

Evaluation psychotherapiebegleitender Verfahren: Kommunikative Bewegungstherapie

Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

vorgelegt von

Jessica Heine

geb. am 25.01.1992 in Göttingen

Gutachter: Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski

Gutachterin: Prof. Dr. Cornelia Exner

Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder noch nicht veröffentlichten Quellen entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht. Die Zeichnungen oder Abbildungen in dieser Arbeit sind von mir selbst erstellt worden oder mit einem entsprechenden Quellennachweis versehen. Diese Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsbehörde eingereicht worden.

Leipzig, den 29.08.2014

ZUSAMMENFASSUNG

Die Kommunikative Bewegungstherapie (KommBT) ist ein psychotherapiebegleitendes Verfahren, welches mit Bewegung und körperbezogenen Techniken in einer Gruppentherapie arbeitet. Seit mehreren Jahrzehnten wird das Therapieverfahren in psychosomatischen und psychotherapeutischen Kliniken angewandt, die ein multimodales Therapiekonzept verfolgen. Die Patienten nehmen für zehn Wochen stationär oder teilstationär an dem multimodalen Therapiekonzept der Klinik teil. Bisher lagen keine empirischen Untersuchungen zur Wirkungsweise der Kommunikativen Bewegungstherapie vor.

An einer Stichprobe von 36 Patientinnen und Patienten der Universitätsklinik Leipzig, Klinik und Poliklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, sollten zwei Fragestellungen getestet werden. Die erste Fragestellung macht die Annahme, dass sich die Beschwerden der befragten Patienten während der Therapiezeit verringern. Die zweite Fragestellung nimmt an, dass sich das Körpergefühl verbessert und die Lernerfahrung der Patienten während der Therapiezeit ansteigt. Weiterhin wird angenommen, dass der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen durch die Therapie verbessert ist. Der vermutete Effekt, dass sich die Beschwerden durch den Klinikaufenthalt verringern, konnte nachgewiesen werden. Das Körpergefühl verbessert sich durch die Therapie, allerdings nur teilweise im signifikanten Ausmaß. Konsistent zu den Vorannahmen konnte durch die Therapie ein Anstieg der Lernerfahrung und Einsicht der Patienten nachgewiesen werden. Durch die Therapie verbessert sich der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen. Es werden inhaltliche und methodische Einwände diskutiert und ein Ausblick auf zukünftige Forschungsmöglichkeiten gegeben.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	THEORETISCHER TEIL.....	6
1.1	Einleitung.....	6
1.2	Gruppenpsychotherapie	7
1.2.1	Abgrenzung und Gegenüberstellung	7
1.2.2	Entwicklung der Psychotherapieforschung.....	8
1.2.3	Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie.....	9
1.2.4	Phasen in der Gruppenpsychotherapie.....	11
1.3	Die Bedeutung der Bewegung.....	12
1.3.1	Körper-Seele-Verbindung.....	12
1.3.2	Gesundheitserhaltung und Gesundheitsmodelle	13
1.3.3	Bewegungstherapie.....	15
1.3.4	Relevanz und therapeutische Wirkung der Bewegung.....	17
1.4	Körperorientierte Psychotherapie	20
1.4.1	Biologische Wirkungen von Therapie.....	20
1.4.2	Strömungen von Körpertherapie	21
1.4.3	Charakterisierung einiger körperorientierten Psychotherapien.....	22
1.5	Kommunikative Bewegungstherapie	24
1.5.1	Überblick	24
1.5.2	Geschichte	25
1.5.3	Methode.....	26
1.5.4	Der Aufbau der Therapiestunde.....	29
1.5.5	Phasen	30
1.5.6	Therapeutenmerkmale.....	32
1.5.7	Indikation und Ausbildung	32

1.5.8	Abgrenzung der Kommunikativen Bewegungstherapie gegen Gruppenpsychotherapie	34
1.6	Fragestellung der Arbeit.....	35
2.	METHODEN	36
2.1	Design	36
2.2	Stichprobe	36
2.3	Beschreibung der Untersuchungsverfahren	37
2.3.1	Erfassung vom Schweregrad bestimmter psychischer Störungen und von Beschwerden	37
2.3.2	Erfassung des Körpererlebens, Wohlbefindens und Körperwahrnehmung	37
2.4	Ablauf der Untersuchung	38
2.5	Aufklärung der Probanden und ethische Aspekte	38
2.6	Psychologische Vorhersagen.....	39
3.	ERGEBNISSE.....	41
3.1	Analyse der Beschwerden der Patienten im Therapieverlauf	41
3.2	Analyse der Wirksamkeit des multimodalen Therapiekonzepts	44
3.2.1	Analyse der Verbesserung des Körperwohlbefindens durch die Therapie.....	44
3.2.2	Analyse der Lernerfahrung der Patienten während des Therapieverlaufs.....	48
3.2.3	Analyse des Zugangs zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen	49
4.	DISKUSSION	52
4.1	Interpretation der Ergebnisse	52
4.2	Methodische Einwände.....	55
4.3	Inhaltliche Einordnung der Befunde	57
4.4	Fazit und Ausblick.....	59
5.	LITERATURVERZEICHNIS	60
6.	ANHANG	I

1. THEORETISCHER TEIL

1.1 Einleitung

„Die gegenwärtige Medizin besitzt zwei Paradigmen, die sich gegenseitig ausschließen: die „Maschinendefinition“ für den Körper und das Freudsche Paradigma des psychischen Apparats für die Seele. Die Konsequenz ist eine dualistische Medizin, nämlich eine für Körper ohne Seelen und eine andere für Seelen ohne Körper. So braucht die Medizin ein neues Paradigma, das eine Lösung des bisher ungelösten psycho-physischen Problems bringt.“ (von Uexküll T., 1961, 1985). Das Zitat zeigt die Notwendigkeit auf, die Therapie des Körpers mit der Therapie der Seele zu verknüpfen, um nicht entweder den Körper oder die Seele zu behandeln. Störungen entwickeln sich durch eine unzertrennbare Wechselwirkung zwischen Körper und Seele. Diese Verknüpfung erfordert eine Therapieform, die sowohl psychische Probleme, als auch den Körper betrachtet.

Dadurch werden Körpertherapeuten erfordert, die ein Verständnis und Fachwissen von der psychischen Behandlung der Patienten haben. Durch das multimodale Therapiekonzept der psychosomatischen und psychotherapeutischen Kliniken liegt eine Wechselwirkung zwischen den Therapieformen vor. Es werden unterschiedliche Therapieformen wie Einzelgesprächstherapie, Musiktherapie und Gestaltungstherapie angeboten. Die Kommunikative Bewegungstherapie zählt ebenfalls zu den angebotenen Therapieformen und verbindet die psychische Therapie mit physischer Therapie. Diese Relevanz der Kombination drückt auch Blech in seiner Veröffentlichung aus: „Bewegung ist die Voraussetzung, die das normale Funktionieren des Menschen erst ermöglicht.“ (Blech, 2007). Er zeigt eine Reihe von weitreichenden und umfassenden Konsequenzen auf, die bei Bewegungsmangel und dem Einstellen von Bewegung entstehen. Trotz steigender Anzahl von Studien zum Thema Bewegung und psychische Störung gilt: „Die Verbindung zwischen Bewegung, körperlicher und psychischer Symptomatik ist bisher unzureichend geklärt.“ (Faulkner & Taylor, 2005; Van de Vliet, P., 2002). Der Fokus der Forschung liegt bisher auf dem Vergleich des Effekts zwischen der Gabe von Psychopharmaka und Bewegungseinheiten (Degener & Hölter, 2011).

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Wirkweise der Kommunikativen Bewegungstherapie und der Wirkung des multimodalen Therapiekonzepts in der stationären

und teilstationären Psychotherapie. Zunächst liegt der theoretische Fokus auf der Psychotherapieforschung, Verbindung zwischen Körper und Seele und der Bedeutung der Bewegung. Schließlich folgen die historische Entwicklung und Einflüsse auf die Kommunikative Bewegungstherapie bis zu ihrer heutigen Form.

Psychotherapie hat eine umfassendere Wirkung, als zunächst angenommen. Die Ergebnisse neuerer Studien zeigen ihre Wirkung auf die Seele, sowie ebenfalls auf neurobiologische Strukturen. Aus den Erkenntnissen entstand eine Untersuchung, um die Kommunikative Bewegungstherapie genauer zu erforschen. Diese Studie geht auf den Beschwerdeverlauf der Patienten und Verbesserungen des Körperwohlbefindens und Lernerfahrung durch die Therapie ein.

1.2 Gruppenpsychotherapie

1.2.1 Abgrenzung und Gegenüberstellung

Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus möglichst zwischen Patienten, Therapeuten und Bezugsgruppen für behandlungsdürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln, meist verbal oder auch averbal in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens (Strotzka & Becker, 1975).

Diese Definition von Psychotherapie stammt von Hans Strotzka. Ihre Stärke liegt in der Ausführlichkeit, aber auch in dem Einbezug averbaler Techniken. Strotzka macht somit bereits 1975 auf die unterschiedlichen Komponenten aufmerksam, die in der Psychotherapie einbezogen werden sollten.

Die Gruppenpsychotherapie hat einige Besonderheiten im Vergleich zur Einzelpsychotherapie. Die Einzelpsychotherapie stellt die Behandlung in einer Dyade dar. Zur Folge entsteht eine intimere Atmosphäre und einfachere Selbstöffnung des Patienten, denn der Therapeut unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Dyade ermöglicht, dass sich eine der beiden Personen in den Vordergrund schieben kann. Aus diesem Grund können die meisten Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie in der Einzelpsychotherapie nicht zum Tragen kommen.

Die Gruppenpsychotherapie stellt eine Mehrpersonensituation dar und inkludiert einen Anforderungscharakter. Selbstöffnung hat für den Patienten eine andere Bedeutung, da das Risiko eines Missbrauchs durch andere Teilnehmer erhöht ist (Tschuschke, 2010). Im Gruppensetting gelten veränderte soziale Gesetze (Stroebe, 1996). Die Gruppenpsychotherapie bietet finanzielle Vorteile und kann durch die Gruppenwirkfaktoren effektiver sein, als Einzelpsychotherapie. In der Gruppe schließen sich mehrere Patienten mit ähnlichen Symptomen und Problemen zusammen. Als Folge bemerken die Patienten, dass es noch andere Patienten mit ganz ähnlichen Problemen gibt. Die oftmals auftretende pluralistische Ignoranz wird aufgelöst. Ein weiterer positiver Faktor ist, dass sich die Mitglieder der Gruppe auch außerhalb der Sitzung sozial unterstützen können (Zimbardo & Gerrig, 2008).

Probleme der Gruppentherapie sind beispielsweise das Arbeitsklima in manchen Gruppen, sodass wenige Fortschritte möglich sind. Durch Fluktuation in halboffenen Gruppen verändert sich die Effektivität und das Gleichgewicht kann gestört werden. Das Gleichgewicht ist jedoch für das Funktionieren notwendig (Motherwell & Shay, 2005). Vorteile der Gruppenpsychotherapie sind die Nähe zum Alltag und der natürlichen Umwelt des Menschen, sowie die mögliche Selbsthilfe. Der einzelne Patient wird unabhängiger vom Therapeuten. Die intensive zwischenmenschliche Begegnung ermöglicht eine Vielzahl von Orientierungen und Hilfen zum Beispiel Auseinandersetzungen mit Anderen oder Lernen von anderen (Wilda-Kiesel, Tögel & Wutzler, 2011).

1.2.2 Entwicklung der Psychotherapieforschung

Historisch betrachtet liegen die Wurzeln der Psychotherapieforschung in der Behauptung eines britischen Psychologen. „Psychotherapie wirkt überhaupt nicht.“, postulierte Eysenck 1952. Seine Aussage beruht auf dem Ergebnis seiner Metaanalyse von Effekten verschiedener Therapieformen. Eysenck fand heraus, dass Patienten ohne Therapie die gleiche Genesungsrate hatten wie Patienten mit Psychoanalyse-Therapie. Zwei Drittel der Menschen mit neurotischen Problemen würden sich innerhalb von zwei Jahren nach der Problemstellung spontan erholen. Er kritisierte, dass die Forscher zu wenige Kontrollgruppen einplanen würden (Eysenck, 1952).

Auch der Placeboeffekt ist eine wichtige Einflussgröße. Der psychische und physische Gesundheitszustand von Menschen verbessert sich, weil sie erwarten, dass er sich

verbessern wird. Dem Therapeuten wird die soziale Rolle des Heilers zugeschrieben (Frank & Frank, 1991). Die Ergebnisse der Studie über Wirkungen von Psychotherapie von Dührssen führten zur Aufnahme der Psychotherapie in das System der Kassenleistungen. Dührssen (1962) konnte den gesellschaftlichen Nutzen und die Kostenreduktion für Krankenkassen darstellen. Weitere Studien belegten mittlerweile die Wirksamkeit von Psychotherapie gegenüber Placebo oder Nicht-Behandlung (Lambert & Bergin, 2004; Smith, Glass & Miller, 1980).

1.2.3 Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie

Die Gruppenpsychotherapie stellt eine Sonderform der Psychotherapie dar, da außer des Therapeuten noch andere Patienten bei der Therapie anwesend sind. Freud veröffentlichte, dass im Seelenleben des Einzelnen ganz regelmäßig der Andere als Vorbild, als Objekt, als Helfer und als Gegner in Betracht käme (Freud, 1921). Damit verweist er auf die Bedeutung von Mitmenschen als Helfer, aber auch als Vorbild. Die Gruppenpsychotherapie nutzt diese Erkenntnis für sich. Aus der expliziten Anwesenheit von anderen Gruppenmitgliedern ergeben sich Wirkfaktoren, die nur in der Gruppe möglich sind. Yalom (1995) veröffentlichte als erster Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie. Die von Yalom aufgestellte Reihenfolge der Wirkfaktoren konnte nicht reproduziert werden und die Bedeutung einiger Wirkfaktoren überlappt sich (Tschuschke, 1993).

Als Ergebnis neuerer Studien teilten die Autoren die Gruppenwirkfaktoren in drei Kategorien ein. *Gruppenspezifische Wirkfaktoren* sind Altruismus, interpersonales Lernen – Input, interpersonales Lernen – Output, Katharsis, Kohäsion, Rekapitulation der Primärfamilie und Universalität des Leidens. *Nicht notwendigerweise gruppenspezifische Wirkfaktoren* sind die Anleitung, Identifikation, Einflößen von Hoffnung und Selbstöffnung. Zu den *nicht gruppenspezifischen Wirkfaktoren* zählen Einsicht und existenzielle Faktoren. (Bloch & Crouch, 1985; Tschuschke, 2001; Yalom, 1995)

In der Gruppenpsychotherapie wirken zwei Kraftfelder. Einerseits die Kohäsion, welche die Gruppe erhalten und den Gruppenprozess ermöglichen. Andererseits wirken zentrifugale Kräfte. Diese bedrohen wiederholt den Gruppenaufenthalt und bilden den Rahmen für therapeutisch erstrebte Veränderungen und Gesundheitsverbesserungen der Gruppenmitglieder (Tschuschke, 2010). In mehreren Studien wird die Wichtigkeit der einzelnen Wirkfaktoren gegenübergestellt. Als Ergebnis lässt sich zusammenfassen, dass

Katharsis und Kohäsion die ersten Plätze in der subjektiven Bedeutsamkeit für die betreffenden Patienten einnimmt. Identifikation und Rekapitulation der Primärfamilie hingegen sind auf den letzten Plätzen zu verzeichnen (Lieberman, Yalom & Miles, 1973; Rudnitzki, Körtel & Tschuschke, 1998; Strauß & Burgmeier-Lohse, 1994; Tschuschke, 1989; Yalom, 1985).

Bezüglich der allgemeinen Wirksamkeit wurden viele Studien durchgeführt. Es entstand ein Äquivalenzparadox, da die gleiche Wirksamkeit bei zwei unterschiedlichen Therapieformen erreicht wurde. Beispielhaft werden im Folgenden zwei Studienergebnisse knapp dargestellt. Das Forscherteam um Piper (1984) verglichen Einzel- und Gruppenpsychotherapie, jeweils Kurzzeit- und Langzeittherapie. Klinisch betrachtet war die Langzeit-Gruppenpsychotherapie am Wirksamsten, gefolgt von der Kurzzeit-Einzeltherapie. Wird die Kosten-Nutzen-Relation betrachtet, hat die Gruppenpsychotherapie eine dreizehnfache Kosten-Effizienz gegenüber der Einzeltherapie. Als Gründe nannten die Autoren die höhere Anzahl der nötigen Einzeltherapiesitzungen und die höheren Kosten für eine Therapiesitzung pro Teilnehmer (Breyer, Heinzl, & Klein, 1997; R. Heinzl, F. Breyer, T. Klein, 1998).

Nach MacKenzie (1994) sollte eine gruppentherapeutische Behandlung die Regel sein und die Indikation zur Einzeltherapie gerechtfertigt werden müssen. Durch eine solche Änderung der Therapiestruktur sind mehr Gruppentherapiegruppen nötig. Ein Großteil der psychischen Störungen entsteht aus gescheiterten interpersonalen Bezügen und sozialen Zusammenschlüssen. Die Kleingruppe stellt aus diesem Grund ein effektiveres Setting zur Behandlung dar (Battegay, 1979, 2000; Buber, 1983).

Es muss beachtet werden, dass bestimmte Störungsgruppen von Patienten nicht für eine Gruppenpsychotherapie geeignet sind, da sie für die Psychotherapie unerreichbar sind. Dazu zählen unter anderem hirnorganische Verletzungen, Drogensucht, akut soziopathische, suizidale oder psychotische Symptome. Die Gruppe wäre mit der Aufnahme und Unterstützung dieser Patienten überfordert und die Arbeit am jeweils eigenen Problem beeinträchtigt. Zu den Indikatoren für eine erfolgreiche Gruppenpsychotherapie zählen Patientenmerkmale wie Offenheit, Hilfsbereitschaft, Toleranz gegenüber Angst und basale interpersonale Fertigkeit. Einen entscheidenden Einfluss auf den Therapieerfolg haben die Motivation des Patienten und die Bereitschaft, sich auf die Therapie einzulassen. Symptome wie interpersonale Probleme wie Schüchternheit und Autoritätsprobleme sind besonders für

eine Gruppenpsychotherapie geeignet. König sieht als Indikator für Gruppentherapie das Ausmaß der Regressionsbereitschaft, folglich Patienten mit starker Regressionsneigung und eingeschränkter Regressionstoleranz (König, 1994; Tschuschke, 2010).

Die Gruppenpsychotherapie wirkt umso besser, je mehr Nutzen ein Klient von der Therapie erwartet, der Grad der Ansprechbarkeit der Therapie und Gruppenprozesse, sowie die Person des Therapeuten (Eckert, 1996; Orlinsky, 1994; Yalom, 1996).

Mehrere empirische klinische Studien überprüfen den Einfluss von verschiedenen Faktoren auf den Verlauf der Gruppentherapie (Burlingame, Fuhriman & Johnson, 2004; Burlingame, MacKenzie & Strauß, 2004; Dies, 1994; Piper, 1994). Zusammenfassend haben die meisten soziodemografischen Merkmale wie Alter und Geschlecht keinen oder nur einen geringen Einfluss den Therapieerfolg. Die beste Prognose des Therapieerfolgs erzielt die Beobachtung der Patientenreaktionen auf den Gruppenprozess zu Behandlungsbeginn. Auch Prädiktoren mit einem theoretischen Zusammenhang zu Merkmalen des Therapieprozesses, wie beispielsweise Selbstöffnung, beeinflussen den Therapieerfolg. Die Gruppenzusammensetzung ist ebenfalls ein Faktor, der den Therapieerfolg beeinflusst.

Ergänzend dazu sind die Ergebnisse zur Gruppentherapie-Ergebnisforschung positiv: Im Vergleich zur Kontrollbedingung ohne Behandlung ist Gruppenpsychotherapie effektiv. Gruppenpsychotherapie kann als gleichrangig oder überlegen im Vergleich zur Einzeltherapie oder anderen Behandlungsformen angesehen werden. Das Gruppensetting produziert konsistent positive Effekte bei unterschiedlichen Störungsbildern mit unterschiedlichen Behandlungsmodellen. Das belegen mehr als 700 Studien innerhalb der letzten 20 Jahre (Fuhriman A. & Burlingame, 1994; Strauß, Eckert & Tschuschke, 1996).

1.2.4 Phasen in der Gruppenpsychotherapie

In halboffenen Gruppenpsychotherapiegruppen folgen Gruppenprozesse, Phasen oder Entwicklungsstufen keinen linearen Modellen, sondern den flexiblen Regeln der Selbstorganisation (Tschuschke, 2010). Die Kommunikative Bewegungstherapie wird ebenfalls in einer halboffenen Gruppe durchgeführt, daher gibt es erkennbare Phasen. Die Phasen der Patienten sind zeitlich versetzt, da jeder Teilnehmer zu einem anderen Zeitpunkt der Gruppe beigetreten ist.

1.3 Die Bedeutung der Bewegung

1.3.1 Körper-Seele-Verbindung

Aus der philosophischen Sicht stellt sich das Leib-Seele-Problem. Descartes' Auffassung lag in der Trennung von Körper und Geist. Die Trennung vollziehe sich zwischen Körper und Geist und der höchsten geistigen Tätigkeiten und Aufbau und Arbeitsweise des Organismus. Diese Ansicht beeinflusste lange Zeit die Forschungsmeinung (Damasio, 1994). Der Begriff „Körper“ ist aus dem Lateinischen „corpus“ entlehnt. (Schreiber-Willnow, 2010b).

In der Psychosomatik werden Erkrankungen als Störung des Zusammenhangs von Körper und Seele gesehen. Seelisches Leiden drückt sich in der Körpersprache aus und körperliches Leiden in der Seelischen (von Weizsäcker, 1940, 1951).

Der Leib vermittele zwischen Selbst und Welt, sei Gelenkstelle und Artikulationspunkt beider. Zwischenleiblichkeit sei der Name der dritten Dimension zwischen Subjekt und Objekt bzw. Seele und Körper (Küchenhoff, 1992).

Erst der Einbezug des Körpererlebens ermöglicht den Zugang zum Patienten, vor allem wenn die Störungen des Körpererlebens das Symptom darstellen (Brähler, 1995). Kamper und Wulf (1982) beschreiben einen zunehmend größer werdenden Abstand des Menschen zum eigenen Körper und zum Körper anderer Menschen. Dieser Aspekt erfordert eine Therapieform, die dem Menschen seinen Körper wieder näher bringt. Durch Wahrnehmungsschulungen kann das Körperempfinden gestärkt werden. Folglich wird der Abstand zu anderen Menschen geringer.

„Wir führen aus, dass Leib und Seele auch eine wechselseitige Vertreterfunktion haben. Das heißt aber nicht, dass ein bestimmtes seelisches Geschehen eine bestimmt körperliche Symptomatik verursache und umgekehrt; die Vertreterfunktion unterliegt keiner kausalen Abhängigkeit, sondern einem Sinnzusammenhang. Die Frage lautet nicht: woher?, sondern wozu?“ (Stolze, 1953). Stolze gibt den Anstoß, zu hinterfragen, wozu das gezeigte Verhalten oder die vorliegende Störung dient. Wenn die Funktion bewusst wird, ist es einfacher, das problematische Verhalten zu beeinflussen.

Die Bedeutung der Forschung im Bereich Therapie von Körper und Seele gemeinsam ist groß. In den letzten Jahren erschienen immer wieder Untersuchungen zu dem kommunikativen

Aspekt des Körpers wie Körperausdruck (Lowen, 1991), Körpersprache (Argyle, 1979; Hauschild, 1983; Heinrichs, 1985) und Körperkontakt (Montagu, 1982; Winau, 1982). Auch in Verbindung mit Psychotherapie wurden Arbeiten zur Körpertherapie (Petzold, 1977), Körperkoordination (Brambring & Dawidowski, 1980) und Körperarbeit (Besuden, 1983; Painter, 1984; Seidel, 1981) verfasst. Nach Balint (1957) ist die stärkere Beachtung des Körpererlebens ein zentraler Bestandteil der patientenzentrierten Medizin, um sich von der arztzentrierten Medizin zu distanzieren.

1.3.2 Gesundheitserhaltung und Gesundheitsmodelle

Die WHO (1948) definiert Gesundheit als den Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Nach dem Bio-Psycho-Sozialen Modell ergibt sich Gesundheit aus einem dynamischen Wechselspiel zwischen den drei Polen. Die biologische Komponente erkennt die Realität einer biologischen Krankheit an. Die psychologische und soziale Komponente des Modells beschreiben die psychischen und sozialen Elemente von Gesundheit. Die körperliche Gesundheit wird mit dem seelischen Zustand und der Umwelt verbunden. In Bezug auf eine Therapie sollen alle drei Faktoren berücksichtigt werden: bezüglich der *biologischen Faktoren* werden beispielsweise Psychopharmaka verabreicht. Bewegungstherapie wird bezüglich der *psychischen Faktoren* angeboten und der Beginn einer neuen Sportart in Bezug auf die *sozialen Faktoren* empfohlen, um neue Kontakte zu knüpfen. Optimale Gesundheit oder Wohlbefinden schließt intellektuelle, emotionale, spirituelle, soziale und Umweltaspekte des Lebens ein. (Petermann, Maercker, Lutz & Stangier, 2011; Zimbardo & Gerrig, 2008)

Aus der salutogenetischen Sichtweise stellt sich die Frage, wie Faktoren identifiziert und gestärkt werden können, welche die psychische Gesundheit erhalten, herstellen oder wieder herstellen können. Nach Hurrelmann (2003) können folgende Faktoren benannt werden:

- 1) Soziale und wirtschaftliche Faktoren, beispielsweise die Verbesserung der Arbeitszeit
- 2) Umweltfaktoren, wie das Kennenlernen neuer Freunde
- 3) Faktoren des Lebensstils, wie angemessene Bewegung
- 4) Psychologische Faktoren, wie der Aufbau der Selbstwirksamkeit
- 5) Zugang zu gesundheitsstärkenden Institutionen, wie Bildungseinrichtungen und Kliniken

Diese Faktoren werden in unterschiedlicher Gewichtung in den Modellannahmen zum psychophysischen Wohlbefinden und Bewältigung von Problemlagen abgebildet. Der folgende Abschnitt befasst sich mit dem Salutogenesemodell von Antonovsky (1979), da dieses sehr umfassend ist und eine große Bedeutung in der Bewegungsforschung hat (Schüffel et al., 1998).

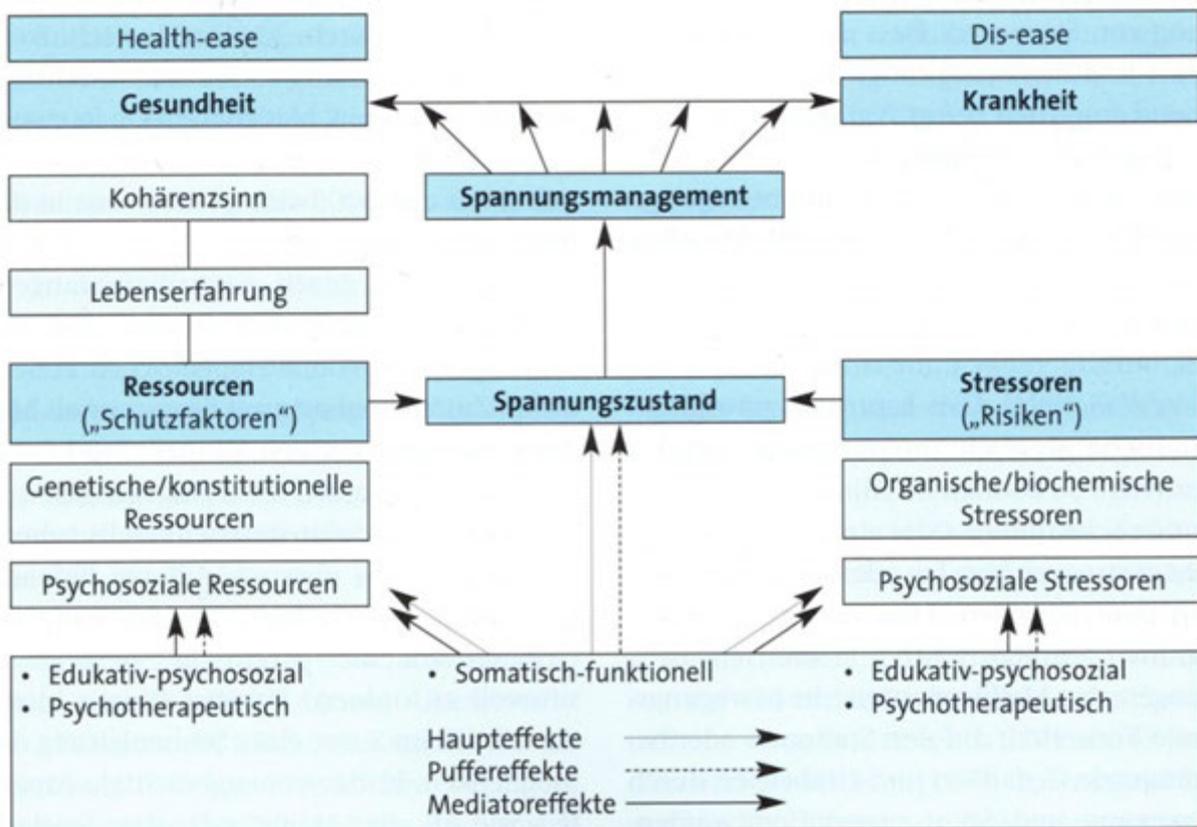


Abbildung 1: Haupt-, Puffer- und Mediatoreffekte von Bewegungsaktivitäten in Antonovskys Modell der Salutogenese nach Hölter

Die obige Abbildung zeigt das modifizierte Modell der Salutogenese nach Antonovsky. Es sind die Haupt-, Puffer- und Mediatoreffekte von Bewegungsaktivitäten dargestellt. Die zentrale Frage des Modells ist, was den Menschen gesund hält. Antonovsky vertritt die Position, dass der Zustand des Menschen auf einem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit beschrieben werden kann. Das Ausmaß der Gesundheit hängt nach Antonovsky vom Spannungsmanagement zwischen Stressoren und Ressourcen ab. Die Stressoren oder Risiken basieren auf Umweltfaktoren wie Unfälle oder soziale Konflikte. Die Ressourcen basieren auf endogenen genetischen oder konstitutionellen Komponenten und psychosozialen Faktoren. Als Beispiel ist hier Wissen als kognitive Ressource und soziale Bindung als gesellschaftliche Ressource angemerkt. Durch eine Änderung der Verhältnisse ist

es möglich, von außen auf die Ressourcen und Stressoren einzuwirken (Hurrelmann et al., 2003).

Aus den Modellen zur Gesundheitsförderung wird deutlich, dass Gesundheit kein genetisch vorgegebener, zeitlebens stabiler Zustand ist, sondern immer wieder durch eigenes Handeln neu zu stabilisieren ist.

1.3.3 Bewegungstherapie

Bewegungstherapie ist ein großer Bereich, der auch Sporttherapie und Rehabilitation mit einbeziehen kann. Die zu interessierende Bewegungstherapie wird zur Therapie von psychisch erkrankten Patienten angewandt und daher handelt es sich um die klinische Bewegungstherapie. Klinische Bewegungstherapie wurde von Degener und Hölter (2011) wie folgt definiert:

„Gegenstand der klinischen Bewegungstherapie sind Leiblichkeit und Bewegung des Menschen aus einer instrumentellen, sensiblen, sozialen und symbolischen Perspektive. Als interdisziplinäre klinisch-therapeutische Maßnahme besteht sie aus Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation. Neben der klinischen Akutbehandlung umfasst sie auch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, sowie Rehabilitation und Pflege.“

Nach dem französischen Sportphilosophen Le Camus (1984) seien die auf die Leiblichkeit bezogenen Verfahren „impressive Körperpraxen“. Diese charakterisieren die Fähigkeit, Signale und Regungen, welche im Körperinneren stattfinden, differenziert zu spüren und zu beeinflussen. Die Kommunikative Bewegungstherapie kann durch die Ziele (vgl. Kap. 1.5.5 Phasen) dazu geordnet werden. Die Bewegung als zielgerichtete Bewegungshandlungen lässt sich nach Buytendijk (1956) in vier Gruppen einteilen. Dazu können Therapieverfahren zugeteilt werden.

- 1) Alltagsbewegung (Spazieren gehen, Fahrrad fahren)
- 2) Sportlich-spielerische Bewegungen (Sporttherapie, Klettern)
- 3) Bewegungen ohne zusätzlichen Energieverbrauch (Meditation, Körperhaltung)
- 4) Bewusste Ausdrucksbewegungen (Tanztherapie, Pantomime)

Die KommBT lässt sich zu den sportlich-spielerischen Bewegungen und bewusste Ausdrucksformen zuordnen, da unterschiedliche Aufgaben erfüllt werden. Zu den Aufgaben zählen Spiele zum Kennenlernen und Vertrauen. Buytendijk betont, dass Bewegungshandlungen einen Ausdrucksaspekt haben, der nicht der bewussten Kontrolle unterliegt. Demnach übermitteln Mimik, Gestik, Tonus, Haltung und Rhythmus Aussagen und Bedeutungen, die entschlüsselt werden können. Bei der Bewegungstherapie handelt es sich um nonverbale Psychotherapie (Blankenburg, 1983). Diese beinhaltet vier Kernpunkte (Stolze, 1972):

- 1) Förderung des Selbstverständnisses und des Selbstbewusstseins
- 2) Vermittlung von Sinnhaftigkeit
- 3) Berücksichtigung psychodynamischer Faktoren
- 4) Anregung vom Lernprozessen im sozialen Feld

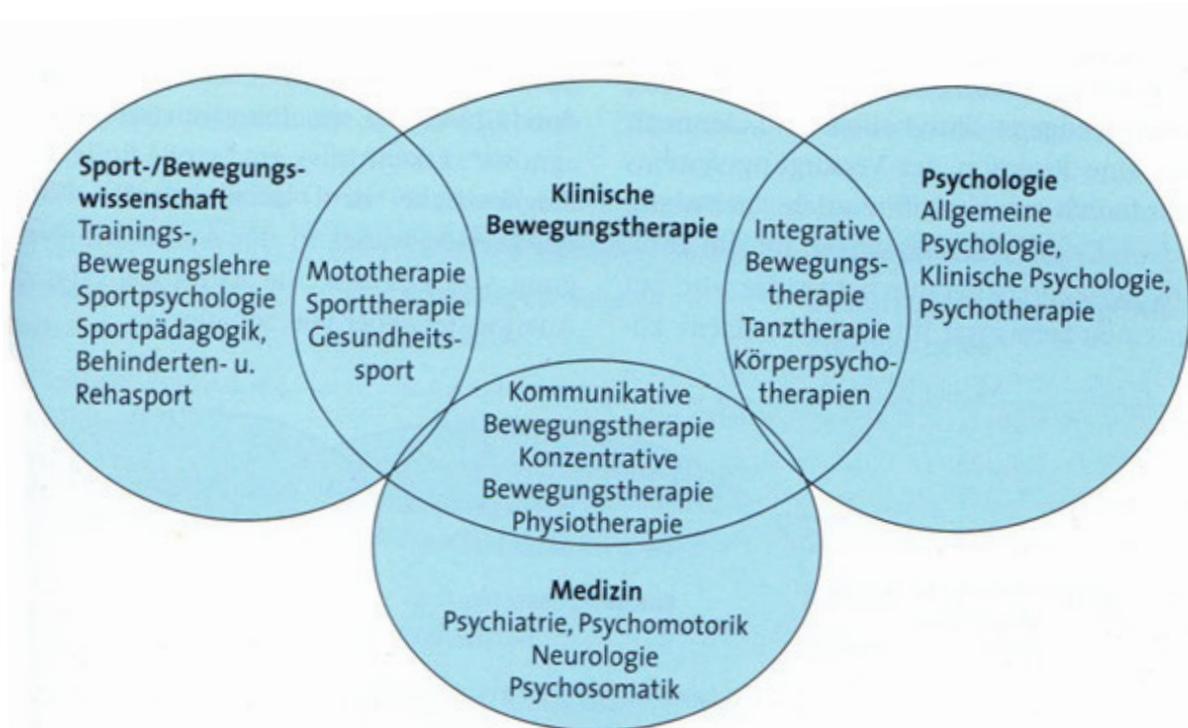


Abbildung 2: Kommunikative Bewegungstherapie im Schnittpunkt von Sport- und Bewegungswissenschaft, Psychologie und Medizin

Die Abbildung vermittelt einen Eindruck, wie stark die unterschiedlichen Disziplinen miteinander vernetzt sind. Die Klinische Bewegungstherapie ist am Schnittpunkt von Sport-/Bewegungswissenschaft, Medizin und Psychologie verortet. Die Kommunikative Bewegungstherapie befindet sich im Bereich Medizin in der Mitte zwischen

Sport-/Bewegungswissenschaft und Psychologie. Da die KommBT vor allem im stationären und teilstationären Bereich durchgeführt wird, ist es sinnvoll sie zu der Medizin anstatt Psychologie zuzuordnen. Die Patienten erhalten dort oftmals medikamentöse Therapie und werden von Ärzten und Psychologen gemeinsam behandelt.

1.3.4 Relevanz und therapeutische Wirkung der Bewegung

Wilhelm Reich erweiterte den psychoanalytischen Ansatz von Sigmund Freud um eine weitere Dimension. Er postulierte, dass seelische Störungen eine Entsprechung im Körper hätten. Demnach habe ein zwanghafter Mensch nicht nur starre, psychologische Mechanismen, die ihn genussunfähig machen, sondern auch einen rigiden Körperbau („Körperpanzer“). Reich sprach historisch gesehen als erster von Körpertherapie und entwickelte die Orgontherapie (Lukoschik & Bauer, 1993).

Alle grundlegenden Körperfunktionen sind mit Bewegung verknüpft, beispielsweise die Geburt, Nahrungsaufnahme und Schlaf. Die Bewegung ist Grundvoraussetzung für Leben. „Das Sein, Denken und Vermittlung zwischen Beidem beinhaltet die Bewegung.“ (Jung, 1992). Am Beispiel Blutkreislauf wird deutlich, wie viele unbewusste Bewegungen im Körperinneren bei strengster äußerer Ruhe stattfinden. Bewegung und Wahrnehmung sind zwei miteinander verbundene Vorgänge. Victor von Weizsäcker (1940) entwickelte den „Gestaltkreis“. Die Wahrnehmung wird als aktiver Prozess dargestellt, da eine biologische Leistung vorliegt. Dafür wird nur das Interessierende in der Wahrnehmung eingeschlossen und nicht interessierende Reize ausgeschlossen. Wahrnehmung ist demzufolge Selbstbewegung. In der KommBT wird die Aufmerksamkeit bewusst auf das gelenkt, was sonst ausgeblendet wurde. Unangenehme Erlebnisse oder Ereignisse werden oftmals aus den bewussten Gedanken ausgeschlossen und führen zu Störungen. Die bewusste Bewegung dient dem Begreifen und Verstehen. Stolze kristallisiert das „Ich“ als Verbindung zwischen Bewegen und Wahrnehmen mit Denken und Sprache heraus (Stolze, 1972). Die KommBT ist ein psychodynamisch orientiertes Verfahren, welche mit dem verbindenden Ich arbeitet und dadurch an der Verbindung zwischen Bewegung und Kognition ansetzt.

Als erster äußerte Ferenczi, dass unbewusste Seeleninhalte aus der Kindheit nur durch Wiederholung und Wiedererleben der Situation reproduziert werden können (Ferenczi, 1921). Auf dieser Annahme bauen alle folgenden Studien auf.

Im Jahre 1973 veröffentlichten De Boor und Mitscherlich die These, dass die langen analytischen Behandlungen noch nicht weit genug in den non- und präverbalen Erlebnisbereich vorgedrungen seien (DeBoor & Mitscherlich, 1973). Durch die triebstoppende Erziehung kann nicht zur Sprache kommen, was nie Sprache war. Es würden vegetative Reaktion, Körpersymptom, physiologische Bereitstellung und blinde Aktion übrig bleiben (Cremerius, Hoffmann & Trimborn, 1979). Diese Erkenntnisse waren der Anstoß für weiterführende Überlegungen bezüglich einer Therapie.

„Für die Wahrnehmung der körperlichen Bedürfnisse bedarf es ihrer Mitsprache und für diese Mitsprache ihrer Wahrnehmung; für ihre Wahrnehmung aber der Übung, der gemeinschaftlichen Übung.“ (Muschg, 1982).

Muschg drückt aus, dass die Therapieerfahrungen und das Üben in der Gruppe sehr wichtig für die Wahrnehmung sind. Der Bewusstwerdungsprozess im Körper- und handlungsnahen Bereich gehe dem verbalen Bereich voraus (Carl, Fischer-Antze, Gaetke, Hoffmann & Wendler, 1972).

Die Kommunikative Bewegungstherapie bezieht diese Erkenntnisse mit ein. Das Verhalten der Patienten in der Therapie drückt sich in Bewegung, zwischenmenschlicher Kommunikation und Körperhaltung aus. Dieses wird erfasst und in den Therapieprozess eingliedert. Die Eingliederung wird durch Reflexion des Therapeuten und Mitpatienten realisiert. Die KommBT ist folglich eine psychoanalytisch orientierte Behandlungsmethode, die besonders die Erkenntnisse über die Relevanz prä- und averbaler Anteile in der frühen kindlichen Entwicklung nutzt. In der ersten Phase der Therapie ist beispielsweise das Ziel, die Wahrnehmung des eigenen Körpers zu schärfen. Dadurch verändert sich das objekthafte Körpererleben zu subjekthaften Körpererleben und die Körperentfremdung wird aufgelöst. Die Patienten erfahren die belebte und unbelebte Umwelt. Bezüglich der zwischenmenschlichen Erfahrungen sind unter anderem eigene Bedürfnisse, Bedürfnisse anderer, Beherrschen, Beherrscht werden und Nähe, sowie Distanz wichtig. Folglich können sich das Selbst und die Bezogenheit zur Umwelt entwickeln.

Im Allgemeinen wirken sport- und bewegungsorientierte Inhalte potenziell therapeutisch, wenn sie dazu beitragen, die psychische Gesundheit allgemein oder auf spezifische Probleme bezogen einzelner Patienten zu stärken, stabilisieren oder wiederherzustellen. (Degener

& Hölter, 2011) Die KommBT ist aufgebaut aus universellen Bewegungsphänomenen, Erkenntnissen der Bewegungslehre aus dem Sport und tänzerischer Bewegung. In der weiteren Entwicklung wurden in Anlehnung an Junova 200 Themen aus sechs Lebensbereichen hinzugefügt. Zu den Lebensbereichen zählen allgemein menschliche Konflikte oder tägliche Lebenssituation wie der Gang durch eine Menschenmenge. (Junová, 1979a, 1979b; Wilda-Kiesel, 1987)

Auch Haas (1999) erstellte eine Liste mit klinisch relevanten bewegungstherapeutischen Themen. Er gliederte diese in drei Themen: „Der Mensch in seinem Leib“, „Der Mensch zwischen Zugehörigkeit und Unabhängigkeit“, „Kontrolle über die Materiale Welt“. Die Aufgaben der Kommunikativen Bewegungstherapie lassen sich jeweils zu den drei Themen zuordnen. Die Übung „Alle gehen in einer Schlange und jeweils ein Patient führt die Schlange an“ würde in Haas Übersicht zu „Der Mensch zwischen Zugehörigkeit und Unabhängigkeit“ zugeordnet werden.

Nach Jung stellt Bewegung eine Möglichkeit dar, angestaute Energie und Aggressionen abzubauen. Bewegung wird aktiv betrieben, dadurch folgen psychosoziale Auswirkungen. Demzufolge werden eigene Widerstände überwunden und das Selbstwertgefühl erhöht, was zu einer positiven Grundstimmung führt. Durch die physische Aktivität werden Hormone, wie Endorphine, ausgeschüttet. Die sportliche Aktivität in einer Gruppe fördert die Offenheit gegenüber anderen Menschen und hilft, Misserfolge leichter zu überwinden und Regeln zu beachten. Eine ausgeglichene Persönlichkeit entwickelt sich einfacher und die Beziehung zur Umwelt verbessert sich. Bei organischen Erkrankungen wachsen im erkrankten Gewebe neue Gefäße und heilende Zellen. Psychische und organische Krankheiten wie Krebs und Herzmuskelschwäche werden durch Bewegung positiv beeinflusst. Die Folge ist eine stabilere Gesundheitslage (Blech, 2007; Blumenthal, Babyak & Moore, K.A. et al., 1999; Hambrecht, 2005; Jung, 1992; Schulz, Peters, & Michna, 2005). Es liegen Studien vor, die konkret den Effekt von Bewegung auf psychische Störungen wie beispielsweise Depression, Alzheimer, Panikstörungen und Schizophrenie untersuchen. Als Überblick lässt sich sagen, dass alleinige körperliche Bewegung ähnliche Effekte wie die alleinige pharmazeutische Behandlung erzielt. Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz der Bewegung und führen zu der Frage, ob Pharmakotherapien noch angebracht sind, wenn gleiche Effekte durch

Bewegung erzielt werden (Brooks, 2005; Dunn, Trivedi, Kampert, Clark & Chambliss, 2005; Michael Babyak et al., 2000; Neumann & Frasch, 2005, 2006; Robert Abbott et al., 2004).

Der Dichter Friedrich Schiller postulierte: „Es ist der Geist, der sich den Körper baut.“. Diese These wird von empirischen Studien belegt. Somit wird verständlich, dass es ein Zusammenspiel aus Körper und Geist gibt. Körperliche Aktivität ist notwendig für die Bildung neuer Nervenzellen. Anschließend geistige Aktivität erhält die Nervenzellen.

Diese eigene Aktivität nutzt auch die kommunikative Bewegungstherapie. Die Stunde wird mit einer körperlichen Erwärmung begonnen. Durch die Freiheit der Aufgabenerfüllung werden die Patienten kreativ angeregt.

1.4 Körperorientierte Psychotherapie

1.4.1 Biologische Wirkungen von Therapie

Psychotherapie wirkt auch auf neurobiologische Strukturen. Strukturen, die sich durch psychische Störungen entwickelt haben, können sich zurückentwickeln. Gene steuern und werden gesteuert. Erfahrungen, Erlebnisse und Lernen geschehen im Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Beziehungen, die Emotionen und Lernerfahrungen beinhalten. Diese Erfahrungen werden in den Nervenzellen des Gehirns verarbeitet und gespeichert, folglich entsteht eine biologische Veränderung mit hoher Relevanz für die Gesundheit. Der Nobelpreisträger Eric Kandel schlussfolgert aus den Ergebnissen der neueren Forschung über die Verbindung zwischen Geist und Gehirn, dass ein Umdenken in der Medizin erforderlich sei. Nach Thure von Uexküll ergebe eine Medizin für „Körper ohne Seele“ oder eine Psychologie für „Seelen ohne Körper“ wenig Sinn. Individuelle Erfahrungen der Menschen bilden im Organismus Reaktionsmuster, welche die Regulation der Genaktivität in zukünftigen Situationen beeinflussen. Soziale Beziehungen werden in biologische Signale umgewandelt. Dadurch erhält das Gehirn Einfluss auf viele Körperfunktionen und ändert seine Mikrostruktur durch eigens erzeugte biologische Signale. Gewalt und Missbrauchserfahrungen prägen die biologischen Strukturen deutlich. Nach Gregory Bateson bilden Organismus und Umwelt, Gene und ihre Umwelt eine Einheit des Überlebens. Daher ist es nicht möglich, jeweils nur einen Teilbereich als Störungsursache zu betrachten. Die Therapie sollte daher immer einen ganzheitlichen Ansatz haben, der Organismus und Umwelt, sowie Gene und ihre Umwelt betrachtet (Bauer, 2007).

Aus den Erkenntnissen ergibt sich das Ziel für eine erfolgreiche Psychotherapie. Diese behandelt nicht nur die seelischen Probleme, sondern führt auch eine neurobiologische Veränderung herbei. Da dieses Fachgebiet sehr groß ist, wird an dieser Stelle lediglich ein kleiner Einblick gegeben. In der Psychotherapie werden ungewohnte Fragen gestellt, neue emotionale Erfahrungen gemacht und der Patient erhält andere Reaktionen auf sein Verhalten als zuvor. Es ist ihm möglich, außerhalb der Therapie eine veränderte Sichtweise auszuprobieren. Auch in den Bereichen, die zuvor durch eine psychische Störung behindert wurden. Durch bildgebende Verfahren wie Positronen-Emissions-Tomographie oder Single-Photonen-Emissions-Computertomographie ist es möglich, eine veränderte Hirnaktivität festzustellen und die Veränderung des Befindens mit neurobiologischen Veränderungen zu verbinden (Beutel, Stark, Pan, Silbersweig & Dietrich, 2012; Buchheim et al., 2008; Buchheim et al., 2012; Schiepek, Karch, Tominschek & Pogarell, 2012). Auch Damasio vertritt einen neurobiologischen Ansatz zum Körpergedächtnis und hebt den körperlichen Ursprung von Gefühlen hervor. Körper und Gehirn bilden demnach einen unauflösbaren Organismus.

„Mithin sind die Schaltkreise nicht nur empfänglich für die Ergebnisse frühester Erfahrungen, sondern auch durch nachfolgende Erfahrungen wiederholt formbar und änderbar.“ (Damasio, 1994).

Durch Aufgaben in der kommunikativen Bewegungstherapie, die mittels Bewegung gelöst werden, entstehen Aktivierungen mit gleichen neuronalen Entladungsmustern in den frühen sensiblen Rindengebieten, wie bei der Wahrnehmungsrepräsentation.

1.4.2 Strömungen von Körpertherapie

Das Lexikon der Psychologie definiert körperorientierte Psychotherapie als Sammelbezeichnung für ein Bündel nicht klar abgegrenzter Therapieansätze, die in besonderem Maße körperliche Prozesse, die sich in Verspannungen, Haltung, Bewegung, Atmung, Stimme etc. niederschlagen, ins Zentrum der therapeutischen Arbeit stellen (Weninger, 2001).

Die Beschreibung deutet darauf hin, dass die verschiedenen körperorientierten Methoden nur undeutlich voneinander abgrenzbar sind. Geuter definiert Körpertherapie als Behandlung des Menschen mit Mitteln des Körpers. Der Körper wird zur Therapie von Störungen eingesetzt, aber nicht selbst therapiert. Psychotherapie beschreibt Geuter als die

Behandlung von Störungen mit seelischen Mitteln. Körperpsychotherapie sei eine Verbindung aus beiden Behandlungen. Die Behandlung erfolge mit Mitteln des Körpers und Psychischen (Geuter, 2000b). In der Körperpsychotherapie existieren derzeit drei Strömungen (Geuter, 2004):

- 1) Neoreichianische Ansätze, die aufdeckend und konfliktorientiert arbeiten
- 2) Analytische Körperpsychotherapie, die körperliche Dialoge und Szenen als therapeutische Mittel einsetzt
- 3) Bewegungs- und erfahrungsorientierte Ansätze wie die Tanztherapie

Die Kommunikative Bewegungstherapie wird folglich zu den bewegungs- und erfahrungsorientierten Ansätzen geordnet, da die Patienten Aufgabe durch Bewegung. Bei der Bewältigung der Aufgaben in der Gruppe erfahren sie die belebte und unbelebte Umwelt. Die Symbolik der Haltung und Bewegung werden diagnostisch verwendet. Die Vertiefung des Erlebens in der Therapie sollte laut Geuter als zusätzlicher Wirkfaktor von Psychotherapie neben den von Grawe aufgestellten Faktoren sein. Die allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie sind Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung, Motivationale Klärung, Problembewältigung und Therapeutische Beziehung (Grawe, 2000).

1.4.3 Charakterisierung einiger körperorientierten Psychotherapien

Die Kommunikative Bewegungstherapie wurde von verschiedenen Methoden beeinflusst. Eine Auswahl wird kurz vorgestellt. Die Methoden „Kommunikative Bewegungstherapie“ und „Konzentrationale Entspannung“ von Wilda-Kiesel, sowie die „Konzentrationale Bewegungstherapie“ nach Stolze unterscheiden sich deutlich voneinander. Der Ursprung der genannten Therapien liegt in der Arbeit von Elsa Gindler. Bezüglich der Unterteilung nach Geuter werden Konzentrationale Entspannung und Gindlerarbeit den Körpertherapien zugeordnet. Die Konzentrationale Bewegungstherapie nach Stolze zählt als Methode der Körperpsychotherapie. Die Kommunikative Bewegungstherapie kann nicht klar zu einem der beiden Begriffe zugeteilt werden. Der Aspekt der Bewegung ist ein körpertherapeutisches Mittel, aber der Aspekt der Reflexion des Erlebten durch Gespräche und Fragestellungen ist ein psychologisches Mittel. Somit ist die Kommunikative Bewegungstherapie in der Mitte zwischen Körpertherapie und Körperpsychotherapie anzusetzen (Geuter, 2000b).

Gindlerarbeit

Elsa Gindler arbeitete als Gymnastiklehrerin und war Mitbegründerin des „Deutschen Gymnastikbundes“. Im Jahre 1917 baute sie das „Seminar für harmonische Körperausbildung“ aus. Die Gindlerarbeit besteht aus Angeboten mit Ziel, zu erfahren und anzunehmen, was in und mit dem Körper geschieht. Dadurch sollen Veränderungen entstehen. Die Arbeit Gindlers bestand aus dem stillen, wachen Hineinfühlen, um den Körper in Ruhe und Bewegung zu erfahren (Geuter, 2000a).

Konzentrierte Entspannung

Wilda-Kiesel entwickelte die Konzentrierte Entspannung mit dem Ziel, die Körperwahrnehmung zu verbessern und die Muskulatur durch Übungen zu entspannen (Kiesel, 1973; Wilda-Kiesel, 1993). Während der Übung nehmen die Teilnehmer den Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung bewusst wahr. Um die Unterschiedlichkeit in der Wahrnehmung verschiedener Menschen zu erleben, werden beim Ausführen der Übung mehrere Fragen gestellt. Die Übenden äußern ihre Wahrnehmung und die Konzentration wird erhalten. In der stationären und teilstationären Klinik wird mittlerweile Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson durchgeführt (Wilda-Kiesel, 1987).

Konzentrierte Bewegungstherapie

Die Konzentrierte Bewegungstherapie wurde von Stolze entwickelt (Stolze & Badura-MacLean, 2002). Sie wird als eigenständige körperorientierte psychotherapeutische Methode im ambulanten oder stationären Kontext angewandt. Die Durchführung ist in Einzel- und Gruppentherapie möglich. Die Angebote des Therapeuten lenken die Konzentration der Patienten auf den eigenen Körper und das Körpererleben. Dabei werden Körperhaltung, Bewegung, Stärken und Störungen in der symbolischen Bedeutung wahrgenommen und verstanden. Die vom Therapeuten gestellten Aufgaben und Übungen ebnen dem Patienten den Weg zum Ausprobieren neuer Bewegungen und Haltungen. Der Unterschied zur kommunikativen Bewegungstherapie liegt darin, dass die Therapeuten die psychoanalytische Bearbeitung der aktualisierten Inhalte und Konflikte direkt in der Stunde durchführt.

Seit 2001 ist die Konzentrierte Bewegungstherapie in Österreich als eigenständige Psychotherapiemethode mit Kassenleistung anerkannt (Pokorny, Hochgerner & Cserny, 2001).

1.5 Kommunikative Bewegungstherapie

1.5.1 Überblick

Christa Kohler und Anita Kiesel entwickelten die Methode in der Universitätsklinik für Neurologie und Psychiatrie in der Abteilung für Psychotherapie und Neurosenforschung. Die Bezeichnung wandelte sich mit der Zeit von der „Bewegungstherapie unter kommunikativem Aspekt“ hin zu „Kommunikativer Bewegungstherapie“ (KommBT). Im Allgemeinen ist die KommBT eine handlungsorientierte und Psychotherapie ergänzende Methode, bei der der Patient aktiv handelt. Durch die Handlungserfahrungen im Lösen gemeinsamer Aufgaben und zwischenmenschliche Begegnung kann der Patient seine Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich besser wahrnehmen. Der Therapeut unterstützt die Wahrnehmung und Akzeptanz des Patienten durch Reflexionen des Beobachteten. Die gestellten Aufgaben des Therapeuten variieren in den Anforderungen und aktivieren die Entwicklung von Beziehungen untereinander. Mögliche Themen der Aufgaben sind Wahrnehmen, Kennenlernen, Ich-Entwicklung und Entscheidung.

Die Bezeichnung „Kommunikative Bewegungstherapie“ setzt sich aus *Kommunikation* und *Bewegung/Bewegungstherapie* zusammen. Der Mensch kommuniziert über viele Wege, nicht nur über die Sprache. Auch Gestik, Mimik, Körperhaltung und das Verhalten dient zur Kontaktaufnahme mit der Umwelt. Auf diesem Weg kann die Person verdeutlichen, wie sie sich fühlt und ob eine Kontaktaufnahme oder Zuwendung gewünscht ist. Der zweite Teil des Begriffs besteht aus *Bewegung* und *Bewegungstherapie*. Auf den physischen Bereich bezogen bedeutet der Teil Handlung, Lageveränderung und Fortbewegung. Auf den psychischen Aspekt des Seins bezogen steht Bewegung für Bewegtwerden und Bewegtsein. Menschen werden im Inneren einerseits durch Erlebnisse, Worte und zwischenmenschliche Beziehungen bewegt, aber andererseits auch durch Emotionen oder Affekte.

Im Alltag sehen die Menschen die Eigenschaft des Bewegtseins als Normalität an. Der Körper dient dazu, die gesteckten Ziele zu erreichen und den Anforderungen der

Gesellschaft gerecht zu werden. Erkrankt der Körper, beginnt die Wahrnehmung für etwas, was nicht mehr geleistet wird, aber sonst alltäglich ist (Wilda-Kiesel et al., 2011).

1.5.2 Geschichte

Prof. Müller-Hegemann gründete 1957 die Abteilung für Psychotherapie und Neurosenforschung in der DDR. Er fokussierte besonders Umwelteinflüsse und soziale Faktoren bei der Störungsentstehung. Müller-Hegemann begründete das Konzept der rationalen Psychotherapie, bei dem Patienten sich an der Gesundung beteiligen sollten. Methoden dafür waren unter anderem Autogenes Training, Hypnose-therapie, Gruppen- und Arbeitstherapie, sowie Pawlowsche Schlaftherapie.

Es wurde eine Vorform der Komplextherapie von Müller-Hegemann eingeführt. Diese bestand aus der Verbindung von pharmakologischen und psychologischen Verfahren. In der folgenden Zeit erhielten die Patienten der Abteilung für Psychotherapie Komplextherapie. Sie erlernten Autogenes Training zur Schlafförderung und erhielten pharmakologische Mittel. In den Wachphasen fand starke physische Aktivität statt. Dadurch sollten die Patienten von ihren Störungen abgelenkt werden und ihre Kondition verbessern.

Auch der Leistungswille und Gesundheitswille sollte gestärkt werden, damit die Anpassung an die Erfordernisse des normalen Lebens leichter fällt. Die eigentlichen Ursachen der Störung wurden nicht beachtet, da die Patienten multiple körperliche und psychische Beschwerden hatten. Als Folge akzeptierten die Patienten die Therapie nicht und fehlten häufig. Dr. Christa Kohler leitete die Klinik von 1963 bis 1974 (Müller-Hegemann, 1957; Steinberg).

Da sie die Schlaftherapie als ineffektiv befand und oftmals lebensgefährliche Auswirkungen durch Schlafmittel zu vermerken waren, schaffte sie diese Methode ab.

Zum Ausgleich führte sie andere Therapien ein. Dazu zählte die Einzel- und Gruppengesprächstherapie, Kommunikative Psychotherapie und Musiktherapie. Die Therapien waren tiefenpsychologisch orientiert, jedoch musste dieses aus politischen Gründen in der Öffentlichkeit verschwiegen werden.

Die Kommunikative Psychotherapie bestand aus verbalen und non-verbalen Methoden. Die gestörte soziale Kommunikation war ein zentraler Aspekt der Therapie. Kohler war der Meinung, dass sich neurotische Verhaltensweisen im verbalen und auch im nonverbalen

Kommunikationsbereich zeigen würden. Der nonverbale Kommunikationsbereich nimmt dabei die Gestik, Mimik und Pantomimik ein. Wilda-Kiesel entwickelte die Therapieansätze weiter, sodass der Therapeut das Geschehen in der Gruppe verdeutlicht.

Das hilft dem jeweiligen Patient, abgewehrte Aspekte seiner Persönlichkeit anzunehmen, um sie später bearbeiten zu können. Für die Vertiefung des Handlungsgeschehens seien das Mitteilen von Erfahrungen und Gefühlen nötig (Geyer, 2011; Geyer, Plöttner & Villmann, 2003).

Meinel (1960) betonte die Bedeutung der Motorik für die menschliche Entwicklung und Bildung. Wilda-Kiesel nahm diesen Aspekt mit auf und bemerkte eine deutliche Veränderung in der Körperhaltung und dem Ausdrucksgeschehen bei den Patienten. Als Grund vermuteten Wilda-Kiesel und Kohler, dass die äußere Haltung die Spiegelung von inneren Vorgängen und über längerer Zeit bestehende emotionale Gestimmtheit ist. Als Folge war das Ziel, die Bewegungen der Patienten zu harmonisieren und somit auf die innere Befindlichkeit einzuwirken (Kohler & Kiesel, 1972). Das zweite Ziel bestand darin, die zwischenmenschlichen Beziehungen zu verbessern, da diese bei Neurotikern oftmals eingeschränkt sind. Dadurch verschlechtert sich die Lebensqualität oftmals erheblich (Wilda-Kiesel, 1987). Dieses Ziel sollte über die nonverbale Kommunikation erreicht werden. Beispiele hierfür sind die rhythmische Einstimmung und Einordnung, Auseinandersetzung mit dem Raum durch das freie Gehen und Partnerwahl, bzw. Partnerübungen (Kohler, 1968).

1.5.3 Methode

Einführung

In der Kommunikativen Bewegungstherapie wird auf der Körpersprache und der Körperbewegung als therapeutisches Mittel aufgebaut. Dadurch erfährt der Patient in der Gruppe, wie sein Verhalten auf andere Menschen wirkt. Er hat die Möglichkeit, sein Verhalten, teils mit anderen, zu reflektieren. Die Kommunikation im nonverbalen Bereich wird gefördert, da im Allgemeinen während der Übungsausführung kein verbaler Austausch zwischen den Patienten stattfindet. Beim Lösen der Gruppenaufgaben findet die Kommunikation durch Blickkontakt mit anderen Patienten und das bewusste Beobachten statt.

Die KommBT wird als psychotherapeutische Methode angesehen, weil körperliche und psychische Störungen beeinflusst werden können. Durch die Aufgabenstellung in der Therapiesitzung verändert sich die Wahrnehmung der psychischen und physischen Veränderungen, sodass eine Akzeptanz und angemessener Umgang damit entsteht.

Die KommBT ist eine tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie, da die Therapie aus unterschiedlichen Phasen aufgebaut ist und es für jede Phase spezifische Aufgaben gibt. Dadurch wurden die Entwicklungsgesetze einer intendierten dynamischen Gruppenentwicklung in das Therapiekonzept mit eingearbeitet.

Die Bewegungstherapie hat das Ziel, dem Patienten das gestörte Erleben und Verhalten zu verdeutlichen, damit der Patient weitere Angebote annehmen und daran arbeiten kann.

Realisiert wird dieses Ziel durch Reflexionen der Gruppe, wie diese den Patienten wahrnehmen oder Verbalisierungen des Bewegungstherapeuten mit Aussagen, wie: „Ich sehe, dass...“.

Somit findet eine Verbindung von Gesprächs- und Bewegungstherapie statt. Nach der Bewegung werden Erkenntnisse und Erfahrungen im Gespräch mit der Gruppe bearbeitet. Im Verhalten der Bewegungstherapie zeigen sich dann die Erkenntnisse aus dem Gespräch.

Das Ziel der KommBT ist ausgehend vom physischen das Psychische des Patienten zu beeinflussen. Realisiert wird der Prozess durch gemeinsames Handeln, Integration und Kooperation. Der Grund dafür ist, dass sich die Störung und fehlerhafte Verhaltensweisen des Patienten im Verhalten bei zwischenmenschlichen Begegnungen ausdrücken. Daher stellt die KommBT eine handlungsorientierte Therapie dar.

Die Therapieform zeichnet sich für die Patienten durch die Konfrontation von unterschiedlichsten Kommunikationsstile und Reaktionsformen aus. Durch die unterschiedlichen Aufgabenstellungen kann der Patient zwischen seinen Stärken und Schwächen differenzieren und neue Verhaltensweise im Rahmen der Gruppe ausprobieren.

Durchführung

Die Kommunikative Bewegungstherapie wird ausschließlich in den stationären und teilstationären Kliniken für Patienten angeboten. Da die Bewegungstherapie von der

Gesprächstherapie getrennt wird, ist die Zusammenarbeit der Gesprächspsychotherapeuten, Fachärzte und Bewegungstherapeuten von großer Bedeutung. In Teambesprechungen findet der detaillierte Austausch über die Patienten statt, um eine erfolgreiche Therapie zu ermöglichen. Optimalerweise findet die Therapie zwei-drei Mal pro Woche für 30-45 Minuten statt. Themen aus der Einzeltherapie finden sich bei der Erarbeitung der Aufgaben in der Bewegungstherapie wieder. Erfahrungen aus der KommBT werden oftmals bei dem Einzeltherapeuten angesprochen. Die Gruppe wird aus Frauen und Männern allen Altersstufen und Patienten mit Bewegungsbeeinträchtigungen zusammengesetzt, da somit die Annahme von Hilfe erlernt werden kann.

Eine größere Gruppe von Patienten mit Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen können den Therapieprozess erheblich beeinflussen, da ihre Wahrnehmung und Denken in der Beziehungsgestaltung deutlich abweicht.

Nach Wilda-Kiesel beträgt die optimale Anzahl der Patienten 12 Gruppenmitglieder, damit jedes Gruppenmitglied mit jedem anderen Kontakt haben kann. Die Gruppengröße sollte demnach optimalerweise zwischen 3 bis 14 Patienten liegen, um eine Gruppendynamik zu ermöglichen. Im Alltag der Klinik wird mit halboffenen Gruppenformen gearbeitet. In regelmäßigen Abständen verlassen Patienten die Gruppe und es kommen neue Patienten in die Gruppe. Vorteilhaft ist der mögliche Erfahrungsaustausch zwischen neu eingegliederten und bereits vorhandenen Gruppenmitgliedern. Zudem erleben die Patienten wiederholt den Abschied von Mitpatienten. Im Sinne der Problemaktualisierung und Problembewältigung merken sie, welchen Fortschritt die Mitpatienten gemacht haben.

Bei der Einleitung der Kommunikativen Bewegungstherapie ist für die Patienten wichtig zu erklären, dass die Therapie keine physische Leistung als Ziel hat. Die Intensität des Übens ist im Gegensatz zum Gymnastikunterricht oder Sportgruppen irrelevant (Wilda-Kiesel et al., 2011).

Auch bei Frankl finden sich Vorläufer dieser Auffassung. Lucie Heyer-Grote beschreibt die Bewegungs- und Atemtherapie, die bei der Neurosen- und Psychotherapie angewendet wird. Das Ziel ist die Aktivierung des Körperbewusstseins und Wahrnehmung des Zusammenspiels von physischen und psychischen Zuständen (Frankl, Gebattel, von Victor & Schultz, 1959).

1.5.4 Der Aufbau der Therapiestunde

Die Therapiestunden unterteilen sich in die Einleitung, Hauptteil und Ausklang. Die Aufgaben stammen aus einem Thema, beispielsweise Entscheidung oder Kennenlernen.

Einleitung

Die Einleitung einer Therapiestunde besteht aus einer psychophysischen Erwärmung. Die psychische Erwärmung findet statt, um sich auf die Begegnung mit den Mitpatienten, Therapeuten und den Raum einzustellen. Als Aufgabenbeispiel können die Patienten im Flankenkreis oder frei im Raum gehen. Der Therapeut hilft den Patienten beim Wahrnehmen und Erspüren seines Körpers durch Fragen wie: „Achten Sie auf Ihren Gang, welchen Rhythmus haben Sie gewählt?“. Der Therapeut kann die Patienten dabei sehr gut beobachten. Beim freien Gehen durch den Raum stellt er fest, welcher Patient mutig durch die Mitte geht, wer welchem Mitpatienten ausweicht und welche Personen Blickkontakt suchen.

Hauptteil

Das Thema der Stunde und die entsprechende Aufgabenstellung wird im Hauptteil bearbeitet. Die Aufgaben für die Patienten können im Schwierigkeitsgrad gesteigert werden. Die Steigerungen sind vom Leichten zum Schweren, vom Bekannten zum Unbekannten und vom Individuellen zur Integration und Kooperation möglich. Die Patienten führen die Aufgaben allein, in Paaren oder kleinen Gruppen aus. Ein Beispiel hierfür ist das Anführen einer Schlange aus Mitpatienten. Jeder Patient führt einmal die Schlange an und bestimmt den Weg. Durch das Gespräch werden die Erlebnisse reflektiert und auf das Stundenthema bezogen.

Abschluss

Beim Abschluss der Therapie führt die Gruppe eine gemeinsame Aufgabe durch, auch Gruppenmitglieder können einen Vorschlag machen. Wichtig ist ebenfalls das reflektierende Gespräch, wie sich die Patienten in der vergangenen Stunde verhielten und fühlten. Die Verabschiedung eines Mitpatienten findet in den letzten Therapieminuten statt. Nach dem gemeinsamen Händedruck ist die Gruppensitzung beendet.

1.5.5 Phasen

In der Kommunikativen Bewegungstherapie sind vier Phasen zu beobachten.

- 1) Phase des Kennenlernens, der Orientierung und der Abhängigkeit
- 2) Phase der Auseinandersetzung
- 3) Arbeits- und emotionale Phase
- 4) Zeit des Abschiedes

Phase 1: Die Phase des Kennenlernens, der Orientierung und der Abhängigkeit

Die erste Phase, Phase des Kennenlernens, der Orientierung und der Abhängigkeit dient dem Therapiebeginn für neue Patienten. Das Patientenverhalten lässt sich als ängstlich und mit unterschiedlichen Vorbehalten belegt beschreiben. Eine Befürchtung von Patienten ist, dass sie sich vor den anderen blamieren oder zu dick bzw. zu dünn seien.

Der Therapeut soll in seinem Verhalten die Grundprinzipien therapeutischen Handelns ausdrücken. Die Eigenschaften dessen sind das einführende Verstehen, positive Wertschätzung des Patienten, Akzeptanz, Wärme, Echtheit und Selbstkongruenz.

Die Therapieziele in dieser Phase sind primär die Auflösung der Ängste und Unsicherheiten durch die neuartige Situation.

In dieser Phase ist der wichtigste allgemeine Wirkfaktor nach Grawe (2000) die therapeutische Beziehung.

Phase 2: Die Phase der Auseinandersetzung

Wenn die Gruppe eine Gruppenstruktur bildet und sich ein hierarchisches System bildet, beginnt die zweite Phase. Das ist die Phase der Auseinandersetzung. Die Patienten beginnen in den Gruppenaktivitäten über ihr bisheriges Leben und Verhalten nachzudenken und Parallelen zu suchen. Dadurch überdenken sie ihre Verhaltensstrategien und erleben, dass das Distanzen wahren oder Durchsetzungsfähigkeit sehr wichtig sind.

Der Patient hat das Kennenlernen in dieser Phase abgeschlossen. Mittlerweile ist er in der Lage, sich auf seinen Körper zu konzentrieren und sich bei leichten Reflexionsaufgaben einzubringen.

Der Therapeut lässt den Patienten Freiräume bei der Erfüllung der Aufgaben, sodass die Entscheidung und Verantwortung von Gruppenmitgliedern übernommen wird. Es finden Reflexionen über andere Gruppenmitglieder statt, zum Beispiel: „Wer hat mich überrascht, wer hat mich enttäuscht?“

Die Therapieziele in der Phase der Auseinandersetzung sind die Verfestigung der Beziehung unter den Gruppenmitgliedern. Durch die Aufgaben erfahren sie die wichtigen Eigenschaften der anderen Patienten, wie beispielsweise Verantwortungsbewusstsein, Rücksichtnahme und Disziplin.

Die wichtigsten Wirkfaktoren nach Grawe sind in dieser Phase die motivationale Klärung und die Problembewältigung.

Phase 3: Arbeitsphase und emotionale Phase

Die bewegungstherapeutische Gruppe hat sich strukturiert und die Patienten haben die Fähigkeit, bisherige Erlebnisse und Erfahrungen neu zu beurteilen. Als Folge probieren sie neue Verhaltensweisen innerhalb der Gruppe aus. Die Patienten können die Stärken und Schwächen von sich selbst und Gruppenmitgliedern einschätzen. Dadurch unterstützen sie andere und nehmen im Gegenzug Hilfe an. Auch die Kommunikation während der Reflexion hat sich verändert. Die Patienten sprechen miteinander anstatt mit dem Therapeuten. Es werden die Alpha- und Gamma-Positionen deutlich, denn diese Patienten übernehmen den Beginn von Gesprächen und den Stundenabschluss.

Das Verhalten des Therapeuten ist zurückhaltend und beobachtend. Die Aufgaben werden von den Teilnehmern selbstständig bearbeitet und beendet. Die besondere Aufmerksamkeit des Therapeuten liegt auf dem Omega-Patient. Der Therapeut passt die Aufgabenstellung derart an, dass auch diese Patienten mutiger und risikobereiter werden.

Als Ziel der Therapiephase kann die eigenständige Gestaltung der Aufgabenstellung durch die Gruppe formuliert werden. Dadurch kann jedes Gruppenmitglied andere und neuartige Verhaltensweisen ausprobieren und Emotionalität erleben. Vor allem emotionale Beziehungen und die Äußerung eigener Bedürfnisse sind in dieser Phase relevant.

Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung sind die wichtigsten allgemeinen Wirkfaktoren in dieser Phase.

Phase 4: Phase des Abschiedes

Für den Abschied am Ende einer Therapiestunde eignet sich eine Zusammenfassung der Stunde durch eine gemeinsame Übung mit positivem Akzent. Die Patienten haben die Möglichkeit über positive und belastende Ereignisse zu sprechen (Wilda-Kiesel et al., 2011).

1.5.6 Therapeutenmerkmale

In der Kommunikativen Bewegungstherapie, wie auch in der Psychotherapie, sind die therapeutischen Basisvariablen nach Carl Rogers (1952) sehr wichtig. Diese sind

- 1) positive Wertschätzung und emotionale Wärme
- 2) Echtheit
- 3) Einführendes Verstehen/Empathie

Positive Wertschätzung und *emotionale Wärme* sind die bedingungslose Akzeptanz des Patienten und ein respektvoller Umgang mit ihm, auch wenn es nicht den eigenen Normvorstellungen entspricht.

Echtheit drückt aus, dass der Therapeut sich in die Situation einbringt, ohne sich hinter einer Fassade zu verstecken. Dieses schließt Selbstkongruenz und Selbstaufrichtigkeit ein. Der Therapeut begegnet dem Patienten glaubwürdig und selbstoffen (Kratochwil, 1987).

Empathie ist im Allgemeinen als die Fähigkeit definiert, sich in einen anderen Menschen hineinzusetzen. Dadurch wird dem Menschen ermöglicht, die Gefühle und das Verhalten von anderen Menschen zu begreifen. Durch das einführende Verstehen hat der Therapeut die Absicht, das Erleben und Verhalten des Patienten wertfrei zu verstehen.

Der Therapeut muss eine deutliche Trennung von Beruf und Privatleben vornehmen, nur dadurch ist eine Therapie möglich. Das bedeutet, dass der Patient beim Therapeuten einen Schutzraum einnimmt, in dem er seine Gedanken und Gefühle äußert. Da dieses der Beruf des Therapeuten ist, ist es unabdingbar, dass er seine Interessen und Gefühle nicht in die Therapie einfließen lässt (Stone, 1981; Wilda-Kiesel et al., 2011).

1.5.7 Indikation und Ausbildung

Die KommBT dient der ergänzenden Behandlung von neurotischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen. Der Einzeltherapeut legt Konflikte und Störungen offen und

bearbeitet sie. Durch die Ergänzung der Methoden Einzelpsychotherapie und Bewegungstherapie in der Gruppe ist von einem positiven Einfluss auf den Therapieverlauf auszugehen. Die Methode ist vor allem für Patienten mit interpersonellen Konflikten und zur Behandlung von Psychoneurosen geeignet. Zusätzlich werden Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen und Borderline-Persönlichkeiten behandelt. Dörthe-Maria Zorr führte die Kommunikative Bewegungstherapie Anfang der 80er Jahre in der Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie ein.

Die Grundlagen der Kommunikativen Bewegungstherapie werden in einer Fortbildung vermittelt, die aus verschiedenen Themen bestehen (Tögel).

Die Themen des Kurses sind:

- 1) Beobachten, Kennenlernen, Integrieren
- 2) Die Ich-Entwicklung
- 3) Die Gruppenentwicklung
- 4) Förderung der Auseinandersetzungsfähigkeit
- 5) Förderung der Entscheidungsfähigkeit
- 6) Förderung des Vertrauens, Erleben von Mut und Risikobereitschaft
- 7) Erfahrung mit der Emotionalität
- 8) Umgang mit Kreativität
- 9) Bewegungstherapie unter kommunikativem Aspekt/Schwerpunkt Psychiatrie
- 10) Sprache der Therapie und Abschied

Derzeit ist es nicht möglich, dass die Physiotherapeuten die aufkommenden inneren Konflikte der Patienten psychotherapeutisch behandeln können. Die Fortbildung besuchen immer mehr Psychologen und Ärzte, sodass eine vergleichbare Entwicklung wie bei der Konzentrativen Bewegungstherapie möglich ist. Diese wird mittlerweile von Psychotherapeuten geleitet und ausgebaut.

1.5.8 Abgrenzung der Kommunikativen Bewegungstherapie gegen Gruppenpsychotherapie

Die Kommunikative Bewegungstherapie sieht sich als ergänzende Therapiemethode zur Einzel- und Gruppengesprächstherapie, um andere Formen des Störungszugangs aufzudecken und Möglichkeiten der Verarbeitung anzustoßen. Die allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe werden in der KommBT durch die Aufgaben und innere Reflektion des Patienten angeregt. Die Therapeutische Beziehung steht am Anfang und beeinflusst den Therapieerfolg. Der Bewegungstherapeut hilft dem Patienten beim Reflektieren des Verhaltens. Durch die Reflektion nach der Aufgabenerfüllung kommt es zur Problemaktualisierung und motivationalen Klärung. Bei der Reflektion werden auch die anderen Gruppenmitglieder mit einbezogen. Es kommt zu einem Vergleich des Verhaltens in der Therapie und in der Zeit zuvor. Der Patient kann veränderte Verhaltensweisen ausprobieren, was die Problembewältigung anregt. Wie bereits erläutert, nimmt der Patient in der Therapie seine Ressourcen wahr. Das kann beispielsweise die Freude am Kontakt mit anderen Menschen sein oder die Freude an Bewegung. Daraus können sich neue Interessen entwickeln, wie ein Tanzkurs oder eine Sportart. Die Lebenszufriedenheit der Patienten steigt dadurch. Diese werden ebenfalls durch Einzeltherapie angeregt. Zusätzlich wirken in der Therapieform gruppenspezifische Wirkfaktoren, die für spezielle Störungsbilder wie Störungen durch interpersonale Probleme relevant sind. Die Therapie versteht sich nicht als eigenständige Psychotherapie, da die Verarbeitung der Erlebnisse und Vertiefung in der Einzel- und Gruppengesprächstherapie mit Psychotherapeuten durchgeführt wird.

1.6 Fragestellung der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit sollen insgesamt zwei Fragestellungen untersucht werden. Die erste Fragestellung befasst sich damit, ob sich das Befinden der Patienten während des Klinikaufenthaltes verbessert hat. Es wird angenommen, dass sich das Befinden der Patienten durch die stationäre oder teilstationäre Therapie verbessert.

Die zweite Fragestellung beschäftigt sich mit der Wirkweise der KommBT. Die Therapiemethode wird im Kontext eines multimodalen Therapiemodells angeboten und ist daher nicht isoliert messbar. Die Kommunikative Bewegungstherapie hat das Ziel durch ihren Aufbau und die gestellten Aufgaben das Körpergefühl der Patienten positiv zu beeinflussen sowie den Patienten die Möglichkeit zu geben, neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Weiterhin soll in dieser Fragestellung die Vermutung überprüft werden, ob sich das Körpergefühl und Körperwohlbefinden der Patienten während der Therapie verbessert. Die Patienten zentrieren ihre Aufmerksamkeit ist der Kommunikativen Bewegungstherapie auf ihren Körper. Dadurch ist soll ein verbesserter Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen möglich sein. Auch diese These soll überprüft werden. Da die Kommunikative Bewegungstherapie eine Gruppentherapie ist, soll überprüft werden, ob die Lernerfahrung und Einsicht der Patienten zunimmt.

Zusammengefasst sollen folgende Hypothesen überprüft werden:

H 1: Das Befinden der befragten Patienten verbessert sich im Verlauf des stationären oder teilstationären Klinikaufenthaltes in der Universitätsklinik Leipzig.

H 2: Das Körpergefühl und Körperwohlbefinden der befragten Patienten verbessert sich innerhalb der Therapiezeit.

H 3: Die Lernerfahrung und Einsicht der befragten Patienten nimmt während der Therapiezeit zu.

H 4: Der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen verbessert sich bei den befragten Patienten während der Therapiezeit.

2. METHODEN

2.1 Design

Die vorliegende Studie stellt eine prä-post Messung mit Messwiederholung über einen Zeitraum von 10 Wochen dar. Jeder Teilnehmer erhielt an drei Messzeitpunkten die gleichen Fragebögen. Die drei Messzeitpunkte ergaben sich durch die Aufnahme in die Klinik, eine Zwischenmessung nach der Hälfte der Therapiezeit und bei der Entlassung des Patienten in der 10. Woche. An jedem Messzeitpunkt nahmen alle Studienteilnehmer teil.

2.2 Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 13 männlichen und 23 weiblichen deutschsprachigen Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Das Alter der insgesamt 36 Versuchspersonen (VPn) reichte von 19 Jahre bis 64 Jahre ($M = 34,19$, $SD = 12,57$). Die Rekrutierung der VPn erfolgte über die Aufnahmegespräche der Patienten. Nach der Aufnahme in der Klinik erhielten die VPn den ersten Fragebogensatz. Es gab am Anfang der Erhebung keine Ausschlusskriterien, jedoch ist das notwendige Kriterium der Therapieabschluss. 67 Patienten wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen, da die Therapie vorzeitig beendet wurde oder die VPn auf eigenen Wunsch entlassen oder verlegt wurden. Auch einzelne fehlende Fragebögen führten zum Ausschluss aus der Untersuchung.

Teilnehmer der Untersuchung

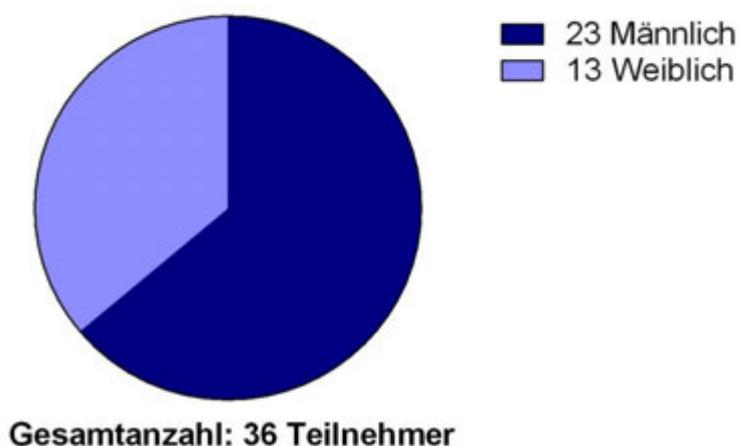


Abbildung 3: Geschlechterverteilung der Teilnehmer, aufgeteilt nach männlichen und weiblichen Teilnehmern.

2.3 Beschreibung der Untersuchungsverfahren

2.3.1 Erfassung vom Schweregrad bestimmter psychischer Störungen und von Beschwerden

Der Gießener Beschwerdebogen (GBB; Brähler, Hinz & Scheer, 2008) wurde zur Erfassung der körperlichen Beschwerden eingesetzt. Das Verfahren erfasst vier Beschwerdekompexe: Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederbeschwerden und Herzbeschwerden. Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen $\alpha = .75$ für die Skala Magenbeschwerden und $\alpha = .94$ für den Beschwerdedruck. Relevant für die Operationalisierung der Variable „Beschwerden“ ist der Gesamtscore, der den Beschwerdedruck der Person angibt.

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI-II; Beck et al., 2006) wurde als Instrument zur Beurteilung des Schweregrads der depressiven Symptomatik eingesetzt. Die interne Konsistenz für depressive Patienten in Behandlung liegt bei $\alpha = .93$, für Patienten mit primär anderen psychischen Störungen $\alpha = .92$, für gesunde Menschen $\alpha = .90$. Der Gesamtscore des BDI-II wird für die Beschreibung der Variable „Beschwerden“ verwendet.

2.3.2 Erfassung des Körpererlebens, Wohlbefindens und Körperwahrnehmung

Der Gruppenerfahrungsbogen-Konzentrativ Bewegungstherapie (GEB-KBT; Schreiber-Willnow, 2010a) wurde als zur Erfassung des Körpererlebens und der Körperwahrnehmung des Patienten eingesetzt. Der Fragebogen stammt aus dem Bereich der Konzentrativen Bewegungstherapie, da das Erhebungsinstrument für die KommBT im Speziellen gerade entwickelt wird.

Relevant für die Beschreibung der Variable „Körperwohlbefinden“ war der Wert der Skala „Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht“. Die Variable „Lernerfahrung“ wird mit dem Wert der Skala „Lernerfahrung und Einsicht“ des Fragebogens beschrieben. Die Kennwerte der Skala „Zugang zu körperlichem Erleben und den eigenen Empfindungen“ sind relevant für die Operationalisierung der Variable „Zugang zu körperlichem Erleben“.

Die Variable „Beschwerden“ wird durch die Skala „Unzufriedenheit mit der Therapeutin und Unbehagen“ beschrieben, da die Skala das „Unbehagen“ der Patienten erfasst.

Um die Körperwahrnehmung und Wohlbefinden zu erfassen, wurde der Hautzufriedenheits-Fragebogen (HautZuf; Kupfer, Brosig, Niemeier & Gieler, 2005) eingesetzt. Die Skalen des HautZuf sind „Partnerschaftliche Berührung“, „Familiäre Berührung“, „Selbst-Berührung“, „Scham“ und „Ekel“. Die interne Konsistenz liegt zwischen $\alpha = .75$ für die Skala „Scham“ und $\alpha = .91$ für die Skala „familiäre Berührung“. Das Verfahren kann bei Personen mit und ohne Hautkrankheiten eingesetzt werden. Relevant für die Beschreibung der Variable „Körperwohlbefinden“ war der Wert der Skala „Selbst-Berührung“ und „Ekel“ des HautZuf-Fragebogens.

Die Toronto Alexithymie Skala (TAS-20; Kupfer, Brosig & Brähler, 2001) unterteilt sich in drei Skalen: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen und extern orientierter Denkstil. Die interne Konsistenz der Gesamtskala liegt bei $\alpha = .81$. Die Kennwerte der Skala „Identifikation von Gefühlen“ und „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ sind relevant für die Operationalisierung der Variable „Zugang zu körperlichem Erleben“.

2.4 Ablauf der Untersuchung

Die Patienten erhielten bei der Aufnahme das erste Mal die Fragebögen. Zu den Fragebögen zählt der HautZuf, GEB-KBT, GBB, BDI-II und TAS-20. Nach der Hälfte der Gesamttherapie erhielten die Patienten die Zwischenmessung. Die Zwischenmessung wird nach 5 Wochen der Therapie verteilt. Kurz vor der Entlassung in der 10. Woche erhielten die Patienten den letzten Fragebogensatz. Die Patienten füllen an allen Messzeitpunkten die gleichen Fragebögen aus.



Abbildung 4: Ablauf der Untersuchung: Messzeitpunkte, an denen die Patienten die Fragebögen erhielten.

2.5 Aufklärung der Probanden und ethische Aspekte

Vor dem Beginn der Untersuchung wurde ein Ethikantrag an die Ethik-Kommission an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig gestellt (Aktenzeichen: 035-14-27012014).

Diesem wurde am 27.01.2014 stattgegeben. Die Untersuchungsteilnehmer sind Patienten der Universitätsklinik Leipzig. Der Fragebogensatz bei der ersten Messung enthielt ein Informationsschreiben mit Informationen zu dem Ziel der Befragung und Verantwortlichen der Untersuchung. Es wurde verdeutlicht, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist. Zusätzlich war eine Einverständniserklärung beigelegt, die von den Teilnehmern unterschrieben wurde. Ein- bis zweimal in der Woche wurde auf der Station und in Patiententreffen die Untersuchung persönlich vorgestellt. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit persönlich Fragen und Bedenken zu äußern. Die Probanden waren durch die Studie nicht körperlich beansprucht. Das Ausfüllen der Fragebögen belief sich auf eine Dauer von ca. 15 Minuten für jeden Messzeitpunkt.

2.6 Psychologische Vorhersagen

Psychologische Vorhersage 1: Die Beschwerden der befragten Patienten, operationalisiert durch den Gesamtscore des GBB, Skalenwert „Unzufriedenheit mit der Therapeutin und Unbehagen“ des GEB-KBT und Gesamtscore des BDI nehmen während der Therapiezeit ab.

Zur statistischen Prüfung der Hypothese wurde eine Varianzanalyse mit Messwertwiederholung durchgeführt. Es wurden drei Messzeitpunkte verglichen: der Therapiebeginn, die Zwischenmessung nach 5 Wochen und die Endmessung am Therapieende. Das Therapieende war 10 Wochen nach Therapiebeginn.

Statistische Vorhersage 1: Die Mittelwerte des Gesamtscore des GBB und Gesamtscore des BDI sind nach der Therapie signifikant kleiner als zu Therapiebeginn. Der Skalenmittelwert „Unzufriedenheit mit der Therapeutin und Unbehagen“ des GEB-KBT steigt nicht signifikant an.

Psychologische Vorhersage 2: Das Körperwohlbefinden, operationalisiert durch den Gesamtscore des GBB, Skalenwert „Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht“ des GEB-KBT, Skalenwert „Selbst-Berührung“ und Skalenwert „Ekel“ des Fragebogens HautZuf nimmt durch die Therapie zu.

Zur statistischen Prüfung der Hypothese wurde eine Varianzanalyse mit Messwertwiederholung durchgeführt. Es wurden drei Messzeitpunkte verglichen: der Therapiebeginn, die Zwischenmessung nach 5 Wochen und die Endmessung am Therapieende. Das Therapieende war 10 Wochen nach Therapiebeginn.

Statistische Vorhersage 2: Die Mittelwerte des Gesamtscore des GBB und Skalenwert „Ekel“ des Fragebogens HautZuf sind am Therapieende signifikant kleiner als zu Therapiebeginn. Der Skalenwert „Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht“ des GEB-KBT und Skalenwert „Selbst-Berührung“ sind am Therapieende signifikant größer als am Therapiebeginn.

Psychologische Vorhersage 3: Die Lernerfahrung der Patienten, operationalisiert durch den Skalengesamtwert „Lernerfahrung und Einsicht“ des GEB-KBT nimmt zu.

Zur statistischen Prüfung der Hypothese wurde eine Varianzanalyse mit Messwertwiederholung durchgeführt. Es wurden drei Messzeitpunkte verglichen: der Therapiebeginn, die Zwischenmessung nach 5 Wochen und die Endmessung am Therapieende. Das Therapieende war 10 Wochen nach Therapiebeginn.

Statistische Vorhersage 3: Der Mittelwert des Skalengesamtwerts „Lernerfahrung und Einsicht“ des GEB-KBT ist am Therapieende signifikant größer als am Therapieanfang.

Psychologische Vorhersage 4: Der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen nimmt während der Therapiezeit zu. Der „Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen“ wurde operationalisiert durch den Skalenmittelwert „Zugang zu körperlichem Erleben und den eigenen Empfindungen“ des GEB-KBT, den Skalenmittelwert „Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen“, sowie Skalenmittelwert „Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen“ des TAS-20.

Zur statistischen Prüfung der Hypothese wurde eine Varianzanalyse mit Messwertwiederholung durchgeführt. Es wurden zwei Messzeitpunkte verglichen: der Therapiebeginn und die Endmessung am Therapieende.

Statistische Vorhersage 4: Der Skalenmittelwert „Zugang zu körperlichem Erleben und den eigenen Empfindungen“ des GEB-KBT ist am Therapieende signifikant größer, als am Therapieanfang. Der Skalenmittelwert „Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen“, sowie Skalenmittelwert „Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen“ des TAS-20 ist am Therapieende signifikant kleiner als am Therapiebeginn.

3. ERGEBNISSE

Die statistische Datenauswertung erfolgte unter Benutzung der Software SPSS 17 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Um die Normalverteilung zu prüfen, wurde der Kolmogoroff-Smirnoff-Test bei einer Stichprobe verwendet. Für alle inferenzstatistischen Tests wurde ein Signifikanzniveau von 5% festgelegt und die Varianzanalyse mit Messwertwiederholung enthält die Bonferroni-Korrektur.

3.1 Analyse der Beschwerden der Patienten im Therapieverlauf

Um zu überprüfen, ob sich die Beschwerden der Patienten während des Therapieverlaufs verbessern, wurde eine Varianzanalyse mit Messwertwiederholung durchgeführt.

Tabelle 1: Deskriptive Statistik

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Prämessung GBB	54.19	25.10	36
Zwischenmessung GBB	45.17	28.82	36
Postmessung GBB	35.61	26.21	36
Prämessung GEB-KBT Skala 4	4.08	3.78	36
Zwischenmessung GEB-KBT Skala 4	2.97	3.63	36
Endmessung GEB-KBT Skala 4	3.75	3.67	36
Prämessung BDI	24.19	10.29	36
Zwischenmessung BDI	19.53	10.72	36
Postmessung BDI	12.06	9.54	36

Anmerkungen: N = Stichprobenumfang. Die Tabelle bildet die Mittelwerte, Standardabweichungen und den Stichprobenumfang für die gemessenen Items ab.

Es zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Gesamtscore des GBB $F(2, 70) = 16.17$, $MSE = 236.2$, $p < .001$, $\eta^2 = .32$.

Für den Skalenmittelwert „Unzufriedenheit mit der Therapeutin und Unbehagen“ des GEB-KBT zeigte sich kein signifikanter Effekt $F(2, 70) = 1.24$, $MSE = 10.2$, $p = .294$, $\eta^2 = .03$.

Für den Gesamtscore des BDI zeigte sich ein signifikanter Effekt $F(2, 70) = 27.39$, $MSE = 54.5$, $p < .001$, $\eta^2 = .44$.

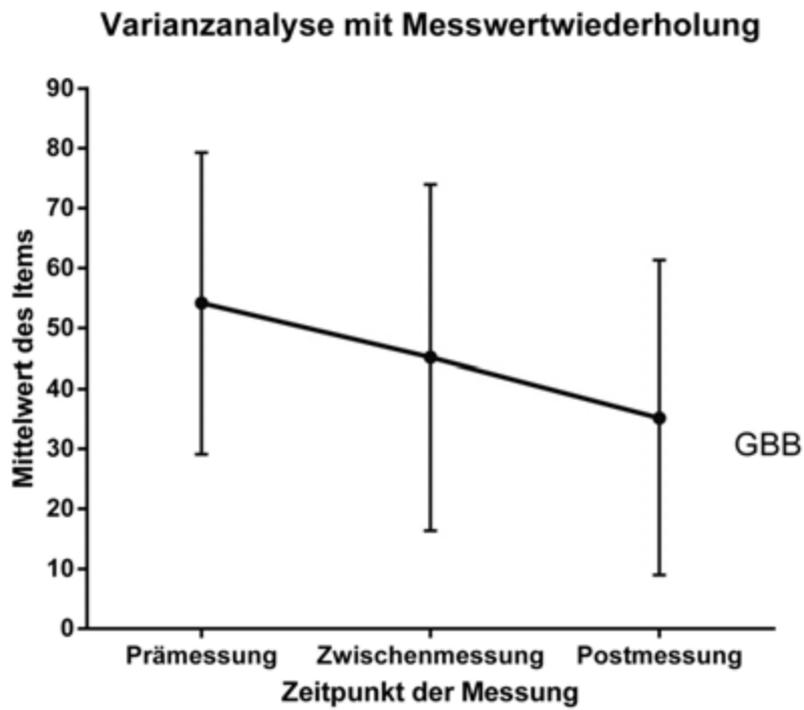


Abbildung 5: Ergebnisse der Varianzanalyse des Gesamtscore des Fragebogens GBB mit Standardabweichungen zur ersten Hypothese: Die Beschwerden der Patienten verbessern sich durch die Therapie.

Varianzanalyse mit Messwertwiederholung

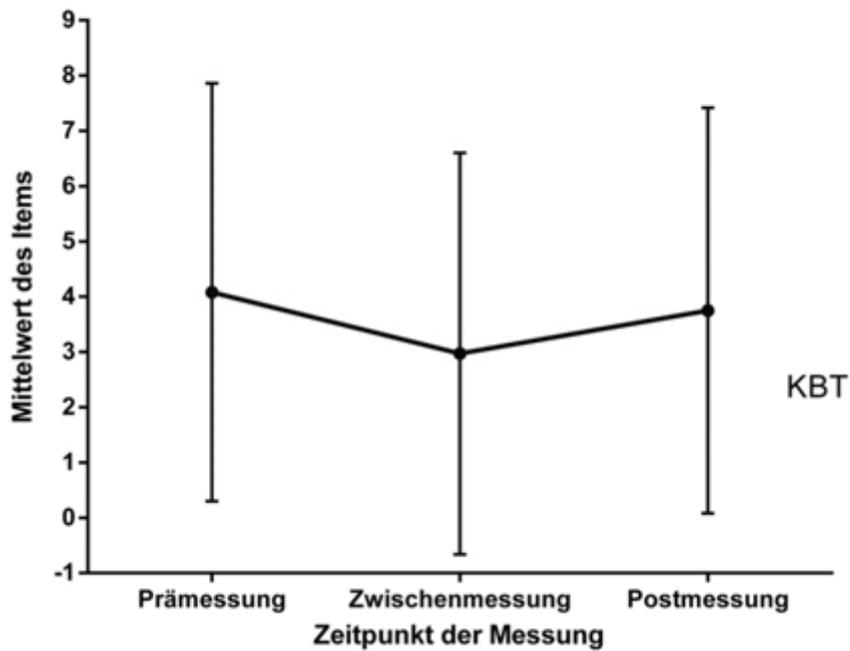


Abbildung 6: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala 4 des Fragebogens KBT mit Standardabweichungen zur ersten Hypothese: Die Beschwerden der Patienten verbessern sich durch die Therapie.

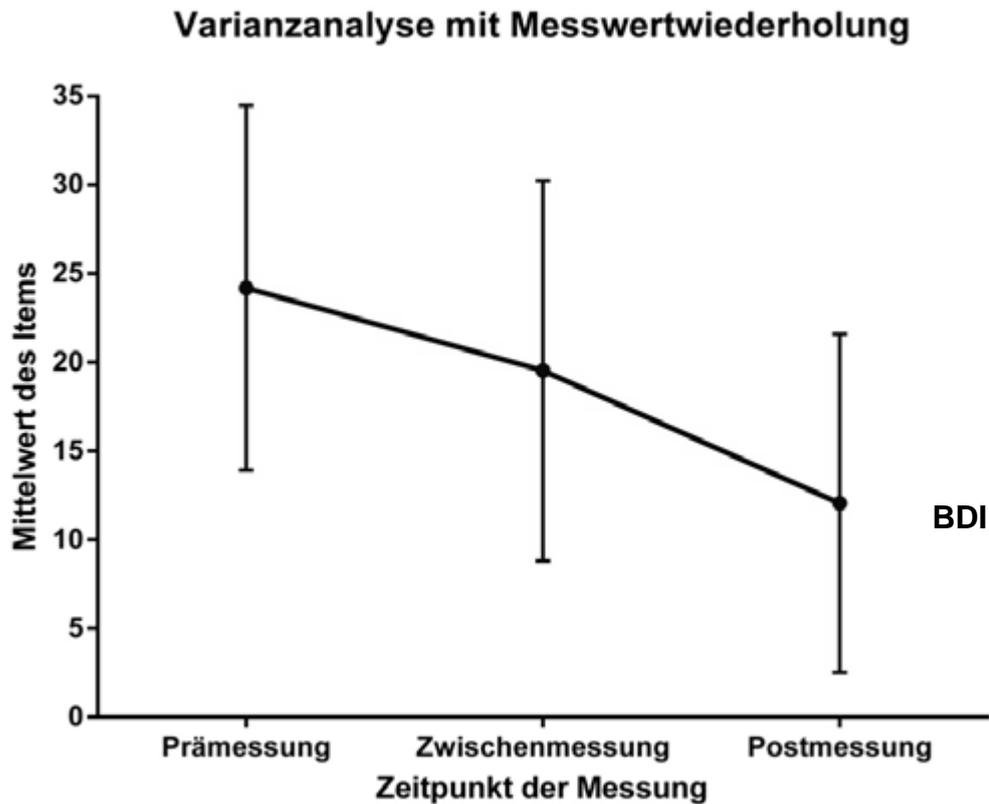


Abbildung 7: Ergebnisse der Varianzanalyse des Gesamtscore des Fragebogens BDI mit Standardabweichungen zur ersten Hypothese: Die Beschwerden der Patienten verbessern sich durch die Therapie.

3.2 Analyse der Wirksamkeit des multimodalen Therapiekonzepts

3.2.1 Analyse der Verbesserung des Körperwohlbefindens durch die Therapie

Die Analyse des Körperwohlbefindens im Therapieverlauf wurde durch eine Varianzanalyse mit Messwertwiederholung durchgeführt.

Tabelle 2: Deskriptive Statistik

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Prämessung GBB	54.19	25.10	36
Zwischenmessung GBB	45.17	28.82	36
Postmessung GBB	35.61	26.21	36
Prämessung GEB-KBT Skala 1	27.91	8.11	36
Zwischenmessung GEB-KBT Skala 1	30.33	8.56	36
Endmessung GEB-KBT Skala 1	36.56	8.84	36
Prämessung HautZuf Skala 1	9.00	6.68	36
Zwischenmessung HautZuf Skala 1	7.92	5.43	36
Postmessung HautZuf Skala 1	8.56	7.01	36
Prämessung HautZuf Skala 4	13.91	4.48	36
Zwischenmessung HautZuf Skala 4	13.42	4.37	36
Postmessung HautZuf Skala 4	12.89	5.50	36

Anmerkungen: N = Stichprobenumfang. Die Tabelle bildet die Mittelwerte, Standardabweichungen und den Stichprobenumfang für die gemessenen Items ab.

Es zeigte sich ein signifikanter Effekt für den Gesamtscore des GBB $F(2, 70) = 16.17$, $MSE = 236.2$, $p < .001$, $\eta^2 = .32$.

Für den Skalenwert der Skala „Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht“ des GEB-KBT zeigte sich ein signifikanter Effekt ($F(2, 70) = 14.07$, $MSE = 51.3$, $p < .001$, $\eta^2 = .29$).

Für den Skalenwert „Selbst-Berührung“ des HautZuf ergab sich ein nicht signifikanter Effekt $F(2, 70) = 0.54$, $MSE = 23.7$, $p = .554$, $\eta^2 = .02$.

Für den Skalenwert „Ekel“ des HautZuf ergab sich ein nicht signifikanter Effekt $F(2, 70) = 1.32$, $MSE = 7.8$, $p = .271$, $\eta^2 = .037$.

Varianzanalyse mit Messwertwiederholung

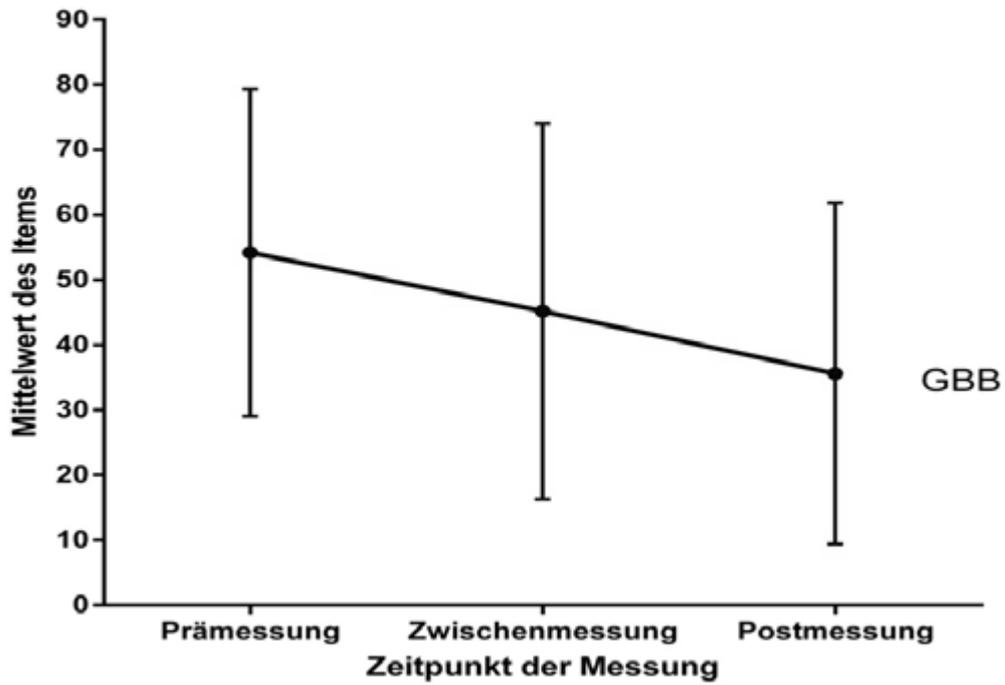


Abbildung 8: Ergebnisse der Varianzanalyse des Gesamtscore des Fragebogens GBB mit Standardabweichung zur zweiten Hypothese: Das Körperwohlbefinden verbessert sich durch die Therapie.

Varianzanalyse mit Messwertwiederholung

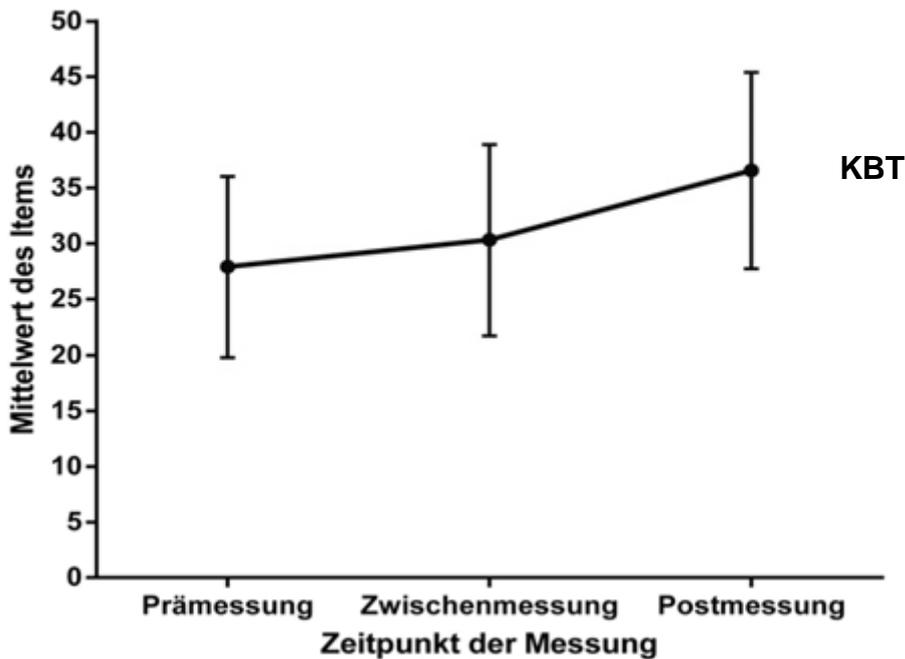


Abbildung 9: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala 1 des Fragebogens KBT mit Standardabweichung zur zweiten Hypothese: Das Körperwohlbefinden verbessert sich durch die Therapie.

Varianzanalyse mit Messwertwiederholung

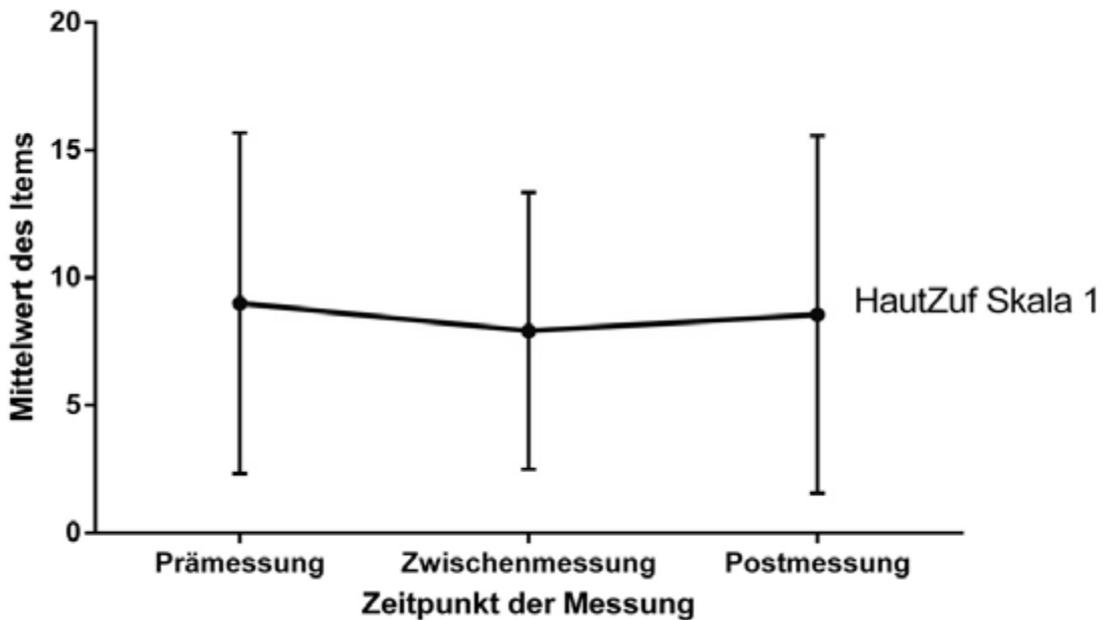


Abbildung 10: Ergebnisse der Varianzanalyse des Fragebogens HautZuf mit Standardabweichung zur zweiten Hypothese: Das Körperwohlbefinden verbessert sich durch die Therapie.

Varianzanalyse mit Messwertwiederholung

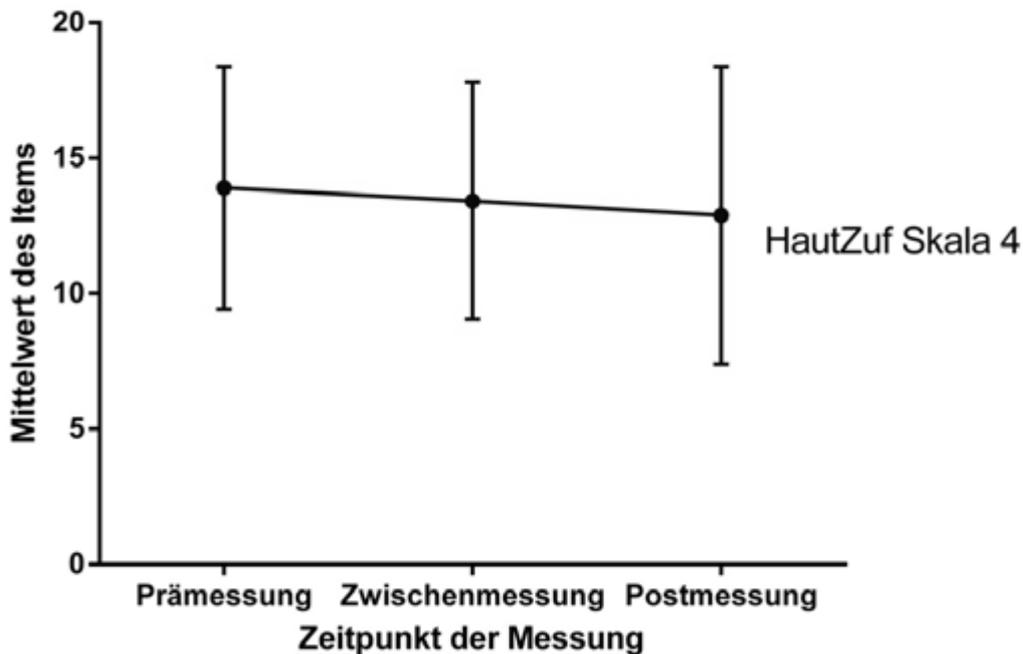


Abbildung 11: Ergebnisse der Varianzanalyse des Fragebogens HautZuf mit Standardabweichung zur zweiten Hypothese: Das Körperwohlbefinden verbessert sich durch die Therapie.

3.2.2 Analyse der Lernerfahrung der Patienten während des Therapieverlaufs

Die Analyse der Lernerfahrung der Patienten zeigte einen signifikanten Effekt. Dabei wurde die Varianzanalyse mit Messwertwiederholung für die Skala „Lernerfahrung und Einsicht“ des GEB-KBT durchgeführt. $F(2, 70) = 10.52$, $MSE = 45.5$, $p < .001$, $\eta^2 = .23$. Den größten Zuwachs der Lernerfahrung zeigte sich in der zweiten Therapiehälfte $p = .011$, $SEM = 1.33$. Der Vergleich der Lernerfahrung zwischen Therapieanfang und Therapieende zeigte signifikante Werte $p < .001$, $SEM = 1.74$.

Tabelle 3: Deskriptive Statistik

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Prämessung GEB-KBT Skala 2	14.72	6.94	36
Zwischenmessung GEB-KBT Skala 2	17.42	6.64	36
Postmessung GEB-KBT Skala 2	21.53	8.24	36

Anmerkungen: N = Stichprobenumfang. Die Tabelle bildet die Mittelwerte, Standardabweichungen und den Stichprobenumfang für die gemessenen Items ab.

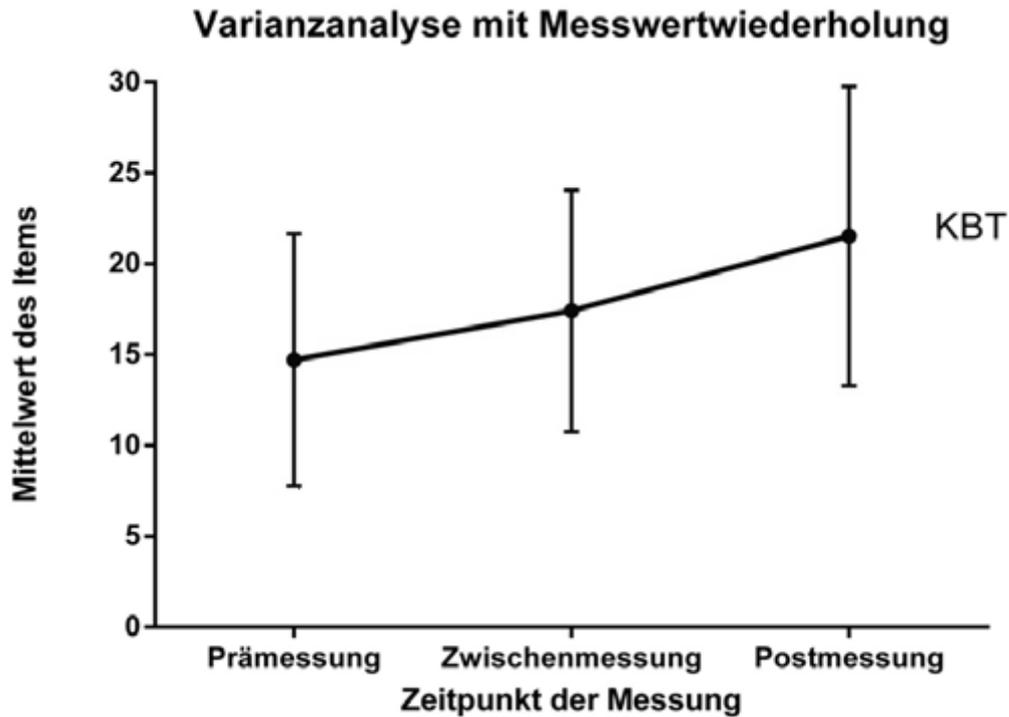


Abbildung 12: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala 2 des Fragebogens KBT zur dritten Hypothese: Die Lernerfahrung nimmt während der Therapie zu.

3.2.3 Analyse des Zugangs zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen

Die Analyse des Zugangs zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen wurde mit einer Varianzanalyse mit Messwertwiederholung an zwei Zeitpunkten durchgeführt. Die Zeitpunkte sind Therapiebeginn und Therapieende.

Tabelle 4: Deskriptive Statistik

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Prämessung GEB-KBT Skala 3	12.17	5.70	36
Postmessung GEB-KBT Skala 3	18.06	7.41	36
Prämessung TAS-20 Skala 1	20.92	5.33	36
Postmessung TAS-20 Skala 1	18.31	5.58	36
Prämessung TAS-20 Skala 2	15.33	3.63	36
Postmessung TAS-20 Skala 2	14.44	3.71	36

Anmerkungen: N = Stichprobenumfang. Die Tabelle bildet die Mittelwerte, Standardabweichungen und den Stichprobenumfang für die gemessenen Items ab.

Es zeigten sich signifikante Ergebnisse für den Skalenmittelwert „Zugang zu körperlichem Erleben und den eigenen Empfindungen“ des GEB-KBT $F(1, 35) = 16.33$, $MSE = 38.2$, $p < .001$, $\eta^2 = .32$. Für den Skalenmittelwert „Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen“ zeigten sich signifikante Ergebnisse $F(1, 35) = 9.50$, $MSE = 12.9$, $p = .004$, $\eta^2 = .21$. Nicht signifikante Ergebnisse zeigten sich für den Skalenmittelwert „Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen“ des TAS-20 $F(1, 35) = 1.96$, $MSE = 7.3$, $p = .170$, $\eta^2 = .05$.

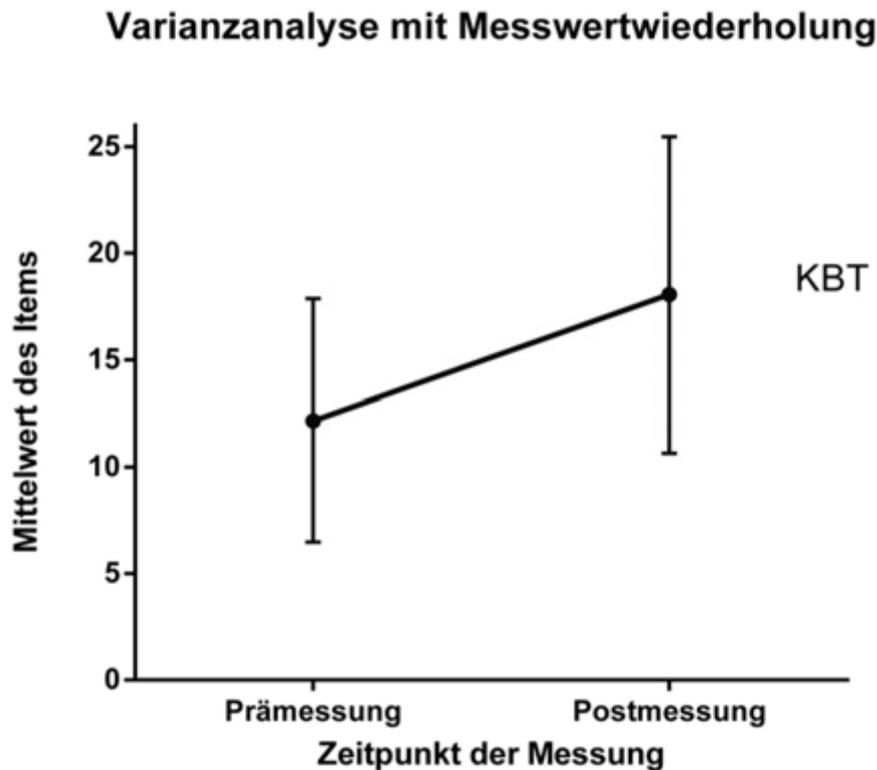


Abbildung 13: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala 3 des Fragebogens KBT zur vierten Hypothese: Der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen verbessert sich während der Therapie.

Varianzanalyse mit Messwertwiederholung

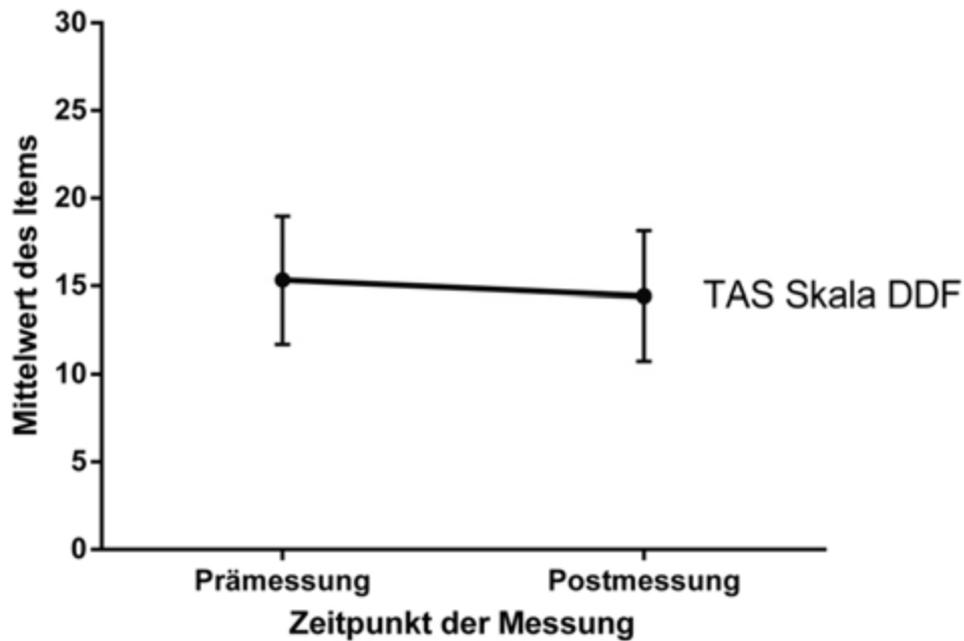


Abbildung 14: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala DDF des Fragebogens TAS-20 zur vierten Hypothese: Der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen verbessert sich während der Therapie.

Varianzanalyse mit Messwertwiederholung

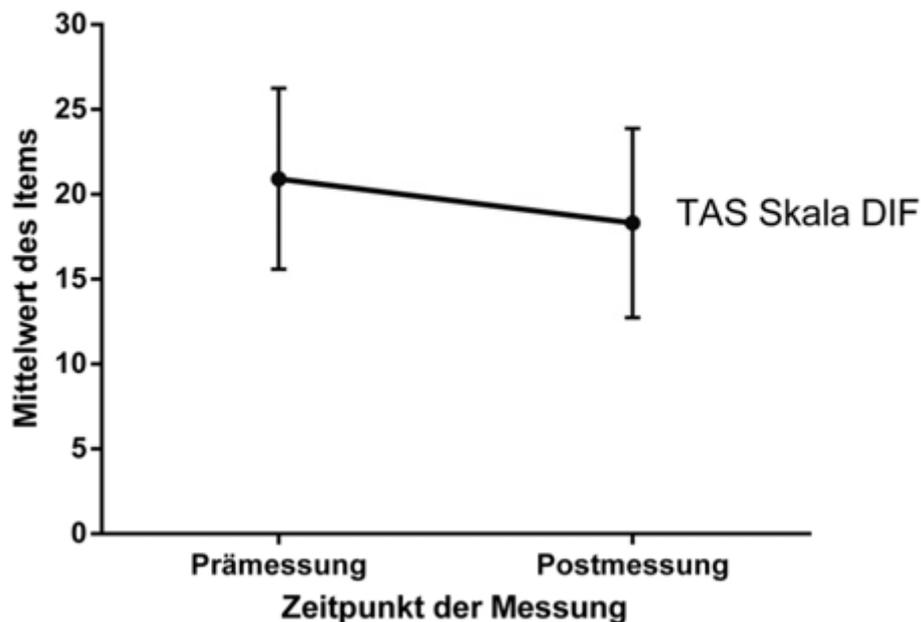


Abbildung 15: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala DIF des Fragebogens TAS-20 zur vierten Hypothese: Der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen verbessert sich während der Therapie.

4. DISKUSSION

In diesem Teil sollen die Ergebnisse der Untersuchung in Bezug auf die Fragestellung interpretiert und methodische Kritikpunkte aufgezeigt werden. Es wird eine inhaltliche Einordnung der Befunde thematisiert und ein Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen gegeben.

4.1 Interpretation der Ergebnisse

Das erste Ziel der Untersuchung war es, zu prüfen, ob die Beschwerden der Patienten im Verlauf der Therapie abnehmen. Die Beschwerden der Patienten, wie oben beschrieben, wurden durch den Gesamtscore des GBB, Skalenwert „Unzufriedenheit mit der Therapeutin und Unbehagen“ des GEB-KBT und Gesamtscore des BDI erfasst. Die Mittelwerte dieser Kennzahlen sollten im Therapieverlauf abnehmen. Es zeigte sich, dass die Beschwerden bedeutsam abnehmen. Der Skalenwert „Unzufriedenheit mit der Therapeutin und Unbehagen“ des GEB-KBT Fragebogens nimmt nicht signifikant ab, sondern bleibt konstant bei einem niedrigen Wert. Da der Wert der Skala des GEB-KBT generell sehr niedrig ist, ist es nicht bedeutsam, dass der Wert weiterhin sinkt, sondern viel wichtiger, dass der Wert nicht ansteigt. Der Skalenmittelwert ist im Verlauf der Therapie nicht bedeutsam angestiegen, sondern hat etwas abgenommen. Wie zuvor erwartet, kann die erste Hypothese bestätigt werden, dass die Beschwerden der Patienten im Therapieverlauf abnehmen.

Das zweite Ziel der Untersuchung bestand darin, zu prüfen, ob das Körperwohlbefinden sich während der Therapie verbessert. Das Körperwohlbefinden hätte sich verbessert, wenn die Mittelwerte des Gesamtscore des GBB und Skalenwert „Ekel“ des Fragebogens HautZuf am Therapieende signifikant kleiner sind, als zu Therapiebeginn. Der Skalenwert „Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht“ des GEB-KBT und Skalenwert „Selbst-Berührung“ müssten am Therapieende signifikant größer sein, als am Therapiebeginn. Für die Skalenwerte des GBB und GEB-KBT zeigten sich signifikante Werte. Die Skalenwerte des HautZuf zeigten keine signifikanten Veränderungen. Die zweite Hypothese kann teilweise bestätigt werden, da der wichtigste Wert, die Skala „Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht“ des GEB-KBT ist. Es ist wichtig für das Wohlbefinden, dass das Ekelgefühl sinkt, jedoch erfasst diese Skala nicht direkt das Körperwohlbefinden, sondern ein niedriges Ekelgefühl trägt zum höheren Körperwohlbefinden bei. Aus diesem Grund ist die nicht signifikante Veränderung des

Ekelgefühls für diese Hypothese außer Acht zu lassen. Ein Grund, warum das Ekelgefühl während der Therapiezeit nicht abnimmt könnte die Wohnform der Patienten sein. Viele Patienten gaben an, dass sie ungepflegte Menschen sehr abstoßend finden. Während des stationären Aufenthalts in der Klinik wohnen, essen und leben unterschiedliche Patienten miteinander. Die Körperpflege kann sich zwischen den Patienten sehr stark unterscheiden und die Patienten sind gezwungen ihr Bad zu teilen. Diese Faktoren könnten dazu führen, dass manche Patienten nach dem Aufenthalt ein höheres Ekelgefühl haben, als am Therapiebeginn. Da sich bei einigen Patienten das Ekelgefühl verringert und bei sensitiveren Patienten das Ekelgefühl verstärkt, werden beide Effekte miteinander verrechnet. Der Skalenwert „Selbst-Berührung“ ergibt ebenfalls eine nicht signifikante Veränderung. Das könnte an dem Zusammenhang mit dem Skalenwert „Ekel“ und den vielen Einflüssen des Klinikalltags liegen. Im Klinikalltag haben die Patienten wenig Privatsphäre und Möglichkeiten des Rückzugs.

Das dritte Ziel der Untersuchung bestand darin, die Veränderung der Lernerfahrung und Einsicht durch den Skalengesamtwert „Lernerfahrung und Einsicht“ des GEB-KBT zu erfassen. Der Fragebogen richtete sich in der Anweisung konkret an die Bewegungstherapie. Daher ist es möglich, den erfassten Wert der Lernerfahrung auf die kommunikative Bewegungstherapie zu beziehen und nicht auf andere Einflüsse. Wie zuvor erwartet, steigt die Lernerfahrung der Patienten während der Therapie. Die dritte Hypothese konnte bestätigt werden. Das Ansteigen der Lernerfahrung kann durch die Gruppenprozesse und die Rückmeldung von anderen Patienten auf das eigene Verhalten in der Bewegungstherapie erklärt werden. Die Patienten denken über ihr Verhalten nach und werden angeregt, das gezeigte Verhalten auf ihren Lebensalltag zu beziehen. Durch die Rückmeldung der Mitpatienten in der Gruppe entsteht die Möglichkeit, die Selbstwahrnehmung mit der Fremdwahrnehmung der anderen Patienten abzugleichen. Auch von den Problemen der anderen Mitpatienten können die Patienten profitieren und eine Einsicht in ihre Probleme erhalten.

Das vierte Ziel der Untersuchung bestand darin, zu überprüfen, ob sich der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen während der Therapie verbessert. Der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen wurde durch drei Items erfasst, durch den Skalenmittelwert „Zugang zu körperlichem Erleben und den eigenen

Empfindungen“ des GEB-KBT, den Skalenmittelwert „Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen“, sowie Skalenmittelwert „Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen“ des TAS-20. Es wurde gezeigt, dass sich der Skalenmittelwert des GEB-KBT signifikant vergrößerte und „Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen“ des TAS-20 signifikant verkleinerte. Die Patienten können ihre Gefühle nach der Therapie besser beschreiben. Da in der Kommunikativen Bewegungstherapie sehr viel Wert auf die Erfassung und Beschreibung des eigenen Gefühls gelegt wird, ist der Effekt auf die KMMBT zurückführbar. Die Patienten werden aufgefordert, ihre aktuelle Stimmung zu beschreiben und Gefühle gegenüber den Mitpatienten zu beschreiben. Auch der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen verbessert sich laut Skalenwert des GEB-KBT nachweislich durch die Therapie. Viele Patienten lernen erst in der Therapie, auf ihre eigenen Gefühle und Empfindungen zu achten und einen Zugang dazu zu entwickeln. Keine signifikante Veränderung zeigte sich beim Skalenmittelwert „Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen“ des TAS-20. Es ist ein negativer Trend erkennbar, jedoch ist dieser nicht statistisch signifikant. Ein Grund für das nicht signifikante Ergebnis könnte die geringe Anzahl an Untersuchungsteilnehmern sein.

Zusammenfassend kann die vierte Hypothese bestätigt werden, da lediglich ein nicht signifikanter Skalenwert existiert, der die vorhergesagte Tendenz aufweist. Jedoch ist der vorliegende Effekt nicht groß genug, um statistisch signifikant zu sein. Die anderen beiden Skalenmittelwerte zeigen die erwarteten Veränderungen mit statistischer Signifikanz auf. Inhaltlich ist der erste Schritt, die eigenen Gefühle zu beschreiben und der zweite Schritt, diese beschriebenen Gefühle Bezeichnungen zuzuordnen. Es ist möglich, dass für den zweiten Prozess, dem beschriebenen Gefühl eine Bezeichnung zuzuordnen, mehr Zeit und Entwicklung des Patienten nötig ist. Die zehnwöchige Therapiezeit reicht möglicherweise nicht für alle Patienten aus, um zu lernen, die eigenen Gefühle zu beschreiben und klar zu identifizieren. Ein weiterer Punkt ist, dass sich Gefühlsbeschreibungen aus mehreren Gefühlen zusammensetzen. Als Beispiel soll Ärger dienen. Ärger setzt sich dann aus dem Gefühl zusammen, wütend und enttäuscht zu sein, aber auch Traurigkeit zu verspüren. Es ist einfacher, die Grundemotionen zu beschreiben und später diesen Grundemotionen einen übergeordneten Begriff wie „Ärger“ zuzuordnen.

4.2 Methodische Einwände

In diesem Abschnitt sollen methodische Anmerkungen genannt und Kritikpunkte an der Untersuchung aufgeführt werden.

Die Kommunikative Bewegungstherapie ist nicht mit einer Psychotherapie gleichzusetzen. Diesen Anspruch erhebt die Therapieform nicht. Sie soll als psychotherapiebegleitendes Verfahren verstanden werden, welches ermöglicht, dass die Patienten in einem anderen Rahmen als in der Gesprächstherapie ihre Probleme aufdecken können und neue Verhaltensweisen ausprobieren können. Die Wirkfaktoren einer Gruppenpsychotherapie können nicht ohne diese Hintergrundinformationen übertragen werden. Die KommBT wird in der Gruppe und im Kontakt mit anderen Patienten durchgeführt, daher sind Gruppenwirkfaktoren nicht zu vernachlässigen. Bisher liegt noch kein hinreichend sensitives Messinstrument vor, um das Körperempfinden und Körpererleben der Patienten isoliert in Bezug auf das Therapieverfahren zu erfassen. Es wurde der Fragebogen GEB-KBT verwendet, der für die Konzentrative Bewegungstherapie weiterentwickelt wurde. Da es keine Weiterentwicklung für die KommBT gibt, bietet dieser Fragebogen die einzige Möglichkeit, das Körperempfinden der Patienten reliabel zu erfassen. Der Fragebogen wird vergleichsweise selten in der Forschung eingesetzt. Die Tagesstimmung oder Konflikte des Patienten beeinflussen, mit welcher Motivation die Fragen angekreuzt werden. Die Skala 4 des GEB-KBT erfragt Konflikte und Unzufriedenheit mit der Therapeutin. Lag ein Konflikt mit der Therapeutin vor, wurde der Fragebogen GEB-KBT vergleichsweise negativ angekreuzt, im Gegensatz zur einer anderen Messung des gleichen Teilnehmers ohne Konflikt.

Ein weiterer Aspekt ist der Fragebogen als Erhebungsinstrument. Die Antworten der Teilnehmer können durch soziale Erwünschtheit oder Missverständnisse in den Fragen verzerrt werden. Eine mögliche Lösung stellt die Kombination von Fragebögen und anderen Erhebungsinstrumenten. Die Fragebögen dienen zur Erfassung der subjektiven Veränderung der Empfindung und des Körpergefühls. Zusätzlich wird ein Interview oder Verhaltensbeobachtung eingesetzt. Die Verhaltensbeobachtung, beispielsweise der Therapiesitzungen, könnten von geschulten Ratern ausgewertet werden. Dazu wird die Therapiesitzung oder das Interview mit einer Kamera aufgenommen. Das Interview lässt die Möglichkeit, weitere Fragen seitens des Versuchsleiters und eigene Anmerkungen der Patienten zuzulassen, ohne auf eine fünfstufige Skala begrenzt zu sein.

Die Patienten erleben während der 10-wöchigen Therapiezeit viele Einflüsse. Aus ethischen und organisatorischen Gründen war es nicht möglich, das Therapieverfahren isoliert für eine Patientengruppe anzubieten und somit eine Kontrollgruppe zu erschaffen. Die Aufteilung der Patienten in zwei Gruppen würde bedeuten, dass eine Gruppe keine Therapie erhält, obwohl dies im Sinne des Behandlungsauftrages nötig wäre. Für eine deutlichere Ergebniszuordnung sollten in aufbauenden Untersuchungen eine Kontrollgruppe ohne KommBT mit einer Versuchsgruppe, die KommBT erhält, verglichen werden. Es existieren andere Einflüsse auf die körperbezogene Therapie KommBT wie beispielsweise der Frühsport, Walken oder Progressive Muskelrelaxation. Diese Einflüsse sollten bei aufbauenden Untersuchungen durch verschiedene Teilnehmergruppen kontrolliert oder systematisch variiert werden.

Ein weiter Aspekt ist die Dauer der Erhebung. Wenn der Erhebungszeitraum länger angesetzt wird, ist es möglich, mehr Untersuchungsteilnehmer und Daten zu verwerten. Im Erhebungszeitraum von Ende Januar bis Anfang Juni mussten viele Teilnehmer von der Untersuchung ausgeschlossen werden. Gründe dafür waren vor allem unvollständige Fragebögen, da der Klinikaufenthalt abgebrochen wurde, oder auf eigenen Wunsch beendet wurde. Aus einer Kombination von längerer Erhebungszeit und häufigerer Datenerhebung vor und nach der Therapie resultiert eine valide und reliable Datenstruktur mit größerer Aussagekraft. Auch ein Vergleich zwischen Kliniken, die alle die Kommunikative Bewegungstherapie in ihrem multimodalen Therapiekonzept integriert haben, wäre für die Übertragung auf andere Patienten sinnvoll. Eine weitere Möglichkeit ist, die Patienten nach Diagnosen zu trennen und einzeln zu betrachten, um herauszukristallisieren, ob eine Störungsgruppe besonders von der Therapie profitiert. Jedoch sind dann auch Doppeldiagnosen und Komorbiditäten zu bedenken, sodass sich eine klare Trennung schwierig gestaltet.

4.3 Inhaltliche Einordnung der Befunde

Inhaltliche Überlegungen zu der ersten Fragestellung

Die gefundenen Ergebnisse zum Beschwerdeverlauf der Patienten sind konsistent mit der Annahme, dass die Beschwerden sich durch einen Klinikaufenthalt mit Therapieangeboten verbessern sollten. Die Beschwerden der in der Untersuchung befragten Patienten nahmen deutlich ab. Zur Wirksamkeit von Psychotherapie wurden in der Vergangenheit umfangreiche Studien durchgeführt, die zu gleichen Ergebnissen kommen (Lambert, 2004; Lambert & Bergin, 2004; Smith et al., 1980). Auch speziell für die Gruppentherapie mit unterschiedlichen Modellen und Störungsbildern belegen empirische Arbeiten die Wirksamkeit (Fuhrman A. & Burlingame, 1994; Strauß et al., 1996). Die Beschwerden der befragten Patienten in der Klinik werden durch individuelle Unterschiede der Patienten und unterschiedliche Therapien beeinflusst. In der Klinik wird mit einem multimodalen Therapiekonzept gearbeitet. Daher erhalten die Patienten zusätzliche Therapien, beispielsweise Musiktherapie und Einzelgesprächstherapie. Da die Patienten individuell sind und individuelle Krankheitsverläufe haben, wirken die Therapien unterschiedlich gut bei verschiedenen Patienten (Burlingame, Fuhrman et al., 2004; Burlingame, MacKenzie et al., 2004; Strauß et al., 1996). Ausführlicher wurde dieses Thema im Kapitel 1.2.3 Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie bearbeitet.

Inhaltliche Überlegungen zu der zweiten Fragestellung

Bisher liegen keine weiteren empirischen Untersuchungen speziell zur KommBT vor. Die Ergebnisse zur Wirkweise der KommBT sind konsistent mit der Annahme, dass in einer Gruppentherapie vor allem die Gruppenwirkfaktoren wie unter anderem Einsicht, interpersonales Lernen oder Universalität des Leidens wirken. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich ein Anstieg der Lernerfahrung und Einsicht innerhalb des Therapieverlaufes. Das Ergebnis ist konsistent mit den Gruppenwirkfaktoren „Einsicht“ und „Identifikation“ (Bloch & Crouch, 1985; Tschuschke, 2001; Yalom, 1995). Das Körperwohlbefinden und Körpergefühl verbessert sich durch die körperbezogene Therapie bei den befragten Patienten.

Nach Degener und Hölter (2011) wirken die bewegungsorientierten Inhalte therapeutisch, wenn sie dazu beitragen, die psychische Gesundheit zu stärken oder stabilisieren. Das

verbesserte Körperwohlfinden und Lernerfahrung lässt darauf schließen, dass die Bewegungstherapie potenziell therapeutisch wirkt. Das vorliegende Ergebnis ist konsistent mit den bereits vorhandenen Ergebnissen zur Wirkung der Bewegung. Der reine Bewegungsaspekt, der auch beim Walken oder Frühsport zum Tragen kommt, wurde bereits in zahlreichen empirischen Studien überprüft (Blech, 2007; Blumenthal et al., 1999; Dunn et al., 2005; Hambrecht, 2005). In der KommBT wird am Anfang entweder eine Schwunggymnastik oder Aufwärmphase durchgeführt. Auch der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen verbesserte sich bei den befragten Patienten. Das ist ein Ziel der Kommunikativen Bewegungstherapie (Wilda-Kiesel et al., 2011). Durch den besseren Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen der Patienten ist die Behandlung der vorliegenden Störung einfacher möglich, da der Abstand zur eigenen Person und anderen Personen geringer ist. Der Therapeut findet einen besseren Zugang zum Patienten (Brähler, 1995; Kamper & Wulf, 1982). Da der Bewusstwerdungsprozess im körpernahen Bereich dem verbalen Bereich vorausgeht, sind die Gruppenübungen und Rekonstruktionen in der KommBT wichtig, um den Zugang zu vergangenen Erlebnissen zu ermöglichen (Carl et al., 1972).

4.4 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit konnte die Annahmen über die Wirkung des Therapiekonzepts in der Klinik und vereinzelt der Kommunikativen Bewegungstherapie nachweisen. Aufgrund der Ergebnisse kann angenommen werden, dass das multimodale Therapiekonzept die Beschwerden der Patienten verringert und das Körperwohlbefinden verbessert.

Bezüglich der Kommunikativen Bewegungstherapie erhöht das Therapieverfahren die Lernerfahrung und Einsicht der Patienten und verbessert den Zugang zu körperlichen Empfindungen. Dadurch können Gefühle durch die Patienten besser wahrgenommen und beschrieben werden.

Es wäre sinnvoll, dieser Untersuchung eine Follow-Up Messung der beteiligten Patienten sechs Monate nach der Entlassung durchzuführen, um die Effekte zu kontrollieren. In zukünftigen Untersuchungen sollte ein möglichst valides und reliables Messinstrument verwendet werden, welches genau auf die Kommunikative Bewegungstherapie abgestimmt ist und deren Wirkung sensitiv misst. Zusätzlich sollten Untersuchungen mit einer Studiengruppe und einer Kontrollgruppe innerhalb der Klinik stattfinden, um die sonstigen Einflüsse auf die Patienten konstant zu halten. Die Erhebung der Daten könnte vor jeder Therapiestunde und nach jeder Therapiestunde erfolgen, um den Einfluss von Stimmungsschwankungen und Ärgernissen zu minimieren.

Zum Abschluss muss noch betont werden, dass bisher keine empirischen Studien zum Therapieverfahren Kommunikative Bewegungstherapie vorliegen und mit dieser Untersuchung ein erster Versuch durchgeführt wurde. Darauf werden weitere Studien aufbauen und immer mehr Erkenntnisse und Studiendesigns entstehen, die zunehmend valider und reliabler werden. Auch ein spezifischer Fragebogen bezogen auf die Kommunikative Bewegungstherapie wird entwickelt. Der Hintergrund dieser Forschung ist, die Annahmen zu prüfen, wie die Therapie wirkt. Die Ergebnisse könnten dazu verwendet werden, die Therapie noch effizienter auf die einzelnen Patienten anzupassen. Der persönliche Nutzen der Patienten würde ansteigen und somit auch ihre Motivation zur Therapie positiv beeinflussen. Zusätzlich wäre noch möglich, zu erfassen, ob die erste oder zweite Therapiehälfte effektiver ist und die größeren Effekte für die Patienten erzeugt.

5. LITERATURVERZEICHNIS

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. The Jossey-Bass social and behavioral science series*. San Francisco, London: Jossey-Bass.
- Argyle, M. (1979). *Körpersprache und Kommunikation. Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften: Bd. 5*. Paderborn: Junfermann.
- Balint, M. (1957). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: E. Klett.
- Battegay, R. (1979). *Der Mensch in der Gruppe* (3. überarb. und ergänzte Aufl). Bern: Huber.
- Battegay, R. (2000). *Die Gruppe als Schicksal: Gruppenpsychotherapeutische Theorie und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bauer, J. (2007). *Das Gedächtnis des Körpers: Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern* (11. Aufl). *Serie Piper: Vol. 4179*. München: Piper.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (Eds.). (2006). *Beck-Depressionsinventar: BDI-II*. Göttingen: Hogrefe.
- Besuden, F. (1983). Körperarbeit in einer psychosomatischen Klinik. *Mater Psychoanal Anal Orient Psychother*, (9), 18–21.
- Beutel, M. E., Stark, R., Pan, H., Silbersweig, D. A., & Dietrich, S. (2012). Langzeitergebnisse einer Funktionellen-Magnetresonanztomographie-Studie. *Psychotherapeut*, 57(3), 227–233. doi:10.1007/s00278-012-0905-0
- Blankenburg, W. (1983). Grundlagen für die Bewegungstherapie in der Psychiatrie. In H. Cotta (Ed.), *Krankengymnastik. Taschenlehrbuch* (pp. 1–58). Stuttgart u.a: Thieme.
- Blech, J. (2007). *Bewegung: Die Kraft, die Krankheiten besiegt und das Leben verlängert*. Frankfurt, M: S. Fischer.
- Bloch, S., & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy. Oxford medical publications*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., & Moore, K.A. et al. (1999). Effects of Exercise Training on Older Patients With major Depression. *Archives of Internal Medicine*, (19), 2349–2356.
- Brähler, E. (Ed.). (1995). *Edition Psychosozial. Körpererleben: Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele ; Beiträge zur psychosomatischen Medizin* (2. Aufl). Gießen: Psychosozial-Verl.

- Brähler, E., Hinz, E., & Scheer, J. W. (Eds.). (2008). *Der Gießener Beschwerdebogen: GBB-24*. Bern: Hans Huber.
- Brambring, M., & Dawidowski, B. (1980). Training der Körperkoordination bei blinden Kindern. *Heilpädagog Forsch*, (8), 278–289.
- Breyer, F., Heinzl, R., & Klein, T. (1997). Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundheitsökonomie Qualitätsmanagement*, (3), 69–73.
- Broocks, A. (2005). Körperliches Training in der Behandlung psychischer Erkrankungen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, (8), 914–921.
- Buber, M. (1983). *Ich und du*. Heidelberg: Lambert-Schneider.
- Buchheim, A., Kächele, H., Cierpka, M., Münte, T. F., Kessler, H., Wiswede, D., . . . Roth, G. (2008). Psychoanalyse und Neurowissenschaften - Neurobiologische Veränderungsprozesse bei psychoanalytischen Behandlungen von depressiven Patienten. *Nervenheilkunde*, (5), 369–488.
- Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kächele, H., Cierpka, M., Roth, G., . . . Taubner, S. (2012). Neuronale Veränderungen bei chronisch-depressiven Patienten während psychoanalytischer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 57(3), 219–226. doi:10.1007/s00278-012-0909-9
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., & Johnson, J. (2004). Process and outcome in group psychotherapy: A perspective. In J. DeLucia-Waak, C. Kalodner, & M. Riva (Eds.), *Handbook of group work* (pp. 49–62). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K., & Strauß, B. (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 647–696). New York: John Wiley & Sons.
- Buytendijk, F. J. (1956). *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung*. Berlin: Springer-Verlag.
- Carl, A., Fischer-Antze, J., Gaetke, H., Hoffmann, S. O., & Wendler, W. (1972). Vergleichende Darstellung gruppenspezifischer Prozesse bei konzentrativer Bewegungstherapie und analytischer Gruppentherapie. In H. Stolze (Ed.), *Die konzentrativer Bewegungstherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Cremerius, J., Hoffmann, S. O., & Trimborn, W. (1979). *Psychoanalyse, Über-Ich und soziale Schicht*. München: Kindler.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Irrtum: Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*: List.

- DeBoor, C., & Mitscherlich, A. (1973). Verstehende Psychosomatik: Ein Stiefkind der Medizin. *Psyche*, (27), 1–20.
- Degener, A., & Hölter, G. (2011). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung ; mit 118 Tabellen*. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Dies, R. R. (1994). Therapist variables in group psychotherapy research. In Fuhriman A. & G. M. Burlingame (Eds.), *Wiley series on personality processes. Handbook of group psychotherapy. An empirical and clinical synthesis* (pp. 114–154). New York: Wiley.
- Dührssen, A. (1962). Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med.* 2, 94–113.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *American journal of preventive medicine*, 28(1), 1–8. doi:10.1016/j.amepre.2004.09.003
- Dunn, A. et al. (2005). Exercise Treatment for Depression. *Am J Prev Med*, (28), 1–8.
- Eckert, J. (1996). Gruppenerfahrungsbogen (GEB). In B. Strauß, J. Eckert, & V. Tschuschke (Eds.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch* (pp. 160–171). Opladen: Westdt. Verl.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of consulting psychology*, 16(5), 319–324.
- Faulkner, G., & Taylor, A. (Eds.). (2005). *Exercise, Health and Mental Health. Emerging relationships*. London, New York: Routledge.
- Ferenczi, S. (1921). Weiterer Aufbau der 'aktiven Technik' in der Psychoanalyse. In S. Ferenczi (Ed.), *Schriften zur Psychoanalyse* (p. 74). Frankfurt am Main: Fischer.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Frankl, V. E., Gebattel, Victor Emil von, & Schultz, J. H. (1959). *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. München, Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- Freud, S. (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*. Leipzig: Internat. Psychoanalyt. Verl.
- Fuhriman A., & Burlingame, G. M. (Eds.). (1994). *Wiley series on personality processes. Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*. New York: Wiley.

- Geuter, U. (2000a). Historischer Abriss zur körperorientierten Psychotherapie. In F. Röhrich & U. Geuter (Eds.), *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen* (pp. 53–74). Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Geuter, U. (2000b). Wege zum Körper: Zur Geschichte und Theorie des körperbezogenen Ansatzes in der Psychotherapie. *Krankengymnastik - Zeitschrift für Physiotherapeuten*, (52), 1175-1183 & 1346-1351.
- Geuter, U. (2004). Körperpsychotherapie und Erfahrung - Zur Geschichte, wissenschaftlichen Fundierung und Anerkennung einer psychotherapeutischen Methode. *Report Psychologie*, (29), 98–111.
- Geyer, M., Plöttner, G., & Villmann, T. (Eds.). (2003). *Psychotherapeutische Reflexionen gesellschaftlichen Wandels*. Frankfurt Main: VAS.
- Geyer, M. (2011). *Psychotherapie in Ostdeutschland: Geschichte und Geschichten 1945-1995*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen u.a: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Haas, R. (1999). *Entwicklung und Bewegung: Der Entwurf einer angewandten Motologie des Erwachsenenalters. Reihe Motorik: Bd. 22*. Schorndorf: Hofmann.
- Hambrecht, R. (2005). Vom Sessel auf das Laufband! *MMW-Fortschr.Med.*, (35-36), 735/26-738/29.
- Hauschild, T. (1983). Körpersprache, Magie und medizinische Heilerwartung. In A. E. Imhof (Ed.), *Der Mensch und sein Körper. Von der Antike bis heute*. München: Beck.
- Heinrichs, H.-J. (Ed.). (1985). *Der Körper und seine Sprachen*. Frankfurt/Main u.a: Qumran.
- Hurrelmann, K., Laaser, U., & Razum, O. (Eds.). (2003). *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (3. Aufl.). Weinheim: Juventa-Verl. Retrieved from <http://www.gbv.de/dms/faz-rez/F19950119RSTEIN1100.pdf>
- Jung, K. (1992). *Bewegungstherapie: Prinzipien therapeutischen Sports*. Stuttgart: Hippokrates.
- Junová, H. (1979a). Psychogymnastik in der stationären Gruppenpsychotherapie [Psychogymnastics in group psychotherapy for in-patients]. *Psychiatrie, Neurologie, und medizinische Psychologie*, 31(7), 421–428.
- Junová, H. (1979b). Psychogymnastik. Eine nonverbale Technik im Rahmen der dynamischen Gruppenpsychotherapie [Psychogymnastic. A nonverbal technic in the course of dynamic group psychotherapy]. *Psychiatrie, Neurologie, und medizinische Psychologie*, 31(2), 94–100.

- Kamper, D., & Wulf, C. (Eds.). (1982). *Edition Suhrkamp: 1132 = N.F., 132. Die Wiederkehr des Körpers* (Erstausg.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kiesel, A. (1973). *Die Konzentrative Entspannung als Methode zur Optimierung von Erholungsphasen zwischen Mikrozyklen bei Schwimmsportlern*. Deutsche Hochschule für Körperkultur Leipzig, Leipzig.
- Kohler, C. (1968). *Kommunikative Psychotherapie*. Jena: Gustav Fischer. Retrieved from <http://katalog.ub.uni-heidelberg.de/cgi-bin/titel.cgi?katkey=66503371>
- Kohler, C., & Kiesel, A. (1972). *Bewegungstherapie bei funktionellen Störungen und Neurosen*. Leipzig: Barth.
- König, K. (1994). *Indikation: Entscheidungen vor und während einer psychoanalytischen Therapie*. Göttingen u.a: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kratochwil, B. (1987). *Patientenzentrierte Gesprächsführung: Ein Beitrag zur Gesprächsführung in der Personal-Patient-Beziehung und Möglichkeiten der Befähigung* (1. Aufl. [Nachdr.]). *Lehrmaterialien für Ausbildung und Weiterbildung von mittlerem medizinischem Personal*. Potsdam: Inst. f. Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte.
- Küchenhoff, J. (1992). *Körper und Sprache: Theoretische und klinische Beiträge zur Psychopathologie und Psychosomatik von Körpersymptomen. Anwendungen der Psychoanalyse: Vol. 4*. Heidelberg: Asanger.
- Kupfer, J., Brosig, B., & Brähler, E. (Eds.). (2001). *TAS-26: Toronto-Alexithymie-Skala-26*. Göttingen: Hogrefe.
- Kupfer, J., Brosig, B., Niemeier, V., & Gieler, U. (2005). Zur Validität des Hautzufriedenheitsfragebogens (HautZuf). *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 55(01). doi:10.1055/s-2005-863514
- Lambert, M. J. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (2004). The effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143–189). New York: John Wiley & Sons.
- Le Camus, J. (DL 1984). *Pratiques psychomotrices: De la R.P.M. aux thérapies à médiation corporelle. Psychologie et sciences humaines: Vol. 131*. Bruxelles: Mardaga.

- Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1973). *Encounter groups: first facts*. New York: Basic Books.
- Lowen, A. (1991). *Körperausdruck und Persönlichkeit: Grundlagen und Praxis der Bioenergetik* (4. Aufl.). München: Kösel.
- Lukoschik, A., & Bauer, E. (1993). *Die richtige Körpertherapie: Ein Wegweiser durch westliche und östliche Methoden* (Genehmigte Taschenbuch-Ausg.). [Goldmann]: 13705 : Goldmann-Ratgeber. [München]: Goldmann.
- MacKenzie, K. (1994). Where is here and when is now? The adaptational challenge of mental health reform for group psychotherapy. *Int J Group Psychother*, (44), 407–428.
- Meinel, K. (1960). *Bewegungslehre*. Berlin: Volk und Wissen.
- Michael Babyak et al. (2000). Exercise Treatment for Major Depression: maintenance of Therapeutic Benefit at 10 Months. *Psychosomatic Medicine*, (62), 633–638.
- Montagu, A. (1982). *Körperkontakt: Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen* (3., unveränd. Aufl). *Konzepte der Humanwissenschaften*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Motherwell, L., & Shay, J. J. (2005). *Complex dilemmas in group therapy: Pathways to resolution*. New York: Brunner-Routledge.
- Müller-Hegemann, D. (1957). *Psychotherapie*. Berlin: Volk und Gesundheit. Retrieved from <http://katalog.ub.uni-heidelberg.de/cgi-bin/titel.cgi?katkey=66508723>
- Muschg, A. (1982). *Manipulation und Psychoanalyse*. Jahrestagung der DGPPT, Freiburg.
- Neumann, N.-U., & Frasch, K. (2005). Biologische Mechanismen antidepressiver Wirksamkeit von körperlicher Aktivität. *psychoneuro*, (31), 513–517.
- Neumann, N.-U., & Frasch, K. (2006). Prävention und Therapie demenzieller Erkrankungen mittels körperlicher Aktivität. *Krankenhauspsychiatrie*, (17), 155–159.
- Orlinsky, D. E. (1994). Learning from many masters. *Psychotherapeut*, (39), 2–9.
- Painter, J. (1984). *Körperarbeit und persönliche Entwicklung: Wie wir durch Tiefenentspannung zur Harmonie von Leib Seele u. Geist gelangen*. München: Koesel.
- Petermann, F., Maercker, A., Lutz, W., & Stangier, U. (2011). *Klinische Psychologie - Grundlagen. Bachelorstudium Psychologie*. Göttingen: s.n.
- Petzold, H. (1977). *Die neue Körpertherapie*: Junfermann. Retrieved from <http://katalog.ub.uni-heidelberg.de/cgi-bin/titel.cgi?katkey=1220755>

- Piper, W. E., Debbane, E. G., Bienvenu, J. P., & Garant, J. (1984). A comparative study of four forms of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 268–279.
doi:10.1037/0022-006X.52.2.268
- Piper, W. E. (1994). Client variables. In Fuhriman A. & G. M. Burlingame (Eds.), *Wiley series on personality processes. Handbook of group psychotherapy. An empirical and clinical synthesis* (pp. 83–113). New York: Wiley.
- Pokorny, V., Hochgerner, M., & Cserny, S. (2001). *Konzentrierte Bewegungstherapie: Von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren* (2., überarb., u. erw. Aufl). *Psychotherapeutische Theorie und Praxis: Vol. 4*. Wien: Facultas-Univ.-Verl.
- R.Heinzel, F.Breyer, T.Klein. (1998). Ambulante analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer bundesweiten katamnesticen Evaluationsstudie. *Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik*, (34), 135–152.
- Robert Abbott et al. (2004). Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men. *Jama*, (292), 1447–1453.
- Rogers, C. R. (1952). *Client-centered therapy*. University Park, PA: Penn State University Psychological Cinema Register.
- Rudnitzki, G., Körtel, B., & Tschuschke, V. (1998). Gruppenanalyse und Adoleszenz: Über die Wirkungen gruppenanalytischer Gruppenarbeit mit jungen Erwachsenen und deren Eltern in einem komplexen Setting. *Gruppenanalyse*, (8), 149–163.
- Schiepek, G., Karch, S., Tominschek, I., & Pogarell, O. (2012). Neurobiologische Korrelate der Psychotherapie von Zwangsstörungen. *Psychotherapeut*, 57(3), 234–240. doi:10.1007/s00278-012-0904-1
- Schreiber-Willnow, K. (2010a). GEB-KBT. In K. Schreiber-Willnow (Ed.), *Reihe "Forschung psychosozial". Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären konzentrierten Bewegungstherapie* (3rd ed.). Gießen: Psychosozial-Verl.
- Schreiber-Willnow, K. (Ed.). (2010b). *Reihe "Forschung psychosozial". Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären konzentrierten Bewegungstherapie* (3., korrigierte Aufl). Gießen: Psychosozial-Verl.
- Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R., Köllner, V., Lamprecht, F., & Schnyder, U. (Eds.). (1998). *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical.

- Schulz, T., Peters, C., & Michna, H. (2005). Bewegungstherapie und Sport in der Krebstherapie und -nachsorge. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie*, (37), 159–168.
- Seidel, U. (1981). Psychodrama und Körperarbeit. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, (30), 154–159.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Steinberg, H. Psychiatrie an der Universität Leipzig. Eine zweihundertjährige Tradition. *Würzburger medizinische Mitteilungen*, (23), 270–312.
- Stolze, H. (1953). *Das obere Kreuz*. München: Lehmann.
- Stolze, H. (1972). Selbsterfahrung und Bewegung. In H. Stolze (Ed.), *Die Konzentrative Bewegungstherapie* (pp. 165–174). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Stolze, H., & Badura-MacLean, E. (Eds.). (2002). *Die konzentrative Bewegungstherapie: Grundlagen und Erfahrungen* (3., erg. Aufl). Berlin: Springer.
- Stone, L. (1981). Notes on the noninterpretative elements in the psychoanalytic situation and process. *Am Psychoanal Assoc*, (29), 89–118.
- Strauß, B., & Burgmeier-Lohse, M. (1994). *Stationäre Langzeitgruppentherapie: Ein Beitrag zur empirischen Psychotherapieforschung im stationären Feld. Forschung*. Heidelberg: Asanger.
- Strauß, B., Eckert, J., & Tschuschke, V. (Eds.). (1996). *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung: Ein Handbuch*. Opladen: Westdt. Verl.
- Stroebe, W. (1996). *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (4., überarb. und erw. Aufl). Springer-Lehrbuch. Berlin [u.a.]: Springer.
- Strotzka, H., & Becker, A. M. (Eds.). (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Tögel, A. *Kurse*. Retrieved from <http://www.kommunikativebewegungstherapie.de/pages/kurs1.html>
- Tschuschke, V. (1989). Wirksamkeit und Erfolg in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychother Gruppensdynamik*, (25), 60–78.
- Tschuschke, V. (1993). *Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie*: Vandenhoeck & Ruprecht. Retrieved from <http://katalog.ub.uni-heidelberg.de/cgi-bin/titel.cgi?katkey=44452452>

- Tschuschke, V. (2001). Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (Ed.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie. 49 Tabellen* (pp. 140–147). Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Tschuschke, V. (Ed.). (2010). *Gruppenpsychotherapie: Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (1. Aufl.). Stuttgart, New York, NY: Thieme.
- Van de Vliet, P. (Ed.). (2002). *The physical self in clinically depressed patients*. Leuven: KU Leuven.
- von Uexküll T. (1961). Der Körper als Problem der psychosomatischen Medizin. *Psyche*, (15), 76–87.
- von Uexküll T. (1985). Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und der somatischen Medizin. *Prax Psychother Psychosom*, (30), 95–103.
- von Weizsäcker, V. (1940). *Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Stuttgart: Thieme.
- von Weizsäcker, V. (1951). *Der kranke Mensch: Eine Einführung in die medizinische Anthropologie*. Stuttgart: Köhler.
- Wenninger, G. (2001). *Lexikon der Psychologie* (Vol. 2). Heidelberg, Berlin: Spektrum.
- Wilda-Kiesel, A. (1987). *Kommunikative Bewegungstherapie*. Leipzig: J.A. Barth.
- Wilda-Kiesel, A. (1993). *Die konzentrierte Entspannung: Eine Methode zur Förderung der Körperwahrnehmung und Entspannung. Studienbücher für medizinische Berufe*. Reinbek: Lauf-Ausbildungssysteme.
- Wilda-Kiesel, A., Tögel, A., & Wutzler, U. (2011). *Kommunikative Bewegungstherapie: Brücke zwischen Psychotherapie und Körpertherapie* (1. Aufl). *Ganzheitliche Körpertherapien*. Bern: Huber.
- Winau, R. (1982). Krankheitskonzept und Körperkontakt. In D. Kamper & C. Wulf (Eds.), *Edition Suhrkamp: 1132 = N.F., 132. Die Wiederkehr des Körpers*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3th ed). New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed). New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch* (4. Aufl). München: Pfeiffer.
- Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (Eds.). (2008). *Psychologie. Psychologie* (18., aktualisierte Aufl). München, Boston [u.a.]: Pearson Studium.

6. ANHANG

A Tabellenverzeichnis

B Abbildungsverzeichnis

C Ethikantrag

A Tabellenverzeichnis

Tabelle 5: Deskriptive Statistik zur ersten Hypothese: Die Beschwerden der Patienten verringern sich

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Prämessung GBB	54.19	25.10	36
Zwischenmessung GBB	45.17	28.82	36
Postmessung GBB	35.61	26.21	36
Prämessung GEB-KBT Skala 4	4.08	3.78	36
Zwischenmessung GEB-KBT Skala 4	2.97	3.63	36
Endmessung GEB-KBT Skala 4	3.75	3.67	36
Prämessung BDI	24.19	10.29	36
Zwischenmessung BDI	19.53	10.72	36
Postmessung BDI	12.06	9.54	36

Anmerkungen: N = Stichprobenumfang. Die Tabelle bildet die Mittelwerte, Standardabweichungen und den Stichprobenumfang für die gemessenen Items ab.

Tabelle 6: Deskriptive Statistik zur zweiten Hypothese: Das Körperwohlbefinden verbessert sich

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Prämessung GBB	54.19	25.10	36
Zwischenmessung GBB	45.17	28.82	36
Postmessung GBB	35.61	26.21	36
Prämessung GEB-KBT Skala 1	27.91	8.11	36
Zwischenmessung GEB-KBT Skala 1	30.33	8.56	36
Endmessung GEB-KBT Skala 1	36.56	8.84	36
Prämessung HautZuf Skala 1	9.00	6.68	36
Zwischenmessung HautZuf Skala 1	7.92	5.43	36
Postmessung HautZuf Skala 1	8.56	7.01	36
Prämessung HautZuf Skala 4	13.91	4.48	36
Zwischenmessung HautZuf Skala 4	13.42	4.37	36
Postmessung HautZuf Skala 4	12.89	5.50	36

Anmerkungen: N = Stichprobenumfang. Die Tabelle bildet die Mittelwerte, Standardabweichungen und den Stichprobenumfang für die gemessenen Items ab.

Tabelle 7: Deskriptive Statistik zur dritten Hypothese: Die Lernerfahrung der Patienten nimmt zu

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Prämessung GEB-KBT Skala 2	14.72	6.94	36
Zwischenmessung GEB-KBT Skala 2	17.42	6.64	36
Postmessung GEB-KBT Skala 2	21.53	8.24	36

Anmerkungen: N = Stichprobenumfang. Die Tabelle bildet die Mittelwerte, Standardabweichungen und den Stichprobenumfang für die gemessenen Items ab.

Tabelle 8: Deskriptive Statistik zur vierten Hypothese: Der Zugang zum körperlichem Erleben der Patienten verbessert sich

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Prämessung GEB-KBT Skala 3	12.17	5.70	36
Postmessung GEB-KBT Skala 3	18.06	7.41	36
Prämessung TAS-20 Skala 1	20.92	5.33	36
Postmessung TAS-20 Skala 1	18.31	5.58	36
Prämessung TAS-20 Skala 2	15.33	3.63	36
Postmessung TAS-20 Skala 2	14.44	3.71	36

Anmerkungen: N = Stichprobenumfang. Die Tabelle bildet die Mittelwerte, Standardabweichungen und den Stichprobenumfang für die gemessenen Items ab.

B Abbildungsverzeichnis

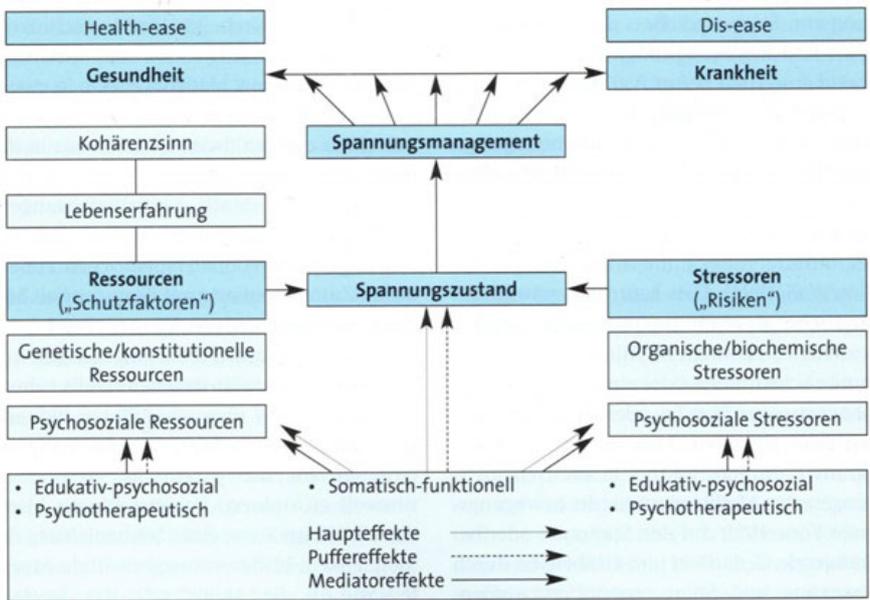


Abbildung 1: Haupt-, Puffer- und Mediatoreffekte von Bewegungsaktivitäten in Antonovskys Modell der Salutogenese nach Hölter aus: Degener, A., & Hölter, G. (2011). Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung; mit 118 Tabellen. Köln: Dt. Ärzte-Verl., Seite 56

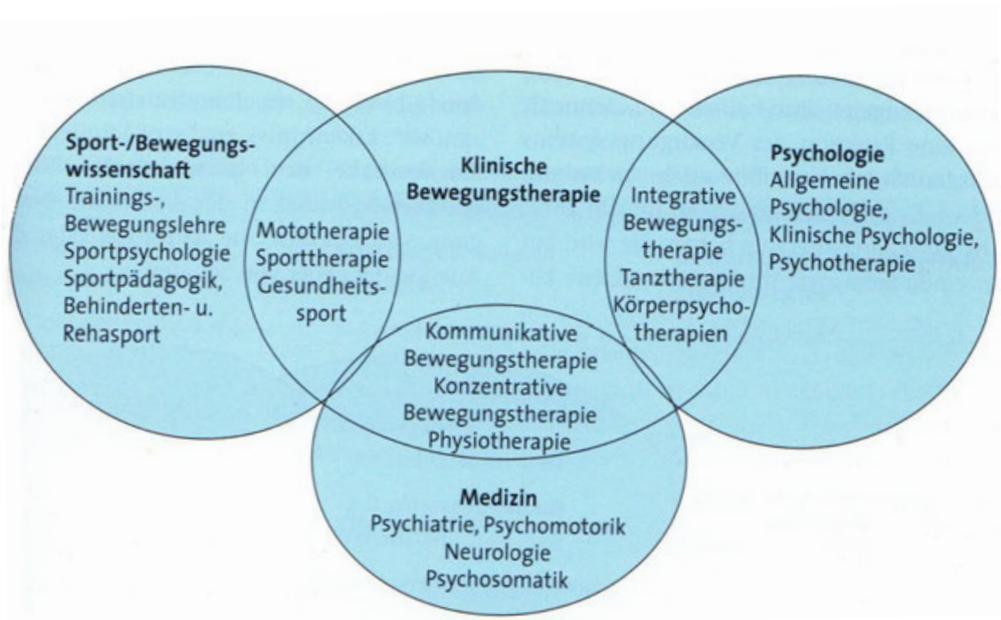
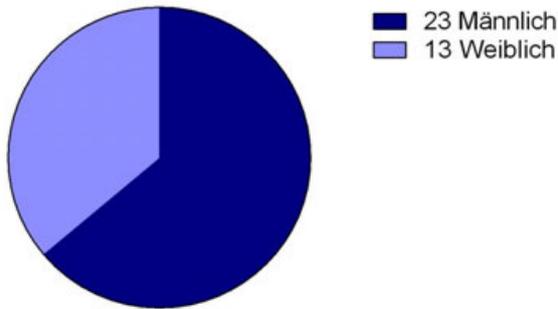


Abbildung 2: Kommunikative Bewegungstherapie im Schnittpunkt von Sport- und Bewegungswissenschaft, Psychologie und Medizin aus: Degener, A., & Hölter, G. (2011). Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung; mit 118 Tabellen. Köln: Dt. Ärzte-Verl., Seite 77

Teilnehmer der Untersuchung



Gesamtanzahl: 36 Teilnehmer

Abbildung 3: Geschlechterverteilung der Teilnehmer, aufgeteilt nach männlichen und weiblichen Teilnehmern. Alle Teilnehmer, die an der Untersuchung teilgenommen haben, sind aufgeführt.



Abbildung 16: Ablauf der Untersuchung: Messzeitpunkte, an denen die Patienten die Fragebögen erhielten.

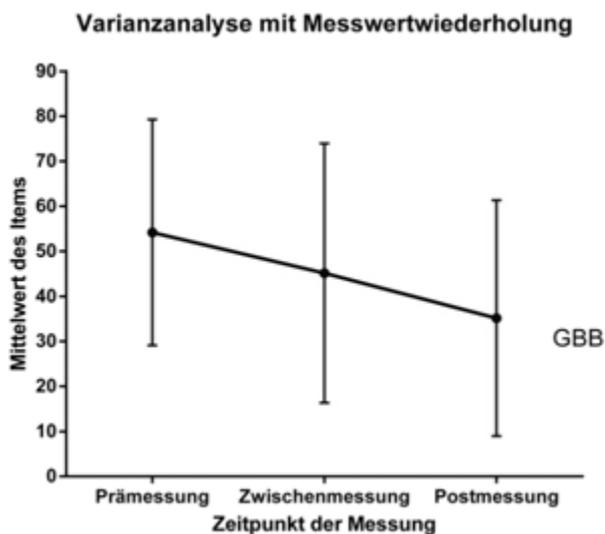


Abbildung 17: Ergebnisse der Varianzanalyse des Gesamtscore des Fragebogens GBB mit Standardabweichungen zur ersten Hypothese: Die Beschwerden der Patienten verbessern sich durch die Therapie.



Abbildung 18: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala 4 des Fragebogens KBT mit Standardabweichungen zur ersten Hypothese: Die Beschwerden der Patienten verbessern sich durch die Therapie.

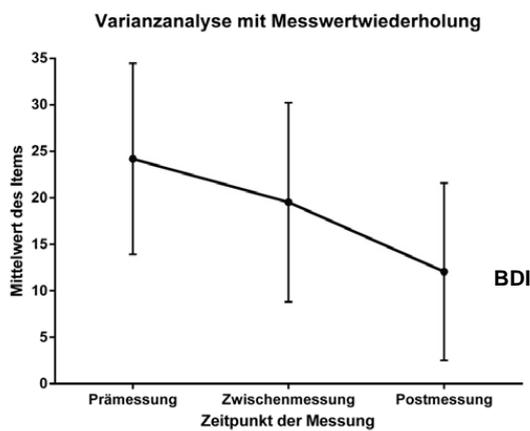


Abbildung 19: Ergebnisse der Varianzanalyse des Gesamtscore des Fragebogens BDI mit Standardabweichungen zur ersten Hypothese: Die Beschwerden der Patienten verbessern sich durch die Therapie.



Abbildung 20: Ergebnisse der Varianzanalyse des Gesamtscore des Fragebogens GBB mit Standardabweichung zur zweiten Hypothese: Das Körperwohlbefinden verbessert sich durch die Therapie.

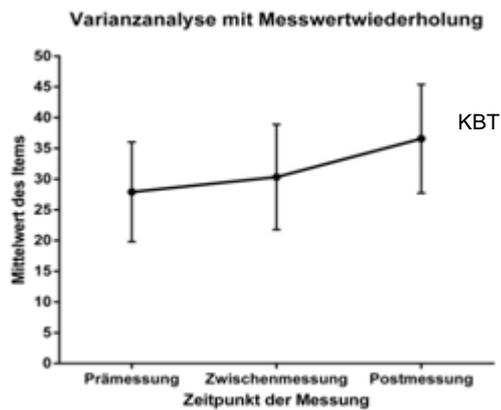


Abbildung 21: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala 1 des Fragebogens KBT mit Standardabweichung zur zweiten Hypothese: Das Körperwohlbefinden verbessert sich durch die Therapie.

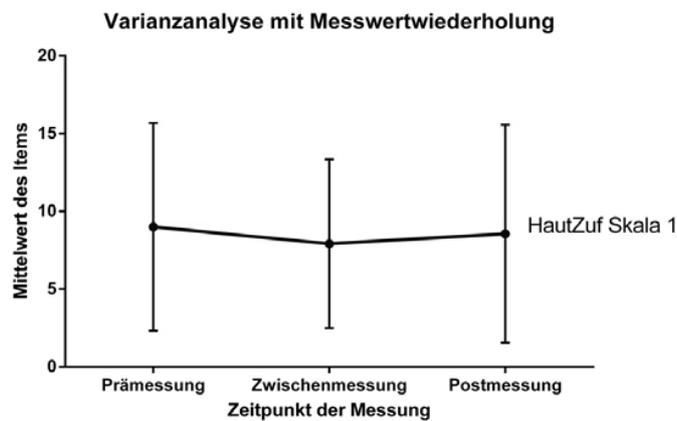


Abbildung 22: Ergebnisse der Varianzanalyse des Fragebogens HautZuf mit Standardabweichung zur zweiten Hypothese: Das Körperwohlbefinden verbessert sich durch die Therapie.

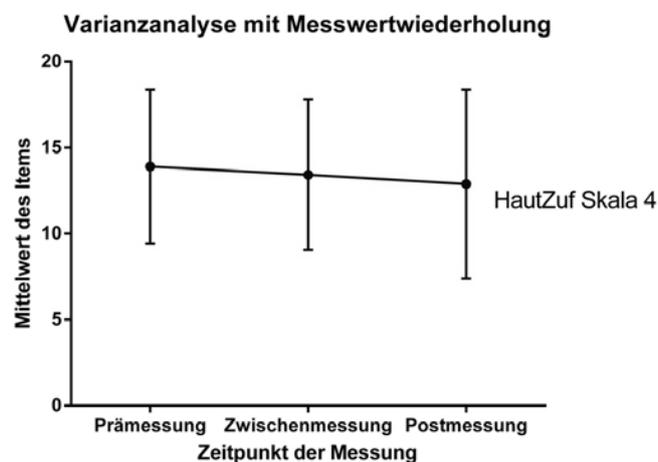


Abbildung 23: Ergebnisse der Varianzanalyse des Fragebogens HautZuf mit Standardabweichung zur zweiten Hypothese: Das Körperwohlbefinden verbessert sich durch die Therapie.

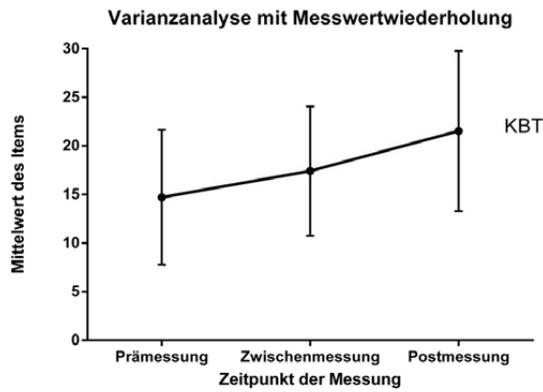


Abbildung 24: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala 2 des Fragebogens KBT zur dritten Hypothese: Die Lernerfahrung nimmt während der Therapie zu.

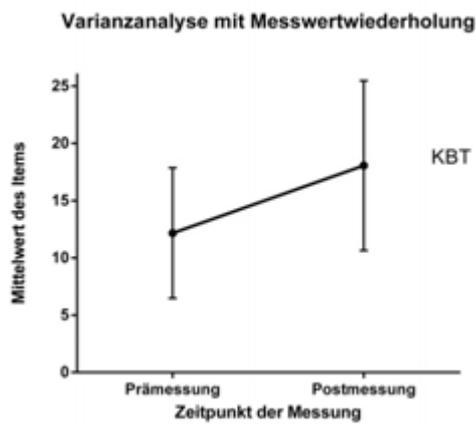


Abbildung 25: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala 3 des Fragebogens KBT zur vierten Hypothese: Der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen verbessert sich während der Therapie.

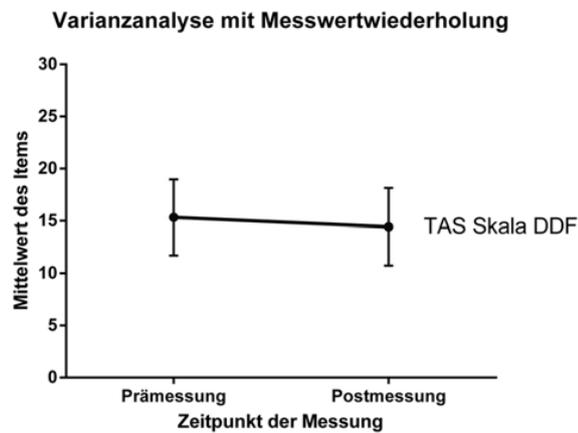


Abbildung 26: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala DDF des Fragebogens TAS-20 zur vierten Hypothese: Der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen verbessert sich während der Therapie.

Varianzanalyse mit Messwertwiederholung

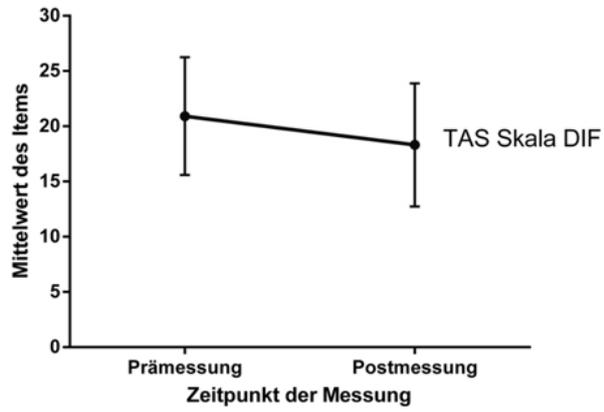


Abbildung 27: Ergebnisse der Varianzanalyse der Skala DIF des Fragebogens TAS-20 zur vierten Hypothese: Der Zugang zu körperlichem Erleben und eigenen Empfindungen verbessert sich während der Therapie.

Antrag an die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

Vorsitzender: Prof. Dr. med. R. Preiß

Betreuende Institution:

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski
Universitätsklinikum Leipzig
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Simmelweisstr. 10
04103 Leipzig

Betreuer/Antragsteller:

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski
E-Mail: kurt.seikowski@medizin.uni-leipzig.de

Cand. B. Sc. Psych. Jessica Heine
E-Mail: jessi.heine@web.de

Projekttitle:

„Evaluation der Wirksamkeit psychotherapiebegleitender Methoden: Kommunikative Bewegungstherapie“

Gliederung

1. Rahmenbedingungen des Vorhabens
2. Wissenschaftlicher Hintergrund und Ziele der Untersuchung
3. Methode
 1. Rekrutierung der Stichprobe
 2. Erhobene Variablen
 3. Ablauf
 4. Messinstrumente und Messzeitpunkte
 5. Statistische Auswertungsmethoden
4. Beanspruchung der Patienten durch die Studie
5. Angaben über die Informierung der Untersuchten vor der Untersuchung
6. Angaben zum Datenschutz
7. Angaben zur Einwilligungserklärung

1 Rahmenbedingungen des Vorhabens

Die geplante Studie soll im Rahmen einer Bachelorarbeit am Institut für Psychologie der Universität Leipzig durchgeführt werden. Die psychologisch-fachliche Betreuung wird durch Frau Prof. Dr. Cornelia Exner seitens der Universität Leipzig sowie durch Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski seitens der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Leipzig gewährleistet. Da in dem geplanten Projekt Patienten untersucht werden sollen, ist ein positives Votum einer Ethikkommission erforderlich.

Titel des Projektes:

Evaluation der Wirksamkeit psychotherapiebegleitender Methoden: Kommunikative Bewegungstherapie

Leiter des Projektes:

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Leipzig

Semmelweisstr. 10, 04103 Leipzig

Prof. Dr. Cornelia Exner

Institut für Psychologie, AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Leipzig

Neumarkt 9-19, 04109 Leipzig

Weitere am Projekt Beteiligte:

Anette Tögel, Fachphysiotherapeutin für psychosoziale Medizin und Lehrtherapeutin für Kommunikative Bewegungstherapie

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Leipzig

Semmelweisstr. 10, 04103 Leipzig

Cand. B. Sc. Psych. Jessica Heine

Rabenerstraße 7, 04177 Leipzig

2 Wissenschaftlicher Hintergrund und Ziele der Untersuchung

Die Kommunikative Bewegungstherapie (KBT) ist ein Verfahren, das seit mehreren Jahrzehnten neben der Psychotherapie im stationären Kontext angewendet wird.

Sie wurde ab 1960 von Anita Wilda-Kiesel in der Klinik für Psychotherapie der Universität Leipzig entwickelt und im Verlauf der Zeit von praxiserfahrenen Physiotherapeutinnen weiterentwickelt. Inhaltlich ist die KBT eine handlungsorientierte komplementäre Methode der Psychotherapie und wird als Ergänzung im tiefenpsychologisch orientierten Ansatz gesehen. Bewegung wird benutzt, um Handlungserfahrungen in Bezug auf die eigene Persönlichkeit zu schaffen. Der Kontakt mit anderen Gruppenmitgliedern ist ein fundamentaler Bestandteil der Therapie. Für den Patienten bietet sie die Möglichkeit, eigene Stärken und Schwächen im Kontakt mit anderen Gruppenmitgliedern herauszufinden. Die Gruppe bearbeitet nonverbal Aufgaben, wobei die Beobachtung des eigenen Verhaltens und des Verhaltens anderer ein wichtiger Aspekt sind. Nach der Bearbeitung wird vom Therapeuten eine Reflexion in der Gruppe angeregt. Die jeweiligen Übungen und Aufgaben fördern beim Patienten die Wahrnehmung, Ich-Erfahrung, Auseinandersetzung, Entscheidungsfähigkeit, Vertrauen und Emotionalität, sowie Kreativität. Die Aufgaben sind sehr vielseitig, teilweise werden diese alleine oder in Grüppchen, sowie der Gesamtgruppe ausgeführt. Ein Ziel ist das Bewusstsein des Patienten über seine Verhaltensweisen und deren Wirkung auf andere.

Das Verfahren KBT wird flächendeckend in Kliniken eingesetzt, jedoch existieren bisher keine empirischen Studien über die Wirksamkeit dieses Verfahrens.

Ziele des beantragten Projekts sind:

- a) Die Erfassung des wahrgenommenen Körpererlebens der Patienten sowie die Erfassung des Ergebnisses von Psychotherapie.
- b) Die Untersuchung des Zusammenhangs, inwieweit sich die Symptome der Patienten durch die Therapie verbessern.

Es wird angenommen, dass die Kommunikative Bewegungstherapie positive Wirkung bei den untersuchten Patienten mit unterschiedlichsten psychischen Störungen zeigt und sich die Störungssymptome verbessern.

3 Methode

3.1 Rekrutierung der Stichprobe

Es soll eine klinische Stichprobe (mind. $n = 30$) erhoben werden. Die Probanden werden von der Bachelor-Absolventin in Abstimmung mit Herrn Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski im stationären Setting persönlich rekrutiert. Sofern es aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen erforderlich sein sollte, erfolgt die Beantwortung der Fragebögen gemeinsam mit der Bachelor-Absolventin.

3.2 Erhobene Variablen

In Tabelle 1 des Abschnitts 3.4 sind alle geplanten Verfahren der Studie aufgeführt. Darüber hinaus werden bereits vorhandene Daten von Verfahren verwendet, welche die Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin bei der Aufnahme und Entlassung von jedem Patienten erhebt. Hierzu zählen Beck-Depressions-Inventar, Toronto-Alexithymie-Skala-26, Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-II), State-Trait-Angstinventar (STAI-G Form X2) und Allgemeine Veränderungsdokumentation in der Psychotherapie.

3.3 Ablauf

Bei der Studie handelt es sich um eine Querschnittuntersuchung. Die Probanden werden von der Bachelor-Absolventin bzw. Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski oder dem betreuenden Pflegepersonal persönlich angesprochen und mündlich über die Studieninhalte und -ziele informiert, außerdem erhalten sie ein schriftlich ausformuliertes Informationsblatt und eine Einwilligungserklärung zur Studie. Nach Beantwortung von eventuellen Rückfragen und der Einwilligung durch den Patienten zur Teilnahme, werden die in Tabelle 1 aufgeführten Fragebögen vom Patienten bearbeitet. Dies erfolgt in einem hierfür vorgesehenen Raum.

3.4 Messinstrumente und Messzeitpunkte

Die geplante Studie verwendet standardisierte psychometrische sowie klinische Selbstbeurteilungsverfahren. Die nachfolgende Tabelle bietet einen Überblick über die beabsichtigten Untersuchungsverfahren und das damit zu erfassende Konstrukt.

Tabelle 1: Verwendete Verfahren

<u>Erhebungsinstrument</u>	<u>Konstrukt</u>
Gruppenerfahrungsbogen (GEB-1994-R)	Gruppenerfahrungsbogen zur Verlaufsdokumentation und vergleichende Psychotherapieforschung
Fragebogen zur Hautzufriedenheit (Hautzuf)	Erfassung des subjektiven Erlebens der eigenen Haut und zweier stark hautassoziierter Emotionen: Scham und Ekel
Fragebögen, die bei der Eingangsdiagnostik erhoben werden:	Erhebung der Störungsstärke, sowie Verlaufsveränderungen
BDI-II, TAS, SKID-II, STAI-G Form X2, Allgemeine Veränderungsdocumentation Psychotherapie	

Die angeführten Messinstrumente eignen sich nicht nur bezüglich ihrer guten psychometrischen Eigenschaften, sondern auch aufgrund der häufigen Verwendung in ähnlichen Studien. Darüber hinaus hat sich die mentale Beanspruchung durch diese Instrumente bei klinischen wie nicht-klinischen Versuchsgruppen als zumutbar erwiesen. Diese Kriterien sprechen für eine Verwendung dieser Verfahren.

Es liegen drei Messzeitpunkte vor. Der erste Messzeitpunkt ist nach der Aufnahme des Patienten und der zweite Zeitpunkt nach der Hälfte der Therapie, ungefähr 5 Wochen nach Therapiebeginn. Die letzte Erhebung erfolgt kurz vor der Entlassung des Patienten.

3.5 Statistische Auswertung

Die Datenverarbeitung erfolgt mit dem Statistikprogramm SPSS. Die Evaluation der erhobenen Daten erfolgt anhand von deskriptiven, inferenz- und multivariat statistischen Verfahren. Zur inferenzstatistischen Prüfung von Gruppenunterschieden werden t-Tests und Varianzanalysen durchgeführt. Die Untersuchung von korrelativen Zusammenhängen zwischen den Variablen erfolgt unter Verwendung von regressionsanalytischen Verfahren.

4 Beanspruchung der Patienten durch die Studie

Die Probanden werden durch die Studie körperlich nicht beansprucht, lediglich eine geringe mentale Beanspruchung entsteht durch die Preisgabe von Informationen. Der zeitliche Aufwand der Untersuchung beläuft sich auf eine Dauer von ca. 15 Minuten für jeden Zeitpunkt.

5 Angaben über die Informierung der Untersuchten vor der Untersuchung

Die Aufklärung der Probanden über die Ziele und den Inhalt der Studie erfolgt persönlich durch die Bachelor-Absolventin und Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski, durch Informationsblätter, die jedem Teilnehmer im Vorfeld der Untersuchung ausgehändigt werden. Darüber hinaus werden die Probanden darin über Dauer, Belastungen und Risiken der Untersuchung informiert. Die Studie ist freiwillig und die Teilnehmer haben jederzeit die Möglichkeit die Untersuchung folgenlos abubrechen (siehe Anhang „Informationsblatt“). Die Probanden erteilen ihre Zustimmung zur Teilnahme an der Untersuchung und geben Ihr Einverständnis durch eine Einverständniserklärung (siehe Anhang „Einverständniserklärung“), in der die Maßnahmen zum Datenschutz erläutert, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit des folgenlosen Abbruches sowie die Möglichkeit der Löschung der eigenen Daten dargelegt werden. Jeder Proband erhält zum Verbleib ein Informationsblatt und eine Kopie der von ihm unterzeichneten Einverständniserklärung.

6 Angaben zum Datenschutz

Im Rahmen der Untersuchung werden persönliche Daten und Informationen, Überzeugungen und Gefühle von den Probanden durch standardisierte psychologische Testverfahren erhoben. Um die Pseudonymisierung der erhobenen Daten zu gewährleisten, werden sämtliche personenbezogenen Angaben mit einer Codenummer versehen. Diese

entspricht einer Zahl (fortlaufende Nummerierung), die keinerlei Rückschlüsse auf persönliche Daten des Probanden zulässt. Ausschließlich die an der Studie beteiligten Wissenschaftler erhalten Einblick in die gewonnenen Daten, eine Verwendung für andere Zwecke ist ausgeschlossen. Mit der Einverständniserklärung lassen die Teilnehmer die Speicherung, Verwendung und Löschung ihrer Daten im Rahmen der Studie zu. Die Löschung der Daten kann jederzeit gefordert werden (siehe Anhang „Einverständniserklärung zur Studienteilnahme“). Die Speicherung der gewonnenen Daten erfolgt auf Passwort-gesicherten Computern, zu denen ausschließlich die verantwortlichen Forscher Zugang erhalten. Die Daten werden nicht an andere Stellen weitergegeben.

7 Angaben zur Einwilligungserklärung

Die Einverständniserklärung beruft sich auf die Teilnehmerinformation und erklärt die zum Datenschutz beitragenden Maßnahmen. Sie betont, dass die Untersuchungsteilnahme freiwillig und die Bereitschaftserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufbar ist.

Übersicht über das Untersuchungsvorhaben

1. Thema

Evaluation der Wirksamkeit psychotherapiebegleitender Methoden: Kommunikative Bewegungstherapie

2. Ort der Datenerhebung

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Leipzig, Semmelweisstr. 10, 04103 Leipzig

3. Dauer der Studie, Stichprobe

- 4 Monate, beginnend mit Erhalt des positiven Votums durch die Ethikkommission der Universität Leipzig
- mind. 30 Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Leipzig

4. Institutionelle Einbindung

Die Studie wird von der Bachelor-Absolventin Frau Jessica Heine im Rahmen einer Bachelor-Arbeit am Psychologischen Institut der Universität Leipzig durchgeführt. Die fachlich-wissenschaftliche Betreuung übernimmt dabei Frau Prof. Dr. Cornelia Exner seitens der Universität Leipzig sowie Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski seitens der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Leipzig, Semmelweisstr. 10, 04103 Leipzig

5. Messinstrumente

Es kommen anerkannte klinische Selbstbeurteilungsverfahren zum Einsatz:

Tabelle 1: Verwendete Verfahren

<u>Erhebungsinstrument</u>	<u>Konstrukt</u>
Gruppenerfahrungsbogen (GEB-1994-R)	Gruppenerfahrungsbogen zur Verlaufsdokumentation und vergleichende Psychotherapieforschung
Fragebogen zur Hautzufriedenheit (Hautzuf)	Erfassung des subjektiven Erlebens der eigenen Haut und zweier stark hautassoziierter Emotionen: Scham und Ekel
Fragebögen, die bei der Eingangsdiagnostik erhoben werden:	Erhebung der Störungsstärke, sowie Verlaufsveränderungen
BDI-II, TAS, SKID-II, STAI-G Form X2, Allgemeine Veränderungsdokumentation Psychotherapie	

6. Belastung der Teilnehmer

Die Probanden werden durch die Studie körperlich nicht beansprucht, lediglich eine geringe mentale Beanspruchung entsteht durch die Preisgabe von Informationen. Der zeitliche Aufwand der Untersuchung beläuft sich auf eine Dauer von ca. 15 Minuten.

7. Datenschutz

Die Auswertung aller Daten erfolgt vollständig in pseudonymisierter Form (ohne Namens- und Initialnennung) und unter strikter Wahrung der Schweigepflicht. Die Liste zur Zuordnung von Namen zu Codes wird auf passwortgesicherten Computern gespeichert. Nach drei Jahren wird die mit einem Passwort gesicherte Schlüsseliste vernichtet, danach werden die Daten vollkommen anonymisiert behandelt. Allgemein sind die Daten nur Personen zugänglich, die im Rahmen des Projekts der Schweigepflicht unterliegen.

8. Rückmeldung und Weitergabe von Ergebnissen

Nach Abschluss der Studie können die Teilnehmer die Ergebnisse in der abgeschlossenen Bachelor-Arbeit einsehen.

Prof. Dr. med. A. Kersting

Leipzig,

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski

Leipzig,

Cand. B. Sc. Jessica Heine

Leipzig,

Informationsblatt für Studienteilnehmer

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

wir möchten Sie einladen, an einem wissenschaftlichen Forschungsprojekt der Universitätsklinik Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, teilzunehmen.

Dieses Informationsblatt dient dazu, Sie über das Forschungsprojekt und konkrete Inhalte zu informieren. Zusätzlich wird der genaue Ablauf des Projektes beschrieben.

Studienziel

Die Kommunikative Bewegungstherapie ist eine seit mehreren Jahrzehnten eingesetzte Methode zur Begleitung von Psychotherapie. Mittels dieser Studie soll die Wirksamkeit der Kommunikativen Bewegungstherapie untersucht werden.

Ablauf der Untersuchung

Im Rahmen der Studie werden verschiedene Fragebogenverfahren angewendet, bei denen Ihr Befinden erfragt wird. Bei den Fragebögen geht es darum, Ihre persönliche Meinung zu erfahren, weshalb es wichtig ist, dass Sie diese so ehrlich wie möglich ausfüllen. Ein Richtig oder Falsch gibt es hierbei nicht.

Datenschutz

Die im Rahmen der Untersuchung gewonnenen Daten und sonstige Erkenntnisse unterliegen der Schweigepflicht und sind gemäß der geltenden rechtlichen Bestimmungen vor Zugriff durch unbefugte Dritte geschützt (§203 StGB). Alle im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden pseudonymisiert gespeichert. Die Liste zur Zuordnung von Namen zu Codes wird in auf einem passwortgesicherten Computer gespeichert. Allgemein sind die Daten nur Personen zugänglich, die im Rahmen des Projekts der Schweigepflicht unterliegen. Die gewonnenen Daten werden ausschließlich innerhalb der vorliegenden Studie genutzt.

Teilnahme und Rücktritt

Die Teilnahme an der Studie ist vollkommen freiwillig. Wenn Sie sich dafür entscheiden, an der Untersuchung teilzunehmen, unterschreiben Sie die beiliegende Einverständniserklärung. Sie können Ihre Einverständniserklärung jederzeit widerrufen, ohne, dass dadurch für Sie Nachteile entstehen. Sie können bei Rücktritt eine Löschung der Daten verlangen.

Studienleiter und Ansprechpartner

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Kurt Seikowski

Universitätsklinikum Leipzig

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

Semmelweisstr. 10

04103 Leipzig

Anette Tögel

Fachphysiotherapeutin für psychosoziale Medizin und Lehrtherapeutin für Kommunikative
Bewegungstherapie

Universitätsklinikum Leipzig

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

Semmelweisstr. 10

04103 Leipzig

Untersucher:

Jessica Heine

Universität Leipzig

Rabenerstraße 7

04177 Leipzig

Einverständniserklärung zur Mitwirkung an der psychologischen Studie „Evaluation der Wirksamkeit psychotherapiebegleitender Methoden: Kommunikative Bewegungstherapie“

Ich bin von umfangreich über Inhalte, Ziele und Umfang der Studie „Evaluation der Wirksamkeit psychotherapiebegleitender Methoden: Kommunikative Bewegungstherapie“, aufgeklärt worden. Zudem habe ich ein Informationsschreiben mit einer genauen Beschreibung der Studie erhalten, dieses gelesen und verstanden. Zusätzlich wurde mir Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen. Die Antworten dazu habe ich verstanden und akzeptiere diese. Ich bin über die mit der Teilnahme an der Studie verbundenen Risiken und auch über den möglichen Nutzen informiert. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Auch wurde ich darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen. Mir ist bekannt, dass meine Daten pseudonymisiert gespeichert werden und nur im Rahmen des vorliegenden Projektes verwendet werden. Andere Personen als die am Projekt beteiligten Forscher haben keinen Zugriff auf die Daten. Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Speicherung und Verwendung meiner Daten zu den genannten Zwecken.

Ich habe alles gelesen und verstanden und eine Kopie des Informationsschreibens und dieser Einverständniserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

Name des Teilnehmers

Ort, Datum, Unterschrift des Teilnehmers

Name des Untersuchers

Ort, Datum, Unterschrift des Untersuchers