

K. Schreiber-Willnow

Leibhaftiges Erleben. Konzentrierte Bewegungstherapie in der psychotherapeutischen Klinik

Zusammenfassung Der Anteil der Konzentrierten Bewegungstherapie am therapeutischen Prozess in der psychotherapeutischen Klinikbehandlung wird erläutert und an einem klinischen Fallbeispiel illustriert. In einer klinischen Studie konnte nachgewiesen werden, dass sich das Körpererleben bei klinisch erfolgreichen PatientInnen, die auch KBT erhalten, deutlich bessert. Der Zugang zum Körper und den eigenen Empfindungen erweist sich als methodenspezifischer Wirkfaktor für die Gruppentherapie mit KBT. Der Behandlungsprozess wird im Micro-Outcome der KBT-Gruppenstunden abgebildet. Erfolgreiche PatientInnen zeigen in der zweiten Behandlungshälfte einen besseren Zugang zum Körper, verbunden mit zunehmenden Lernerfahrungen und Zuversicht. Die Korrelation dieser Faktoren bestätigt die theoretischen Erwartungen über die heilsame Wirkung leiborientierter Therapien.

Schlüsselwörter: Konzentrierte Bewegungstherapie, stationäre Gruppentherapie, Wirkfaktoren, Leibhaftiges Erleben.

Bodily experience. Concentrative movement therapy in the psychosomatic hospital

Abstract Concentrative movement therapy (KBT) as part of the psychotherapeutic treatment in hospital of patients with neurotic or psychosomatic disorders is first illustrated by a clinical case report. In a clinical study it could be shown, that body experience improves in successfully treated patients. Body awareness and perception are shown to be specific therapeutic factors in KBT group psychotherapy. The treatment process is studied by recording the micro-outcome of each group session. During the second half of the treatment successful patients show an increased awareness of their body experience. They also gain insight and confidence. The correlation of these factors support the theory of body oriented therapies saying that "incarnated" insights have a beneficial effect on the patients.

Keywords: Concentrative movement therapy, inpatient group psychotherapy, therapeutic factors, bodily experience.

Un vécu corporel. La thérapie par le mouvement concentré en clinique psychiatrique

Résumé En Allemagne, certaines cliniques offrant des traitements psychothérapeutiques ont regroupé différents éléments en une approche thérapeutique intégrée. Cette dernière inclut très souvent une thérapie par le mouvement concentré (TMC), à savoir une forme de thérapie corporelle qui est appliquée soit en setting individuel, soit en groupe. La présente étude a visé à développer plus avant la recherche s'intéressant aux groupes de TMC; nous présentons les résultats d'un premier travail clinique.

Nous exposons un cas illustrant la manière dont procède la TMC: dans le cadre d'un groupe, une patiente remet en scène son sentiment d'être déchirée entre ses parents divorcés. Elle se vit comme attirée à tour de rôle par deux autres membres du groupe, dont l'un représente la fierté de son père et l'autre le souci que sa mère se fait pour elle. Elle découvre

qu'elle craint encore de devenir indépendante en exerçant une profession. Durant les séances qui suivent, elle parvient à prendre sa propre décision.

La description de ce cas met en évidence les idées fondant la TMC: au sein du groupe, c'est une attention portée aux perceptions et vécus corporels, ainsi qu'à la signification symbolique du mouvement, des gestes et des actions qui occupe une place centrale, le tout étant perçu en fonction de données biographiques personnelles. Un aspect essentiel de la TMC de groupe est la verbalisation du vécu corporel, qui permet de le transformer en une représentation verbale sur laquelle il est possible de travailler.

L'étude clinique examine les facteurs permettant à la TMC d'avoir des effets. Partant des résultats publiés par Yalom (1989), qui a défini 12 facteurs actifs dans diverses thérapies de groupe, nous considérons

que ceux-ci doivent se retrouver dans les groupes de TMC. Nous proposons une hypothèse selon laquelle le fait qu'en TMC les patients ont accès à leur corps et à leurs propres sensations, représente un facteur spécifique. Nous présentons ensuite un aperçu de travaux empiriques plus anciens, concernant la TMC.

Structure et résultats de l'étude clinique

L'étude concerne 72 patients hospitalisés dans une clinique psychosomatique. Ils ont été traités selon un concept intégré par le biais de thérapies individuelles et de groupe, groupes TMC compris. Du point de vue du diagnostic, le groupe compte (selon l'ICD 9) 25% de troubles névrotiques, 40.3% de troubles de la personnalité, 16.7% de troubles fonctionnels d'origine psychique, 6.9% de troubles de l'alimentation, de la douleur ou du sommeil, 6.9% de troubles de l'adaptation, 2.8% de somatopsychoses et 1.4% de psychoses. En moyenne la durée du traitement est de 93.8 jours ($s=24.9$ jours).

Le succès du traitement est analysé à cinq niveaux : symptômes (SCL-90), problèmes interpersonnels (IIP-D), structure de la personnalité (GT), manière dont les patients considèrent avoir atteint leurs objectifs et évaluation globale par le médecin. Ces critères sont associés pour calculer un taux de succès (split median modifié). Le résultat est positif pour 32 et moins positif pour 40 patients.

Les modifications du vécu corporel typiques de la TMC sont saisies par le biais d'un questionnaire individuel (évaluation du propre corps/FBeK) et d'un questionnaire adressé au groupe (expérience du groupe/GET TMC). Elles sont ensuite comparées pour les deux catégories de patients ci-dessus.

Ein großer Vorteil der stationären Psychotherapie in Deutschland liegt in der Möglichkeit, verschiedene Behandlungselemente zu integrieren. In den psychodynamisch orientierten Kliniken findet sich häufig eine Kombination von psychoanalytischer Einzel- und Gruppenbehandlung mit anderen Verfahren wie Konzentrative Bewegungstherapie (KBT), Kunst-, Musik- oder Tanztherapie. Der spezifische Beitrag der KBT zum Gesamtbehandlungsplan soll hier an Hand von Ergebnissen einer Studie über stationäre KBT-Gruppen erläutert werden.

Die stationäre Gruppentherapieforschung hat sich in den letzten Jahren vor allem mit der Untersuchung von Gruppenprozessen und Behandlungsergebnissen in den verbalen Therapien beschäftigt (Strauß und Burgmeier-Lohse, 1993; Tschuschke, 1994). Schon hier ist die Komplexität des Forschungsgegenstandes erheblich. In der KBT kommt nun hinzu, dass die Untersuchung des Gruppengeschehens dem leiborientierten Ansatz (Stolze, 1984; Becker, 1989; Pokorny et al., 1996) gerecht werden muss. Forschungsmethoden zur Kategorisierung des Handelns in der KBT-Gruppe (etwa an Hand von Video-Aufzeichnungen) gibt es bisher nicht. Deshalb wird in

En début de traitement les deux groupes manifestent le même niveau de perception corporelle; mais en fin de traitement, cette perception s'est améliorée de manière significative chez les patients pour lesquels la thérapie a été positive sur le plan clinique.

En cours de thérapie et en particulier durant la deuxième moitié du traitement, ces derniers sont mieux à même d'accéder à leur vécu corporel et de décrire leurs sensations; un processus d'apprentissage leur permet de mieux comprendre ce qui se passe. Ils se sentent aussi plus confiants et leur sentiment de bien-être corporel s'est amélioré. Ces progrès ne sont pas enregistrés chez les patients pour lesquels la thérapie a eu moins de succès.

La durée du traitement constitue un facteur important: lorsqu'elle est courte (moins de 10 semaines) les effets mentionnés plus hauts ne se manifestent pas (encore).

En allemand, le mot «*der Leibhaftige*» (littéralement: 'celui qui est incarné') désigne le diable. Le Christianisme et l'attitude négative qu'il a adopté pendant des siècles envers le corps (et les femmes) sont responsables de l'association corps = diable. Or, la rencontre avec le corps ne peut avoir lieu que si elle est vraiment vécue – au lieu de se dérouler à un niveau spirituel ou intellectuel. Concernant la thérapie, elle peut mener à l'intégration d'éléments dissociés ou réprimés au niveau du corps qui se manifestent alors sous forme de symptômes. A partir du moment où le patient a la possibilité de découvrir et de nommer ces éléments, ils cessent d'être symptômes pour acquérir une signification dans sa biographie. Dans ce sens, en tant qu'approche corporelle intégrée dans un contexte clinique, la TMC peut apporter une contribution salutaire.

der hier vorgestellten Studie der Focus auf das Körper-, Selbst- und Gruppenerleben der PatientInnen in der KBT gelegt, worüber sie in Interviews und Fragebögen Auskunft geben. Es wird untersucht, wie sich das Körpererleben unter der Behandlung mit KBT verändert: hat die Besserung des Körpererlebens einen Zusammenhang mit den klinischen Behandlungsergebnissen? Theoretisch wird ein Zusammenhang von einem verbesserten Zugang zum Körper und therapeutischen Einsichten erwartet – lässt das sich empirisch validieren? Wie erleben die PatientInnen die KBT-Gruppe und die Therapeutin?

Die therapeutische Vorgehensweise in der KBT-Gruppe wird zunächst an einem Fallbeispiel illustriert, um dann daran den therapeutischen Ansatz der KBT zu skizzieren.

Ein Fallbeispiel

Frau A., eine 28-jährige Studentin, die schon einige Wochen an der KBT-Gruppe teilnimmt kommt verspätet, blass, mit verweintem Gesicht in die Gruppe, setzt sich und sagt erschöpft und verzweifelt: „Ich kann nicht mehr!“

Ich spüre Angst und Schrecken in der Gruppe, frage mich, ob sie suizidal ist, entscheide mich dann, sie zu fragen, *was* sie nicht mehr könne. Sie berichtet unter Tränen, dass ihre Entscheidungsnot, ob sie mit dem bestandenen Magister das Studium beenden oder noch das Staatsexamen ablegen soll (wie der Vater es wünscht), sie verzweifeln lässt: „Ich kann mich drehen und wenden wie ich will, ich kann mich nicht entscheiden.“ Dieses Bewegungsbild greife ich auf und schlage ihr vor, sich im Raum zu drehen und zu wenden. Aber sie will nicht „im Mittelpunkt stehen“. Also frage ich zunächst nach ihren Bildern und beginne mit ihr eine Imagination der Situation: sie sieht sich in einem engen dunklen Raum, der zwei Türen habe, und sie wisse nicht, welche sie nehmen solle. Und die Türen lassen sich nicht öffnen. Der Raum werde kleiner. Dann haben die Türen doch Klinken, aber welche soll sie nehmen?

Biografisch ist sie ein parentifiziertes Kind, das bei der Scheidung der Eltern, 12-jährig, sich entschied, mit dem Vater wegzugehen, Mutter und Schwester zu verlassen. Ich gebe ihr diesen Vergleich: wie damals fühlt sie sich in einer Situation, wo jede Entscheidung schlecht ist. Wie in einer Tragödie. Sie schaut mich erleichtert an, ich habe das Gefühl, sie erreicht zu haben.

Ich möchte nun die Gruppe einbeziehen und formuliere ein KBT-Angebot für alle. Sie mögen sich zu dritt zusammensetzen, ein Seil nehmen, und zwei mögen über das Seil an der oder dem Mittleren ziehen. Die anderen 5 PatientInnen zögern etwas, aber als Frau A. einwilligt, beginnen sie alle. Frau A. steht in der Mitte, zwei Männer aus der Gruppe ‚ziehen‘ an ihr. Sie verstehen meinen Vorschlag so, dass jeder mit Taten und Worten versucht, Frau A. auf seine Seite zu bringen. Einer bietet ihr ein Brett als ‚Schutzschild‘ an, dass sie sich sicher fühlen könne, der andere beginnt, aus großen Schaumstoff-Quadern ein Flugzeug zu bauen, in das er sie einlädt. Sie folgt dieser Einladung und sitzt in dem Flugzeug (ich erlebe: wie eine Königin).

Die andere Dreiergruppe hat ihr Tun bald eingestellt und schaut fasziniert/ neidisch auf das Geschehen. Vom anfänglichen Erschreckenden ist jetzt nichts mehr zu spüren. Frau A. kann sagen, wie gut es ihr tut, dass die Gruppe sich um sie kümmert.

Ich erlebe die Szene so, dass sich ihre Zerrissenheit zwischen den Eltern und ihr Triumph, den Vater für sich gewonnen zu haben, reinszinierte. Ihre aktuelle Depression (mit bulimischen Attacken) kann nun verstanden werden als Zurückscheuen vor dem Schritt in eine selbständige erwachsene Berufsarbeit, da sie dann aufgeben muss, Vaters Prinzessin zu sein. Analysiere ich meine Gegenübertragungsgefühle, so mischen sich Sorge mit Neid und Kränkung: das könnte die Seite der Mutter sein.

Einige Therapie-Stunden später berichtet sie von ihrer Entscheidung gegen ein Staatsexamen und beginnt, eigene Berufsperspektiven zu entwickeln.

Grundgedanken der KBT

In dieser Fallvignette werden einige Grundanliegen der KBT deutlich: KBT ermöglicht den PatientInnen, Bezie-

hungserfahrungen im leibhaftigen Handeln zu machen. Es wird nach der Körperwahrnehmung, dem Körpergefühl und damit dem sensu-motorischen Bereich gefragt. Gleichzeitig ist der symbolische Gehalt von Bewegung, Gebärden oder auch Gegenständen (Schmidt, 1994) mit angesprochen. (Das Ziehen am Seil als *Beziehungserfahrung*.) Im Benennen und sprachlichen Austausch wird die individuelle Wahrnehmung verarbeitet: ein Vergleich mit der Wahrnehmung der Anderen ermöglicht, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu entdecken, eigene Wahrnehmungsverzerrungen zu entdecken und in Frage zu stellen. Die eigene Leiblichkeit und das Handeln werden in der KBT immer auch im sozialen Bezugsrahmen gesehen: Bewegungen, Gebärden, Gesten, Körpersymptome haben immer auch eine zwischenmenschliche Komponente (Küchenhoff, 1992; Cserny, 1989).

Das Gespräch ist integrativer Bestandteil der KBT. Konflikte oder traumatische Erfahrungen, die sich zunächst als Körpersymptom oder Körpererlebensstörung äußern, werden über das genaue Hinspüren nicht nur erfahrbar, sondern auch benennbar. Und mit der Sprache sind sie dann einer weitergehenden Bearbeitung zugänglich.

Neben diesen Aspekten betont Zielke, dass durch die sprachliche Gestaltung des KBT-Angebots ein therapeutischer Raum geschaffen wird, der offen bleibt für die verschiedenen individuellen Entwicklungsphasen (Zielke, 1990, S. 62). Jedes Gruppenmitglied kann auf seine individuelle Weise mit dem Angebot umgehen und sein Problem in der Bewegungsgestaltung darstellen. Die ‚Übung‘ dient nicht dem Einüben desselben, sondern des je Persönlichen. In dem Beispiel kommt das erste Bewegungsangebot ‚sich hoffnungslos drehen und wenden‘ nicht an. Es wäre eine Möglichkeit, zunächst in das Gefühl der Ausweglosigkeit einzutauchen, sich mit depressiv/suizidaler Verzweiflung zu konfrontieren. Diese Ebene lehnt die Patientin ab. Durch die Gruppensituation ist ein sozialer Bezugsrahmen gegeben, in dem ein ‚im Mittelpunkt stehen‘ für sie (so und jetzt) nicht geht. Aus dieser Klärung im Gespräch entsteht der spätere Bewegungseinfall der Therapeutin auf der Ebene der Dreiersituation, die Gruppe ist im ‚Reich des Ödipus‘ gelandet. Hier stehen spielerische Mittel und die Sprache zur Verfügung. Somit zeigt sich eine gemeinsame Suchbewegung in der Stunde, in der die Patientin die Therapeutin zu der aktuellen Ebene ihres Konfliktes führt‘.

Die Reaktion der Gruppe bei schweren suizidalen Krisen ist in der Regel von Mitgefühl, Hilflosigkeit oder Angst geprägt. Hier dagegen wird schnell deutlich, dass Neid und Eifersucht aufkommt, als die eine so viel Aufmerksamkeit bekommt. Das weist auf eine reifere Ebene des Konflikts hin. So lässt sich das KBT-Angebot als eine Bewegungsdeutung der Therapeutin verstehen, die die PatientInnen mit ihren Bewegungsassoziationen (Becker, 1989) beantworten und weiterführen. Durch das Angebot wird eine Entwicklungsebene anvisiert, die aber von den PatientInnen im Handlungsdialog verändert werden kann.

Diese Orientierung am psychotherapeutischen Prozess der Einzelnen und der Gruppe unterscheidet die

KBT prinzipiell von übenden Körperverfahren, wie etwa der progressiven Muskelrelaxation oder Feldenkrais-Übungen. Die Orientierung an der Leiblichkeit, die Wahrnehmung und Handeln einbezieht, unterscheidet die KBT von reinen Gesprächsgruppen.

Wirkfaktoren im Gruppenprozess der KBT

In der hier vorgestellten Studie wird die Veränderung und der Zusammenhang von körperlicher Wahrnehmung, Bewegung und psychotherapeutischer Einsicht im Behandlungsprozess von KBT-Gruppen untersucht. Als spezielle Hypothese wird formuliert, dass sich der Zugang zum Körper und den eigenen Empfindungen als methodenspezifischer Wirkfaktor im Sinne Yaloms (1989) zeigt.

Yalom beschreibt für verschiedenste Therapiegruppen, welche Ingredienzien des Gruppenprozesses therapeutisch hilfreich sind (Tschuschke, 1993). Er fand in ambulanten Gruppen (9 Untersuchungen mit 383 PatientInnen) 12 Wirkfaktoren in der Reihenfolge der Wichtigkeit für die PatientInnen: Interpersonales Lernen (Input), Katharsis, Kohäsion, Einsicht, Interpersonales Lernen (Output), Existentielle Faktoren, Universalität des Leidens, Einflößen von Hoffnung, Altruismus, Rekapitulation der Primärfamilie, Anleitung und Identifikation.

Wirkfaktoren in den Gruppenprozessen der stationären Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) sind in der Literatur wenig beschrieben. Mattke und Schreiber-Willnow (1988) reflektieren die Zusammenarbeit von Analytischen Gruppentherapeuten und KBT-Therapeutin im integrativen Setting einer psychotherapeutischen Station. Hochgerner (1995) entwickelt ein Modell für Prozessverläufe in KBT-Gruppen. Er unterscheidet eine Anfangsphase, eine Phase der ‚Regression‘, eine Phase der ‚Progression‘ und die Abschiedsphase. Schmidt (1999) stellt das spezifische Konzept körperorientierter Gruppentherapie in der KBT dar. Als wesentliche Komponenten nennt sie: (a) die aktive Rolle der Gruppenleiterin, der durch ihr Bewegungsangebot der Gruppe eine Strukturierungshilfe gibt, (b) die Betonung der körperlichen Dimension von Erfahrung, (c) den handelnden Umgang mit sich und den anderen Gruppenmitgliedern und (d) den Ebenenwechsel zwischen leiblichen und verbalen Begegnungen in der Therapiestunde.

Zwei empirische Studien finden methodenspezifische Besonderheiten von KBT-Gruppen: Badura-MacLean und Stolze (1981) setzten den Stuttgarter Bogen in KBT-Gruppen ein und fanden höhere Werte in allen drei Dimensionen (Aktivität, Reaktive Emotionalität und Selbststärke) im Vergleich zu analytischen Selbsterfahrungsgruppen.

Carl u.a. (1985) untersuchten an der Freiburger Universitäts-Klinik gruppenspezifische Prozesse in der kombinierten Behandlung von KBT und Analytischer Gruppentherapie. Sie konnten die Kontinuität und Komplementarität des Gruppenprozesses nachweisen und damit den engen Zusammenhang von verbaler und körperorientierter Therapie zeigen, wobei Phänomene zuerst in der KBT-Gruppe auftauchten und dann in der analytischen Gruppe weiter bearbeitet wurden.

Für die empirische Untersuchung des Gruppenprozesses in KBT-Gruppen hat Seidler (1995) den Gruppenerfahrungsbogen GEB-KBT aus dem GEB von Eckert (1996) weiterentwickelt. In diesem Selbstbeurteilungsbögen für das Erleben des Einzelnen in der einzelnen Therapiestunde werden verschiedenen allgemeine Aspekte der Gruppenerfahrung erfasst, die erwartungsgemäß sich günstig auf den Gruppenprozess auswirken: Gruppenkohäsion, Gruppenklima, Therapieoptimismus des Patienten, Körperliche Reaktionen des Patienten auf das Therapieschehen, Aspekte des Therapeutenverhaltens aus der Sicht des Patienten, Identifikation, Einsicht und korrigierende Rekapitulation früher familiärer Erfahrungen, Universalität des Leidens, Interpersonales Lernen und Altruismus (Zusammenfassung nach Eckert, 1996).

In dieser Liste von Wirkfaktoren findet sich explizit der Faktor: Körperliche Reaktion des Patienten auf das Therapieschehen, der bei Yalom nur implizit z.B. in der Katharsis enthalten ist.

Darüber hinaus hat der GEB-KBT 17 Fragen, die sich auf KBT-spezifische Prozessmerkmale beziehen. Es wird gefragt nach der Selbst- und Körperwahrnehmung, dem Umgang mit dem eigenen Körper und sich selbst, der emotionalen Bewertung des Körpererlebens und nach körperbezogener Selbsterfahrung.

Seidler hat den GEB-KBT in einer Studie mit 453 TeilnehmerInnen von KBT-Gruppen eingesetzt und faktorenanalytisch sechs Skalen gebildet, die Dimensionen des Gruppenerlebens in der KBT abbilden. PatientInnen beschreiben im Durchschnitt ein hohes Maß an körperlichem Wohlbefinden und Zuversicht in der KBT-Gruppe. Sie machen positive Lernerfahrungen und gewinnen hilfreiche Einsichten. Ihr Zugang zu ihrem körperlichen Erleben bessert sich deutlich. Die Empfindungsfähigkeit nimmt zu. In den KBT-Gruppen beschreiben die PatientInnen sehr wenig Unzufriedenheit, weder mit der Therapeutin noch mit der Gruppe. Auch ist die Öffnungsbereitschaft hoch, hier ausgedrückt als wenig Zurückhaltung in der Gruppe.

Dimensionen des Körpererlebens in den Skalen des GEB-KBT

- Skala 1: Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht
- Skala 2: Lernerfahrung und Einsicht
- Skala 3: Zugang zum körperlichen Erleben und den eigenen Empfindungen
- Skala 4: Unzufriedenheit mit der Therapeutin und Unbehagen
- Skala 5: Unzufriedenheit mit der Gruppe
- Skala 6: Zurückhaltung und Sich-nicht-verstanden-Fühlen

Empirische Erhebung

In der vorliegenden klinischen Studie wurde untersucht, wie sich das Körper-, Selbst- und Gruppenerleben der KBT-PatientInnen im Laufe der stationären Psychotherapie verändert, ob es einen Zusammenhang zwischen diesen Veränderungen und dem klinischen Behandlungserfolg gibt und ob sich der theoretisch pos-

tulierte Zusammenhang von Einsicht und besserem Zugang zum eigenen Körper empirisch zeigen lässt. Um den Anteil der KBT aus dem gesamten stationären Therapieprozess zu extrahieren, wird hier das Micro-Outcome der einzelnen KBT-Gruppenstunden in seinem Verlauf dargestellt. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den Aussagen der Gruppenmitglieder über ihr Erleben in der jeweiligen Stunde.

Studiendesign, Erfolgskriterien, Untersuchungsinstrumente

Alle PatientInnen einer Station der Rhein-Klinik Bad Honnef, die während der Studienlaufzeit im Rahmen des integrierten psychotherapeutischen Behandlungskonzepts (Bensch und Mattke, 1996) KBT erhielten, wurden in die klinische Studie aufgenommen (eine ausführliche Darstellung der Studie findet sich in Schreiber-Willnow, 2000). Für einen Teil der PatientInnen war die KBT-Gruppe kombiniert mit psychoanalytisch orientierter Gruppentherapie, der andere Teil erhielt KBT parallel zur verbalen Einzeltherapie.

Zu Behandlungsbeginn und -ende wurden fünf klinische Erfolgsmaße erhoben: zur Erfassung der Symptomatik die SCL-90 (Franke, 1995), zur Erfassung der Persönlichkeitsstruktur der Gießen-Test (Beckmann, 1991), zur Erfassung der interpersonalen Probleme das IIP-D (Horowitz et al., 1994). Weiterhin gaben die PatientInnen individuelle Therapieziele an und beurteilten bei Behandlungsende, wie weit sie diese Ziele erreicht haben. Von Therapeutenseite erfolgte eine globale Einschätzung der Veränderung durch die Therapie (gemäß Basisdokumentation).

Diese 5 Kriterien beschreiben unterschiedliche Ebenen des Therapieresultats in der Selbst- und Fremdeinschätzung. Zusammengefasst erlauben sie eine globale Einteilung in zwei Erfolgsgruppen: PatientInnen mit 0–2 erreichten Erfolgskriterien werden als „weniger erfolgreich“ bezeichnet, PatientInnen mit 3–5 erreichten Kriterien als „erfolgreich“ (Definition der Erfolgskriterien: s. Schreiber-Willnow, 2000).

Die Veränderung des Körpererlebens durch die Behandlung wurde mit dem Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek, Strauß und Richter-Appelt, 1996) bei Aufnahme und Entlassung erfasst.

Das Gruppenerleben jeder KBT-Stunde wurde von den PatientInnen im KBT-Gruppenerfahrungsbogen (GEB-KBT, Seidler, 1995) nach jeder KBT-Gruppe eingeschätzt.

Die mittleren Verläufe werden für erfolgreiche und weniger erfolgreiche PatientInnen verglichen.

Stichprobe

In der Studienlaufzeit von 14 Monaten wurden 111 PatientInnen in den KBT-Gruppen der beteiligten Station behandelt. Von 72 dieser PatientInnen, die vollständige Behandlungen in der Studienlaufzeit hatten, lagen genügend verwertbare Daten vor.

Die 42 Frauen und 30 Männer sind im Mittel 43,5 Jahre alt ($s = 10,4$ Jahre). 25% der Studiengruppe sind ledig, 52,8% verheiratet und 27,1% getrennt lebend oder ge-

schieden. Der höchste Schulabschluss ist für 16,7% die Hauptschule, für 26,4% die mittlere Reife und für 56,9% Abitur oder Fachabitur. Höchster Berufsabschluss ist bei 34,7% der Studiengruppe ein Fach- oder Hochschulabschluss, 12,5% sind Fachschulabsolventen/Meister, 33,3% haben eine Lehre abgeschlossen, je 5,6% sind noch in Ausbildung oder ohne Abschluss.

65,3% der PatientInnen kommen mit ambulanter psychotherapeutischer Vorerfahrung, 16,7% haben Vorerfahrungen in stationärer Psychotherapie. Diagnostisch finden sich 25% neurotische Störungen (300. im ICD 9), 40,3% Persönlichkeitsstörungen (301.), 16,7% körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs (306.), 6,9% Ess-, Schmerz- oder Schlafstörungen (307.), 6,9% Anpassungsstörungen (309.), 2,8% Psychosomatosen (316.) und 1,4% Psychosen (295.). Die Behandlungsdauer beträgt im Mittel 93,8 Tage ($s = 24,9$ Tage) und variiert zwischen 37 und 129 Tagen.

Ergebnisse

Auf Grund der klinischen Erfolgskriterien konnten 32 PatientInnen als erfolgreich und 40 als weniger erfolgreich eingestuft werden. Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht bzgl. Behandlungsdauer, Geschlecht oder Bildungsgrad. Unter den Erfolgreichen ist der Anteil an Persönlichkeitsstörungen niedriger (32,3% bzw. 47,5%), sie sind im Mittel etwas älter als die weniger Erfolgreichen (45,8 Jahre bzw. 41,3 Jahre). Für diese beiden Gruppen werden im Weiteren die KBT-spezifischen Ergebnisse verglichen.

Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek)

Die klinisch erfolgreichen PatientInnen unterscheiden sich zu Behandlungsbeginn *nicht* von den später weniger erfolgreichen in ihrem Erleben, Wahrnehmen und Beurteilen des Körpers. Sie beurteilen ihren Körper negativ, sie beschreiben sich als wenig empfindungsfähig, haben den Wunsch nach mehr körperlicher Erlebnisfähigkeit insbesondere in der Sexualität, fühlen sich unsicher in ihrem Körper, lehnen ihr Äußeres ab (Skala 1). Die Unsicherheit und das Missempfinden bzgl. des Körpers ist deutlich erhöht im Vergleich zur Eichstichprobe (Strauß und Richter-Appelt, 1996).

Zu Behandlungsbeginn haben die PatientInnen wenig Vertrauen zum eigenen Körper und in die eigenen Attraktivität, sie sind unzufrieden und wenig identifiziert mit ihrem Körper (Skala 2). Das Selbstvertrauen und die Identifikation mit dem Körper sind deutlich niedriger als in der Eichstichprobe.

Skala 3 erfasst die Sensibilität und die Sorge um das Äußerliche, um Leistungsfähigkeit und des Körpers und um die Gesundheit. Hier unterscheidet sich die Studiengruppe nicht von der Eichstichprobe. Die Beschäftigung mit dem Äußerlichen und die Sorge um Körpervorgänge ist nicht auffällig verändert und sie bleibt auch im Behandlungsverlauf konstant.

Für die Untersuchung der KBT-Gruppen werden neben der Auswertung der 3 Skalen gemäß Manual zusätzlich 10 Items aus dem FBek zu einer 4. Skala

„Leiberleben“ zusammengefasst. Diese Skala von KBT-spezifischen Items akzentuiert die Körperwahrnehmung und das Erleben des Körpers. Leit-Item: „Ich fühle mich in meinem Körper zu Hause.“ Als Skalenwerte wird die Summe positiver Antworten durch die Anzahl beantworteter Items berechnet. Bei möglichen Skalenwerten zwischen 0 und 1 bedeutet ein hoher Wert einen positiven Bezug zum Körper (Tabelle 1).

Bei Behandlungsende ist das Körpererleben der weniger Erfolgreichen kaum verändert. Die erfolgreiche Gruppe dagegen hat mehr Sicherheit im Körper gewonnen, die PatientInnen können sich mehr mit ihrem Körper identifizieren, die Sorge um das Äußere ist nicht verändert, sie fühlen sich mehr in ihrem Körper zu Hause. Die Unterschiede zwischen den Erfolgsgruppen sind für die Skala Leiberleben signifikant, die anderen Dimension zeigen bei den strengen Signifikanzkriterium immerhin eine Tendenz zum Unterschied.

Beim Vergleich von Anfangs- und Endwerten finden sich bei den Erfolgreichen Besserungen mit Effektstärken zwischen 0,62 und 0,80. Bei den weniger Erfolgreichen sind in allen Skalen nur minimale Veränderungen (Effektstärke < 0,20) zu sehen (Abb. 1).

Das Leiberleben ist bei allen StudienpatientInnen bei Behandlungsbeginn stark beeinträchtigt und bessert sich unter der stationären Therapie nur bei den klinisch erfolgreichen PatientInnen (Abb. 2).

Der Gruppenerfahrungsbogen GEB-KBT

Nach jeder Gruppenstunde haben die PatientInnen den GEB-KBT ausgefüllt, insgesamt liegen 861 Bögen aus der Studienlaufzeit vor. Alle PatientInnen geben im Durchschnitt an, dass sie in den Therapiestunden körperliches Wohlbefinden und Zuversicht (Skala 1) erfahren. Sie finden in den Gruppenstunden Zugang zu ihrem körperlichen Erleben und den eigenen Empfindungen (Skala 3). Von den erfolgreichen PatientInnen wird sowohl Wohlbefinden/Zuversicht als auch der Zugang zum Körpererleben höher eingeschätzt als von den weniger Erfolgreichen (Tabelle 2).

Leiberleben im FBek

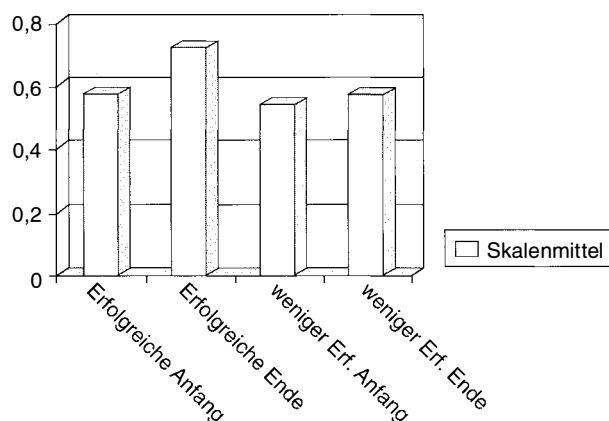


Abb. 2. Das Leiberleben bei Aufnahme und Entlassung für Erfolgreiche (N = 29) und weniger Erfolgreiche (N = 33)

Das durchschnittliche Ausmaß an Lernerfahrungen und Einsicht wird etwas niedriger bewertet, es liegt bei den Erfolgreichen etwas oberhalb, bei den weniger Erfolgreichen etwas unterhalb des Skalenmittels.

Negative Gruppenerfahrungen, wie in Skalen 4, 5 und 6 beschreiben, sind wenig ausgeprägt in den KBT-Gruppenstunden. Items, die nach Unzufriedenheit mit der Gruppe oder der Therapeutin fragen, treffen im Mittel überwiegend nicht zu. PatientInnen erleben sich wenig als zurückhaltend und nicht verstanden. Die beiden Erfolgsklassen unterscheiden sich nicht im Ausmaß ihrer Unzufriedenheit mit der Gruppe, die später weniger Erfolgreichen halten sich etwas mehr zurück und sind unzufriedener mit der Therapeutin.

Für die Gesamtgruppe finden sich signifikante Korrelationen zwischen den Skalen 1, 2 und 3. Subjektives Wohlbefinden und Zuversicht hängen zusammen mit dem Zugang zum eigenen Körper und den Empfindungen ($r = 0,43$). Beide weisen eine hohe Korrelation zu Lernerfahrung und Einsichten auf ($r = 0,52$ bzw. $r = 0,54$). Dieses Ergebnis bestätigt den Ansatz der KBT, dass

FBek

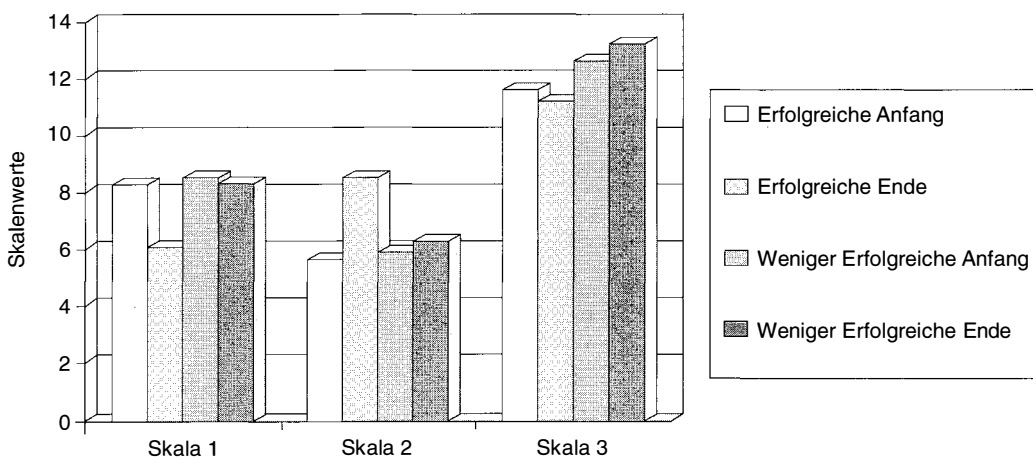


Abb. 1. FBek. Skalenmittelwerte bei Aufnahme und Entlassung für Erfolgreiche (N = 29) und weniger Erfolgreiche (N = 33). Skala 1: Unsicherheit/Missemphfinden; Skala 2: Attraktivität/Selbstvertrauen; Skala 3: Akzentuierung des Körpers/Sensibilität

Einsichten und Leibbewusstsein verschiedene, aber verbundene Ebenen sind.

Verlauf des Gruppenerlebens

Im Verlauf der KBT-Gruppe (Abb. 3 und 4) gewinnen beide Erfolgsgruppen nach der ersten Gruppenstunde in der ersten Behandlungshälfte (bis zur 6. Woche) etwas mehr Zugang zu körperlichem Erleben und zu ihren Empfindungen (Skala 3). Bei den Erfolgreichen setzt sich dieser Effekt der KBT-Behandlung bis zur 10. Woche fort, in der anderen Gruppe ist er eher rückläufig mit einem Anstieg ab der 10. Woche (Abb. 3).

Erfolgreiche PatientInnen haben während der gesamten Behandlung ein höheres Maß an körperlichem Wohlbefinden und mehr Zuversicht (Skala 1). Bis zur 6. Woche laufen beide Kurven parallel auf ähnlichem

Niveau, dann ist ein Anstieg bei den Erfolgreichen und eine fallende Tendenz in der weniger erfolgreichen Gruppe zu sehen. Wie bei Skala 3 liegt auch hier eine Trennung der Tendenzen nach der 6. Woche vor.

Ein ähnliches Muster zeigt sich beim Verlauf von Lernerfahrung und Einsicht (Skala 2):

Nach anfänglich ähnlichen Werten nimmt die Einsicht und Lernerfahrung nur in der erfolgreichen Gruppe ab der 7. Woche zu. Die weniger Erfolgreichen geben während der gesamten Behandlung weniger Lernerfahrung an, das Niveau bleibt für sie konstant niedrig.

Negative Erfahrungen mit der Therapeutin und mit der Gruppe werden in beiden Erfolgsklassen kaum genannt. Die sehr geringe Zurückhaltung nimmt bei den Erfolgreichen nach der 6. Woche noch etwas mehr ab, sie fühlen sich dann besser verstanden. Abnehmende Zurückhaltung lässt sich auch als Bereitschaft, sich zu

Tabelle 1. Das Körpererleben in den beiden Erfolgsgruppen FBek- Skalenmittelwerte bei Behandlungsbeginn und -ende (N = 62)

Skala	Behandlungsbeginn				Behandlungsende				Effektstärke					
	Erfolgreiche (N = 29)		weniger Erfolgreiche (N = 33)		1)	2)	Erfolgreiche		weniger Erfolgreiche					
	$X_{anf} \pm S_{anf}$	$X_{anf} \pm S_{anf}$	p-Wert	$X_{ende} \pm S_{ende}$			$X_{ende} \pm S_{ende}$	p-Wert	Erfolgreiche	weniger Erfolgreiche				
Unsicherheit/Missemfinden	8.21	3.52	8.46	3.92	0.81	ns	6.03	2.83	8.27	3.88	0.024	ns	0.62	0.05
Attraktivität/Selbstvertrauen	5.67	3.53	5.88	3.28	0.82	ns	8.51	3.51	6.37	3.69	0.023	ns	0.80	0.15
Akzentuierung des Körpers/Sensibilität	11.48	3.10	12.55	3.28	0.14	ns	11.17	3.47	13.19	3.36	0.027	ns	0.10	0.20
Leiberleben	0.57	0.2	0.55	0.21	0.63	ns	0.73	0.16	0.58	0.24	0.009	s	0.80	0.14

1) Kruskal-Wallis-Test, $\alpha = 0,05$; 2) Mit Bonferroni-Korrektur ($\alpha^* = \alpha/4 = 0.0125$); s signifikant, ns nicht signifikant

Tabelle 2. Globale Ergebnisse des Gruppenerlebens in den Dimensionen des GEB-KBT (Mittelwerte und Standardabweichungen). Auswertung über alle Erhebungsbögen

Skala	StudienpatientInnen N = 861	Erfolgreiche N = 367	Weniger Erfolgreiche N = 494	1) p-Wert	2)	3) Seidler (1995) N = 220
Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht	2.65 ± 1.05	2.98 ± 1.05	2.41 ± 0.97	< 0.001	s	3.03 ± 0.94
Lernerfahrung und Einsicht	2.34 ± 1.0	2.55 ± 1.06	2.18 ± 1.01	< 0.001	s	2.80 ± 1.00
Zugang zum körperlichen Erleben und der eigenen Empfindung	2.91 ± 1.09	3.06 ± 1.18	2.80 ± 1.01	< 0.001	s	3.16 ± 0.94
Unzufriedenheit mit der Therapeutin	0.77 ± 0.76	0.68 ± 0.71	0.83 ± 0.79	0.007	s	0.74 ± 0.79
Unzufriedenheit mit der Gruppe	1.20 ± 1.14	1.11 ± 1.09	1.26 ± 1.18	0.098	ns	1.13 ± 1.13
Zurückhaltung und sich nicht verstanden fühlen	1.57 ± 1.10	1.45 ± 1.09	1.66 ± 1.10	0.009	ns	1.53 ± 1.13

1) Mann-Whitney-U-Test, $\alpha = 0,05$; 2) mit Bonferroni-Korrektur: ($\alpha^* = \alpha/6 = 0.0083$); s signifikant, ns nicht signifikant; 3) bei Seidler: PatientInnen mit stationärem Therapiesetting, Umskalierung zum Vergleich: 1,...,6 \Rightarrow 0,...,5 mit: 0: stimmt überhaupt nicht, 5: stimmt genau

öffnen, interpretieren. Diese Öffnungsbereitschaft ist in der ersten Stunde bei den Erfolgreichen deutlich, dann weiter ab der 7. Stunde.

Für die erfolgreichen PatientInnen folgt der Verlauf des Gruppenerlebens dem Modell von Hochgerner: nach einer Phase der Regression, in der unangenehme und schmerzliche Erfahrungen bewusst werden, können in der Progressionsphase neue Erfahrungen gemacht und neue Verhalten erprobt werden. Bei den weniger Erfolgreichen bleibt die Progression in der zweiten Behandlungshälfte aus (Abb. 4).

Unterschiede bei verschiedenen Behandlungsdauern

Die aufmerksame Beschäftigung mit der eigenen Leiblichkeit braucht Zeit. Erst nach einer Therapiephase von ca. 6 Wochen werden Veränderungen in den Kurven sichtbar. Da aber auch PatientInnen mit kurzen Behandlungsdauern die Klinik erfolgreich verließen, werden die Verlaufskurven nach Länge des Aufenthaltes differenziert.

Die klinische Erfolgsrate liegt bei Kurzbehandlungen von 6–7 Wochen (N = 4) bei 50%, bei Kurzbehandlungen von 8–10 Wochen (N = 11) bei 36,4%, bei den sog. Drei-Monats-Behandlungen von 11–14 Wochen (N = 25) bei 52% und bei den Verlängerungen bis 19 Wochen (N = 32) bei 44%.

Bei einem Vergleich der 6 Skalenmittelwerte des GEB-KBT in der ersten Behandlungshälfte finden sich keine Unterschiede zwischen den erfolgreichen und den weniger erfolgreichen PatientInnen (Mann-Whitney-U-Test, $\alpha=0.05$, α -Adjustierung für 6 parallele Tests: $\alpha^*=0.0083$), weder für die Kurzbehandlungen, die Drei-Monatsbehandlungen noch für die Verlängerungen.

Die erfolgreichen PatientInnen, die drei Monate behandelt wurden (N = 13) oder eine Verlängerung erhielten (N = 11), unterscheiden sich in den Skalenmittelwerten der Skalen 1–3 in der zweiten Behandlungshälfte signifikant von den weniger erfolgreichen (N = 12 bzw.

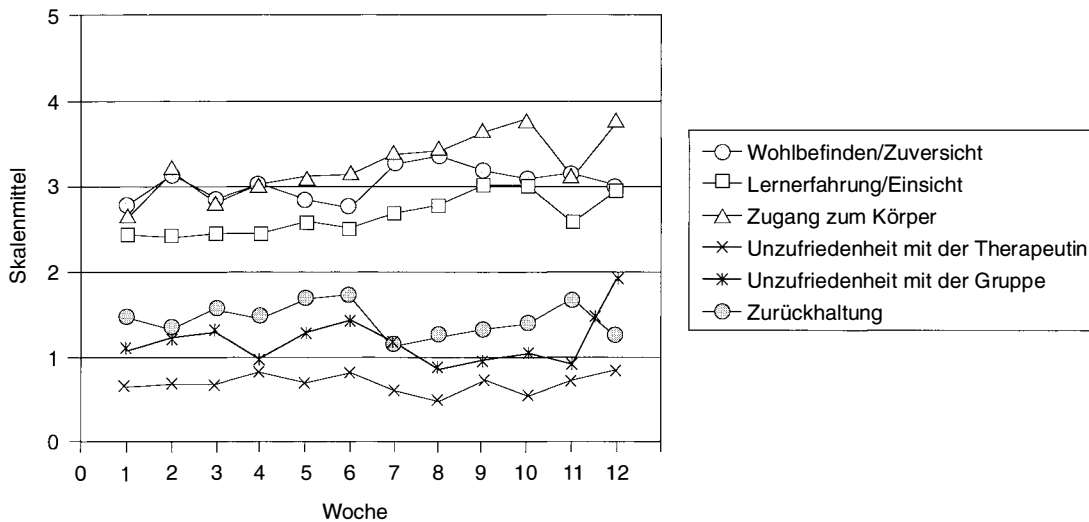


Abb. 3. Skalenmittelwerte pro Behandlungswoche der 6 GEB-KBT-Skalen im Therapieverlauf bei erfolgreichen PatientInnen (N = 32)

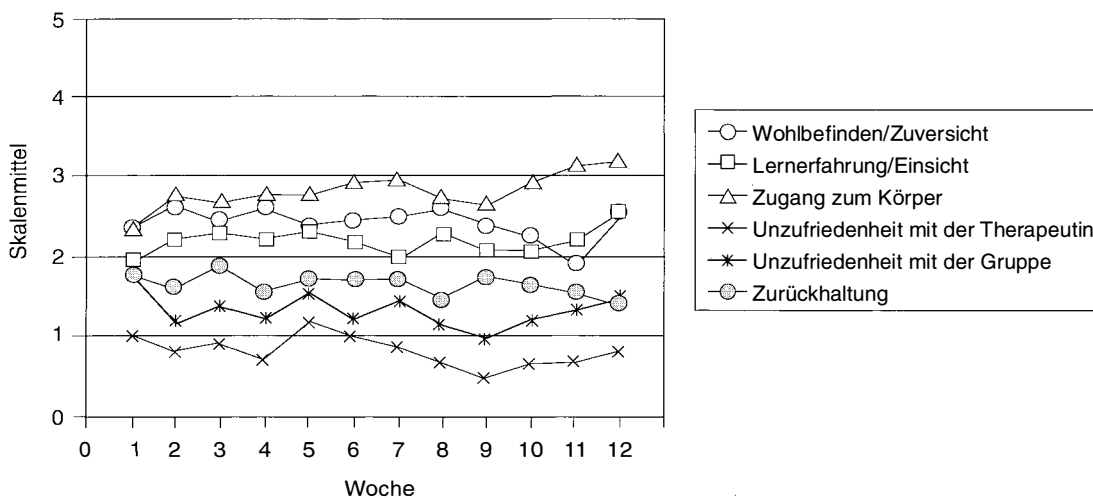


Abb. 4. Skalenmittelwerte pro Behandlungswoche der 6 GEB-KBT-Skalen im Therapieverlauf bei weniger erfolgreichen PatientInnen (N = 40)

N = 14): ihr körperliches Wohlbefinden verbessert sich, sie gewinnen mehr Einsichten und Zugang zum körperlichen Erleben, während die weniger Erfolgreichen hier einen leichten Rückgang erleben. In der zweiten Behandlungshälfte finden sich bei den erfolgreich kurz Behandelten (N = 4) Besserungen in den Skalen 1–3: sie gewinnen mehr Zugang zu ihrem Körper, entwickeln mehr körperliches Wohlbefinden und Zuversicht, sie erleben mehr Lernerfahrung und Einsicht als die weniger Erfolgreichen (N = 7). Diese Unterschiede sind allerdings nicht statistisch signifikant. Hier lässt sich diskutieren, ob diese PatientInnen auf dem Weg der Besserung waren und durch einen etwas längeren Aufenthalt deutlicher profitiert hätten (Tabelle 3).

Auch unter Berücksichtigung des Faktors Behandlungsdauer ist die positive Entwicklung des Körpererlebens und des therapeutischen Lernens in der KBT-Gruppe in der zweiten Behandlungshälfte für die klinisch erfolgreichen PatientInnen statistisch nachweisbar.

Diskussion

In dem Fallbeispiel wird sichtbar, wie über aufmerksame Körperwahrnehmung und Handeln ein innerer Konflikt leibhaftig erlebt und bewusst werden kann. Empirisch sind in der KBT-Gruppe Körpererleben und Lernerfahrungen korreliert. Klinischer Behandlungserfolg in der stationären Psychotherapie geht einher mit einer Besserung von Körperwahrnehmung, Körperakzeptanz und Einsicht. Der für die KBT theoretisch

beschriebene Wirkzusammenhang des therapeutischen Prozesses als ein über die Leiblichkeit vermittelter (Stolze, 1984; Cserny, 1989; Pokorny, 1996) lässt sich hier durch die Selbstbeschreibungen der PatientInnen im GEB-KBT bestätigen. Der GEB-KBT hat sich in dieser Studie als Instrument bewährt, das methodenspezifische Effekte im Behandlungsprozess abbildet. Als nächste Aufgabe entsteht nun die Untersuchung der Frage, ob mit dem GEB-KBT Unterschiede zwischen verbalen und leiborientierten Gruppen und ob differentielle Wirkungen verschiedener körpertherapeutischer Verfahren im GEB-KBT gefunden werden können.

Das Körpererleben der diagnosengemischten Gruppe stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer PatientInnen ist bei Behandlungsbeginn schwer beeinträchtigt. Sie erleben und nehmen ihren Körper negativ wahr und haben wenig Vertrauen in ihren Körper und sind im Ausmaß des Missempfindens mit Stichproben von anorektischen PatientInnen vergleichbar (Strauß und Richter-Appelt, 1996). Die stationäre Therapie bewirkt Änderungen im leibhaftigen Erleben, die mit dem klinischen Behandlungserfolg einher gehen. Gleichzeitig konnte hier auch gezeigt werden, dass der FBek geeignet ist, therapeutische Veränderungen im Prä-Post-Vergleich abzubilden.

Die Frage, wie die verschiedenen therapeutischen Angebote einer Station zusammenwirken, konnte hier nicht untersucht werden. Da im integrativen stationären Setting die verschiedenen Behandlungskomponenten ineinandergreifen, kann von der Besserung des Körpererlebens

Tabelle 3. Skalenwerte des GEB-KBT, Vergleich der ersten und zweiten Behandlungshälfte bei Erfolgreichen und weniger Erfolgreichen bei unterschiedlichen Behandlungsdauern (N = 64) (Mittelwerte und Standardabweichungen)

Skala	Behandlungsdauer	Woche 1–6			Woche 7–Ende		
		Erfolgreiche	weniger Erfolgreiche	p-Wert	Erfolgreiche	weniger Erfolgreiche	p-Wert
Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht	lang	2.70 ± 1.03	2.36 ± 0.79	0.046	2.89 ± 0.98	2.21 ± 0.85	0.000*
	mittel	3.12 ± 1.07	2.74 ± 0.98	0.017	3.56 ± 1.09	2.60 ± 1.08	0.000*
	kurz	2.82 ± 1.49	2.51 ± 0.91	0.14	3.83 ± 0.66	3.32 ± 0.95	0.38
Lernerfahrung/Einsicht	lang	2.44 ± 0.96	2.32 ± 0.92	0.395	2.73 ± 0.93	2.09 ± 0.97	0.000*
	mittel	2.51 ± 1.14	2.36 ± 0.77	0.183	2.94 ± 0.97	2.20 ± 0.95	0.000*
	kurz	2.16 ± 1.11	2.11 ± 0.86	0.50	3.01 ± 1.18	2.62 ± 1.18	0.69
Zugang zum körperlichen Erleben und Empfindungen	lang	2.82 ± 0.88	2.71 ± 1.03	0.493	3.45 ± 0.96	2.90 ± 0.88	0.001*
	mittel	3.25 ± 1.37	3.01 ± 0.93	0.029	3.63 ± 1.18	2.86 ± 1.14	0.002*
	kurz	2.86 ± 1.26	2.71 ± 1.04	0.96	3.61 ± 1.16	3.56 ± 0.81	0.69
Unzufriedenheit mit der Therapeutin	lang	0.79 ± 0.85	0.78 ± 0.64	0.453	0.82 ± 0.81	0.78 ± 0.67	0.847
	mittel	0.60 ± 0.68	0.88 ± 0.81	0.033	0.48 ± 0.49	0.59 ± 0.63	0.615
	kurz	0.59 ± 0.60	0.95 ± 0.88	0.12	0.46 ± 0.25	0.25 ± 0.39	0.13
Unzufriedenheit mit der Gruppe	lang	1.32 ± 1.22	1.08 ± 1.09	0.298	1.41 ± 1.21	1.37 ± 0.99	0.874
	mittel	1.02 ± 1.01	1.19 ± 1.36	0.960	0.79 ± 1.00	1.12 ± 1.02	0.118
	kurz	1.06 ± 1.04	1.75 ± 1.20	0.03	0.56 ± 0.91	0.61 ± 0.80	0.86
Zurückhaltung sich nicht verstanden fühlen	lang	1.90 ± 1.11	1.68 ± 1.02	0.118	1.52 ± 1.10	1.61 ± 0.97	0.686
	mittel	1.27 ± 1.09	1.61 ± 1.15	0.064	0.86 ± 0.99	1.61 ± 1.24	0.009
	kurz	1.30 ± 1.15	1.70 ± 1.02	0.12	1.67 ± 1.12	1.22 ± 0.54	0.51

p-Werte: Mann-Whitney-U-Test. *Signifikant mit $\alpha = 0,05$ und Bonferroni-Korrektur $\alpha^* = \alpha/6 = 0,0083$; Behandlungsdauer: *Lang* Verlängerungen; *mittel* 3-Monats-Behandlungen; *kurz* 8–10 Wochen

bei Behandlungsende nicht rückgeschlossen werden, dass dies allein der KBT geschuldet ist. Über die Art und Weise der Wirkung von kombinierten Settings liegen bisher kaum differenzierte Forschungsergebnisse vor (Hoffmann und Hochapfel, 1999). Carl et. al. (1985) fanden, dass therapeutisch relevante Themen zuerst in der KBT-Gruppe auftauchten und dann in die Gesprächsgruppe kamen. Dieser Zusammenhang wird auch bei Mattke und Schreiber-Willnow (1988) beschrieben, allerdings auch die andere Reihenfolge beobachtet. Das Fallbeispiel oben demonstriert, dass ein Thema sich zuerst im Leiblichen äußert, um dann in die Sprache zu kommen. Schmidt (1994) weist darauf hin, dass Körperausdruck und Sprache zwei Formen der Symbolisierung sind, in denen ein Mensch sich darstellt, wobei die präsentative Symbolisierung (in der Gebärde oder im Bild) gleichzeitig mehrere Aspekte des Innenlebens ausdrücken kann, während die Sprache als diskursive Form der Symbolisierung eine zeitliche lineare Ordnung einhalten muss. So ließe sich verstehen, dass Bilder und Körpersprache dem verbalen Ausdruck vorausgehen.

Empirisch ließ sich hier für die Erfahrungen innerhalb der KBT-Gruppe mit den gegebenen Mitteln zunächst nur eine Korrelation vom Zugang zur Leiblichkeit und Einsicht nachweisen. Eine noch laufende Studie über stationäre Gruppenprozesse, in der die analytische Gruppe videoaufgezeichnet wurde und die KBT-Gruppe protokolliert, könnte zu dieser Frage mehr Aufschluss geben.

Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist, dass PatientInnen wenig negative Erfahrungen mit der Gruppe und der Therapeutin äußern. In der KBT steht die Bearbeitung von negativen Übertragungen nicht im Vordergrund. Die Strukturierung durch das KBT-Angebot und die aktivere Gesprächsführung durch die Therapeutin schaffen einen angstfreieren Raum, was den Erwartungen vielen, vor allem schwerer gestörter PatientInnen entgegenkommt und einen Einstieg in eine therapeutische Arbeit erleichtert. Auf dieser Basis ist dann eine Konfrontation mit der eigenen Leiblichkeit möglich und hilfreich.

Der Leibhaftige ist in der deutschen Sprache der Teufel. Die Assoziation Leib = Teufliches verdanken wir einer christlichen Strömung von Leib- (und Frauen-) feindlichkeit, die über lange Jahrhunderte wirksam war. Leibhaftige Begegnung findet in der prallen Fülle der leiblichen Existenz – nicht nur in einer geistigen Welt – statt. Sie kann in der therapeutischen Situation zu einer Integration von Anteilen führen, die in den Körper abgespalten oder verdrängt waren und sich als Symptome Raum schafften. Indem diese Anteile gespürt und benannt werden dürfen, verlieren sie ihre Symptomqualität und bekommen eine Bedeutung in der Lebensgeschichte der PatientInnen. In diesem Sinne kann KBT als leiborientiertes Verfahren im integrativen stationären Setting ihren heilsamen Beitrag leisten.

Literatur

- Badura-MacLean E, Stolze H (1981) Der „Stuttgarter Bogen“ in der Konzentrativen Bewegungstherapie – Evaluierung und Anwendbarkeit. *Gruppenpsychother Gruppensyndyn* 17: 96–109
- Becker H (1989) *Konzentrativer Bewegungstherapie*, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Beckmann D, Brähler E, Richter HE (1991) Der Gießen Test (GT), ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Huber, Bern
- Bensch M, Mattke D (1996) Vorstellung eines stationären Gruppenkonzepts im psychotherapeutischen Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung von Zeitgrenzen. In: Hennig H, Fikentscher E, Bahrke U, Rosendahl W (Hrsg) *Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis*. Pabst Science Publishers, Lengerich, S 374–380
- Carl A, Fischer-Antze J, Gaedtker H, Hoffmann SO, Wendler W (1985) Vergleichende Darstellung gruppenspezifischer Prozesse bei KBT und analytischer Gruppentherapie. *Gruppenpsychother Gruppensyndyn* 21: 52–72
- Cserny S (1989) *Das Leib-Seele-Problem. Entwicklungspsychologische Grundlagen einer körperorientierten Therapie am Beispiel der KBT*. Dissertation, Salzburg
- Eckert J (1996) Gruppenerfahrungsbogen (GEB). In: Strauß B, Eckert J, Tschuschke V (Hrsg) *Methoden der empirischen Gruppentherapie*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 160–171
- Franke G (1995) SCL-90-R. Die Symptom Checklist von Derogatis. Deutsche Version. Beltz-Test, Weinheim
- Hochgerner M (1995) Regression und Progression in der mittelfristigen stationären psychosomatischen Psychotherapie. In: Hochgerner M, Wildberger E (Hrsg) *Psychotherapie in der Psychosomatik*. Fakultas, Wien, S 84–99
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1999) *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*, 6. Aufl. Schattauer, Stuttgart New York
- Horowitz L, Strauß B, Kordy H (1994) *Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version*. Beltz-Test, Weinheim
- Küchenhoff J (1992) Einige Dimensionen des vergessenen Körpers in Psychoanalyse und Psychosomatik. *PPmP* 42: 24–30
- Mattke D, Schreiber-Willnow K (1988) Analytische Gruppentherapie und KBT in der stationären Gruppentherapie. *Konz Bewegungstherapie* 16: 24–38
- Pokorny V, Hochgerner M, Cserny S (1996) *Konzentrativer Bewegungstherapie*. Fakultas, Wien
- Schmidt E (1994) Sprechen und Bewegen. Zulassungarbeit zur Lehrbeauftragtenprüfung im DAKBT. Selbstverlag Buschhoven
- Schmidt E (1999) Zwischen Verkörperung und Versprachlichung – die Konzentrativer Bewegungstherapie als gruppen-therapeutische Methode. *Konz Bewegungstherapie* 30: 66–73
- Schreiber-Willnow K (2000) Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Konzentrativen Bewegungstherapie. *Psychosozial*, Gießen
- Seidler KP (1995) Das Gruppenerleben in der Konzentrativen Bewegungstherapie. *Gruppenpsychother Gruppensyndyn* 31: 159–174
- Stolze H (Hrsg) (1984) *Die Konzentrativer Bewegungstherapie, Grundlagen und Erfahrungen*. Mensch und Leben, Berlin
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M (1994) *Stationäre Langzeitgruppentherapie*. Asanger, Heidelberg
- Strauß B, Eckert J (1994) Dimensionen des Gruppenerlebens: zur Skalenbildung des Gruppenerfahrungsbogens. *Z Klin Psychol* 23: 188–201
- Strauß B, Richter-Appelt H (1996) Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK). Hogrefe, Göttingen
- Strauß B, Eckert J, Tschuschke V (Hrsg) (1996) *Methoden der empirischen Gruppentherapie*. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Tschuschke V (1993) *Wirkfaktoren stationärer Gruppentherapie*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Tschuschke V (1996) Prozess- Ergebnis- Zusammenhänge und Wirkfaktorenforschung. In: Strauß B, Eckert J, Tschuschke

- V (Hrsg) Methoden der empirischen Gruppentherapiefor-
schung. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 52–76
- Yalom ID (1975) The theory and practice of group psycho-
therapy. Basic Books, New York (dt 1989/1994 Piper, Mün-
chen)
- Zielke A (1990) Kontentratve Bewegungstherapie – Bezie-
hungserfahrungen in der stationären Psychotherapie. In:
Hellwig A, Schoof M (Hrsg) Psychotherapie und Rehabi-

litation in der Klinik. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttin-
gen, S 60–67

Korrespondenz: Dr. rer. medic. Karin Schreiber-Willnow,
Rhein-Klinik, Krankenhaus für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie, Luisenstraße 3, D-53604 Bad Honnef,
Bundesrepublik Deutschland;
E-mail: Schreiber-Willnow.Rhein-Klinik@Johanneswerk.de

*Dr. rer. medic. Dipl.-Math. Karin Schreiber-Willnow, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Therapeutin für Konzen-
trative Bewegungstherapie an der Rhein-Klinik Bad Honnef. Forschungsschwerpunkte: stationäre Gruppentherapie,
KBT. Mitglied im DAKBT, DKPM.*