S8	11
Schlafprobleme	S 33	12
Panikzustände	S 1	14
Einsamkeit	S 7	15
Selbstmordgedanken und -pläne	S 23	36

Tabelle 2: Übersicht wichtige Symptome

In Abbildung 2 sind die häufig angegebenen Symptome und ihre Veränderungen durch die Elph-Therapie dargestellt. Dargestellt sind die Mittelwerte der Belastungswerte auf der Skala von 0 bis 10. (0 = keine Belastung, 10 = extreme Belastung).

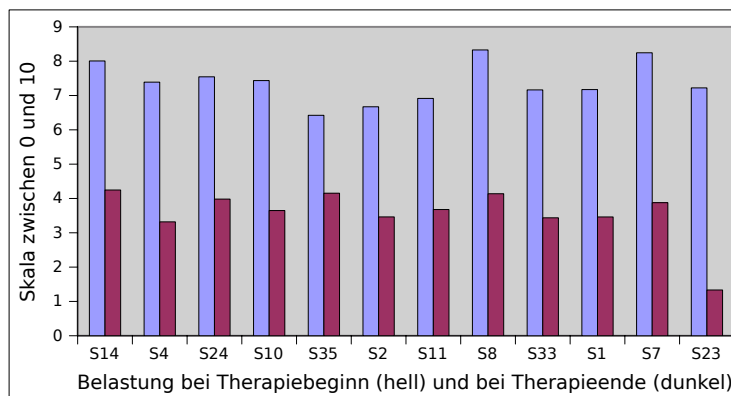


Abbildung 2: Belastung bei ausgewählten Symptomen

Physische Symptomatik

Das am häufigsten genannte physische Symptom war „Nacken- und Schulterschmerzen“ (Rangplatz 5), weitere häufig genannte „Müdigkeit“ (Rangplatz 6), „Starke Verspannungszustände“ (Rangplatz 7), „Schlaflosigkeit“ (Rangplatz 12). „Herzprobleme“ waren auf Rangplatz 24 und „Ständige Schmerzen“ auf Rangplatz 30 (Entsprechend 50 Symptomen gibt es 50 Rangplätze entsprechend der Häufigkeit der Nennung.)

Das bedeutet, dass die physischen Symptome, insbesondere Verspannungen, ein hohes Gewicht hatten.

Die durchschnittliche Belastung bei den o.g. Symptomen lag zu Beginn bei **6,95**; zu Ende bei **3,8**. Eine Differenz von 3,15 ist ebenfalls hochsignifikant ($p < 0,01$).

In der folgenden Tabelle 3 sind die Effektstärken für den Behandlungseffekt bei ausgewählten Symptomen unterschieden nach Bedeutung der und Belastung durch die Symptomatik dargestellt. Zunächst wurden die häufigsten Symptome ausgewählt; bei den letzten 4 handelt es sich um Symptome aus dem somatischen Komplex. Die Effektstärken sind alle hoch bis sehr hoch, insbesondere bei „Depression“ und „Innerer Unruhe“. Sehr erfreulich ist auch die hohe Effektstärke bei „ständige Schmerzen“ und der geradz extremen Effektstärke bei „Selbstmordgedanken und -plänen“.

Für alle 50 Symptome wurde die Signifikanz der Veränderung geprüft. Allein beim Symptom Ohrgeräusche ergab sich nur eine Signifikanz auf dem 5%-Niveau (d.h. $p=5$), alle anderen 49 waren hoch signifikant ($p < 0,01$).

Symptom	Bedeutung	Belastung
Beziehungsprobleme	0,77	1,1
Depressive Zustände	1,55	1,61
Häufiges Grübeln	1,44	1,1
Innere Unruhe	1,61	1,87
Selbstmordged. und-pläne	2,53	3,13
Trennungsangst	1,71	2,04
Panikzustände	1	1,47
Einsamkeit	1,64	1,97
Ständige Schmerzen	1,52	1,72
Nacken- und Schulterschm.	0,73	1,1
Kreuz- und Rückenschm.	1,21	1,51
Stärkere Versp.zustände	1,27	1,41

Tabelle 3: Effektstärken für ausgewählte Symptome

4.7 Veränderung in 5 Bereichen

Im nächsten Schritt werden die Symptomveränderungen hinsichtlich der 5 definierten Bereiche dargestellt:

1. Emotionale Störungen
2. Kontakt zur Welt/Handlungsebene
3. Mentale Störungen /Themen
4. Sucht- und Essstörungen
5. Physische Probleme

Auch hier sind – inzwischen erwartungsgemäß – in jedem der Bereiche hochsignifikante Veränderungen ($p < 0,01$) zu finden.

In der folgenden Abbildung 3 werden die Mittelwerte der Belastung durch die Symptomatik zu Therapiebeginn und zum Ende dargestellt.

Die höchste Anfangsbelastung liegt in dem Bereich, den ich Kontakt zur Welt und Handlungsebene nenne. Hierin sind die Items Beziehungs- und berufliche Probleme enthalten.

Die stärkste Veränderung besteht im emotionalen- und Handlungsbereich, wobei im Handlungsbereich auch zum Schluss noch die höchste Belastung besteht; Unstimmigkeiten darin haben für die Menschen großes Gewicht.

In ähnlicher Höhe sind die körperlichen Probleme gewichtet. Das spricht für eine Menschengruppe, die zu recht guter Selbstfürsorge in der Lage ist. Die Veränderung ist in diesem Bereich am geringsten (wenngleich noch immer hoch), was plausibel ist, da die Heilung auf der körperlichen Ebene am längsten dauert.

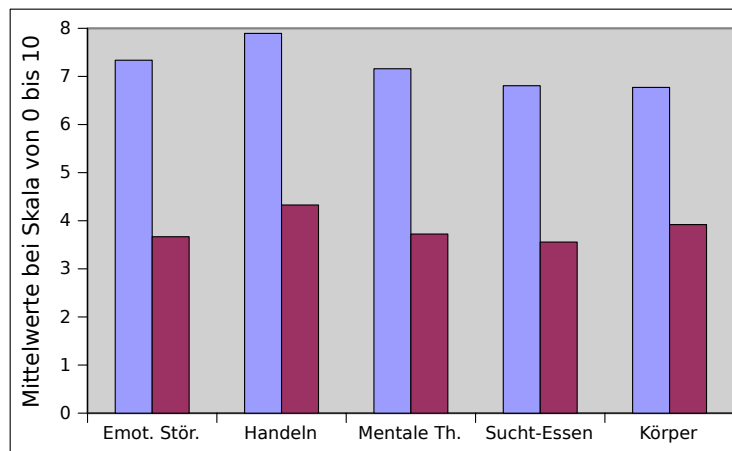


Abbildung 3: Veränderung der Symptombelastung in den Bereichen

4.8 Veränderungen in der Lebenssituation

Es wurde von der Annahme ausgegangen, dass sich positive Veränderungen in der Lebenssituation niederschlagen.

Über eine 10er-Skala wurde die Zufriedenheit mit der Sozialen Situation, der Beruflichen Situation und der Finanziellen Situation zu Beginn und zu Ende der Therapie erfragt. Die Probanden konnten wählen innerhalb von 0 „gar nicht zufrieden“ und 10 „höchst zufrieden“.

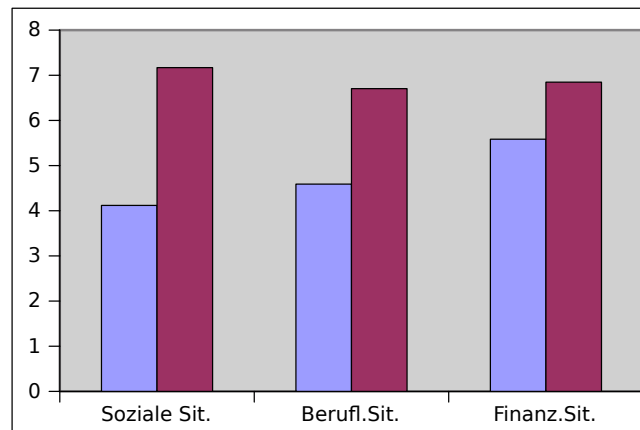


Abbildung 4: Globale Veränderungen

Es ist ersichtlich, dass die größte Veränderung im sozialen Bereich stattgefunden hat. Die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation war mit 5,58 bereits zu Beginn am größten und weist die geringste Steigerung auf.

4.9 Einschätzungen der BehandlerInnen

Die BehandlerInnen waren gebeten, eine Einschätzung mittels der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning, s. Anhang A.1) für jede behandelte KlientIn abzugeben. Dabei werden auf einer Skala zwischen 0 und 100 soziale Integration in Verbindung mit der Lebenssituation und Lebenszufriedenheit eingeschätzt.

Entsprechend der Anlage der Studie wurden Mittelwerte der Einschätzungen der BehandlerInnen (GAFs) statistisch in Bezug gesetzt zu Mittelwerten aus den Angaben der KlientInnen in den Fragebögen, d.h. die Zusammenhänge wurden nicht probandenbezogen hergestellt.

Der Durchschnitt auf der GAF-Skala über alle BehandlerInnen und alle KlientInnen beträgt bei Behandlungsbeginn **59** und bei Behandlungsende **74**. Das ist eine positive Veränderung um **25%** und wiederum hoch signifikant. Die globale Veränderung in der Selbsteinschätzung der KlientInnen, am ehesten vergleichbar mit der GAF, ermittelt aus dem Durchschnitt von Veränderungen in der sozialen, beruflichen und finanziellen Situation, beträgt **45%**.

Beim Verständnis der Zahlen ist zu beachten, dass von den BehandlerInnen in der Elph-Studie alle KlientInnen eingeschätzt wurden, also nicht nur die, die einen Fragebogen zurückgeschickt hatten.

4.10 Einige Ergebnisse der qualitativen Auswertung

In ca 75 % der beantworteten Fragebögen waren neben den standardisiert erfragten Antworten Textantworten hinzugefügt, aus denen sich meist ein stimmiges Gesamtbild ergab.

Folgende Begriffe wurden häufig genannt:

Ich habe Frieden gefunden. Dankbarkeit dem Leben gegenüber. Dankbarkeit Mhaádeii gegenüber.

Ich habe mehr Gelassenheit gefunden, Achtsamkeit, Vertrauen, Selbstvertrauen. Ich kann Herausforderungen besser begegnen, fühle mich befreit von belastenden Denk- und Handlungsmustern.

Meine Beziehungen zu anderen Menschen – der Familie, dem Partner, Kollegen und Freunden – sind harmonisch und friedvoll geworden.

Einige Beispielantworten möchte ich anführen:

- An den Frieden muss man sich erst gewöhnen.
- Ich habe gemerkt, wie oft ich bewerte und dass das zum Getrenntsein führt.
- Habe das Erdendasein mehr akzeptiert.
- Ich weine nicht mehr, da ich kaum noch Probleme habe.

- Ich hatte sehr hohen Blutdruck und erkannte, dass ich ihn durch meine Wut selber erschaffte.
- Durch den Sichtwechsel von Opfer zu Täter entstand ein enormer Zuwachs an Lebensqualität.
- Ohne Achtung für mich selber wird mir von außen keine Achtung entgegengebracht. Jahrzehnte habe ich mich um andere gekümmert und mich dabei nicht beachtet.
- Ich bin dankbar für den Frieden in der Familie. Das Leiden ist zu Ende.
- Mein Heuschnopfen schmolz dahin in dem Maß, wie das Leben empfangen konnte.
- Ich lebe bewusster und verzeihe mir öfter Fehler.
- Die Rolle, wieder in die Eigenverantwortung zu gehen, musste erst mal wieder erlernt werden. Friede begann einzukehren. Ich danke Mhaádeii von ganzem Herzen.

Als Versuchsleiterin habe ich die sorgfältig ausgefüllten Fragebögen mit großer Freude und Dankbarkeit gelesen.

5 Interpretation und Schlußfolgerungen

In dieser Studie hat sich in allen untersuchten Bereichen gezeigt, dass die Wirksamkeit der Elph-Therapie außerordentlich hoch ist. Sie wirkt auf der emotional-seelischen Ebene sehr stark, was mit zunehmend als befriedigend erlebten Lebensbedingungen verbunden ist, jedoch auch auf verschiedenste körperliche Symptomatik.

Dass „depressive Symptomatik“ mit großer Häufigkeit erscheint, war zu erwarten. Auch hier sind die Ergebnisse hervorragend mit einer Effektstärke von **1,6** insgesamt und – wenn eine hohe Eingangslast vorhanden war (>7 von 10 möglichen Punkten) – betrug die Effektstärke **2,4!**.

Zieht man das Ergebnis beim Symptom „Selbstmordgedanken- und Pläne“ hinzu mit einer Effektstärke von 3,13 !, so wird deutlich, in welchem Masse eine Annahme des Lebens möglich geworden ist.

Über Depression als Volkskrankheit ist viel geforscht und erkannt worden. Ich schließe mich der Ansicht an, dass auf der tiefsten Ebene, auch wenn nicht in jeder Therapie Bewusstheit darüber hergestellt werden kann, der leidende Mensch den Seelen- und Selbstkontakt sucht. Der Selbstkontakt wird in der Elph-Therapie direkt wieder hergestellt und als Dankbarkeit, Bewusstseinsweiterung und Herzenglück erlebt.

„Angst“ ist in geringerer Ausprägung bei der Symptomwahl aufgetreten als dies aus epidemiologischen Erkenntnissen zu erwarten wäre. Ich interpretiere das so,

dass ich im Fragebogen nach konkreten Ängsten gefragt habe und mit einem geeigneten Item „mehr an Angst“ hätte einladen können. Ich denke dennoch, dass es auch einen Hinweis auf die psychisch-seelisch recht gut entwickelte Stichprobe gibt, in der Angst nicht im Vordergrund steht. Dennoch seien an dieser Stelle Effektstärken von **1,47 bei Panikzuständen** und **2,04 bei Trennungsangst** erinnert.

Ausgeprägt waren Symptome, die ich an dieser Stelle mit *Erregungsregulation* benennen möchte. Dazu zähle ich Innere Unruhe, jedoch auch Grübeln (mental bedingte Erregungssteigerung ohne ausreichende Erregungsabfuhr) und körperliche Verspannungen (als Erregungsbindung). Effektstärken von **1,1 bei Nacken- und Schulterschmerzen**, **1,5 bei Kreuz- und Rückenschmerzen**, **2,6 bei Grübeln** und **3,1 bei Innerer Unruhe** sind überwältigend positive Ergebnisse.

Anhand der Untersuchungsergebnisse möchte ich folgende Beschreibung wählen: Elph-Therapie wirkt im Sinne einer Gesamtberuhigung, verbunden mit Sinngebung und geht einher mit deutlicher Linderung körperlicher Symptomatik. **Die Eingangsthese, dass es sich bei der Elph-Therapie um eine ganzheitlich wirkende, also auf Seele, Geist und Körper wirkende Therapie handelt, konnte empirisch bestätigt werden.**

In vielen Äußerungen der Probanden, die in der quantitativen Auswertung exemplarisch dargestellt sind, kommt Berührtheit zum Ausdruck. Es ist eine Berührtheit, die aus der Seelen- oder Herzensberührung kommt. Das ist numinos, das ist vielleicht etwas sehr Privates, das Schutz bedarf, den Schutz der Scham möglicherweise. Die Probanden hatten den Mut, sich zu äußern und Vertrauen in mich, dass ich Ihnen mit Respekt begegne. Und doch ist eben diese Berührtheit die Quelle der Heilung, ist das Herz mit seinen physischen, emotionalen und spirituellen Eigenschaften der Regulator unseres menschlichen Systems und der Empfänger der Liebe und der Gnade.

Aus Psychotherapie-Studien ist bekannt, dass die Selbsteinschätzungen der KlientInnen positiver sind als die der TherapeutInnen. Das ist auch in der Elph-Studie der Fall.

Bei der Elph-Studie trägt zu diesem Effekt noch bei, dass die BehandlerInnen sämtliche 1248 KlientInnen eingeschätzt haben und nicht nur die, die den Fragebogen zurückgesandt haben.

Die Aussage einer 25%igen Verbesserung für die Gesamtheit der behandelten Menschen ist mit Sicherheit zu treffen.

Den Einfluss von Übertragungsphänomenen (KlientInnen wollen es ihren TherapeutInnen recht machen), sehe ich als gering an. Es war den KlientInnen klar, dass die TherapeutInnen nicht erfahren, wer den Fragebogen geschickt hat oder nicht. Da der Aufwand verglichen mit anderen Studien (kein frankierter Rückumschlag) hoch war, mussten ein recht hohes Maß an Bereitschaft und Entschluss da sein, um den Fragebogen zu senden.

Die finanzielle Situation: Wie aus den Fragebögen hervorging, hat sich bei etlichen KlientInnen die berufliche Situation verändert, was zu einem höheren Einkommen und damit zu größerer Zufriedenheit mit der finanziellen Situation

führte. Es war jedoch auch der Fall, dass sich eine größere Gesamtzufriedenheit, verbunden mit Dankbarkeit, auf die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation auswirkte, auch wenn die Einkommenshöhe unverändert blieb.

Das Bildungsniveau und Einkommen der Probanden sind überdurchschnittlich gemessen am Bevölkerungsdurchschnitt. Die Krankheitslast war erheblich, jedoch geringer als im Durchschnitt der ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen in Deutschland. Für die Niederlande und die anderen Länder können dazu keine Aussagen gemacht werden, da die Zahl der TeilnehmerInnen an der Studie dazu zu gering war. Unter Berücksichtigung der geringeren TeilnehmerInnenzahl ist im Vergleich Deutschland und den Niederlanden festzustellen, dass keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich Alter, sozialer Struktur, Therapiedauer und Therapieergebnissen bestehen.

In den Fragebögen, nicht zuletzt in den Textantworten, kam immer wieder zum Ausdruck, dass sich die Menschen, die Elph-Therapie erfahren hatten bzw. den Fragebogen beantwortet haben, sich nicht als Opfer im Leben, Opfer der Umstände, des Partners, der Firma usw. verstehen. Und dieses Selbstverständnis wurde im Verlaufe der Elph-Therapie immer bewusster. Um wahrzunehmen, dass mit der eigenen Wut ein Bluthochdruck erzeugt wird, braucht es ein hohes Bewusstsein. Dann aber erst entstehen Handlungsmöglichkeiten und Eigenverantwortlichkeit.

Die Entwicklung der Gesellschaft wird jedoch genau in diese Richtung der größeren Selbstverantwortung der Menschen gehen, wenn wir eine friedvolle Zukunft verwirklichen wollen. Es ist zu erwarten, dass nicht für alle Menschen, aber einen immer größer werdenden Anteil die Elph-Therapie zum Segen wird.

*An der Erstellung der Fragebögen und bei der Auswertung haben mitgearbeitet:
Dr. med. Martin Offenbächer, Mathias Hilner, Fabian Bojé, Monika Bhargava,
Doris Affelt, Hanny van Putten und Andreas Martin.*

A Anhang

A.1 Global Assessment of Functioning (GAF)

Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)

100-91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.

90-81 Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).

80-71 Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).

70-61 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. Gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.

60-51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

50-41 Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).

40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. Ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig

hig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).

30-21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).

20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).

10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltausübung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

0 Unzureichende Informationen

GAF-Skala: Global Assessment of Functioning Scale in: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III.R.-Weinheim; Basel: Beltz, 1989

A.2 Symptomliste

Emotionale Störungen

1 Panikzustände 2 Wutanfälle 3 Alpträume 4 depressive Zustände 5 starke Scham 6 Prüfungsangst 7 Einsamkeit 8 Trennungsangst 9 sexuelle Probleme 10 innere Unruhe 11 Reizbarkeit 12 Unerträglichkeit von Ablehnung 13 Verwirrung

Kontakt zur Welt/Handlungsebene

14 Beziehungsprobleme 15 Arbeitsstörungen 16 Unfähigkeit, FreundInnen zu gewinnen 17 Verschuldung 18 Selbstverletzungen

Mentale Themen

19 Zwänge 20 Konzentrationsschwierigkeiten 21 übermäßiger Ehrgeiz 22 Gedankenblitze aus traumatischen Situationen 23 Selbstmordgedanken und -pläne 24 häufiges Grübeln

Sucht- und Essstörungen

25 Drogeneinnahme 26 Einnahme von Schmerz- und Beruhigungsmitteln 27 ex-

zessives Spielen 28 dauernder Hunger 29 Essanfälle 30 Essanfälle mit Erbrechen
31 Appetitlosigkeit 32 Über- Untergewicht

Physische Probleme

33 Schlaflosigkeit 34 Herzprobleme 35 Müdigkeit 36 Zittern 37 Ohrgeräusche 38
ständige Schmerzen 39 stärkere Spannungszustände 40 übermäßiges Schlaf-
bedürfnis 41 Nacken- und Schulterschmerzen 42 Unruhe in den Beinen 43 Schwin-
delgefühl 44 Hautprobleme 45 Ohnmachtsanfälle 46 Verdauungsbeschwerden 47
Schweißausbrüche 48 Kurzatmigkeit 49 Kreuz- und Rückenschmerzen 50 Schwä-
chegefühl