

**Greifen und Be-greifen:
Fragen und Beobachten - Forschung zur KBT**
Vorlesungsreihe in Erinnerung an den Gründer der
Konzentrativen Bewegungstherapie Prof. Helmuth Stolze

PD Dr.phil., Dipl.-Psych. Klaus-Peter Seidler

G1-Vortrag, 26. April 2006, im Rahmen der
56. Lindauer Psychotherapiewochen 2006 (www.Lptw.de)

Sehr geehrte Damen und Herren, nachdem Sie in den vergangenen Tagen viel über die therapeutische Praxis in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) gehört haben, freue ich mich, Ihnen heute etwas über die Forschung zur KBT berichten zu dürfen, über die *Fragen*, denen in empirischen Studien nachgegangen wurde und über die Ergebnisse, die *beobachtet* wurden. Ich hoffe, dass es mir gelingen wird trotz der Zahlen, um die wir dabei nicht herum kommen werden, Ihnen aus einer anderen Perspektive als die von Fallberichten und therapietheoretischen Konzepten das Wesen der KBT *begreifbar* zu machen, so dass deren Bedeutung als körperorientiertes Therapieverfahren für Sie *greifbar* wird.

Dass ich an dieser Stelle etwas zur Forschung berichten kann, ist keineswegs selbstverständlich. Wie Sie wahrscheinlich alle wissen, wird die Forschung in den körperorientierten Psychotherapieverfahren eher stiefmütterlich behandelt. Gründe für die Abneigung körperorientierter Psychotherapeuten, ihre therapeutische Arbeit empirisch zu überprüfen, lassen sich in der häufig fehlenden akademischen Tradition dieser Verfahren und der sie ausübenden Therapeuten finden sowie in deren Vorbehalt, dass ein empirischer Forschungszugang das durch Unmittelbarkeit im Erleben und intuitives therapeutisches Handeln gekennzeichnete therapeutische Geschehen sowohl stören als auch nicht adäquat erfassen kann. Als ich vor ca. fünfzehn Jahren meine erste Fragebogen-Erhebung zum Gruppenerleben in der KBT machte, erhielt ich von Herrn Prof. Stolze einen wohlwollenden Brief, der aber auch skeptische Töne anklingen ließ. Ich zitiere aus diesem Brief (Stolze, 1992):

*Grundsätzlich habe ich ja meine Zweifel bezüglich der empirischen Therapiefor-
schung, da "die Wirklichkeiten ... langsam und unbeschreiblich ausführ-
lich" sind (Rilke in den "Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge"), denn -
so sagt er vorher - : "Es ist alles aus so vielen einzigen Einzelheiten zusam-
mengesetzt, dass sie sich nicht absehen lassen." Das soll Sie nicht entmuti-
gen im Verfolg Ihrer Bemühungen, denn Sie müssen bei meinem Einwand in
Rechnung stellen, dass ich 75 Jahre alt bin.*

Trotz dieser weisen „Alters-Skepsis“ gegenüber empirischer Forschung hat Herr Prof. Stolze die Forschungsbemühungen zur KBT immer unterstützt. Er war treuer Teilnehmer der jährlich stattfindenden KBT-Forschungswerkstatt. In der Diskussion dort war es ihm immer wieder ein wichtiges Anliegen an die For-

schung, dass diese den Patienten in der KBT als jemanden erfasst, der „in Bewegung“ ist – und dies meinte er sowohl ganz konkret als auch im übertragenem Sinne. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang natürlich auch, dass Herr Prof. Stolze Ende der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts selbst eine Forschungsarbeit zur KBT initiiert hat (Badura-MacLean & Stolze, 1981). „Untersuchungsobjekt“ waren u.a. Ihre Vorgänger, d.h. die damaligen Teilnehmer der analytischen und KBT-Selbsterfahrungsgruppen bei den Lindauer Psychotherapiewochen. Untersucht wurde damals anhand eines Fragebogens zum Stundenerleben, den Stuttgarter Bogen, ob sich in analytischen und KBT-Selbsterfahrungsgruppen das Selbsterleben der Teilnehmer unterscheidet. Vielleicht nicht ganz überraschend für Sie, konnte tatsächlich ein Unterschied festgestellt werden: Die Teilnehmer der KBT-Selbsterfahrungsgruppen fühlten sich wohler und erlebten sich aktiver sowie mit größerer Selbststärke. In diesem Ergebnis zeichnet sich schon ein Charakteristikum der KBT ab, da sich hier auch wesentliche Therapieziele der KBT widerspiegeln. Ich werde später auf diese zu sprechen kommen.

Lassen Sie mich noch mal auf das Verhältnis von körperorientierter Psychotherapie und Forschung zurückkommen. Angesichts der Anforderungen zur Qualitätskontrolle in der ambulanten und stationären Psychotherapie sowie der Diskussion zur Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren im Zusammenhang mit dem so genannten Psychotherapeutengesetz wissen auch Körperpsychotherapeuten inzwischen: Forschung tut Not! Dabei sollte es m.E. nicht nur um den angemahnten Nachweis der Wirksamkeit körperorientierter Psychotherapie gehen. So lässt die Vielfalt körperorientierter Therapieverfahren und der verwendeten körperbezogenen Interventionsverfahren wie etwa Anleitung zur Körperwahrnehmung, Massage, freie Tanzimprovisation, verstärkte Atmung oder das Einnehmen körperlicher Stresspositionen die Frage nach der differenziellen Indikation aufkommen. Nicht alles dürfte für jeden Patienten geeignet sein. Angesichts des psychisch „invasiven“ Charakters einzelner dieser Interventionsmethoden kommt der Klärung der Kontraindikation eine große Bedeutung zu. Die Forschung zur Wirkung körperorientierter Psychotherapie sollte demnach nicht nur eine Erfolgsforschung, sondern auch eine explizite Misserfolgsvorschau sein. Es gilt zu überprüfen, inwieweit auch Therapieschäden evoziert werden können oder ob es sich bei der angeblichen Gefährdung von Patienten durch körperorientierte Psychotherapie vielmehr nur um ein Märchen handelt, bei dem der Therapeut als gerissener Wolf mit gefährlichem Interventionsbeißwerk unter dem Deckmantel der Psychotherapie aus reiner Selbstsucht über Patienten herfällt, die ihm wie Schafe schutzlos ausgeliefert sind.

Kommen wir nun zur KBT-Forschung. Ich werde Ihnen zunächst einen kurzen Überblick zur Geschichte der KBT-Forschung geben, um mich dann folgenden Forschungsfragestellungen zuzuwenden:

- (1) Wie sieht die Praxis der KBT aus?
- (2) Gibt es eine therapeutische Identität der KBT?
- (3) Wie stellt sich die Wirksamkeit der KBT dar?
- (4) Für welche Patienten ist die KBT indiziert?
- (5) Weist die KBT spezifische Wirkfaktoren auf?

Abschließend werde ich einen Ausblick zur KBT-Forschung geben.

Geschichte der KBT-Forschung

Zunächst also zur Geschichte der KBT-Forschung. Deren Ursprung ist bereits bei der „Urmutter“ der KBT, Elsa Gindler, zu finden. Ihr war es ein großes Anliegen, die Ergebnisse ihrer Arbeit für Außenstehende zu dokumentieren. So wurden von ihr Fotoaufnahmen gemacht, um die Veränderung durch ihre Art der „Körpererziehung“ aufzuzeigen (vgl. Ludwig, 2002, S. 126ff.). Die eigentlich erste Forschungsarbeit zur KBT ist auf das Jahr 1961 zu datieren. Quasi im Sinne von Grundlagenforschung zur KBT untersuchte Joachim-Ernst Meyer damals die neurophysiologischen Effekte konzentrativer Entspannungsübungen nach Elsa Gindler. Mit Hilfe des Elektromyogramms konnte er eine überschwellige Aktivierung der Motoneurone des Rückenmarks feststellen. Dieser von ihm als „Tonisierung“ bezeichnete Effekt interpretierte er als Beleg dafür, dass eine „konzentrierte Haltung“ anders als z.B. eine passive Haltung wie beim Autogenem Training durch die Intensivierung des Körperraumbildes zu einer gesteigerten Aktionsbereitschaft führt.

Eine breitere Forschungsaktivität zur KBT ist aber erst seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts zu verzeichnen. Bis Ende 2005 lagen 38 Arbeiten vor, in denen empirische Befunde zur KBT berichtet werden (Seidler et al., 2001; Seidler et al., im Druck)¹. Bei 14 von ihnen handelt es sich allerdings um so genannte graue Literatur, d.h. insbesondere unveröffentlichte Diplomarbeiten und Dissertationen. Nicht ganz ohne Stolz möchte ich in diesem Zusammenhang erwähnen, dass in den vergangenen Jahren insbesondere die Tätigkeit der Forschungsgruppe des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT), deren Mitglied ich bin, zu einigen Veröffentlichungen geführt hat. Die Forschungsgruppe wurde 1999 ins Leben gerufen. Ihre Aufgabe war es zunächst, den Status quo der empirischen Forschung zur KBT zu bestimmen. Dies mündete 2001 in eine Übersichtsarbeit, die in der Zeitschrift PSYCHOTHERAPEUT erschien (Seidler, 2001). Seit dem Jahr 2000 führt die Forschungsgruppe jährlich eine Forschungswerkstatt durch. Bis 2004 erfolgte dies in Zusammenarbeit mit der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Ulm unter der Leitung von Herr Prof. Kächele und seit 2005 in Zusammenarbeit mit der Rhein-Klinik Bad Honnef unter der Leitung von Herrn Dr. Vandieken. Die Forschungswerkstatt findet bei den KBT-Therapeutinnen² eine gute Resonanz. Etwa 40 KBT-Therapeutinnen treffen sich hier regelmäßig, um mit externen ausgewiesenen Referenten aus der Forschung und auch Referenten aus dem eigenen Kreis zum einen forschungsrelevante Themen zu erörtern, wie Therapieziele oder Prozessdiagnostik in der KBT, und zum anderen aktuelle Forschungsprojekte zu diskutieren. Dies hat m.E. dazu geführt, dass bei KBT-Therapeutinnen die früher verbreitete Skepsis oder auch Ablehnung gegenüber Forschung inzwischen einer interessierten Aufgeschlossenheit gewichen ist.

¹ Eine Kurzbeschreibung dieser Arbeiten ist auf der Homepage des DAKBT im Internet einsehbar (www.dakbt.de/archiv/emp_lit.html). Über die Bibliotheks- und Dokumentationsstelle des Österreichischen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT; c/o Regula Hetzel, Oskar-Jascha-Gasse 99, A-1130 Wien) können diese Arbeiten auch bezogen werden.

² Wenn ich in Folgendem immer von KBT-Therapeutinnen spreche, so hängt dies damit zusammen, dass es sich bei den KBT-Therapeuten in der deutlich überwiegenden Mehrheit um Frauen handelt.

Praxis der KBT

Vielen von Ihnen dürfte die KBT vor allem als so genanntes adjuvantes Gruppentherapieverfahren in der stationären Psychotherapie bekannt sein. Die Praxis der KBT ist darauf aber keineswegs beschränkt, wie wir in einer Untersuchung aus dem Jahr 2002 zeigen konnten (Seidler, Schreiber-Willnow, Hamacher-Erbguth & Pfäfflin, 2002). Von den damals 458 angeschriebenen Mitgliedern des DAKBT beteiligten sich gut zwei Drittel (68%) an unserer Fragebogenerhebung. 62% der Antwortenden gaben an, psychotherapeutisch tätig zu sein. Auf diese 191 Personen beziehen sich die folgenden Ergebnisse.

Zunächst: Was lässt sich zur „typischen“ KBT-Therapeutin sagen? Tatsächlich handelt es sich zu 85% um Frauen. Über 50% von ihnen weisen mehr als 10 Jahre Berufserfahrungen auf. Vom Grundberuf her kommen sie meist aus dem pädagogischen Bereich (31%) und der Krankengymnastik (23%); Ärztinnen und Psychologinnen sind dagegen deutlich weniger vertreten (18%). KBT-Therapeutinnen arbeiten keineswegs nur in Institutionen (37%), insbesondere hier in psychosomatischen und psychotherapeutischen Kliniken (59%), sondern häufig auch ambulant in freier Praxis (40%; 23% sowohl in Institution als auch freier Praxis).

Welches Behandlungssetting kommt in der Regel zur Anwendung? Wenig überraschend ist, dass in freier Praxis gut die Hälfte der KBT-Therapeutinnen (53%) nur im Einzeltherapie-Setting arbeiten. Dies kommt in der stationären Behandlung wohl selten vor (6%), aber doch über die Hälfte der KBT-Therapeutinnen (56%) arbeitet sowohl im Gruppen- als auch Einzeltherapie-Setting.

Da Sie wahrscheinlich wohl kaum eine klare Vorstellung davon haben, wie sich die KBT in freier Praxis darstellt, nun einige Zahlen dazu. Wir hatten die KBT-Therapeutinnen zu näheren Angaben bezüglich desjenigen Patienten, der zuletzt bei ihnen regulär eine Gruppen- oder Einzelbehandlung abgeschlossen hatte, befragt. Es ergab sich folgendes Bild: 63% der Behandlungen wird von den Patienten selbst finanziert. Als ergänzendes Psychotherapieverfahren wird die KBT eher als Gruppenbehandlung genutzt: 55% der Gruppentherapie-Patienten waren parallel zur ihrer KBT-Behandlung (zumindest zeitweise) in weiterer psychotherapeutischer Behandlung. Für die meisten Einzeltherapie-Patienten (76%) trifft dies hingegen nicht zu. Auch von Patientenseite her ist eine hohe Affinität von Frauen zur KBT zu verzeichnen. Der Anteil von 86% weiblicher Patienten liegt deutlich über entsprechenden Zahlen anderer Untersuchungen zur ambulanten Psychotherapie, die bei etwa 62% bis 73% liegen (z.B. Eckert & Wuchner, 1994; Gudat, 1997; Leuzinger-Bohleber et al., 2001).

Behandelt werden in freier Praxis sämtliche psychotherapieindikative Störungen, insbesondere depressive Störungen (Einzeltherapie: 39%, Gruppentherapie: 27%), Neurosen (Angst-, Zwangs- und Konversionsstörungen; 28% bzw. 27%) sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen (25% bzw. 27%). Die KBT ist somit keineswegs nur auf die Behandlung so genannter psychosomatischer Erkrankungen, für die häufig eine Indikation zur körperorientierten Psychothe-

rapie in der Literatur gesehen wird, beschränkt, obgleich Patienten mit einer solchen Diagnose einen nicht unerheblichen Teil der Behandlungen in freier Praxis ausmachen. Fasst man unter psychosomatische Störungsbilder die somatoformen Störungen, die psychosomatischen Organerkrankungen und die Verhaltensstörungen mit somatischen Folgeerkrankungen (Essstörungen) zusammen (Willke & Hautzinger, 2000), so weisen 37% der Gruppentherapie-Patienten und 47% der Einzeltherapie-Patienten eine solche Diagnose auf.

Vielfach vertreten körperorientierte Psychotherapeuten die Auffassung, dass körperbezogene psychotherapeutische Arbeit gegenüber rein verbaler Psychotherapie zu einer Beschleunigung des Therapieprozesses und damit auch zu kürzeren Behandlungszeiten führt (z.B. Green, 1983). Wie sieht dies nur für die KBT-Einzeltherapien in freier Praxis aus? Die Hälfte der Patienten hat die Behandlung innerhalb von 50 Kontakten abgeschlossen. Die Behandlungsdauer von KBT liegt somit im Rahmen des für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von den Krankenkassen vorgesehenes Behandlungskontingents. Sie fällt nicht wesentlich kürzer aus als wie für die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Bei diesem rein verbalen Verfahren beendet die Hälfte der Patienten innerhalb von 61 Kontakten die Behandlung erfolgreich (Eckert & Wuchner, 1994). Ähnlich wie bei der Gesprächspsychotherapie zeigen sich zudem in der KBT für Ess- und Persönlichkeitsstörungen eher längere Behandlungszeiten (Median 105 bzw. 100). Ein interessantes Nebenergebnis stellt der Befund dar, dass anders als in der Gesprächspsychotherapie, die Behandlung von Frauen länger dauert. Während die Hälfte der Patientinnen ihre Behandlung innerhalb von 60 Kontakten abschließt, tut die Hälfte der männlichen Patienten dies innerhalb von 27 Kontakten. Mit der Frage, ob die KBT so gesehen mehr „Frauensache“ ist, werden wir uns im Zusammenhang mit den Befunden zur Indikation beschäftigen.

Ging es bislang um die „äußeren“ Merkmale der KBT-Praxis, so soll nun ein Blick darauf geworfen werden, was genau in der KBT passiert. Hierzu liegen bislang kaum empirische Befunde vor. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass bislang keine Systematik der Interventionsformen vorliegt, die eine Beschreibung der Vorgehensweise der KBT-Therapeutinnen ermöglichen würde. Prinzipiell lassen sich verschiedene Interventionsschwerpunkte unterscheiden. So stellt „Körperarbeit“ mit dem Ziel der Differenzierung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas sowohl in der Therapietheorie der KBT als auch in anderen körperorientierter Psychotherapieverfahren einen wesentlichen Interventionsschwerpunkt dar. Mit der Entwicklung der KBT zu einem psychotherapeutischen Verfahren ist zudem verstärkt der handelnde Umgang des Patienten mit sich selbst, Gegenständen und anderen Menschen und das damit einhergehende emotionale Erleben ins Zentrum des therapeutischen Interesses gerückt (Becker, 1997). Die KBT unterscheidet sich damit von anderen mehr funktional orientierten körpertherapeutischen Verfahren, wie der Eutonie (Alexander, 1977) oder der Feldenkrais-Methode (Feldenkrais, 1977). Es stellt sich somit die Frage, welcher Stellenwert den einzelnen Interventionsschwerpunkten in der gegenwärtigen Praxis der KBT. Ergebnisse einer von mir durchgeführten Untersuchung zur KBT-Gruppenbehandlung (Seidler, 2002) liefern hierzu erste Hinweise.

In dieser Untersuchung schätzten die KBT-Therapeutinnen auf einer Skala zum Ende der jeweiligen Gruppenstunde ein, in welchem Ausmaß sie bestimmte Interventionsschwerpunkte verfolgt hatten. Für 105 Gruppenstunden ambulanter und stationärer Therapiegruppen lagen die Einschätzungen der Therapeutinnen vor. Es zeigt sich, dass KBT-Therapeutinnen in der Gruppenarbeit vor allem die Selbst-Wahrnehmung (auf einer Skala von „0 = gar nicht“ bis „3 = überwiegend“: $M = 2.6$), die Wahrnehmung des Beziehungsverhaltens und -erlebens ($M = 2.4$) sowie den Selbst-Ausdruck ($M = 2.4$) fokussieren. Eine offene Angebotsformulierung ($M = 1.7$), die dem Einzelnen bzw. der Gruppe Freiraum gibt, Eigenes zu entwickeln, wird nicht so häufig vorgenommen. Ebenso zielen KBT-Angebote weniger häufig auf eine Differenzierung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas ($M = 1.7$) sowie auf die Wahrnehmung des eigenen körperlichen Ausdrucks bzw. des körperlichen Ausdrucks anderer Gruppenteilnehmer ($M = 1.8$), d.h. der Körper selbst ist häufig gar nicht Zentrum des therapeutischen Bemühens. Fazit: In ihrer Methodik hat sich die KBT von ihren bewegungspädagogischen und –therapeutischen Grundlagen hin zu einem erlebnisorientierten Psychotherapieverfahren entwickelt. Inwieweit dies aber die Gefahr birgt, dass das spezifische Potential der Körperarbeit aus dem Blick gerät, wird uns im Zusammenhang mit der Wirkungsweise der KBT beschäftigen.

Identität der KBT

KBT-Therapeutinnen sind wie andere Körperpsychotherapeuten davon überzeugt, dass ihr körperorientiertes Verfahren Besonderheiten aufweist, wodurch es sich von den etablierten verbalen Psychotherapieverfahren deutlich unterscheidet. Trotz dieses Abgrenzungsbestrebens sehen sich KBT-Therapeutinnen aber auch in der Tradition tiefenpsychologischer Konzepte. So wurde auf der letzten KBT-Forschungswerkstatt kontrovers diskutiert, ob die Tiefenpsychologie der KBT ein geeignetes konzeptionelles Dach für Diagnostik und therapeutische Methodik bieten kann. Empirisch lässt sich ein Zugang zur Identität der KBT finden, indem man die KBT-Therapeutinnen befragt, ob sie sich einem der therapeutischen Paradigmen verpflichtet fühlen oder indem man untersucht, inwieweit sie sich in den von ihnen verfolgten Therapiezielen sowie der Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung von anderen Therapieverfahren unterscheiden. In einer Untersuchung der Forschungsgruppe des DAKBT (Seidler et al., 2003b) analysierten wir die Angaben von 91 KBT-Therapeutinnen, die sich auf Initiative von Rudolf Kost an einer internationalen Fragebogenerhebung zur beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten des Collaborative Research Network beteiligt hatten. Die Ergebnisse konnten mit denen einer internationalen Stichprobe von 2376 Psychotherapeuten (42% aus Deutschland, 13% aus den USA, 11% aus der Schweiz; vgl. Ambühl & Orlinsky, 1999; Ambühl et al., 1997; Orlinsky et al., 1996) verglichen werden.

Demnach zeigt sich: KBT-Therapeutinnen orientieren sich mehr als andere Psychotherapeuten an zwei therapeutischen Theoriesystemen (16% vs. 9%) oder haben eine eklektische, auf kein bestimmtes Theoriesystem bezogene therapeutische Orientierung (28% vs. 12%). Knapp die Hälfte der KBT-Therapeutinnen (47%) weisen eine (humanistisch) modifizierte analytische Orientierung auf. Sehen wir uns die Therapieziele der KBT-Therapeutinnen an:

Von 15 vorgegebenen Therapiezielen, die allerdings allesamt nicht den Körper thematisieren, werden von der Mehrzahl der KBT-Therapeutinnen folgende als wichtig angesehen: (a) Ein starkes Selbstwert- und Identitätsgefühl zu haben (66% der KBT-Therapeutinnen), (b) unterdrückte oder abgetrennte Aspekte der Erfahrung zu integrieren (52%) und (c) den Mut zu entwickeln, sich auf neue oder bisher vermiedene Situationen einzulassen (51%). Es handelt sich hierbei um Therapieziele, die in dieser Kombination ebenso von Therapeuten mit psychoanalytischer oder humanistischer Orientierung häufig genannt werden, aber nicht von Therapeuten mit verhaltenstherapeutischer oder systemischer Orientierung (Ambühl & Orlinsky, 1999). Ein Unterschied zu den Therapeuten psychoanalytischer bzw. humanistischer Orientierungen zeigt sich hingegen (für mich überraschenderweise) darin, dass "das Erleben von Gefühlen ganz zulassen" als wichtiges Therapieziel von KBT-Therapeutinnen deutlich weniger genannt wird (22%) als von diesen (40% bzw. 60%). Denkbar ist, dass sich die Erlebnisorientierung in der therapeutischen Arbeit sowohl bei der KBT als auch bei anderen körperorientierten Verfahren weniger in der Entwicklung des emotionalen Erlebens als vielmehr in der Entwicklung des Körpererlebens als favorisiertes Therapieziel äußert (Carl, 2000). Dieses fand aber in der vorgegebenen Therapieziel-Liste keine Berücksichtigung.

Welche Idealvorstellungen verfolgen KBT-Therapeutinnen hinsichtlich der therapeutischen Beziehungsgestaltung? Wie auch andere Psychotherapeuten (vgl. Ambühl et al., 1997) möchten KBT-Therapeutinnen in ihrer Arbeit mit Patienten natürlich akzeptierend, tolerant, warmherzig, freundlich, engagiert, beteiligt, intuitiv, effizient und geschickt (mehr als 70% der KBT-Therapeutinnen) sein. Aber mehr als andere Therapeuten streben KBT-Therapeutinnen gegenüber ihren Patienten sowohl eine beschützende als auch kritische Haltung an (59% bzw. 55% vs. 15-49%). Weniger als andere Therapeuten hingegen halten KBT-Therapeutinnen eine rezeptive Haltung für wichtig (31% vs. 50-69%). Mit den psychoanalytischen und humanistischen Therapeuten teilen KBT-Therapeutinnen die Betonung eines beteiligten und intuitiven Arbeitsstils (mehr als 85%). Hingegen stimmt ihr professionelles Selbstideal für folgende Charakteristika in den Ausprägungen eher mit dem von verhaltenstherapeutisch und systemisch orientierten Psychotherapeuten überein: Fast sämtliche KBT-Therapeutinnen möchten gegenüber ihren Patienten freundlich sein (89%), sie z.T. aber auch herausfordern (51%) bzw. fordern (32%). Daraus scheint sich für KBT-Therapeutinnen ein Spannungsverhältnis zu ergeben, das sich in ähnlicher Weise zeigt, wenn man diese Idealvorstellungen zur therapeutischen Beziehung damit vergleicht, wie die KBT-Therapeutinnen ihren tatsächlichen Beziehungsstil einschätzen.

Zunächst lässt sich, ähnlich wie bei anderen Psychotherapeuten (vgl. Orlinsky et al., 1996), eine große Übereinstimmung in den Angaben zum idealen und tatsächlichen Beziehungsstil feststellen. Diskrepanzen (Differenzen, die mehr als 10% betragen) sind für folgende Beziehungsaspekte zu verzeichnen: KBT-Therapeutinnen erleben sich ebenso wie andere Therapeuten häufig als sorgend ohne dies aber in so deutlichem Ausmaß auch anzustreben. Anders als andere Therapeuten beschreiben KBT-Therapeutinnen zudem ein tatsächliches Rollenverhalten, das gegenüber ihrem Ideal-Selbstbild durch eine stärkere fordernde, pragmatische und rezeptive Beziehungsgestaltung sowie geringere kri-

tische Haltung gekennzeichnet ist. In der Psychotherapeuten-Stichprobe hingegen ist das tatsächliche Rollenverhalten im Vergleich zum Ideal-Selbstbild durch geringere Effizienz, Geschick und Feinsinnigkeit und mehr Permissivität und beschützendes Verhalten geprägt.

Während bei Therapeuten anderer Verfahren sich somit im Vergleich von Ideal- und Real-Selbstbild hinsichtlich der therapeutischen Beziehungsgestaltung u.a. Zweifel hinsichtlich der eigenen therapeutischen Technik (Effizienz, Geschick und Feinsinnigkeit) abzeichnen, spielt dies für KBT-Therapeutinnen keine Rolle. Letztere scheinen eher mit einer inneren Ambivalenz bezüglich einer fordernd-kritischen Haltung in der therapeutischen Beziehungsgestaltung beschäftigt zu sein. Ähnlich, wie Therapeuten der handlungs- und lösungsorientierten verhaltenstherapeutischen und systemischen Verfahren, geht es den KBT-Therapeutinnen darum, ihre Patienten zur Entdeckung und Nutzung ihrer Handlungsfähigkeit herauszufordern. Dies scheint aber in einem Spannungsverhältnis dazu zu stehen, dem Patienten in einer beschützend-freundlichen Weise im Sinne einer "primären Mütterlichkeit" begegnen zu wollen, wie dies insbesondere in der körperorientierten Psychotherapie strukturell ich-gestörter Patienten für erforderlich erachtet wird (Budjuhn, 1992).

Zusammenfassend lässt sich Folgendes feststellen: In ihrem Selbstverständnis weisen die KBT-Therapeutinnen zum einen große Gemeinsamkeiten mit analytisch und humanistisch orientierten Therapeuten auf. Da es KBT-Therapeutinnen auch ein großes Anliegen ist, den Patienten in seiner Handlungsfähigkeit zu fördern, ergeben sich zum anderen auch Gemeinsamkeiten mit den verhaltenstherapeutischen und systemischen Verfahren. Es erscheint gerade diese Konfiguration zu sein, die die Identität der KBT ausmacht: Das therapeutische Anliegen, Patienten in ihrem Selbstgefühl in der Weise zu stärken, dass sie sich zum einen besser verstehen und zum anderen wieder als handlungsfähig erleben können. Aus diesem umfassenden Anliegen im therapeutischen Selbstverständnis ergeben sich aber möglicherweise auch typische Gefährdungen im Identitätserleben: Das Erfahren von Beschränkungen im therapeutisch Machbaren und damit der eigenen therapeutischen Wirksamkeit muss vielleicht von daher von KBT-Therapeutinnen eher ausgeblendet werden. Auch führt das Verfolgen der verschiedenen therapeutischen Anliegen offenbar häufig dazu, dass KBT-Therapeutinnen zwischen kritisch-fordernder versus beschützend-freundlicher Beziehungsgestaltung schwanken, womit sich eine besondere Anforderung an Integrationsleistung für das Identitätserleben ergibt.

Wirksamkeit der KBT

Gemäß den Standards der Psychotherapieforschung muss die Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens im Rahmen eines experimentellen Designs nachgewiesen werden, d.h. anhand einer Studie, in der die Patienten eines speziellen Therapieverfahrens mit den Patienten einer so genannten Kontrollgruppe, die eine andere oder gar keine Behandlung erhalten hat, verglichen werden. Die Zuordnung der Patienten zur Kontrollgruppe und zum untersuchten Therapieverfahren sollte dabei (idealerweise) randomisiert, d.h. zufällig erfolgen. Für die KBT liegen bislang vier kontrollierte Therapiestudien vor

(Kehde, 1994; Röper, 2002; Weber et al., 1994; Wernsdorf, 1998); bei drei dieser Studien erfolgte die Zuweisung der Patienten randomisiert. Einschränkungen in der methodischen Qualität sowie Probleme in der Durchführung dieser Studien dürften dazu geführt haben, dass nur eine dieser Studien veröffentlicht wurde und es sich bei den anderen um so genannte graue Literatur handelt.

Dennoch finden sich in diesen Studien einige interessante Detailergebnisse. Teilnehmer von KBT-Selbsterfahrungsgruppen bzw. von Behandlungsgruppen in der Psychiatrie oder Psychosomatik weisen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine erhöhte spontane Aggressivität ($ES = 0.52$)³ und Makulinität (0.58) im Sinne von Selbstbehauptung sowie verminderte berufliche Versagensängste (0.60; Kehde, 1994), erniedrigte Impulskontrolle (0.16; Wernsdorf 1998), verbesserte Allgemeinbefindlichkeit (0.63 bzw. 0.38; Weber et al., 1994; Wernsdorf, 1998), weniger Beschwerden (0.55) und einen Rückgang von körperlichem Missempfinden (0.39; Weber et al., 1994) auf. Vom Ausmaß handelt es sich um Effekte von eher kleiner bis mittlerer Größe. Keine Effekte zeigen sich bei orthopädische Patienten mit chronischen Schmerzen. Mit aller Vorläufigkeit zeichnet sich somit ein Wirkungsprofil für die KBT bei Patienten mit psychischen Beschwerden sowie Menschen mit einem Anliegen nach Persönlichkeitsentwicklung ab. Demnach entfaltet die KBT ihre Wirksamkeit zum einen im Hinblick auf das subjektive (körperliche) Wohlbefinden und zum anderen im Hinblick auf ein erhöhtes Selbstbewusstsein (möglicherweise im Zusammenhang mit einer Über-Ich-Milderung).

Diese Effekte spiegeln wesentliche Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit in der KBT wider. So geht es in der KBT immer wieder darum, mit dem Patienten Wege des besseren Umgangs mit sich selbst zu erarbeiten. Wachsendes (körperliches) Wohlbefinden scheint Ergebnis dieser Arbeit zu sein. Mit Bezug auf Winnicott (1973) wird es in der KBT zudem für sehr wichtig gehalten, den Patienten darin zu unterstützen, dass er in der Behandlung für sich einen therapeutischen „Spielraum“ entwickeln kann, um Neues handelnd entdecken und ausprobieren zu können. Die Annahme erscheint plausibel, dass dies förderlich für die Entwicklung von Selbstbewusstsein und Milderung eines strengen Über-Ichs ist, wie es sich als Effekt von KBT-Behandlung abzeichnet. Ob KBT für orthopädische Patienten mit chronischen Schmerzen ein geeignetes Behandlungsangebot darstellen kann, lässt sich derzeit m.E. nicht abschließend beantworten. Die Autoren der diesbezüglichen Studie berichten, dass viele der orthopädischen Patienten auf die KBT-Gruppenbehandlung und die psychometrischen Erhebungsinstrumente, die zum Teil auf eine psychische Symptomatik abzielten, mit starken Vorbehalten reagierten, da sie eine „Psychologisierung“ ihre körperlichen Beschwerden befürchteten. Offenbar ist die KBT hier gefordert, ein Behandlungsmodell anzubieten, dass auf die Erwartungen orthopädischer Patienten abgestimmt ist.

³ Es wurden anhand der in den aufgeführten Studien angegebenen Daten nachträglich Effektstärken (ES) berechnet. Die Effektstärke ergibt sich aus der Differenz der Postmittelwerte von Versuchs- und Kontrollgruppe dividiert durch die Standardabweichung der Kontrollgruppe in der Prä-Messung.

Es gibt eine Reihe weiterer Untersuchungen, die wohl nicht dem Gold-Standard der Psychotherapieforschung für Wirksamkeitsstudien entsprechen, dennoch aber das Bild zur Wirksamkeit der KBT mit m.E. relevanten Befunden ergänzen. Da sind zunächst diejenigen Studien zu nennen, in denen Patienten gefragt werden, wie hilfreich sie die unterschiedlichen therapeutischen Angebote der stationären Psychotherapie für sich einschätzen. Sowohl zum Zeitpunkt des Behandlungsendes (Kordy et al., 1990; Wernsdorf, 1998) als auch drei bis sieben Jahre danach (Gathmann, 1990) wird die KBT von der Mehrzahl (53-70%) der Patienten psychosomatischer Kliniken als das hilfreichste therapeutischen (Gruppen-)Angebot eingeschätzt. Sie gehört damit neben verbaler Einzel- und Gruppentherapie zu den von den Patienten am meisten geschätzten therapeutischen Elementen stationärer Psychotherapie. Zudem erscheint die KBT als dasjenige Verfahren, das von den wenigsten Patienten (3%) als „nicht genügend“ beurteilt wird (Gathmann, 1990). Es zeigt sich aber auch, dass die Beurteilung der KBT in Abhängigkeit von Settingbedingungen, Geschlecht und Alter der Patienten zum Teil unterschiedlich ausfällt (Baumann, 1994; Cronjaeger, 1998; Wernsdorf, 1998; Zeeck et al., 2002). So wird körperorientierte Gruppenpsychotherapie mit KBT-Elementen nur von gut einem Viertel der Patienten in der zweiten Lebenshälfte hoch bewertet.

Auch von Klinikleitern wird die KBT sehr positiv eingeschätzt (Dietrich, 1995). Zwei Drittel von ihnen vertreten die Ansicht, dass die KBT von Bedeutung für die Psychotherapie ist. Hinsichtlich anderer körperorientierten Verfahren wird diese Beurteilung viel weniger geäußert, ohne dass ein Unterschied im Bekanntheitsgrad der Verfahren besteht.

Nicht ganz überraschend schätzen KBT-Therapeutinnen die Therapieerfolge in der KBT im Rahmen (teil-)stationärer Psychotherapie überwiegend positiv ein (Schreiber-Willnow et al., im Druck). Gemäß ihrem Urteil wurden 75-85% der KBT-spezifischen Therapieziele mindestens teilweise erreicht. Die Hälfte der Patienten hat ihrem Eindruck nach von der KBT sehr profitiert, etwa ein Drittel hat etwas profitiert. Bei einem Prozent der Patienten sehen sie Verschlechterungen. Für einen Teil der Patienten scheint die KBT ein schwieriges Behandlungsangebot darstellen: 17% der Patienten werden von den Therapeutinnen als wenig oder gar nicht „erfahrbereit“ eingeschätzt, und 33% der Patienten haben sich nur wenig oder gar nicht auf ein therapeutisches Gespräch einlassen mögen.

Auf eine spezifische Wirksamkeit der KBT weist folgender Befund aus einer Katamnese-Studie zur stationären Gruppenbehandlung mit KBT hin (Schreiber-Willnow & Seidler, 2005): Patienten, die im Verlauf der KBT-Gruppenbehandlung zu einem besseren Zugang zu ihrem körperlichen Erleben und den eigenen Empfindungen fanden, waren vor allem durch eine katamnestisch stabile Verbesserung des Körpererlebens gekennzeichnet.

Untersuchungen zur KBT-Einzelbehandlung sind bislang rar. In einer aktuellen Untersuchung, die wir durchgeführt haben (Seidler et al., in Vorbereitung), zeigen sich bei ambulanten Patienten nach dreimonatiger Behandlungszeit bereits recht erfreuliche Ergebnisse. Die anfänglich ausgeprägten Beschwerdewerte, die das Niveau stationärer Patienten erreichten, waren bereits im mäßi-

gen Ausmaß signifikant verbessert ($ES = 0.60$). Auch ergaben sich hoch signifikante Werte in der direkten Veränderungsmessung, in der die Patienten bei sich deutlich positive Veränderungen im Erleben und Verhalten konstatierten.

Welches Fazit lässt sich nun hinsichtlich der Wirksamkeit der KBT ziehen: Die bisherigen Studien erfüllen kaum die Anforderungen methodisch hochwertiger Wirksamkeitsforschung, so dass die hier geschilderten Befunde mit Vorbehalten zu versehen sind. Dennoch erscheinen mir die Ergebnisse ermutigend: Es zeichnet sich ein spezifisches Wirkungsprofil ab, das wesentliche Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit widerspiegelt. Hinweise darauf, dass die KBT als körperorientierte Methode in besonderem Ausmaß Patienten gefährdet und zu therapeutischen Misserfolgen führt, liegen nicht vor. Im Gegenteil: Die KBT erfreut sich im Allgemeinen großem Zuspruch bei den Patienten.

Indikation zur KBT

Unter Klinikern und in der Literatur finden sich häufig recht klare Vorstellungen darüber, welche Patienten man eine körperorientierte Psychotherapie zukommen lassen sollte. Letztlich handelt es sich um all diejenigen Patienten, bei denen man meint, dass es für sie gut sein könnte, einen (positiven) Zugang zu ihrem körperlichen Erleben zu bekommen. Dabei handelt es sich zum einen um solche, die den Therapeuten verbaler Psychotherapieverfahren zu „verkopft“ erscheinen und ihnen mit viel rationalisierendem Reden das Leben schwer machen. Zum anderen spüren Psychotherapeuten verbaler Verfahren häufig die Grenzen ihres Behandlungsansatzes bei Patienten mit einem sehr beeinträchtigten Körperleben, die sich auch gar nicht vom verbalen Behandlungsangebot „abgeholt“ fühlen mögen. Inzwischen weiß man aber aus der Psychotherapieforschung, dass sich die Indikation zu einem speziellen Behandlungsverfahren eher an den Ressourcen und nicht an den Defiziten eines Patienten ausrichten sollte (Grawe & Grawe-Gerber, 1999).

Wir sind in zwei Untersuchungen diesem Fragenkomplex nachgegangen (Schreiber-Willnow & Seidler, 2002; Seidler & Schreiber-Willnow, 2004). Wir überprüften, ob die Qualität des Körpererlebens und das Geschlecht des Patienten einen Einfluss auf Behandlungsverlauf und –ergebnis in der KBT hat, wobei hinsichtlich des Geschlechts ja das Vorurteil besteht, dass Männer insbesondere dazu neigen „verkopft“ zu sein. Angesichts der offensichtlichen Affinität von Frauen zur KBT, von der ich Ihnen ja bereits berichtet habe, stellten wir uns allerdings die Frage, ob KBT nicht vielmehr Frauensache sei.

Bei der Untersuchung dieser Frage wurde anhand des Gruppenerfahrungsboogens für die KBT (Seidler, 1995) erfasst, wie stationäre Psychotherapie-Patienten die KBT in jeder Gruppenstunde erlebt haben. Außerdem schätzte die KBT-Therapeutin am Ende der Behandlung anhand von Skalen ein, wieweit die Patienten sich hinsichtlich KBT-relevanter Merkmale (Körperwahrnehmung, Körpererleben, Symbolisierungsfähigkeit, Fähigkeit zur Versprachlichung) gebessert oder verschlechtert hatten. Anhand von Fragebögen, die zu Beginn und Ende der stationären Psychotherapie von den Patienten ausgefüllt wurden, sowie auf der Grundlage einer Beurteilung des Behandlungsergebnisses durch

den Einzeltherapeuten wurde der globale Behandlungserfolg für die stationäre Psychotherapie bestimmt. Insgesamt wurden 62 Patienten untersucht; bei 58 % von ihnen handelt es sich um Frauen.

Hinsichtlich des globalen Behandlungserfolgs und des Erfolgs in der KBT ergab die statistische Analyse, dass sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Männer und Frauen ausmachen lassen. Wenn schon Frauen und Männer sich im Behandlungsergebnis nicht unterscheiden, so stellt sich die Frage, ob sie zumindest im Behandlungsverlauf Unterschiede aufweisen. Um dies zu überprüfen, haben wir die Angaben im Gruppenerfahrungsbogen in Hinblick darauf ausgewertet, ob Unterschiede zu Beginn, zum Ende und im Gesamtverlauf der Behandlung bestehen: Gelangen z.B. Frauen schon zum Beginn der Behandlung und Männer dagegen erst zum Behandlungsende hin zu einem verbesserten Zugang zum körperlichen Erleben? Es zeigt sich nun aber, dass Frauen und Männer die KBT-Gruppenbehandlung recht ähnlich erleben. So werden von ihnen z.B. in gleichem Ausmaß Lernerfahrungen und Einsichten im Behandlungsverlauf gemacht sowie körperliches Wohlbefinden und Zuversicht erlebt.

Wir gingen außerdem der Frage nach, ob für Männer und Frauen möglicherweise in der KBT unterschiedliche therapeutische Wirkmechanismen zum Tragen kommen: Führen bei ähnlichem Erleben im Behandlungsverlauf und vergleichbarem Behandlungsergebnis bei den Männern und Frauen unterschiedliche "Wege nach Rom". Hiefür wurde das Gruppenerleben der Männer und Frauen unter Berücksichtigung des Behandlungsergebnisses miteinander verglichen. Die Ergebnisse zeigen nun, dass die Behandlungsverläufe von erfolgreichen vs. weniger erfolgreichen Patienten z.T. recht unterschiedlich ausfallen, wenn neben dem Geschlecht auch das Alter der Patienten in Rechnung gestellt wird. Zum Beispiel findet sich im Hinblick auf das Merkmal „Zugang zum körperlichen Erleben“ ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zum Behandlungserfolg nur bei älteren Männern: Die erfolgreichen Patienten berichten über einen vom Gesamtniveau her deutlich besseren Zugang zum eigenen Körper als die weniger erfolgreichen Patienten. Auch für die anderen Skalen des Gruppenerfahrungsbogens lassen sich einige differenzielle Ergebnisse zum Zusammenhang von Gruppenerleben und Behandlungserfolg nachweisen. Beispielsweise berichten ältere Frauen, die von der KBT profitieren, insbesondere von vermehrtem körperlichen Wohlbefinden und Zuversicht zum Behandlungsende. Hingegen weisen jüngere Frauen, die von der KBT profitieren, körperliches Wohlbefinden am Behandlungsanfang auf. Zudem ist bei ihnen von Bedeutung, sich vermehrt in die Gruppe einbringen zu können. Für jüngere Männer hängt ein positives Behandlungsergebnis in der KBT mit einem positiven interpersonellen Erleben über den gesamten Behandlungsverlauf zusammen.

Diese differenziellen Zusammenhänge von Gruppenerleben und Behandlungserfolg sind allesamt nicht auf Geschlechtseffekte alleine zurückzuführen. So bleibt zu konstatieren, dass sich Männer keineswegs schwerer mit der KBT tun als Frauen. Sicherlich gibt es auch den "typischen" Mann in der KBT, dem das "Hinspüren" sehr fremd ist und bleibt, und die "typische" Frau, die gerne der Einladung, sich auf den eigenen Körper zu besinnen, folgt. Wie unsere Ergebnisse belegen, handelt es sich hierbei aber eben nicht um die "typischen" im Sinne von "üblicherweise" in der KBT anzutreffenden Männer und Frauen. Die

Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen Erfahrungen im Behandlungsverlauf und Therapieergebnis verdeutlichen zudem, dass therapeutisches Handeln in Abhängigkeit von den Patienten unterschiedliche Wirkungsebenen ansprechen kann und sollte.

Auch das Körpererleben stellt kein Indikationskriterium für die KBT, wie wir in einer ähnlich angelegten Untersuchung ebenfalls nachweisen konnten (Seidler & Schreiber-Willnow, 2004): Patienten mit qualitativ sehr unterschiedlichem Körpererleben unterschieden sich weder im Behandlungserfolg, im Gruppenerleben noch hinsichtlich des Zusammenhangs von Behandlungserfolg und Gruppenerleben. So bestätigt sich auch für die KBT der Befund der Psychotherapieforschung (Garfield, 1994), dass einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen von Patienten in der Regel nur eine beschränkte indikative Bedeutung zukommt. Von größerer Relevanz für die Prädiktion des Behandlungserfolgs erweisen sich dagegen häufig Merkmale des Behandlungsverlaufs. Dies trifft auch für die KBT zu, wie ich Ihnen jetzt im Zusammenhang mit den Wirkungsfaktoren der KBT darlegen werde.

Wirkfaktoren der KBT

Aus der engen Verbundenheit von psychischem und körperlichem Erleben leitet sich der therapeutische Ansatz sämtlicher körperorientierter Psychotherapieverfahren ab. Demnach ergibt sich aus der Hinwendung zum körperlichen Erleben ein Zugang zum psychischen Erleben, das über diesen Weg auch in positiver Weise therapeutisch beeinflusst werden kann. Lässt sich dies nun auch empirisch nachweisen?

Ein Befund hierzu liefert die Untersuchung von Schreiber-Willnow (2000). Bei den 70 untersuchten stationären Psychotherapie-Patienten unterschieden sich die klinisch erfolgreichen Patienten in der KBT-Gruppenbehandlung von den weniger erfolgreichen darin, dass sie etwa ab der siebten Behandlungswoche ein verbessertes körperliches Wohlbefinden und vermehrte Zuversicht, zunehmende Lernerfahrungen und Einsichten, sowie einen besseren Zugang zum körperlichen Erleben und den eignen Empfindungen angaben. Positive Behandlungsergebnisse sind demnach dann zu verzeichnen, wenn sowohl allgemeine therapeutische Wirkfaktoren, wie Lernerfahrungen und Entwicklung von Zuversicht, als auch der Zugang zum körperlichen Erleben als methodenspezifischer Wirkfaktor zum Tragen kommen.

Die bereits erwähnte Untersuchung zu den Interventionsschwerpunkten der KBT-Therapeutinnen (Seidler, 2002) gibt auch Hinweise darauf, mit welchen Elementen der therapeutischen Methodik diese Wirkfaktoren der KBT-Gruppenbehandlung in Verbindung stehen. Für 35 Gruppenstunden lagen sowohl die Angaben der jeweiligen KBT-Therapeutin zum Interventionsschwerpunkt sowie die Angaben der Gruppenteilnehmer zu ihrem Gruppenerleben anhand einer revidierten Form des Fragebogens zum Gruppenerleben in der KBT (GEB-KBT) vor. Es zeigte sich, dass die Art des Interventionsschwerpunkts in den einzelnen Gruppenstunden keinen Einfluss darauf hatte, ob die Gruppenteilnehmer die Stunde für sich als produktiv erlebten, also z.B. neue Einsichten

gewonnen wurden. Hingegen berichten die Teilnehmer vermehrt von bedeutsamen Körpererfahrungen, wenn in der Gruppenstunde vor allem KBT-Angebote zur Differenzierung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas ($\rho = .41$) oder zur Wahrnehmung des eigenen körperlichen Ausdrucks oder desjenigen der anderen Gruppenteilnehmer ($\rho = .35$) im Vordergrund standen. Es bestätigt sich somit die Annahme der KBT, dass über die Förderung der Körperwahrnehmung bedeutsame Körpererfahrungen ermöglicht werden. Umso erstaunlicher ist vielleicht von daher der oben aufgeführte Befund, dass KBT-Therapeutinnen diesen Interventionsschwerpunkt gar nicht mehr in ihrer Arbeit so stark verfolgen. Man mag von daher den KBT-Therapeutinnen raten, sich ruhig wieder vermehrt ihren bewegungstherapeutischen und – pädagogischen Grundlagen zu besinnen. Interessant ist auch, dass die Beschäftigung mit dem Körperausdruck ebenfalls bedeutsame Körpererfahrungen befördert. Dieser therapeutische Zugangsweg zur Körpererfahrung, der insbesondere in der Tanztherapie Beachtung findet, könnte in der Arbeit von KBT-Therapeutinnen weiter elaboriert werden. Als weiterer Befund ergab sich, dass Gruppenteilnehmer weniger körperliches Unbehagen erlebten, wenn zum einen die KBT-Angebote eher offen formuliert waren ($\rho = -.41$), so dass dem Einzelnen Freiraum gegeben war, Eigenes zu entwickeln, oder zum anderen vor allem das Ausprobieren neuer Umgangsweisen mit sich selbst, mit anderen Gruppenmitgliedern oder mit Gegenständen angeregt wurde ($\rho = -.38$). Die Förderung von Explorationsverhalten – in der KBT sprechen wir hier von „Erfahrungsbereitschaft“ – erweist sich somit als eine gute therapeutische Methode, um einer ungünstigen Fixierung auf ein negatives Körpererleben entgegenzuwirken.

Um einen empirischen Zugang zu den Wirkfaktoren eines Psychotherapieverfahrens zu erhalten, ist es letztlich notwendig, die als relevant erachteten Prozessmerkmale genau zu beschreiben und möglichst gut zu operationalisieren. In den letzten Jahren haben wir versucht, in diesem Sinne bedeutsame Merkmale der Prozessdiagnostik in der KBT zu definieren (Seidler et al., 2003a) und als Fremdrating-Skalen zu operationalisieren. Es handelt sich um sieben Merkmale: (1) Fokussierung des Körperempfindens, (2) Bewegungsverhalten, (3) Körperbegrenzung mit den Aspekten soziale Nähe-Distanz-Regulation und körperliches Eigenerleben, (4) Symbolisierungserfahrung, (5) Körperbesetzung mit den Aspekten Zuneigung und Kontrolle/Dominanz, (6) Explorationsverhalten sowie (7) situative Selbstregulation. Wie schon aus der Benennung ersichtlich, bezeichnen einige dieser Merkmale recht komplexe Sachverhalte bzw. leiten sich aus recht abstrakten theoretischen Konzepten ab. Insofern ist es vielleicht nicht ganz erstaunlich, dass uns eine ausreichend reliable Operationalisierung bislang nicht gelungen ist (Schreiber-Willnow et al., 2005). Weitere konzeptuelle und methodische Feinarbeit wird noch nötig sein.

Ausblick

Zum Schluss ein kurzes Resümee und einer kurzer Ausblick. Wenngleich der Forschungsstand zur KBT im Vergleich zu den etablierten Psychotherapieverfahren als spärlich zu bezeichnen ist, so stellt sich die KBT im Spiegel empirischer Untersuchungen aber auch nicht mehr als Terra incognita dar. Trotz ei-

ner relativ kleinen Anzahl von Studien, die zudem teilweise methodische Einschränkungen aufweisen, lassen sich anhand der Ergebnisse empirisch abgesicherte Aussagen machen, vorläufige Schlussfolgerungen ziehen und Erfordernisse für zukünftige Forschung präzisieren. Forschung wird weiterhin vonnöten sein, wobei eher höhere Anforderungen an die Forschung zu stellen sind, wenn wir z.B. an die Notwendigkeit methodisch guter Wirksamkeitsstudien denken. Gute Forschung braucht aber auch entsprechende Rahmenbedingungen. Diese sehe ich für körperorientierte Psychotherapieverfahren in einer Zeit, in der ein vom Zeitgeist der Evidenzbasierung eingeeengtes Psychotherapieverständnis (Seidler, im Druck) dominiert, als kaum gegeben. Ein KBT-Ausbildungsinstitut mit Hochschulanbindung und Forschungsaufgaben könnte geeignete Rahmenbedingungen bieten, damit zum einen Forschung realisiert werden kann und zum anderen auch wissenschaftlicher Nachwuchs ausgebildet wird, der diese Forschungsaufgaben übernehmen mag.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

- Alexander, G. (1977): Eutonie als Verfahren somato-psychologischer Pädagogik, Rehabilitation und Therapie. In Petzold, H. (Hrsg.): *Psychotherapie und Körperdynamik. Verfahren psycho-physischer Bewegungs- und Körpertherapie* (2. erw. Aufl., 105-127). Paderborn: Junfermann.
- Ambühl, H. & D. Orlinsky (1999): Therapieziele aus der Perspektive der PsychotherapeutInnen. In Ambühl, H. & B. Strauß (Hrsg.): *Therapieziele* (319-334). Göttingen: Hogrefe.
- Ambühl, H., D. Orlinsky & Network, SPR Collaborative Research (1997): Zum Einfluß der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 42 (5) 290-298.
- Badura-MacLean, E. & H. Stolze (1981): Der "Stuttgarter Bogen" in der Konzentrativen Bewegungstherapie - Evaluierung und Anwendbarkeit. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 17:96-109.
- Baumann, J. (1994): Körperbezogene Gruppenpsychotherapie in der 2. Lebenshälfte. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44:337-345.
- Becker, H. (1997): *Konzentrierte Bewegungstherapie. Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozess*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Budjuhn, A. (1992): *Die psycho-somatischen Verfahren. Konzentrierte Bewegungstherapie und Gestaltungstherapie in Theorie und Praxis*. Dortmund: Modernes Lernen.

- Carl, A. (2000): Körperpsychotherapie und KBT: Unterscheidet sich die KBT in ihren Therapiezielen von anderen körperpsychotherapeutischen Verfahren? *Konzentrierte Bewegungstherapie*, 31:25-30.
- Cronjaeger, P. (1998): *Evaluation stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Die integrative Behandlung der Klinik Bad Herrenalb*. Unveröff. Diss., Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Dietrich, S. (1995): *Atemrhythmus und Psychotherapie. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychosomatik und ihrer Therapien*. Unveröff. Diss., Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.
- Eckert, J. & M. Wuchner (1994): Frequenz - Dauer - Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil 1: Einzeltherapie bei Erwachsenen. *GwG-Zeitschrift*, 95:17-20.
- Feldenkrais, M. (1977): Bewegungserziehung zur Verbindung von Körper und Geist. In Petzold, H. (Hrsg.): *Psychotherapie und Körperdynamik. Verfahren psycho-physischer Bewegungs- und Körpertherapie* (2. erw. Aufl., 176-194). Paderborn: Junfermann.
- Garfield, S.L. (1994): Research on client variables in psychotherapy. In Bergin, A.E. & S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp 190-228). New York: Wiley & Sons.
- Gathmann, P. (1990): *Pathologie des psychosomatischen Reaktionsmusters*. Berlin: Springer.
- Grawe, K. & M. Grawe-Gerber (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44 (2):63-73.
- Green, B. (1983): Körpertherapie. In Corsini, R. (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie, Bd. 1* (513-528). Weinheim: Beltz.
- Gudat, U. (1997): Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie – Anwendungsbereiche und Wirkungen. *Psychotherapie Forum*, 5:28-37.
- Kehde, S. (1994): *Evaluation von Konzentrativer Bewegungstherapie in Selbsterfahrungsgruppen*. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Bielefeld.
- Kordy, H., M. von Rad & W. Senf (1990): Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie - Die Sicht der Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40:380-387.
- Leuzinger-Bohleber, M., U. Stuhr, B. Rüger & M.E. Beutel (2001): Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 55:193-276.

- Ludwig, S. (2002): *Elsa Gindler - von ihrem Leben und Wirken: Wahrnehmen, was wir empfinden*. Hamburg: Christians-Verlag.
- Meyer, J.-E. (1961). Konzentrierte Entspannungsübungen nach Elsa Gindler und ihre Grundlagen. *Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 11, 116-127.
- Orlinsky, D.E., U. Willutzki, J. Meyerberg, M. Cierpka et al. (1996): Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46: 102-110.
- Röper, R., B. Schaus & F. Dammhorst (2002): *KBT bei PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen: Ergebnisse der KBT-Studie der Klinik für Rehabilitation, Bad Salzuflen*. Unveröff. Manuskript, Klinikum für Rehabilitation, Bad Salzuflen.
- Schreiber-Willnow, K. (2000): *Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Konzentrierten Bewegungstherapie*. Gießen: Psychosozial.
- Schreiber-Willnow, K., A. Hamacher-Erbguth & K.-P. Seidler (im Druck): Therapieziele und Behandlungsergebnisse der KBT in der (teil)stationären Psychotherapie. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie mit dem KBT-Dokumentationsbogen (KBT-DoBo). *Konzentrierte Bewegungstherapie*.
- Schreiber-Willnow, K. & K.-P. Seidler (2002): Ist körperorientierte Psychotherapie Frauensache? Eine klinische Prozess-Ergebnis-Studie zur Konzentrierten Bewegungstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52: 343-347.
- Schreiber-Willnow, K. & K.-P. Seidler (2005): Katamnestiche Stabilität des Körpererlebens nach stationärer Gruppenbehandlung mit Konzentrierter Bewegungstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55:370-377.
- Schreiber-Willnow, K., K.-P. Seidler & A. Hamacher-Erbguth (2005): Prozessskalen in der Konzentrierten Bewegungstherapie (KBT): Beobachtertraining und -reliabilität [Poster auf der 56. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), 16.-19.03.2005, Dresden]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55:150.
- Seidler, K.-P. (1995): Das Gruppenerleben in der Konzentrierten Bewegungstherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 31 (2) 159-174.
- Seidler, K.-P. (2001): Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT): Ergebnisse der empirischen Forschung. *Psychotherapeut*, 46 (4), 223-231.
- Seidler, K.-P. (2002): Die Gruppenstunde in der Konzentrierten Bewegungstherapie (KBT) im Spiegel des Erlebens der Gruppenteilnehmer und des Gruppenleiters. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 38: 71-88.

- Seidler, K.-P. (im Druck): Geburt, Tod und Wiedergeburt des Dodo-Vogels - Mythen der Psychotherapie und Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*.
- Seidler, K.-P. (in Vorbereitung): *Das Veränderungserleben in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT)*.
- Seidler, K.-P. & K. Schreiber-Willnow (2004): Concentrative Movement Therapy as body-oriented psychotherapy for inpatients with different body experience. *Psychotherapy Research*, 14:378-387.
- Seidler, K.-P., K. Schreiber-Willnow & A. Hamacher-Erbguth (im Druck): Ergänzung des Archivs der empirischen Literatur zur Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). *Konzentrierte Bewegungstherapie*.
- Seidler, K.-P., K. Schreiber-Willnow, A. Hamacher-Erbguth & M. Pfäfflin (2001). Archiv der empirischen Literatur zur Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). *Konzentrierte Bewegungstherapie*, 24 (32: Archiv), 1- 23.
- Seidler, K.-P., K. Schreiber-Willnow, A. Hamacher-Erbguth & M. Pfäfflin (2002): Die Praxis der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). Frequenz - Dauer - Setting - Behandelte Störungsbilder. *Psychotherapeut*, 47, 223-228.
- Seidler, K.-P., K. Schreiber-Willnow, A. Hamacher-Erbguth & M. Pfäfflin (2003a): Bedeutsame Merkmale der Prozessdiagnostik in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). *Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik*, 39: 361-376.
- Seidler, K.-P., K. Schreiber-Willnow, A. Hamacher-Erbguth & M. Pfäfflin (2003b): Sind Körperpsychotherapeuten anders? Therapeutisches Selbstverständnis und beruflicher Erfahrungshintergrund von Therapeuten für Konzentrative Bewegungstherapie (KBT). *Psychotherapeut*, 48:117-121.
- Stolze, H. (1992): *Persönliche Mitteilung vom 17.9.1992*.
- Weber, C., H. Haltenhof, J. Combecher & W. Blankenburg (1994): Bewegungstherapie bei Patienten mit psychischen Störungen: eine Verlaufsstudie. In Lamprecht, F. & R. Johnen (Hrsg.): *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (536-543). Frankfurt a.M.: VAS.
- Wernsdorf, T. (1998): *Konzentrierte Bewegungstherapie und Ich-Erleben. Eine Veränderungsmessung an psychosomatischen PatientInnen*. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Willke, E. & M. Hautzinger (2000): Psychotherapie bei psychosomatischen Störungen. In Reimer, C., J. Eckert, M. Hautzinger & E. Willke (Hrsg.): *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (2. Aufl., 431-491). Berlin: Springer.

Winnicott, D.W. (1973): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett.

Zeeck, A., T. Herzog, K. Kuhn et al. (2002): Teilstationäre Psychotherapie. Settingbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52:492-499.

PD Dr.phil., Dipl.-Psych.
Klaus-Peter Seidler
Medizinische Hochschule
Abt. Sozialpsychiatrie u. Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover