

Karin Schreiber-Willnow

Körper-, Selbst- und Gruppenerleben
in der stationären Konzentrativen Bewegungstherapie

Reihe »Forschung psychosozial«

Karin Schreiber-Willnow

Körper-, Selbst- und
Gruppenerleben in der
stationären Konzentrativen
Bewegungstherapie

Psychosozial-Verlag

*meinem Mann Christian
und meinen Töchtern Sophie und Leoni*

Die vorliegende Studie wurde 1999 als Dissertation
an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
eingereicht und angenommen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über „<http://dnb.d-nb.de>“ abrufbar.

3., korrigierte Auflage 2010
© 2000 Psychosozial-Verlag
Walltorstr. 10, 35390 Gießen
Tel.: (06 41) 96 99 78-18, Fax: (06 41) 96 99 78-19
E-mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte, insbesondere das des auszugsweisen Abdrucks
und das der fotomechanischen Wiedergabe, vorbehalten.

Umschlagabbildung: Hiroshige Andô (1797–1858):
„Die Wirbel von AWA“ (Ausschnitt)

Printed in Germany
ISBN 978-3-8379-2050-5

Vorwort zur dritten, korrigierten Auflage

Es ist ungewöhnlich, dass eine empirische Forschungsarbeit nach 10 Jahren nochmals aufgelegt wird, aber diese Arbeit hat Konsequenzen gehabt, die das rechtfertigen mögen. Ihr Erscheinen verhalf der KBT in Österreich zu ausreichender wissenschaftlicher Fundierung, so dass die KBT dort seit dem Jahr 2000 als wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkanntes Therapieverfahren praktiziert werden kann.

In einer 2-Jahres-Katamnese konnte gezeigt werden, dass die Besserungen im Körpererleben stabil waren (Schreiber-Willnow, K., Seidler, K.-P.: Katamnestiche Stabilität des Körpererlebens nach stationärer Gruppenbehandlung mit Konzentrativer Bewegungstherapie. *Psychother Psych Med* 2005; 55: 370-377).

Die Entwicklung der Neurobiologie, vor allem der Forschungen zum impliziten und expliziten Gedächtnis, scheint die Bedeutung des Körpererlebens, wie sie von körperpsychotherapeutischer Theorie postuliert wurde, für die Psychotherapie zu bestätigen.

Und schließlich: es gibt immer noch zu wenige Forschungsarbeiten zur Körperpsychotherapie, so dass die wenigen vorhandenen auch verfügbar sein sollen.

Köln, im Januar 2010

Karin Schreiber-Willnow

Danksagungen

Mein Dank für das Zustandekommen dieser Arbeit gilt an erster Stelle den PatientInnen, die bereit waren, für diese Studie Auskunft über sich und ihr Erleben in vielfältigen Fragebögen zu geben.

Ich danke Dr. Dankwart Mattke, der die Durchführung meiner Studie an der Rhein-Klinik Bad Honnef förderte und wohlwollend begleitete, sowie Professor Dr. Volker Tschuschke, der an der Universität zu Köln meine Arbeit betreute. Dank für die fachkundige Unterstützung von Professor Dr. Bernhard Strauß (Jena) und Professor Dr. Jochen Eckert (Hamburg).

Ich danke meinen KollegInnen aus dem Team der Station IV der Rhein-Klinik: Dr. Irene Lademacher, Margit Bensch, Hans Weyhing, Antje Holland, Helga Adelt, Dr. Jörg Henne, Dr. Ulrich Kröckert, Udo Dackweiler und Anke Bartels, Regine Beydemüller, Karin Brücken, Annette Joerdens, Heike Magee, Anja Teetzen, Thomas Prömpers und Doris Thiele.

Ich danke den KBT-KollegInnen für ihre fachliche und kollegiale Unterstützung: Evelyn Schmidt, Katrin Paehler, Ingrid Krause, Brigitte Urban, Doris Werner, Christa Hammerich, Henrike Schulte, Sylvia Straub, Renate Meyer und Barbara Gierden-Charura, Dr. Sylvia Cserny und Dr. Klaus-Peter Seidler.

Zuletzt und am meisten danke ich meinem Mann Christian Willnow, der mir als kompetenter Gesprächspartner half, meine Gedanken zu ordnen. Ich habe seine große Geduld oft sehr strapaziert. Ich danke meinen Töchtern Sophie und Leoni, die es aushalten mußten, daß ihre Mutter manchmal dieser wissenschaftlichen Herausforderung mehr Aufmerksamkeit als ihnen widmete.

Köln, März 2000

Karin Schreiber-Willnow

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur dritten, korrigierten Auflage	5
Danksagungen	6
Vorwort	13
1 Einleitung	15
1.1 Einordnung in die aktuelle Psychotherapie-Forschung	17
2 Grundlagen der KBT	23
2.1 Historische Entwicklung	23
2.2 Definition	24
2.2.1 Leiborientiert	25
2.2.2 Wahrnehmung und Bewegung im Gestaltkreis	
Victor von Weizsäcker	28
2.2.3 Ordnung und Chaos	31
2.3 Stolz Fundierung der KBT als psychotherapeutische Methode	33
2.4 Neurobiologische Fundierungen für den Ansatz der KBT gemäß Damasio	35
2.4.1 Wie kommt diese Körpererinnerung zustande?	36
2.4.2 Wieso ist die Wahrnehmung von Körperempfindungen therapeutisch hilfreich?	38
2.4.3 Empfindungen	39
2.4.4 Somatische Marker	40
2.4.5 Descartes' Irrtum	41
2.5 Der Beitrag der Affekttheorie nach Krause	42
2.5.1 Nonverbale Interaktionsprozesse	42
2.5.2 Beziehungsrelevantes Verhalten	43
2.5.3 Affekte	44
2.5.4 Die Bedeutung der Affekttheorie für die KBT	45
2.5.5 Lokomotionswünsche als Teil jeden Affekts	46

2.6	Der Einbezug der Entwicklungspsychologie Piagets in die theoretische Fundierung der KBT durch Cserny	46
2.6.1	Bedeutung für der therapeutischen Ansatz der KBT	47
2.7	Die psychoanalytische Fundierung der KBT durch Becker	49
2.7.1	Ausgangspunkt	49
2.7.2	Entwicklungspsychologische Grundlegung	50
2.7.3	KBT und Spiel	52
2.7.4	Sprache, Verbalisieren	53
2.7.5	Symbol und Prozeß des Symbolisierens	54
2.7.6	Agieren	54
2.7.7	Übertragung in der KBT	55
2.8	Die Bedeutung der Säuglingsforschung für das Entwicklungsmodell der KBT	56
2.8.1	Entwicklungsthemen in den ersten drei Lebensjahren	57
2.8.2	Bedeutung für die KBT	58
2.9	Leiblichkeit und Sprache. E. Schmidts Ansatz der Symbolischen Transformation nach Langer	59
2.9.1	Symbolische Transformation	59
2.9.2	Bedeutung für die KBT	60
2.9.3	Leiblichkeit	62
2.10	Leitlinien zum therapeutischen Ansatz der KBT	64
3	Konzentrierte Bewegungstherapie im stationären Rahmen	65
3.1	KBT als Gruppentherapie in der Klinik	65
3.2	Die Rolle der Gruppenleiterin	66
3.2.1	Die körperliche Dimension von Erfahrung	67
3.2.2	Der Umgang der PatientInnen mit sich und anderen	68
3.2.3	Der Ebenenwechsel zwischen Leiblichem und Verbalem	69
3.3	Phasen des KBT-Gruppenprozesses	70
3.3.1	Erste Phase: Vertrauen	70
3.3.2	Zweite Phase: Regression	70
3.3.3	Dritte Phase: Progression	71
3.3.4	Vierte Phase: Abschied	72

4	Empirische Ergebnisse	73
4.1	Empirische Ergebnisse zur KBT	73
4.2	Empirische Ergebnisse zur stationären Gruppentherapieforschung	76
4.2.1	Ergebnisforschung	77
4.2.2	Prozeß-Ergebnis-Forschung	78
4.2.3	Spezifische oder unspezifische Wirkfaktoren?	80
4.3	Konsequenzen für das Studiendesign	82
5	KBT im integrativen stationären Setting	84
5.1	Das Behandlungskonzept der Station	84
5.1.1	Forschungsaktivitäten	87
5.2	KBT-Behandlungskonzept	88
6	Die Studienfragestellung	90
6.1	Studienhypothesen	91
6.1.1	Hypothese 1: Das Körpererleben verändert sich im Laufe der KBT bei klinisch erfolgreichen PatientInnen in eine klinisch günstige Richtung	91
6.1.2	Hypothese 2: Die Veränderung des Körpererlebens unterscheidet sich nicht in den zwei verschiedenen Settings	92
6.1.3	Hypothese 3: Die therapeutische Beziehung zur KBT-Therapeutin unterscheidet sich in den beiden Settings	92
6.1.4	Hypothese 4: Der Behandlungserfolg ist abhängig von der Bereitschaft, sich in den ersten Behandlungswochen in der KBT-Gruppe einzulassen und sich zu öffnen	93
6.1.4	Hypothese 5: Der Verlauf des Gruppenerlebens unterscheidet sich bei mehr und weniger erfolgreichen PatientInnen	93
7	Methoden	94
7.1	Studiendesign	94
7.2	Überblick über die Untersuchungsinstrumente	95
7.3	Erfolgsmaße	95
7.4	Klinische und statistische Relevanz	96

7.5	Die Erhebungsinstrumente im Einzelnen	97
7.5.1	Die Symptom-Check-Liste (SCL-90)	97
7.5.2	Gießen-Test (GT)	100
7.5.3	Globale Beurteilung des Behandlungserfolgs durch die Therapeuten	101
7.5.4	Individuelle Therapiezielskalierung	102
7.5.5	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)	102
7.5.6	Gruppeneinteilung	104
7.6	KBT-spezifische Erhebungsmethoden	105
7.6.1	Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek)	105
7.6.1.1	Das Leiberleben im FBek	107
7.6.2	Globale Beurteilung der KBT-spezifischen Veränderungen	110
7.6.3	Der Gruppenerhebungsbogen für die KBT (GEB-KBT)	111
7.6.4	Das Leib-Erleben-Grid	115
7.6.4.1	Grundgedanken der Theorie der persönlichen Konstrukte	115
7.6.4.2	Konstruktion des Leiberleben-Grids	117
7.6.4.3	Erläuterungen zu den Grid-Elementen	117
7.6.4.4	Auswertung des Grid	121
7.6.4.5	Praktische Durchführung der Grid-Erhebung	122
7.7	Statistische Auswertung	123
7.7.1	Gruppenvergleiche	124
7.7.2	Effektstärken	125
7.7.3	Korrelationen	125
7.7.4	Trend-Untersuchungen	125
7.7.5	Statistische Auswertung der Grids	127
8	Ergebnisse	129
8.1	Beschreibung der Studiengruppe	129
8.1.1	Vergleich der Settings	133
8.2	Gießen-Test	135
8.3	SCL-90	136
8.4	IIP	138
8.5	Therapieziele der PatientInnen	139
8.6	Globale Beurteilung des Befindens	140

8.7	Einteilung in zwei Erfolgsgruppen	141
8.7.1	Unterscheiden sich die Erfolgsgruppen in anderen Variablen?	141
8.8	Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)	143
8.8.1	Das Körpererleben im FBeK	143
8.8.2	Unterscheiden sich erfolgreiche und weniger erfolgreiche PatientInnen im Körpererleben?	144
8.8.3	Welchen Einfluß haben die verschiedenen Settings auf die Veränderung des Körpererlebens?	146
8.9	Verändern sich die Körper- und Selbstrepräsentanzen während der stationären Behandlung unter KBT?	150
8.9.1	Globale Veränderung der Grids	150
8.9.2	Auswertung der Inter-Element-Distanzen	151
8.9.2.1	Distanzen der Ideal-Elemente	151
8.9.3	Distanzen zwischen Ideal- und Real-Elementen	153
8.9.3.1	Distanz D1: Ich mit meinen Beschwerden – Ideal	153
8.9.3.2	Distanz D3: Ich, wie ich bin – Ideal	153
8.9.3.3	Distanz D7: Meine Weiblichkeit/Männlichkeit körperlich – Ideal	153
8.9.3.4	Distanz D9: Der Boden unter meinen Füßen – Ideal	154
8.9.3.5	Distanz D10: Meine Haltung der Welt gegenüber – Ideal	154
8.10	Beurteilung des KBT-spezifischen Erfolges	155
8.11	GEB-KBT	155
8.11.1	Globale Ergebnisse	156
8.11.2	Skaleninterkorrelationen	157
8.11.3	Ergebnisse der ersten Gruppenstunde	158
8.11.4	Analyse der Gruppenverläufe	159
8.11.4.1	Skala 1: Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht	161
8.11.4.2	Skala 2: Lernerfahrung und Einsicht	161
8.11.4.3	Skala 3: Zugang zum körperlichen Erleben und den eigenen Empfindungen	163
8.11.4.4	Skala 4: Unzufriedenheit mit der Therapeutin und Unbehagen	163
8.11.4.5	Skala 5: Unzufriedenheit mit der Gruppe	164
8.11.4.6	Skala 6: Zurückhaltung, sich nicht verstanden fühlen	166

8.11.5	Unterschiede bei verschiedenen Behandlungsdauern	167
8.11.5.1	Drei-Monats-Behandlungen	167
8.11.5.2	Verläufe bei Verlängerungen	169
8.11.5.3	Kurze Behandlungen (8–10 Wochen)	173
8.12	Resultate bezüglich der Studienhypothesen	174
8.12.1	Hypothese 1: Das Körpererleben verändert sich im Laufe der KBT bei klinisch erfolgreichen PatientInnen in eine klinisch günstige Richtung	174
8.12.2	Hypothese 2: Die Veränderung des Körpererlebens unterscheidet sich nicht in den zwei verschiedenen Settings	175
8.12.2.1	Varianzanalytische Auswertung	175
8.12.3	Untersuchung von Trends in den Verlaufskurven	178
8.12.4	Hypothese 3: Die therapeutische Beziehung zur KBT-Therapeutin unterscheidet sich in den Settings A und B	179
8.12.5	Hypothese 4: Der Behandlungserfolg ist abhängig von der Bereitschaft, sich in den ersten Behandlungswochen in der KBT-Gruppe einzulassen und zu öffnen.	180
8.12.6	Hypothese 5: Der Verlauf des Gruppenerlebens unterscheidet sich bei mehr und weniger erfolgreichen PatientInnen	181
8.13	Zusammenfassung der Ergebnisse	182
9	Diskussion	183
9.1	Klinischer Behandlungserfolg	183
9.2	KBT-spezifische Ergebnisse (Prä-Post)	184
9.3	Prozeß-Ergebnisse	188
9.4	Vergleich der Settings	191
9.5	Weitere Konsequenzen aus der Studie	193
9.6	Methodische Perspektiven	194
10	Zusammenfassung	196
	Literaturverzeichnis	198
	Anhang	207

Vorwort

Die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) ist ein in Deutschland in psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kliniken weit verbreitetes körperorientiertes psychotherapeutisches Verfahren, das es gestatten soll, psychisch schwerer gestörten Patienten über ein sensibilisiertes Körpererleben und eine verbesserte Körperwahrnehmung an ihre eigentlichen Gefühle und Affekte im Zusammenhang mit ungelösten Problemen und entwicklungspsychologischen Defiziten heranzuführen, um dann über das Gespräch Veränderungen und somit Wirksamkeit erzielen zu können. Die KBT ist – so die bisherigen Vermutungen - ein Zugangsweg zu chronisch gestörten oder somatisierenden Patienten, die sonst psychotherapeutisch schlecht erreicht werden können. Allerdings ist die KBT bisher nicht empirisch adäquat untersucht worden und somit empirisch kaum fundiert. Die Befundlage bezüglich methodisch guter, kontrollierter Studien ist bei der KBT sehr dürftig.

Nun ist es äußerst schwierig, eine wissenschaftlich akzeptable Studie durchzuführen, die methodische Grundanforderungen an interpretierbare Ergebnisse erfüllt, und die dennoch klinisch relevante Aussagen machen kann. Das heißt, Forschungsstudien zu psychotherapeutischen Verfahren im universitären Bereich sind praktisch nicht verwendbar, da sie in aller Regel zwar methodisch hoch anspruchsvoll sind, sprich eine Kontrollgruppe und Randomisierung von Probanden berücksichtigen, zumeist aber nicht die im realen klinischen Feld üblichen Patienten behandeln – und falls doch, dann in extrem kurzen Zeiträumen oder ohne speziell ausgebildete Therapeuten mit ausreichender klinischer Erfahrung arbeiten – mithin keine Aussagen über die alltägliche Praxis von ›realen‹ Therapeuten mit ›realen‹ Patienten in realistischen Therapiesettings gestatten.

Dieses Buch ist anders. Es berichtet von einer großen empirischen Studie über die Wirkweisen und die Behandlungseffekte von KBT im realen therapeutischen Setting mit üblicherweise ›anfallenden‹ Patienten. Zwar handelt es sich nicht um eine kontrollierte Studie – dies ist im alltäglichen psychotherapeutisch-psychosomatischen ›Versorgungsbetrieb‹ nicht leistbar. Dennoch handelt es sich um eine sehr anspruchsvolle empirische Arbeit, die nach höchstem methodischen Kenntnisstand durchgeführt wurde, in dieser Qualität und diesem Umfang für die KBT noch nicht

vorgelegt wurde und über die Qualität der meisten Arbeiten im Psychotherapie-Forschungsbereich – auch bei so genannten etablierten Verfahren – hinaus geht.

Der Autorin kommen in synergistisch sehr günstiger Weise ihre Kompetenzen als Diplom-Mathematikerin wie auch als langjährig praktizierende Psychotherapeutin in einer Psychotherapeutischen Klinik zugute. So war es ihr möglich, das Körpererleben der PatientInnen methodisch sauber zu operationalisieren und in Verbindung zum subjektiven Therapieerleben zu untersuchen. Dies alles konnte dann vor dem Hintergrund des objektiv berechneten Therapieerfolgs beziehungsweise -misserfolgs betrachtet werden.

Zum ersten Male ist es gelungen, empirisch Wirksamkeiten der KBT nachzuweisen. Körperwahrnehmung und Körpererleben unterscheiden sich bei wenig oder nicht erfolgreichen PatientInnen und erfolgreichen PatientInnen bedeutsam voneinander zum Abschluss der stationären Behandlung, nicht aber unmittelbar vor Beginn der stationären Behandlung. Damit ist der Zusammenhang zwischen verbessertem Körpererleben und verbesserter -wahrnehmung und Therapieeffekten empirisch belegt. Die Arbeit über die Methode der KBT hat demnach in Bereichen günstige Effekte erzielt, die sie zum Gegenstand ihrer Behandlung hat. Darüber hinaus war es möglich, nachzuweisen, dass diejenigen PatientInnen, die erfolgreich behandelt wurden, nicht nur Körperaspekte besser wahrnehmen und erleben konnten, sondern dass dies zugleich mit psychologisch günstigen Veränderungen in wichtigen intrapsychischen Strukturen einhergeht.

Die Anlage der Untersuchung erlaubte die Überprüfung zahlreicher psychologischer Aspekte der Persönlichkeiten der Patienten in Verbindung mit dem Behandlungsergebnis, so dass es sich insgesamt um eine äusserst differenzierte und abwägende Prozess-Ergebnis-Studie handelt, die in der Psychotherapieforschung generell sehr selten zu finden ist und für die KBT ein einzigartiges Dokument wissenschaftlicher Fundierung und ohne Parallele ist. Hinzu tritt noch eine umfangreiche philosophisch-psychoanalytische und entwicklungspsychologische Einleitung, die der gesamten Arbeit eine Einordnung ermöglicht, die zu lesen Spaß macht.

Insofern kann man sogar von einer Pionierarbeit auf dem Feld der Psychotherapieforschung sprechen, die dennoch hoch spannend ist. Ich wünsche dem Buch die ihm gebührende Verbreitung.

Köln, Januar 2000

Prof. Dr. V. Tschuschke