

**MSB Medical School Berlin**  
Hochschule für Gesundheit und Medizin

**Fakultät Naturwissenschaften**  
Bachelorstudiengang Psychologie

# ***Bachelorarbeit***

*Fragebogenkonstruktion*  
*zur Erfassung von Wirkfaktoren*  
*in der Kommunikativen Bewegungstherapie*

vorgelegt von:	Stefanie Vogel Matrikelnummer PS1411010028
vorgelegt am:	30.04.2018
Semester:	P SS15-2
Modulbezeichnung:	Bachelorarbeit
Erstgutachter:	Prof. Dr. Christiane Steinert
Zweitgutachter:	Prof. Dr. Sören Enge

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Symbolverzeichnis.....	IV
Diagrammverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	IV
1. Einleitung.....	7
2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand.....	9
2.1 Kommunikative Bewegungstherapie.....	9
2.2 Bisheriger Forschungsstand.....	11
2.3 Wirkfaktoren.....	12
2.3.1 Allgemeine Wirkfaktoren.....	12
2.3.2 Wirkfaktoren der Gruppentherapie.....	12
2.3.3 Wirkfaktoren der Bewegungstherapie.....	13
2.4 Vorüberlegung der Konzeption.....	13
3. Methode.....	15
3.1 Form des Fragebogens.....	15
3.2 Vorüberlegungen zu den Skalen.....	15
3.2.1 Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht.....	16
3.2.2 Zugang zum körperlichen Erleben und dem eigenen Empfindungen.....	16
3.2.3 Gruppenkohäsion.....	16
3.2.4 Neue Lernerfahrungen und Einsicht.....	16
3.3 Item-Sammlung.....	17
3.4 Expertenbefragung und Vorgehensweise.....	19
3.4.1 Itemauswahl.....	19
3.4.2 Überarbeitung der Items.....	20
3.5 Stichprobe.....	19
4. Darstellung der Ergebnisse.....	21
4.1 Deskriptive Analyse der Items und Itemschwierigkeiten.....	21
4.1.1 Vorgehen.....	21
4.1.2 Datenanalyse.....	21
4.2 Faktorenanalyse.....	23
4.2.1 Vorgehen.....	23
4.2.2 Faktorenanalyse.....	24

4.2.3 Ergebnis der Faktorenanalyse.....	26
4.3 Inhaltliche Auseinandersetzung mit den Faktoren.....	27
4.4 Bezeichnung des Fragebogens.....	30
4.5 Testgüte des Fragebogens.....	31
4.5.1 Objektivität.....	31
4.5.2 Reliabilität.....	31
4.5.3 Validität.....	33
5. Diskussion.....	34
5.1 Diskussion der Fragebogenentwicklung.....	34
5.2 Diskussion der Ergebnisse.....	36
5.3 Fazit.....	37
Literaturverzeichnis.....	38
Anhang.....	41

## **Abkürzungsverzeichnis**

KommBT	=	Konzentrierte Bewegungstherapie
FEPig	=	Fragebogen zum Erleben von therapeutischen Prozessen in der Gruppe
IP-KommBT	=	das Inventar zur Prozessfassung der Behandlung mit Kommunikativer Bewegungstherapie

## **Symbolverzeichnis**

<i>N</i>	=	Stichprobengröße
<i>M</i>	=	Mittelwert
<i>SD</i>	=	Standardabweichung

## **Diagrammverzeichnis**

Diagramm 1	
Screeplot der explorativen Faktorenanalyse (Hauptachsen-Faktorenanalyse.....	24

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1	
Körperbildfragebogen.....	18
Tabelle 2	
Gruppenfragebögen.....	18
Tabelle 3:	
Anzahl der Altersgruppen in Prozent.....	20
Tabelle 4	
Itemschwierigkeiten.....	22

Tabelle 5	
Eigenwerte.....	24
Tabelle 6	
Verteilung der Items auf die Faktoren und Kommunalitäten.....	26
Tabelle 7	
Ladung der Items auf Faktor 1.....	27
Tabelle 8	
Ladung der Items auf Faktor 2.....	27
Tabelle 9	
Eigenwerte der Faktoren der Endlösung.....	28
Tabelle 10	
Verteilung der Items auf das Faktorenendmodell.....	29
Tabelle 11	
Items zum Faktor Gruppenkohäsion.....	30
Tabelle 12	
Items zum Faktor körperliches Wohlbefinden und Wohlergehen.....	30
Tabelle 13	
Reliabilitätsstatistik für Faktor 1. Cornbachs Alpha.....	31
Tabelle 13a	
Reliabilitätsstatistik für Faktor 1. Trennschärfen.....	32
Tabelle 14	
Reliabilitätsstatistiken Faktor 2. Cornbachs Alpha	32

Tabelle 14b

Reliabilitätsstatistik für Faktor 2. Trennschärfen..... 32

### 1. Einleitung

Körperorientierte Verfahren beziehen den Körper als Medium/vermittelndes Element in die Psychotherapie ein. Sie verbessern die Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper und vermitteln dem Patienten Zusammenhänge zwischen körperlichen und psychischen Prozessen (Müller- Braunschweig, 2010). Körperorientierte Psychotherapeuten vertreten die Meinung, dass Psychotherapien durch körperbezogene Verfahren ergänzt werden können, um die Therapie positiv zu beeinflussen (Seidler, 2014). Diese adjuvanten Verfahren ergänzen die Gesprächspsychotherapie auf einer körperlichen, handlungsbezogenen Ebene (Wilda- Kiesel, Tögel & Wutzler, 2011) und ermöglichen eine Beschleunigung des Therapieprozesses (Green, 1983). Maßgeblich hierfür ist, dass die Therapieformen sich gegenseitig ergänzen und einen Transfer der Themen zwischen den Therapien ermöglichen (Wilda- Kiesel et al., 2011). Nach Wilda- Kiesel et al. (2011) erfüllt die kommunikative Bewegungstherapie diese Voraussetzungen und könnte somit psychotherapeutische Prozesse fördern.

Seit den 20er Jahren kommt der körperorientierten Psychotherapie eine stärkere Bedeutung zu. Fenichel erklärte 1919 als erster, dass unbewusste seelische Inhalte durch „Wiedererleben und Wiederholen der Situation reproduziert werden können“ (Fenichel, 1919, nach Heine, 2014). Fenichel beschrieb 1928, dass sich Störungen auch immer in körperlichen Bewegungen manifestieren und neurotische Patienten „...sich durch übermäßige Vorsicht, Angemessenheit, Gewichtigkeit ihrer Gangart und Bewegungen auszeichnen“ (Ferenczi 1919, nach Müller Braunschweig, 2010, S. 51). Gerade diese Erkenntnisse deuten auf die Indikation und Wirkweise dieser Therapie hin. Sie ist vor allem für Patienten geeignet, die ihre Emotionen und ihren Körper als fremd erleben (Müller- Braunschweig, 2010) Abgespaltene Vorgänge, Körperempfindungen und Gefühle können dem Patienten während der Bewegung zugänglich gemacht werden (Müller- Braunschweig, 2010). Im Gegensatz dazu, gibt es allerdings zahlreiche Wirksamkeitsstudien für anderweitige körperorientierte Psychotherapien (Reimer, 2007, nach Hausmann, 2010). Ein Beispiel hierfür liefert die Konzentrative Bewegungstherapie. Die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) ist nach dem deutschen Arbeitskreis für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT) europaweit anerkannt (Roth, 2017) und „in der stationären Psychotherapie etabliert“ (Seidler,

2014, S.97). Eine Evaluierung und Etablierung der KommBT im ambulanten und stationären Setting wäre die Voraussetzung für einen direkten Vergleich von Bewegungstherapien und könnte dazu beitragen, differenziertere Indikationen zu ermöglichen. Aus diesem Anlass ist eine Erforschung der Wirkfaktoren dieser Therapie maßgeblich wichtig, um den Standards der Therapieforschung gerecht werden zu können.

### **2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand**

Das folgende Kapitel thematisiert die Kommunikative Bewegungstherapie, dessen bisheriger Forschungsstand. Weiterhin wird auf die allgemeinen Wirkfaktoren eingegangen, sowie Wirkfaktoren der Gruppentherapie und Wirkfaktoren hinsichtlich der Bewegungstherapie näher erläutert. Abschließend wird dann die Vorüberlegung der Konzeption dargestellt

#### **2.1 Kommunikative Bewegungstherapie**

Im Folgenden wird die Kommunikative Bewegungstherapie anhand der Arbeit von Wilda- Kiesel, Tögel &Wutzler (2011) näher erläutert.

Die KommBT ist eine Ergänzung zur tiefenpsychologisch geführten Gesprächspsychotherapie. Hier werden Situationen nicht berichtet, sondern zusammen mit der Gruppe erlebt und ausprobiert (Wilda- Kiesel, Tögel & Wutzler, 2011). Gefühle und körperliche Symptome werden tatsächlich während der Aufgaben wahrgenommen und nicht nur erinnert. Dies und die anschließende Reflexion in der Gruppe können dazu beitragen, die emotionale, körperliche und soziale Distanziertheit zu verringern und den Umgang mit den eigenen Gefühlen gemeinsam in der Gruppe zu bearbeiten. Die reflektierten Emotionen und Körperwahrnehmungen können dann in der Gesprächspsychotherapie erneut aufgegriffen werden. Besonders Patienten mit neurotischen und psychosomatischen Krankheitsbildern könnten den Autoren nach hiervon profitieren. Die Zielgruppe dieser Therapie sind Patienten mit Angststörungen, Depressionen, konversionsneurotischen Störungen, dissoziativen Störungen, Zwangsstörungen, Beziehungsstörungen, somatoformen und psychosomatischen Störungen. In modifizierter Form können auch Patienten mit Essstörungen, Suchterkrankungen und Borderlinestörung an der Therapie teilnehmen. Eine zugeschnittene Therapie für Kinder und Jugendliche ist nach Wilda- Kiesel, Tögel & Wutzler (2011) ebenso möglich. Alle Patienten müssen parallel eine Gesprächspsychotherapie besuchen.

Die Anzahl der Teilnehmer richtet sich nach der Größe des bereit gestellten Raumes. Empfohlen werden den Autoren nach fünf bis zwölf Personen. Optimal ist es hierbei, die gesamten Teilnehmer einer Gesprächsgruppe in die KommBT aufzunehmen, wobei es unterschiedliche Ausprägungen geben kann, inwieweit jeder einzelne von der Bewegungstherapie profitiert. Um eine lebensnahe Gruppe

## 2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

zu erreichen, können Altersgruppen und Indikationen gemischt vertreten sein. Als ungünstig erachtet werden nach Wilda- Kiesel, et al. (2011) eine Vermischung von Patienten mit neurotischen und somatoformen Erkrankungen mit persönlichkeitsgestörten Patienten. In diesem Fall sollten die Gruppen den Autoren nach kleiner sein (maximal sechs). Im stationären Setting erfolgt die Teilnahme zwei bis drei Mal wöchentlich für 30 bis 45 Minuten, im ambulanten Setting einmal in der Woche für 45 bis 60 Minuten. Die komplementären Therapien sollten zeitlich nah zusammenliegen.

Die KommBT kann in vier Phasen eingeteilt werden, für die es spezifische Übungen gibt (Wilda- Kiesel, et al.,2010). Diese Übungen können paarweise oder als gesamte Gruppe absolviert werden. Die erste Phase ist die Phase des Kennenlernens, der Orientierung und der Abhängigkeit. Hier können sich die Gruppenteilnehmer zunächst mit dem Raum, der Intervention und den Übungen vertraut machen. Es entwickelt sich eine Gruppendynamik und die Patienten richten ihre Wahrnehmung zunächst auf ihre eigenen Bedürfnisse. Hier wählt der Therapeut Übungen zur Ich- Entwicklung, Gruppenentwicklung, sowie zum Beobachten, Kennenlernen und Integrieren aus. Zum Kennenlernen wird zum Beispiel ein Kreis gebildet. Die Patienten werfen sich einen Ball zu und nennen vorher den Namen des Empfängers. In der Phase der Auseinandersetzung werden die Patienten mit ihren eigenen Grenzen vertraut gemacht. Die Patienten setzen sich tiefer mit der Therapie und der Gruppe auseinander und knüpfen oder vertiefen Beziehungen untereinander. Hier durchlaufen die Patienten Übungen zur Auseinandersetzungs- und Entscheidungsfähigkeit und erleben Wertschätzung der anderen Gruppenmitglieder. Bei der Übung „Entscheidung für Nähe und Distanz“ bildet die Gruppe einen Kreis mit Blick zur Mitte. Ein Mitglied befindet sich in der Mitte und geht dort von einem Teilnehmer zum anderen. Dabei soll er sich näher zu Gruppenmitgliedern bewegen, denen er sich nahe fühlt und eine größere Distanz lassen, wenn er sich dem Mitglied nicht nahe fühlt. Bei der Reflexion wird berichtet, ob es dem Patienten leichter viel, die Entscheidung selbst zu treffen oder die Entscheidungen der anderen anzunehmen. Die umfangreichste Phase ist die Arbeitsphase und emotionale Phase. Hier probieren die Patienten neue Verhaltensweisen aus und richten ihre Wahrnehmung auf ihre Emotionen. Dabei leben sie nach den Autoren ihre eigenen Bedürfnisse aus. Die Beziehung zu anderen Patienten erhält nun eine emotionale Färbung. Hierzu werden Aufgaben

## 2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

zu Mut und Risikobereitschaft, Führen und Geführt werden, Vertrauensfähigkeit, emotionalen Erfahrungen, Erleben von Nähe und Betroffenheit, Kreativität, Sprache in der Therapie und soziodemografische Übungen bearbeitet. Es werden zum Beispiel Stäbe für die Aufgabe zum Führen und Geführt werden genutzt. Bei dieser Übung bilden sich Paare, die hintereinander jeweils zwei Stäbe an seinen Enden festhalten. Der hintere Teilnehmer hat nun die Aufgabe den vorderen Teilnehmer zu lenken. Der Geführte muss sich währenddessen auf den Führer einlassen und Kontrolle abgeben. Das Ende bildet die Phase des Abschieds, bei welcher die Patienten noch einmal die Wertschätzung der anderen Gruppenmitglieder erfahren können. Zum Beispiel nehmen die Patienten nacheinander Blickkontakt zu den anderen Gruppenmitgliedern auf und reichen sich zum Abschied die Hände und geben sich gegenseitig gute Wünsche mit auf den Weg.

Die einzelnen Therapiestunden folgen dem gleichen Ablauf. Der einleitende Stundenteil beginnt mit einer „psychophysischen Erwärmung“. Hier kann der Patient seine Muskeln und das Herz- Kreislaufsystem auf die bevorstehenden Übungen vorbereiten. Psychisch nimmt er seine Tagesbefindlichkeit wahr und kann sich für die Therapiestunde öffnen. Zum Beispiel bewegen sich hier alle Patienten frei durch den Raum bei wechselnder Richtung und Geschwindigkeit. Im Hauptteil werden die zur Phase passenden Übungen absolviert. Dabei werden die Aufgaben zum Ende hin anspruchsvoller. Nach den Übungen findet eine Reflexionsphase statt, in der das Thema der Stunde verarbeitet wird. Beim Stundenabschluss wird gemeinsam über die erlebten Erfahrungen gesprochen oder es wird nochmals eine Gruppenübung durchgeführt.

### **2.2 Bisheriger Forschungsstand**

Die kommunikative Bewegungstherapie (KommBT) ist eine körperbezogene Gruppentherapie, welche auf dem tiefenpsychologischen Ansatz beruht (Wilda-Kiesel et al., 2011). Sie hat ihren Ursprung Anfang der 60er Jahre in der Deutschen Demokratischen Republik (Wilda-Kiesel et al., 2011), während sich in der Bundesrepublik Deutschland parallel dazu die konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) entwickelte. Es gibt aktuell zwei wissenschaftliche Publikationen zur Kommunikativen Bewegungstherapie in Form von Manualen. (quelle einbauen), die das Vorgehen im Therapieverlauf genau beschreiben. 2008

---

## **2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand**

wurde die KommBT, von den Patienten in einer multimodalen stationären Behandlung, nach dem Einzelgespräch als wichtigste Therapie eingeschätzt (Gumz, 2008 nach Wilda -Kiesel, 2011). Durch Anwendung der KommBT in den neuen Bundesländern konnte Jessica Heine 2012 im Rahmen ihrer Bachelorarbeit eine Verbesserung depressiver Symptome, körperlichen Wohlbefindens, des Zuganges zum körperlichen Erleben, sowie eine Erhöhung der Lernerfahrung und Einsicht nachweisen. Diese Bachelorarbeit stellt aktuell die einzige empirische Forschung dar, die sich mit der Wirkung der KommBT befasst. Die KommBT befindet sich in der dritten Phase der Psychotherapieforschung, die sich mit dem inhaltlichen Schwerpunkt der Wirksamkeit beschäftigt. In dieser Phase der Therapieforschung wird nun die Wirksamkeit der Therapiemethode geprüft. Dazu können beispielsweise **Prozess-Outcome-Forschungen** oder **Einzelfallstudien** durchgeführt werden (Jacobi, 2011). Jedoch sollte dazu immer eine Erfassung möglicher Wirkfaktoren durchgeführt werden (Jacobi, 2011).

### **2.3 Wirkfaktoren**

#### **2.3.1 Allgemeine Wirkfaktoren**

Allgemeine Wirkfaktoren, also Faktoren die bei allen Therapien beobachtbar sind, sind bisher sehr gut erforscht (Vogel et al., 2016). Der Therapieforscher Klaus Grawe erforschte bis 2005 zehn Jahre lang diese Faktoren und entwickelte fünf therapieübergreifende Wirkfaktoren: Prozessaktualisierung, Problembewältigung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung und Ressourcenaktivierung (Grawe, 2007, nach Vogel et al., 2016). Diese allgemeinen Wirkfaktoren lassen sich nach Vogel et al. (2016) auch in gruppentherapeutischen Interventionen wiederfinden. Nach Jessica Heine (2012) werden allgemeine Wirkfaktoren durch die Übungen der KommBT sowie die Reflexion danach wirksam.

#### **2.3.2 Wirkfaktoren der Gruppentherapie**

Yalom konzipierte 2007 elf Gruppenwirkfaktoren (Yalom, 2007, nach Vogel et al., 2016), die jedoch nicht immer replizierbar sind (Vogel et al., 2016). Gruppenwirksame Faktoren sind heute zwar häufig untersucht, jedoch oft nicht wissenschaftlich bewiesen (Vogel et al., 2016). Eine Ausnahme stellt dabei die Gruppenkohäsion dar. Vogel und Kollegen konnten 2017 erfolgreich die allgemeinen Wirkfaktoren auf das Gruppenkonzept übertragen. Aus Grawes

## **2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand**

Wirkfaktoren und dem Konzept der Gruppenkohäsion Yalom's (2007) entwickelten sie einen Fragebogen zum Erleben von therapeutischen Prozessen in der Gruppe (FEPig) (Vogel et al., 2016). Die Faktorenanalyse ergab durch den Bezug zur Gruppe eine neue Verteilung der Items auf die Faktoren. Dabei erklärten allgemeine und gruppenwirksame Faktoren mehrere Items gemeinsam und besaßen demnach eine gemeinsame Varianz (Vogel et al., 2017). Die Komponenteanalyse des FEPig ergab sechs Komponenten die 68,37% der Varianz aufklären konnten: Interpersonales Lernen, Gruppenkohäsion, Ziele und Aufgaben, Katharsis, Bindung zum Therapeuten und Problemaktualisierung als allgemeine Gruppenwirkfaktoren. „Der Einsatz von spezifischen Techniken wird sich also immer mit allgemeinen Wirkfaktoren vermischen und von diesen überlagert werden.“ (Hausmann,2010, S.94). Dabei treten die Effekte von spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren nicht in Wechselwirkung miteinander, sondern sich eher additiv überlagern (Vogel et al., 2017).

### **2.3.3 Wirkfaktoren der Bewegungstherapie**

Katrin Schreiber-Willnow und Klaus-Peter Seidler beschrieben bereits 2012 körperbezogene Wirkfaktoren bei der KBT: Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht, neue Lernerfahrungen und Einsicht, Zugang zum körperlichen Erleben und den eigenen Empfindungen, Unzufriedenheit mit dem Therapeuten/der Therapeutin, Unzufriedenheit mit der Gruppe, sowie Zurückhaltung und sich verstanden fühlen. Ein Gruppenkohäsionsfaktor konnte jedoch in der Gruppentherapie nicht gefunden werden (Schreiber-Willnow & Seidler, 2012). Jedoch könnte dies bei der KommBT ein wichtiger Faktor sein, da dies in der Therapie ein zentrales Thema ist (Wilda-Kiesel, 2011).

### **2.4 Vorüberlegungen zur Konzeption**

Schreiber- Willnow & Seidler konnten in ihrer Arbeit (2012) keinen Gruppenkohäsionsfaktor finden. Dies könnte allerdings bei der KommBT ein wichtiger Wirkfaktor sein, da nach Wilda- Kiesel et al. (2011) der Beziehung zu den einzelnen Gruppenmitgliedern, sowie der Beziehung zum Therapeuten eine enorme Relevanz im Therapieprozess zukommt. Ein Nachweis der Gruppenkohäsion als Wirksamkeitsfaktor, könnte eine indikatorische Abgrenzung zur KBT ermöglichen. Der Zugang zum körperlichen Erleben stellt nach Schreiber-

## 2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

Willnow & Seidler (2012) einen spezifischen Wirkfaktor der KBT dar. Jessica Heine konnte (2012) ebenso einen verbesserten Zugang zum körperlichen Erleben und den eigenen Empfindungen ( $F=(1,35)=16.33, MSE=38.2, p<.001$ ) nachweisen, was die Vermutung nahe legt, dass dies ebenfalls ein Wirkfaktor der KommBT sein könnte. Jessica Heine bestätigte 2012 eine signifikante Erhöhung der Lernerfahrung ( $F(2,70)= 10.52, MSE=45.5, p<.001$ ), sowie die Verbesserung des Körperlichen Wohlbefindens ( $F(2,70)=14.07, MSE=51.3, p<.001$ ), wie sie auch bei der KBT Wirkung zeigen. Jedoch wurden diese Effekte mit einem Fragebogen zur Erfassung der Wirkfaktoren für die KBT erfasst. Ziel ist demnach einen Fragebogen zu konstruieren, der die Wirkfaktoren der KommBT erfasst. Gruppenspezifische Wirkfaktoren konnte Jessica Heine (2012) zwar nachweisen, jedoch wurden diese nicht signifikant. Der Wirkfaktor der Unzufriedenheit mit dem Therapeuten/der Therapeutin zeigte sich gleichbleibend niedrig, sank jedoch nicht signifikant ( $F(2,70)=27.39, MSE=10.2, p =.294$ ). Der Effekt der Unzufriedenheit mit der Gruppe wurde bei der KommBT bisher nicht überprüft, könnte sich jedoch bei der KommBT abbilden. Ziel ist die Konstruktion eines kürzeren praktikablen Fragebogens zur Erfassung der Wirkung der KommBT.

Des Weiteren soll der Fragebogen gekürzt werden, um einen Fragebogen zu erhalten, der ökonomisch im Stationsalltag die Wirkung der Therapie erheben kann. Dies soll Studien mit größeren Stichproben in Zukunft erleichtern und zur Erfassung des Therapieerfolges dienen.

### 3. Methode

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick über das methodische Vorgehen dargestellt werden. Zunächst wird das Format des Fragebogens und weiterhin die Vorüberlegung der Skalen thematisiert, wobei die Unterpunkte der Skalen zum körperlichem Wohlbefinden und Zuversicht, Zugang zum körperlichen Erleben und dem eigenen Wohlbefinden, Gruppenkohäsion und anschließend neue Lernerfahrungen und Einsicht erläutert werden. Anschließend erfolgt eine Aufschlüsselung der Itemsammlung.

#### 3.1 Format des Fragebogens

Zur Erhebung der Daten wurde die Fragebogenmethode genutzt. Die Datenerhebung mittels Fragebogen ist ein gängiges Verfahren, um Daten eines größeren Umfangs zu erfassen, da die Erhebung zeitsparend, standardisiert und ökonomisch ist und die Materialkosten niedrig gehalten werden (Vollmann, K., 2009). Der Fragebogen soll die subjektive Einschätzung der Patienten erfassen. Daher wurde in der vorliegenden Arbeit ein Selbstbeurteilungsfragebogen gewählt, durch welchen die Erhebung von nicht beobachtbaren Konstrukten gewährleistet wird. Die Items wurden mit einer 5-stufigen Likert-Skala quantifiziert. Obwohl die Fragebogenmethode auch negative Effekte mit sich bringt (Reihenfolgeeffekte, Formulierungen der Items, Antworttendenzen, soziale Erwünschtheit), überwiegen dennoch die Vorteile dieser Methode. Um den Effekt der sozialen Erwünschtheit zu minimieren, wurde den Patienten versichert, dass die Daten anonymisiert werden. Dazu erhielt jeder Patient einen Code, der sich aus Teilen seines Namens sowie seines Geburtstages zusammensetzte. Reihenfolgeeffekte sind nicht gänzlich auszuschließen. Um Antworttendenzen abzuschwächen, wurde den Patienten in der Instruktion mitgeteilt, dass ihre Antworten keine Konsequenzen mit sich ziehen werden. Einige Items wurden umgepolt, um willkürliche Beantwortungen erkennen zu können.

#### 3.2 Vorüberlegungen zu den Skalen

Die Skalen wurden zunächst aufgrund von theoretischen Überlegungen, der vorangegangenen Bachelorarbeit von Jessica Heine im Jahre 2012 sowie Charakteristika der Therapiemethode zusammengestellt. Dazu wurde ein Team

aus Psychologen und Psychotherapeuten zusammengestellt, um die Faktoren herauszuarbeiten, die den Erfolg der Therapie begründen. Diese werden im Folgenden vorgestellt.

### **3.2.1 Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht**

Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht sind als Ressourcen zu verstehen. Körperliches Wohlbefinden beschreibt dabei ein positives Körpergefühl. Mit der Zuversicht wird die Fähigkeit beschrieben, der Zukunft optimistisch entgegenzublicken. Die Patienten fokussieren ihre Wahrnehmung auf den eigenen Körper, während die Sprache in den Hintergrund rückt. Das subjektive Attraktivitätsempfinden erhöht sich und die Patienten nehmen ihre Stärken wahr.

### **3.2.2 Zugang zum körperlichen Erleben und den eigenen Empfinden**

Dieser Faktor gibt an, inwieweit die Patienten in Bezug zur Gruppenaufgabe körperliche und emotionale Empfindungen wahrnehmen. Dabei können die Patienten erkennen, wie sich interpersonale Probleme emotional und körperlich manifestieren. Durch diese Fähigkeit sind die Patienten in der Lage, ihren eigenen Körper, ihre Wünsche und Bedürfnisse besser zu spüren.

### **3.2.3 Gruppenkohäsion**

In der Gruppe bildet sich ein Zusammenhalt. Der einzelne Patient erlangt eine positive Einstellung der Gruppe gegenüber und strebt das Erlangen der Gruppenziele an. Es bildet sich ein Zugehörigkeitsgefühl und ein Vertrauensverhältnis zwischen den Patienten, sowie zwischen dem Patienten und dem Therapeuten. Der Patient fühlt sich verstanden und akzeptiert in seiner Individualität.

### **3.2.4 Neue Lernerfahrung und Einsicht**

Die Patienten machen neue Erfahrungen im zwischenmenschlichen Bereich, der eigenen Wahrnehmung und probieren alternative Verhaltensoptionen aus. Das Erleben und Verhalten wird am Ende der Therapiestunde in der Gruppe reflektiert.

### 3.3 Item-Sammlung

Zunächst wurden alle Items gesammelt und bewertet, die in den Fragebogen IP-Komm aufgenommen werden sollten. Mithilfe von Fragebögen, die ähnliche Konstrukte messen, wurden Items aus bereits vorhandenen Fragebögen zum Körperbild, der Körperwahrnehmung sowie von Gruppenprozessen genutzt. Da die KommBT eine Bewegungstherapie ist, spezifisch auf das körperliche Wohlbefinden wirkt (Heine J., 2012) und es das Ziel dieser Therapie ist „über den körperlichen Bereich auf Störungen des Patienten einzuwirken“ (Wilda- Kiesel, 2011 S. 20), wurde sich zur Fragebogenkonstruktion für Items aus Körperbildfragebögen entschieden. Das Verfahren ist eine tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie. Im Rahmen der Gesprächspsychotherapie und der KommBT ist die Entstehung einer Gruppenkohäsion zu vermuten, da dieser Effekt eine wichtige Rolle bei der KommBT spielt (Wilda- Kiesel et al., 2011). Die Patienten fühlen sich zugehörig, von der Gruppe akzeptiert und sind bemüht, gemeinsame Therapieziele zu erreichen.

Es wurden die Items bereits existierender Körperbildfragebögen sowie Gruppenfragebögen betrachtet. Zum Körperbild wurden Items aus folgenden Fragebögen als Vorlage verwendet, welche in Tabelle 1 dargestellt werden:

*Tabelle 1: Körperbildfragebogen*

Fragebogen	Autoren	Jahr	Verlag	Konstrukte
FKB-20 Fragebogen zum Körperbild	Clement, U. Löwe, B.	1996	Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe	Beschreibt die körperlichen Aspekte des Selbstkonzepts
FKKS Frankfurter Körperkonzeptskalen	Deusinger, I.M.	1998	Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe	Beschreibt die körperlichen Aspekte des Selbstkonzepts in 9 Skalen
KEKS Der kurze Fragebogen zur Eigenwahrnehmung des Körpers	Joraschky, P. Loew, T. Röhrich, F.	2008	Stuttgart: Schattauer	Erfasst Körperwahrnehmung von Körperegionen und Körperfunktionen
Fbek Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers	Richter- Appelt, R. Strauß, B.	1996	Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe	Beurteilung subjektiver Aspekte des Körpererlebens: Attraktivität/ Selbstvertrauen, körperlich- sexuelles Missempfinden
DKB-35 Dresdener Fragebogen zum Körperbild	Pöhlmann, K. Joraschky P. Brähler, E.	2013	Göttingen: Hogrefe	Beurteilung subjektiver Aspekte des Körpererlebens: Vitalität, Körperakzeptanz, Körpernarzissmus, Sexuelle Erfüllung Körperkontakt
FEW 16 Fragebogen zur Erfassung des Wohlbefindens	Kolip, P.	2008	Hildesheim: Hogrefe	Erfasst körperliches Wohlbefinden
KB-L Körperbildliste	Küchenhoff, J. Agarwalla, P.	2013	Heidelberg: Springer	Aspekte des Körperbildes auf psychodynamischer Ebene

Tabelle 2 listet jene Items zu den Gruppenwirkfaktoren auf, wurden aus folgenden Fragebögen verwendet:

*Tabelle 2: Gruppenfragebögen*

Fragebogen	Autoren	Jahr	Verlag	Konstrukte
GCQ-S Group Climate Questionnaire	Tuschke, V.	2003	Göttingen: Hogrefe	Engagement, Konflikte( Spannung, Wut), Vermeidung von Eigenverantwortlichkeit
GQ-D Der Gruppenfragebogen	Bormann, B. Burlingame, G.M.	2011	Springer	Beziehungen innerhalb der Gruppe

	Strauss,B.
--	------------

## 3.4 Expertenbefragung und Vorgehensweise

### 3.4.1. Itemauswahl

Experten sichteten zunächst die zur Verfügung stehenden Items. Dabei handelt es sich um ein Team aus Psychologen und Psychotherapeuten, welche alle Fachkenntnisse über die Skalen und die Therapiemethode KommBT besitzen. Es wurde jedes einzelne Item betrachtet und inhaltlich interpretiert. Alle Experten mussten zur gleichen Einschätzung bezüglich der Eignung jedes Items gelangen, um das Item in den Fragebogen aufzunehmen. Dabei wurde diskutiert, welchen Faktor diese Items beschreiben könnten. So wurden die Items in Gruppen zusammengefasst, die theoretisch die vermuteten Skalen wiedergeben könnten. Das Ziel war hier noch keine Auswahl von validen Faktoren im Voraus, sondern eine erste inhaltliche Sortierung, um ein breites Spektrum der vermuteten Skalen erfassen zu können. Die Items konnten oft noch nicht einem bestimmten Faktor zugeordnet werden, da sich einige inhaltlich überschneiden, was eine statistische Auswertung notwendig macht. So ergaben sich zunächst 50 Items für das Inventar zur Prozessfassung der Behandlung mit Kommunikativer Bewegungstherapie (IP-KommBT). Diese wurden von den Experten in 5 Skalen eingeordnet. Durch die Überschneidungen ergaben sich doppelte Zuordnungen der Items zu den Faktoren.

### 3.4.2 Überarbeitete Items+

Nach der erneuten Sichtung der Items wurden 12 Items neu formuliert, um sie der Methode KommBT anzupassen und um sie leichter den Skalen aus der Vorüberlegung zuordnen zu können. Da die vollständige Datenmenge der Entwicklung zum Fragebogen sehr umfangreich ist, kann die Überarbeitung der Items dem Anhang entnommen werden. Aus dieser Überarbeitung ergab sich ein Fragebogen mit 62 Items das „Inventar zur Prozessfassung der Behandlung mit Kommunikativer Bewegungstherapie“ (IP-Komm 62) ist ebenfalls dem Anhang zu entnehmen. Die Itemanordnung wurde randomisiert .

## 3.5 Stichprobe

### 3. Methode

An der Untersuchung nahmen 199 Patienten im Alter von 18- 67 Jahren teil, von denen acht Personen kein Alter angegeben haben (MW= 39,05 Jahre, SD= 11,59 Jahre). Die meisten Patienten sind 26 bis 55 Jahre alt (vgl. Tabelle 3). 70 (35,2 %) Patienten waren männlich und 127 (63,8 %) weiblich. Zwei Patienten gaben ihr Geschlecht nicht an. Die Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung (05/2014- 08/2015) in therapeutischer Behandlung und durchliefen die KommBT. Die Aushändigung der Fragebögen erfolgte einmalig nach den Therapiestunden durch die Therapeuten, der stationär und ambulant behandelten Patienten. Die Erhebung fand zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Therapieprozess statt, um Patienten mit möglichst unterschiedlichen Merkmalsausprägungen zu erfassen.

*Tabelle 3: Anzahl der Altersgruppen in Prozent*

Alter (Angaben in Jahren)	N	Prozent
18-25	27	14,1
26-35	53	27,6
36-45	47	24,5
46-55	49	25,5
56-65	15	7,8
>65	1	0,5
Summe	192	96,5

### **4. Darstellung der Ergebnisse**

#### **4.1 Deskriptive Analyse der Items und Itemschwierigkeiten**

##### **4.1.1 Vorgehen**

Die Daten wurden mit dem Programm SPSS 21.0 für Windows (2012) bearbeitet. Zunächst wurden die Daten aufbereitet. Dabei wurden Umpolungen vorgenommen. Zur deskriptiven Analyse wurden die Daten zunächst auf Mittelwerte, Standardabweichung, Kurtosis, Schiefe, sowie Maximal- und Minimalwerte untersucht und übersichtlich dargestellt. Voraussetzung für weitere Berechnungen ist die Analyse der Normalverteilung. Wichtig ist ebenso das Skalenniveau der Daten. Im vorliegenden Fragebogen sind die Daten ordinal verteilt. Leichte Items werden von den meisten Patienten gleich beantwortet. Da Items für den Fragebogen benötigt werden, welche die Unterschiede in den Merkmalsausprägungen darstellen, werden zu leichte Items aussortiert. Zur Datenreduktion wird ein Cut- Off Wert von  $> 0.85$  bei den Schwierigkeiten festgelegt. Die Schwierigkeiten werden mit einer Excel-Tabelle berechnet. Es wurde keine Messwiederholung durchgeführt. Daher wird die Berechnung des Cronbach Alpha standardmäßig mit durchgeführt, obwohl Cronbachs Alpha bei einer hohen Anzahl von Items automatisch sehr hoch wird (Leiner, D.J., 2016). Hier wird eine Korrelation von  $> .70$  empfohlen (Leiner, D.J., 2016).

##### **4.1.2 Datenanalyse**

Ein Datensatz musste ausgeschlossen werden, da eine Person vermutlich übersehen hatte, eine Seite auszufüllen (52 % fehlende Daten). Aufgrund von fehlenden Daten musste kein weiterer Datensatz ausgeschlossen werden. Somit gingen 199 Datensätze in die Berechnungen ein. Das Item 63 („Das Therapieverfahren ist für mich hilfreich“) wurde nicht wie die anderen Fragen ordinal in Form von Likert- Skalen abgefragt, sondern metrisch in Form einer Strecke, bei der die Patienten einen Punkt markieren mussten. 15% (30 Patienten) der Befragten beantworteten diese Frage nicht. Dies ist kein zwingender Grund dieses Item auszuschließen, jedoch ist unklar, ob das Item aufgrund der unterschiedlichen Form der Frage vergessen wurde oder ob die Annahme seitens der Patienten bestand, bei Nichtbeantwortung einen Wert von 0 anzugeben. Das Item 63 konnte aufgrund dieser Tatsache nicht als valide und reliabel beurteilt

#### 4. Darstellung der Ergebnisse

werden. Der überwiegende Teil der Items weist eine Rechtsschiefe auf. Dies bedeutet, dass die meisten Fragen zustimmend beantwortet wurden. Das vollständige Spektrum der Antwortmöglichkeiten wurde dennoch genutzt, was sich darin zeigte, dass bei allen Items die Antworten von 1 – 5 reichten. Bis auf einige Ausnahmen ist die Kurtosis aller Items negativ, was auf eine gleichmäßige Streuung hindeutet. Da jedoch die Schiefe der Daten nicht darauf schließen lässt, dass die Daten normalverteilt sind, wurden mit dem Kolmogorow-Smirnow Test die Daten statistisch auf Normalverteilung überprüft. Der Test ergab keine Normalverteilung aller Items ( $p < .001$ ). Cronbachs Alpha fällt wie erwartet, durch die hohe Anzahl der Items hoch aus. Alle Items weisen eine gute Schwierigkeit auf. Dabei bewegen sich die Schwierigkeiten der Items von 0.389 bis 0.829 (vgl. Tabelle 4) im mittleren Bereich und differenzieren gut. Im Vorfeld der Faktorenanalyse können also keine Items ausselektiert werden. Item 44 wurde aufgerundet beibehalten.

*Tabelle 4: Itemschwierigkeiten*

Item	N	Schwierigkeit	Item	N	Schwierigkeit	Item	N	Schwierigkeit
1	199	.588	22	199	.611	43	198	.595
2	197	.546	23	196	.639	44	197	.389
3	196	.570	24	199	.636	45	198	.516
4	199	.613	25	198	.612	46	197	.662
5	197	.495	26	199	.631	47	197	.681
6	195	.509	27	197	.706	48	198	.829
7	197	.626	28	199	.680	49	197	.701
8	199	.519	29	199	.707	50	197	.528
9	198	.746	30	198	.645	51	196	.731
10	197	.626	31	198	.676	52	196	.418
11	197	.506	32	198	.529	53	197	.551
12	196	.732	33	196	.603	54	198	.556
13	197	.617	34	197	.594	55	197	.631
14	198	.541	35	197	.550	56	196	.656
15	198	.522	36	197	.606	57	196	.657
16	197	.587	37	198	.583	58	197	.665
17	199	.561	38	197	.441	60	196	.536

## 4. Darstellung der Ergebnisse

18	199	.630	39	198	.668	61	198	.661
19	197	.507	40	198	.441	62	198	.552
20	196	.566	41	197	.615			
21	199	.794	42	197	.605			

### 4.2 Faktorenanalyse

#### 4.2.1 Vorgehen

Bei der Wahl der Faktorenanalyse wird nach den Empfehlungen von Costello und Osboren (2005) vorgegangen. Dabei ist wichtig, welche Eigenschaften die Daten des Fragebogens aufweisen (Costello & Osboren, 2005). In SPSS wird als erstes die Option einer Hauptkomponentenanalyse (PCA) angegeben. Jedoch ist diese Berechnung nach Costello und Osboren bei normalverteilten Daten sinnvoller. Da die Itemanalyse keine Normalverteilung der Daten ergab und die Items ordinalskaliert sind, ist es von Vorteil, eine Hauptachsenanalyse (PAF) zur Extraktion der Faktoren durchzuführen (Costello & Osboren, 2005). Die Autoren empfehlen außerdem die Verwendung einer obliquen Rotation, bei welcher eine Korrelation zwischen den Faktoren erlaubt wird. Sollten die Ergebnisse nicht zufriedenstellend sein, wird zusätzlich eine orthogonale Rotation erfolgen. Die Kommunalitäten, die einen Wert von  $< 0.4$  aufweisen, werden aussortiert (Costello & Osboren, 2005). Zur weiteren Itemselektion werden die Faktorladungen der rotierten Ergebnisse herangezogen, welche die Korrelation zwischen dem Faktor und den ursprünglichen Variablen anzeigen (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2011, S. 334). Um zu gewährleisten, dass nur noch Items beibehalten werden, die inhaltlich zu einem Faktor passen, werden alle Items mit Doppelladungen aussortiert. Es werden alle Ladungen größer als 0.3 betrachtet. Jede Itemselektion beeinflusst die Kommunalitäten und die Ladungen der Items neu. Daher wird nach jeder Extraktion eine erneute Faktorenanalyse durchgeführt. Dieser Prozess wird so lange wiederholt, bis nur noch Items mit einer Kommunalität von größer als 0.4 vorliegen. Sollten dann Doppelladungen zu beobachten sein, wird ebenfalls die Berechnung wiederholt. Als Ergebnis entsteht voraussichtlich ein Itemset ohne Doppelladungen mit guten Kommunalitäten.

### 4.2.2 Faktorenanalyse

Im Vorfeld ist nicht absehbar, auf wie viele Faktoren sich die Items verteilen. Daher wird zunächst eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt und im Anschluss zusätzlich zum Kaiserkriterium der Screeplot betrachtet. Nach dem Kaiserkriterium ergeben sich zunächst 13 Faktoren (siehe Tabelle 5). Bei den durchgeführten Analysen ergab sich eine sehr große Anzahl an Outputs. In Tabelle 5 werden daher ausschließlich die bedeutsamsten Ergebnisse dargestellt. Die vollständigen Ergebnisse können den beigefügten SPSS- Dateien entnommen werden.

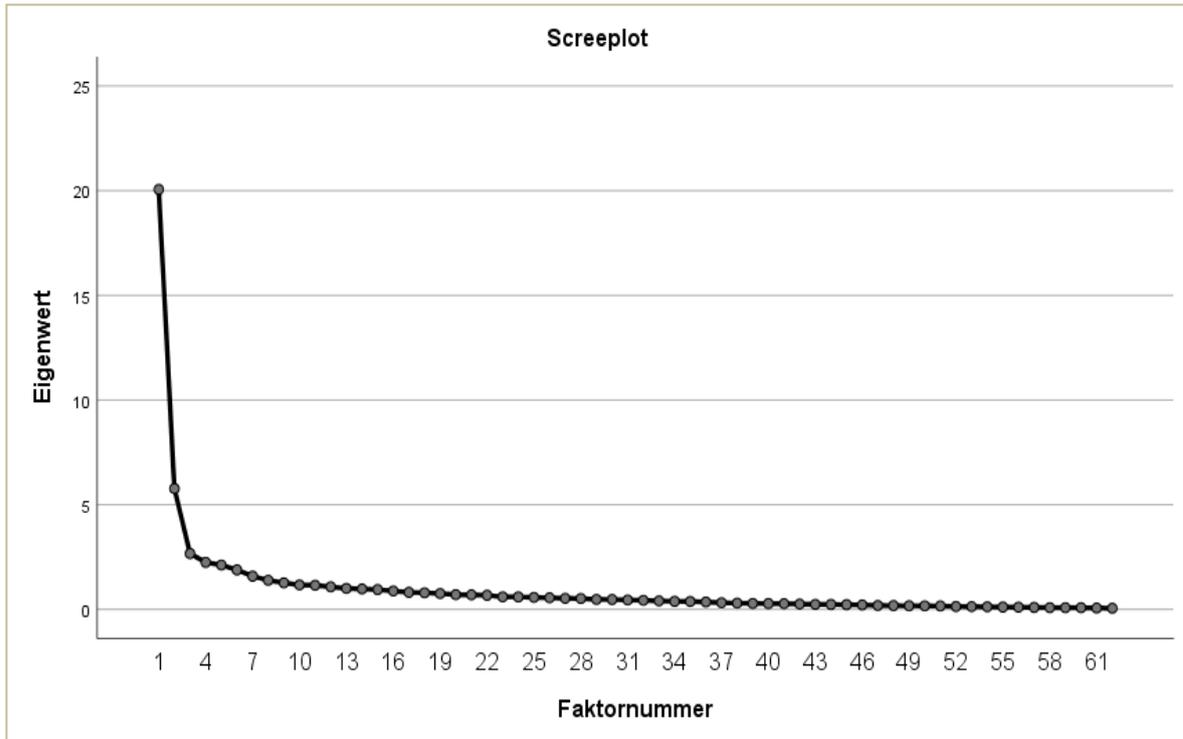
*Tabelle 5: Eigenwerte*

Faktor	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	20,057	32,351	32,351	19,721	31,808	31,808
2	5,770	9,307	41,657	5,370	8,661	40,469
3	2,668	4,304	45,961	2,325	3,750	44,219
4	2,246	3,623	49,584	1,851	2,986	47,205
5	2,122	3,422	53,006	1,739	2,804	50,010
6	1,886	3,042	56,048	1,490	2,404	52,414
7	1,589	2,563	58,611	1,191	1,921	54,335
8	1,390	2,242	60,853	1,013	1,634	55,969
9	1,270	2,049	62,902	,833	1,344	57,313
10	1,170	1,887	64,789	,770	1,242	58,554
11	1,153	1,859	66,648	,752	1,212	59,767
12	1,080	1,742	68,390	,667	1,076	60,843
13	1,006	1,623	70,013	,598	,964	61,807
14	,978	1,577	71,590			
15	,947	1,527	73,117			
16	,882	1,422	74,539			
17	,814	1,313	75,852			

Weiterhin dient das folgende Diagramm der Darstellung des Screeplot der explorativen Faktorenanalyse (Hauptachsen-Faktorenanalyse):

#### 4. Darstellung der Ergebnisse

Diagramm 1: Screeplot der explorativen Faktorenanalyse (Hauptachsen-Faktorenanalyse)



Da die Faktorenlösung, die dem Kaiserkriterium entnommen wird, oft nicht zu optimalen Ergebnissen führt, wurde zusätzlich mit dem Screeplot gearbeitet. Dieser gibt eine Lösung von 2 Faktoren an (vgl. Abbildung 1). Da das Ziel der Arbeit zusätzlich eine deutliche Reduzierung der Items ist, wird eine 2-faktorielle Lösung zur weiteren Berechnung auch befürwortet. Zunächst wurden, wie oben beschrieben, schrittweise die Items mit Kommunalitäten von  $<.40$  und Doppelladungen ausgeschlossen. Dieser Vorgang wurde acht Mal wiederholt. Daraus resultiert das folgende Ergebnis, welches in Tabelle 6 ersichtlich ist:

## 4. Darstellung der Ergebnisse

Tabelle 6: Verteilung der Items auf die Faktoren und Kommunalitäten

	Kommunalitäten	Faktor	
		1	2
Item58	,680	,817	
Item49	,574	,804	
Item10	,554	,786	
Item16	,649	,770	
Item4	,662	,727	
Item36	,547	,721	
Item9	,524	,628	
Item3	,455	,448	
Item59	,604		,893
Item57	,604		,796
Item11	,508		,727
Item53	,537		,673
Item34	,595		,646
Item50	,456		,525
Item55	,470		,509
Item54	,503		,507
Item56	,413		,431

Ergebnis der FA nach obliquen Rotation

Auf dem ersten Faktor laden acht Items, auf dem zweiten neun. Bis auf Item 3 („Ich habe mich schlechter gefühlt“) und Item 56 („Die Begegnung mit einzelnen anderen hat mir richtig Spaß gemacht“) weisen alle Items eine hohe bis akzeptable Faktorladung auf. Die Kommunalitäten sind alle  $>.40$  und es liegen keine Doppelladungen vor. Die Berechnung der Faktorenanalyse ist damit abgeschlossen.

### 4.2.3 Ergebnisse der Faktorenanalyse

Nach der Extraktion der Faktoren und der Eliminierung von Items, entstand ein kürzerer Fragebogen:

## 4. Darstellung der Ergebnisse

Tabelle 7: Ladung der Items auf Faktor 1

Item-Nr.	Itembezeichnung	Faktorladung
58	Die anderen helfen mir.	.817
49	Die Gruppe hilft mir.	.804
10	Ich glaube, die Gruppe ist heute gewachsen.	.786
16	Heute habe ich mich zur Gruppe hingezogen gefühlt.	.770
4	Ich glaube, dass die Gruppe mich heute verstanden hat.	.727
36	Ich habe mich der Gruppe nahe gefühlt.	.721
9	Ich glaube, dass die Gruppe mich akzeptiert.	.628
3	Ich habe mich heute schlechter gefühlt.	.448

Tabelle 8: Ladung der Items auf Faktor 2

Item-Nr.	Itembezeichnung	Faktorladung
59	Heute konnte ich meinen Körper annehmen, wie er ist.	.893
57	Es fiel mir leicht, mich zu bewegen.	.796
11	Heute habe ich mich in meinem Körper wohl gefühlt.	.727
53	Ich konnte mich heute richtig frei bewegen	.673
34	Heute war ich so richtig dabei.	.646
50	Ich habe nach dieser Sitzung mehr Vertrauen zu mir selbst	.525
55	Ich habe mich heute etwas getraut.	.509
54	Ich konnte meine Gefühle heute besser ausdrücken.	.507
56	Die Begegnung mit einzelnen anderen hat mir richtig Spaß gemacht.	.431

### 4.3 Inhaltliche Auseinandersetzung mit den Faktoren

Zur Veranschaulichung sind in Tabelle 7 und 8 die Items samt ihrer Formulierungen aufgeführt.

#### 4. Darstellung der Ergebnisse

Faktor 1 beinhaltet Items , die die Gruppe betreffen. Inhaltlich spiegeln sie den in den Methoden beschriebenen vermuteten Faktor der Gruppenkohäsion wieder. Das Item 3 („Ich habe mich heute schlechter gefühlt.“) wurde aussortiert, da es inhaltlich zu allgemein formuliert ist und das einzige Item ist, welches inhaltlich zu dem Faktor passt. Die Faktorladung ist mit .448 eher gering und die Formulierung des Items ist sehr allgemein, da es keinen Zusammenhang zur Therapie selbst herstellt. Des Weiteren könnte Item 49 oder 58 aussortiert werden, da sie sich inhaltlich sehr ähneln. Item 49 („Die Gruppe hilft mir.“) passt etwas besser, da hier der Gruppenfaktor im Item besser beschrieben wird. Daher wurde entschieden, Faktor 58 („Die anderen helfen mir.“) auszuschließen.

Die Items des zweiten Faktors beschreiben das empfundene Körperbild der Patienten. Es werden Stärken wahrgenommen und es wird über höhere Ressourcen berichtet. Inhaltlich gibt dieses Itemset den Faktor Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht wieder. Die Items 54 („Ich konnte meine Gefühle heute besser ausdrücken.“) und 56 („Die Begegnung mit einzelnen anderen hat mir richtig Spaß gemacht.“) passen inhaltlich nicht zu dem Faktor (Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht) und wurden ebenfalls ausgeschlossen. Nach der Eliminierung der vier Items wurde eine erneute Faktorenanalyse durchgeführt. Daraus ergab sich das folgende Endmodell der Verteilung der Items auf die Faktoren (Tabelle 9 und 10).

Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium ist mit 0.906 sehr gut. Dies bedeutet, dass die Faktorenanalyse geeignet ist. Nach Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber (2011) wird ein Wert größer als .80 als geeignet betrachtet. Mit einer Signifikanz von  $p < .001$  weist der Bartletts- Test auf eine Korrelation aller Variablen hin (Backhaus et al., 2011, S. 341). Die Ergebnisse sprechen daher für ein geeignetes Modell. Die Kommunalitäten liegen auch hier alle über .40 und es liegen keine Doppelladungen vor.

*Tabelle 9: Eigenwerte der Faktoren der Endlösung*

*Erklärte Gesamtvarianz*

Faktor	Anfängliche Eigenwerte	Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion	Rotierte Summe der quadrierten Ladungen <sup>a</sup>

#### 4. Darstellung der Ergebnisse

	% der Kumulierte			% der Kumulierte			Gesamt
	Gesamt	Varianz	%	Gesamt	Varianz	%	
1	6,545	50,345	50,345	6,106	46,968	46,968	5,246
2	1,542	11,859	62,203	1,125	8,655	55,623	5,021
3	,846	6,505	68,708				
4	,631	4,858	73,565				
5	,544	4,186	77,752				
6	504	3,880	81,632				
7	,475	3,657	85,289				
8	,431	3,312	88,601				
9	,390	2,998	91,599				
10	,359	2,764	94,363				
11	,315	2,420	96,783				
12	,248	1,907	98,689				
13	,170	1,311	100,000				

Tabelle 10: Verteilung der Items auf das Faktorenendmodell

	Extraktion	Faktor	
		1	2
Item49	,500	,812	
Item10	,572	,775	
Item16	,662	,736	
Item4	,666	,719	
Item36	,546	,713	
Item9	,547	,666	
Item59	,666		,919
Item57	,573		,767
Item11	,536		,717
Item53	,518		,624
Item34	,572		,577
Item50	,447		,501
Item55			,444

Ergebnis der FA nach obliquen Rotation 1

## 4. Darstellung der Ergebnisse

Die zwei extrahierten Faktoren erklären dabei 55,6 % der Gesamtvarianz. Auf dem ersten Faktor laden sechs Items, auf dem zweiten sieben. In Tabelle 11 sowie Tabelle 12 ist die Verteilung der Items auf die Faktoren zu sehen. Dabei laden sechs Items auf den Faktor Gruppenkohäsion und sieben Items auf die Skala körperliches Wohlbefinden und Zuversicht. Außer Item 55 („Ich habe mich heute etwas getraut.“) laden alle Items hoch bis akzeptabel auf die jeweiligen Faktoren.

*Tabelle 11: Items zum Faktor Gruppenkohäsion:*

Item-Nr.	Itembezeichnung	Faktorladung
49	Die Gruppe hilft mir.	.812
10	Ich glaube, die Gruppe ist heute gewachsen.	.775
16	Heute habe ich mich zur Gruppe hingezogen gefühlt.	.736
4	Ich glaube, dass die Gruppe mich heute verstanden hat.	.719
36	Ich habe mich der Gruppe nahe gefühlt.	.713
9	Ich glaube, dass die Gruppe mich akzeptiert.	.666

*Tabelle 12: Items zum Faktor körperliches Wohlbefinden und Wohlergehen*

Item-Nr.	Itembezeichnung	Faktorladung
59	Heute konnte ich meinen Körper annehmen, wie er ist.	.919
57	Es fiel mir leicht, mich zu bewegen.	.767
11	Heute habe ich mich in meinem Körper wohl gefühlt.	.717
53	Ich konnte mich heute richtig frei bewegen	.624
34	Heute war ich so richtig dabei.	.577
50	Ich habe nach dieser Sitzung mehr Vertrauen zu mir selbst	.501
55	Ich habe mich heute etwas getraut.	.444

### 4.4 Bezeichnung des Fragebogens

Der vorläufige Fragebogen wurde „Inventar zur Prozesserfassung der Behandlung mit Kommunikativer Bewegungstherapie“ (IP-Komm 62) genannt. Er sollte

ursprünglich die wirksam werdenden Prozesse in der KommBT erfassen. Der neu entstandene Fragebogen erfasst Gruppenkohäsion und körperliches Wohlbefinden, daher wäre es naheliegend dies in den Namen des neuen Fragebogens zu integrieren. Aus diesem Grund heißt der revidierte Fragebogen „Kurzfragebogen zur Erfassung von Gruppenkohäsion und körperlichen Wohlbefindens in der Kommunikativen Bewegungstherapie“ (KGKW-Komm).

### **4.5 Testgüte des Fragebogens**

#### **4.5.1 Objektivität**

Der Test weist eine gute Objektivität auf. Die Durchführungsobjektivität ist nur unzureichend beurteilbar, da die Fragebögen durch die Patienten eigenständig ausgefüllt wurden. Unklar ist allerdings, inwiefern einheitliche Instruktionen durchgeführt wurden, da diese mündlich stattfanden und nicht in Schriftform vorlagen. Die Situationsbedingungen der einzelnen Befragungen konnten dabei nicht kontrolliert werden. Bei der Auswertung ist eine hohe Objektivität gegeben. Der Fragebogen nutzt zur Datenerhebung eine 5- stufige- Likert-Skala, welche bei gleicher Beantwortung den gleichen Wert zuordnet. Ausgenommen ist hier das Item 63 („Das Therapieverfahren ist für mich hilfreich“). Hier musste zur Erfassung der Antwort eine Strecke abgemessen werden. Jedoch unterschieden sich die Kopien der Fragebögen in der Größe, was sich auf die Gesamtlänge der Strecke auswirkte. Somit ist eine Auswertungsobjektivität nur bei sehr genauem Arbeiten gegeben. Um die Objektivität zu erhöhen wurde Item 63 aus dem Fragebogen entfernt, da dieses aufgrund unzureichender Standardisierung ungeeignet ist. Durch die Analyse der Faktoren und die Standardisierung wurde die Interpretationsobjektivität durch die Zuordnung der Items zu den Faktoren verbessert.

#### **4.5.2 Reliabilität**

Für den Faktor 1 ergibt sich ein hoher Cronbachs Alpha Wert. Dieser Wert gibt an, ob die Zusammenstellung der Items im Modell Sinn macht. Ab einem Wert von .70 trifft dies zu (Nunnally & Bernstein, 1978, S. 701). Da die Anzahl der Items in der vorliegenden Arbeit stark reduziert wurde, ist der Wert mit .890 (siehe Tabelle 13) sehr hoch und als sehr aussagekräftig zu interpretieren. Die Trennschärfen (siehe Tabelle 13a) der Items sind alle gut (.654 bis .774).

#### 4. Darstellung der Ergebnisse

*Tabelle 13: Reliabilitätsstatistik für Faktor 1. Cronbachs Alpha+306*

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,890	6

*Tabelle 13a: Reliabilitätsstatistik für Faktor 1. Trennschärfen*

Item		Trennschärfe
Item49	Die Gruppe hilft mir.	,654
Item10	Ich glaube, die Gruppe ist heute gewachsen.	,687
Item16	Heute habe ich mich zur Gruppe hingezogen gefühlt.	,774
Item4	Ich glaube, dass die Gruppe mich heute verstanden hat.	,676
Item36	Ich habe mich der Gruppe nahe gefühlt.	,764
Item9	Ich glaube, dass die Gruppe mich akzeptiert.	,702

Zum Faktor 2 ergibt sich ein Cronbachs Alpha von .880 (vgl. Tabelle14). Dieser Wert und die Trennschärfen (siehe Tabelle 14a) der Items sind als gut einzuschätzen (.617 bis .702).

*Tabelle 14: Reliabilitätsstatistiken Faktor 2. Cronbachs Alpha*

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,880	7

*Tabelle 14b: Reliabilitätsstatistik für Faktor 2. Trennschärfen*

Item		Trennschärfe
Item59	Heute konnte ich meinen Körper annehmen, wie er ist.	,858
Item57	Es fiel mir leicht, mich zu bewegen.	,860
Item11	Heute habe ich mich in meinem Körper wohl gefühlt.	,863
Item53	Ich konnte mich heute richtig frei bewegen	,862
Item34	Heute war ich so richtig dabei.	,859
Item50	Ich habe nach dieser Sitzung mehr Vertrauen zu mir selbst	,868
Item55	Ich habe mich heute etwas getraut.	,869

### **4.5.3 Validität**

Um eine inhaltliche Validität zu erreichen, wurde eine Expertengruppe bestehend aus Psychologen und Psychotherapeuten mit Fachwissen zur Beurteilung der Items hinzugezogen. Sie besitzen das notwendige Wissen über die Therapiemethode, sowie haben berufsbedingte Behandlungserfahrungen mit dieser Therapieform. Die Beurteilung der Items wurde im Rahmen eines zirkulären Prozesses wiederholt durchgeführt. Dabei wurden die Items neu betrachtet, bewertet und bei Bedarf umformuliert. Die beschriebenen Verfahrensweisen erhöhen die inhaltliche Validität. Ebenso wurde nach der statistischen Faktorenanalyse nochmals Items aufgrund der Inhaltsvalidität betrachtet. Durch den Vergleich mit etablierten Fragebögen, die ähnliche Skalen messen, konnte die Kriteriumsvalidität verbessert werden. Jedoch wurde der Zusammenhang zu diesen Konstrukten hier nicht berechnet. Dies, wie eine Überprüfung der Kriteriumsvalidität sollte künftig noch nachgeholt werden.

## **5. Diskussion**

### **5.1 Diskussion der Fragebogenentwicklung**

Im Rahmen der Konzeption wurde eine Arbeitsgruppe zusammengestellt, um einen Fragebogen zur Prozesserfassung der Kommunikativen Bewegungstherapie (IP-Komm) zu konstruieren. Der Fragebogen wurde aus bereits existierenden Fragebögen abgeleitet, die ähnliche, beziehungsweise die gleichen Konstrukte abbilden. Da die KommBT ein bewegungsorientiertes Verfahren ist, das in der Gruppe durchgeführt wird, wurden Items zum Körperbild, zur Gruppendynamik, sowie zur Gruppenwirksamkeit ausgewählt, um ein Messinstrument zur Erfassung der Wirksamkeit der KommBT zu entwickeln. Es wurde angenommen, dass gruppenwirksame Faktoren wie auch spezifische Faktoren der KommBT abgeleitet werden können. Die Items wurden aus Gruppenfragebögen und Körperbildfragebögen entnommen, die als etabliert und valide gelten. Zusätzlich wurden 12 der 62 Items neu formuliert, um den Fragebogen auf die Therapiemethode anzupassen. Der Versuch, die Items verschiedenen Skalen zuzuordnen, erwies sich in der vorliegenden Arbeit als schwierig. Dies könnte auf eine nicht ausreichende, wenig differenzierende Skalenbeschreibung zurückzuführen sein. Zwar ist es üblich, die Items inhaltlich aufgrund von Vorüberlegungen auszuwählen, jedoch lässt sich kritisieren, dass vor der Konstruktion des IP-Komm, die Prozesse in der Therapie nicht ausreichend beschrieben und operationalisiert wurden, wie es im Gegensatz dazu zur Untersuchung der Wirkfaktoren in der KBT erfolgt ist (Schreiber-Willnow & Seidler, 2012). Dafür wurden bei Schreiber-Willnow & Seidler zunächst die Prozessmerkmale genau beschrieben und überlegt wie diese messbar gemacht werden können.

Die Patienten, welche freiwillig an der Befragung teilnahmen, befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung sowohl in stationärer oder ambulanter Therapie und durchliefen, parallel zur Gesprächstherapie, die KommBT. Zur Durchführung erklärten sich jeweils nur Therapeuten bereit, die Interesse an der Beteiligung zur Untersuchung zeigten. Daraus resultierte eine hohe Rücklaufquote, was positiv zu bewerten ist. Ein wichtiger Kritikpunkt ist ein möglicher Selektionseffekt, der durch die freiwillige Teilnahme der Patienten entstanden sein könnte. Die Therapeuten wurden umfangreich zur Studie informiert, jedoch ist unklar, wie genau die Patienten instruiert wurden. Aufgrund der Tatsache, dass die Instruktionen der

Patienten nicht in Textform innerhalb der Fragebögen existierten, wäre denkbar, dass die unterschiedlichen mündlichen Instruktionen der Therapeuten zu eigenständigen Effekten der Beantwortungen führten. Um die Durchführungsobjektivität zu erhöhen, könnte man in zukünftigen Untersuchungen eine einheitliche schriftliche Instruktion vorlegen. Eine weitere Verbesserung der Durchführungsobjektivität könnte in Zukunft erzielt werden, indem unabhängiges Personal die Fragebögen austeilt und wieder einsammelt. Auf diesem Wege könnte man Effekte der sozialen Erwünschtheit und Verzerrungen verringern. Es ist möglich, dass besonders stationär behandelte Patienten mehr zu sozial erwünschten Antworten tendieren, wenn der Fragebogen von den behandelnden Therapeuten ausgeteilt wird. Des Weiteren, könnte zusätzlich zur Codierung des Namens, ein verschließbarer Umschlag genutzt werden, welcher von den Patienten selbst in einen dafür vorgesehenen Briefkasten eingeworfen werden kann, um das subjektive Gefühl der Anonymität zu gewährleisten. Bei der Auswertung des Fragebogens wurden einerseits eine Itemanalyse, andererseits eine Faktorenanalyse berechnet. In der Itemanalyse wurden für den Fragebogen ungeeignete Items aussortiert. Zu schwierige oder zu leichte Items wurden dabei identifiziert und aussortiert. Die Stichprobengröße von 199 Patienten ist als überaus akzeptabel eingestuft worden. Wie bereits erläutert, ist die Verwendung der Hauptachsenanalyse die empfohlene Methode zur Identifizierung der Skalen des IP-Komm 62. Die Daten wurden zunächst bereinigt, entsprechende Items umgepolt und ein invalides Item konnte eliminiert werden. Obwohl Item 44 einen Cut-off –Wert unter 0.40 hatte und damit schwerer als die anderen Items war, wurde es ohne zwingenden Grund beibehalten. Jedoch näherte es sich mit .389 stark dem Cut- Off Wert an und da bereits genügend Items vorhanden waren, die im mittleren Bereich gut differenzierten, wurde entschieden es einfach zu behalten. Zur Extraktion der Faktoren hätte auf eine explorative Faktorenanalyse verzichtet werden können. Alternativ hätte man den Fragebogen auf die vier vermuteten Faktoren aus dem Methodenteil hin analysieren können. Da die Beschreibung und Operationalisierung dieser aber nicht eindeutig war, wurde in der vorliegenden Arbeit auf diese Möglichkeit verzichtet und es wurde explorativ vorgegangen. Durch dieses Vorgehen sind allerdings möglicherweise inhaltlich relevante Faktoren verlorengegangen.

## **5.2 Diskussion der Ergebnisse**

Bei der Faktorenanalyse konnten zwei Faktoren extrahiert werden. Das Ziel der Arbeit war die Extraktion von Faktoren. Dabei wurden fünf Skalen vermutet (Wahrnehmung des eigenen Körpers, Beziehung zur Gruppe/ Gruppenkohäsion, Wahrnehmung eigener Affekte, Veränderung/ Neue Lernerfahrung und Einsicht, Kontakt zu wichtigen Gruppenmitgliedern/ Beziehungserfahrungen in der Gruppe). Die Items weisen keine Doppelladungen auf, können also eindeutig den Faktoren zugeordnet werden mit guten bis akzeptablen Faktorladungen. Jedoch ergaben sich aus der Analyse nur die zwei Faktoren körperliches Wohlbefinden und Einsicht, sowie Gruppenkohäsion). Als Ursache könnte die verwendete Faktorenanalyse, oder eine Überlagerung der Faktor „Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht“ mit dem Faktor „Lernerfahrungen und Einsicht“, dazu geführt haben, dass inhaltlich differenzierbare Faktoren verloren gingen. Der Effekt der Therapeutischen Beziehung bzw. der Unzufriedenheit mit dem Therapeuten, ist nach Jessica Heine (2012) zwar belegbar, jedoch nicht statistisch signifikant. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass oft Physiotherapeuten die KommBT mit den Patienten durchführen, bzw. Vertretung übernehmen. Es könnte sein, dass der Effekt Variiert je nachdem ob der Therapeut, der die KommBT durchführt, ebenfalls die Gesprächspsychotherapie leitet, oder ob er nur dort mit den Patienten in Kontakt tritt. Außerdem ordnete die Faktorenanalyse den Skalen auch Items zu, die inhaltlich nicht passten. Die Skalenbenennung erwies sich ebenso als schwierig, da die zwei extrahierten Skalen inhaltlich breit zu interpretieren sind. Die Skala Gruppenkohäsion beinhaltet zusätzlich Items die eine Entwicklung im Gruppensetting beschrieben („ Die Gruppe hilft mir“, „ ich glaube die Gruppe ist heute gewachsen“.). Die zweite Skala „Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht“ könnte ebenso in zwei unabhängige Skalen aufgeteilt werden (körperliches Wohlbefinden und Zuversicht bzw. Selbstvertrauen). Das 2-faktorielle Ergebnis könnte darauf zurückzuführen sein, dass zwei inhaltlich unterschiedliche Fragebögen genutzt wurden. Eine Extraktion zwei inhaltlich unterschiedlicher Itemsets klingt daher nur plausibel.

Als Ergebnis der Arbeit entstand ein wesentlich kürzerer Fragebogen mit 13 Fragen zur Erfassung der Gruppenkohäsion und des Körperbildes der Patienten. Die Reliabilitäten der Faktoren sind ebenso überaus gut. Dieser Fragebogen ermöglicht es, die Skalen Körperbild und Gruppenkohäsion sehr ökonomisch im

Stationsalltag zu erheben, was Studien mit größeren Stichproben künftig erleichtern kann. Die Items des Fragebogens weisen eine gute Reliabilität auf und die Schwierigkeiten waren allesamt nicht zu hoch und, nicht zu niedrig und differenzieren sehr gut, wenn man betrachtet, dass das komplette Antwortspektrum zur Beantwortung genutzt wurde. Dies spricht ebenso für eine gute Qualität des Fragebogens. Die meist positiv beantworteten Items könnten jedoch auf den Effekt der sozialen Erwünschtheit zurückzuführen sein und nicht auf den Effekt der Therapie selbst.

### **5.3 Fazit**

Bisher gibt es keine Forschung die sich zu den Wirkfaktoren der KommBT befasst, was einen hohen Bedarf an weiterer Forschung begründet. Da die Beschreibung und Operationalisierung der Prozessmerkmale der Therapie in dieser Arbeit nicht ausreichend sein könnte und aufgrund dessen eventuell keine spezifischen Wirkfaktoren herausgefunden werden konnten, wäre es für zukünftige Arbeiten hilfreich, einen neuen Fragebogen zu konstruieren. Dies könnte in Form einer qualitativen Forschung geschehen. Dabei ist zu beachten, die Konstrukte genau zu beschreiben und zu operationalisieren. Es wäre denkbar, dass das Körperbild einen Effekt auf den Therapieerfolg hat, jedoch ist nicht auszuschließen, dass neben diesem Konstrukt noch andere Konstrukte wirksam werden, die bei der Konstruktion dieses Fragebogens bisher nicht berücksichtigt wurden, oder bei der Faktorenanalyse verloren gegangen sind. Des Weiteren könnte, sich die geringe Anzahl der extrahierten Faktoren, durch „additive Effekte“(Vollmann, 2016) begründen. Die KommBT ist meist in ein multimodales Behandlungskonzept im Stationsalltag eingebettet. Dies könnte die Identifikation der Wirkfaktoren dieser Therapie noch zusätzlich erschweren, da die Effekte der anderen Therapien (zum Beispiel Sport und Entspannungsgruppen) die Ergebnisse verzerren könnten. Dem könnte in künftigen Studien nochmal nachgegangen werden. Weiterführende fundierte Forschungen könnten dazu beitragen, die Wirksamkeit dieser Therapiemethode nachzuweisen. Sollte sich zeigen lassen, dass die KommBT die Wirksamkeit von Psychotherapie signifikant verbessert, wird dies Evidenz dafür liefern dass die KommBT als ergänzendes Verfahren zur Gesprächspsychotherapie in die Praxis zu integrieren ist.

## Literaturverzeichnis

- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden - eine anwendungsorientierte Einführung*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Berger, S. (1999). Kurzer Fragebogen zur Eigenwahrnehmung des Körpers (KEKS): Konstruktion und Validierung des Instruments. unveröffentl. Diplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg.
- Bormann, B., Burlingame, G. M. & Strauss, B. (2011). Der Gruppenfragebogen (GQ-D). *Psychotherapeut*, 56(4), 297-309.
- Bortz, J., & Lienert, G. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die Klinische Forschung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Clement, U. & Löwe, B. (1996). *Fragebogen zum Körperbil.d (FKB-20)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Costello, A. B., & Osboren, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7)
- Deusinger, I. M. (1998). *Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Green, B. (1983). Körpertherapie. In R. Corsini (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie* (S. 513- 528). Weinheim: Beltz.
- Frank, R. (2011). Wohlbefinden durch Selbstregulation verbessern. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (S. 141- 153). Berlin Heidelberg: Springer.
- Hausmann, D. (2010). Zum Wirksamkeitsnachweis Körperzentrierter Psychotherapie. In M.H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog: Grundlagen, Anwendungen Integration. Der IKP- Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 89- 100). Dordrecht: Springer.
- Heine, J. (2012). Kommunikative Bewegungstherapie. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Universität Leipzig.
- Jacobi, F. (2011). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In H.U. Wittchen, J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 610-638). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H. & Soeder, U. (2006). Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten

- Körperpsychotherapien – WAK. Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 1-8.
- Kolip, P., Schmidt, B. (2003). FEW Fragebogen zur Erfassung körperlichen Wohlbefindens. In: J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 132-134). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Küchenhoff, J., Agarwalla, P. (2013). Die Körperbild-Liste (KB-L). In: J. Küchenhoff & P. Agarwalla (Hrsg.), *Körperbild und Persönlichkeit* (S. 103-126).
- Maurer-Groeli, Y., Hausmann, D. & Massenbach, K. (2005). Maßnahmen zur Überprüfung der Wirksamkeit der Körperzentrierten Psychotherapie IKP. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 156, 257 – 265.
- Müller- Braunschweig, M. (2010). Körper, Kopf und Kommunikation: körperorientierte und allgemeine Psychotherapie. In H. Müller- Braunschweig, N. Stiller (Hrsg.), *Körperorientierte Psychotherapie: Methoden- Anwendungen- Grundlagen* (S. 6- 39). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.
- Leiner, D.J. (2016). Cronbachs Alpha sinnvoll einsetzen [PDF]. Abgerufen am 09.01.2018 von <http://www.dominik-leiner.de/alpha.pdf>.
- Pöhlmann, K., Joraschky P, Brähler E (2013). *Dresdner Körperbildfragebogen*. Testmanual. Göttingen: Hogrefe. Konstruktion und Validierung des Instruments. unveröffentl. Diplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg.
- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (2007). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Heidelberg: Springer.
- Roth, C. (2017). KBT- als europaweite Psychotherapiemethode anerkannt [Artikel]. Abgerufen am 13.04. 2017 von <https://www.dakbt.de/ueber-kbt/europaweit-erkannt>.
- Schultheiß, J. (2014). Kommunikative Bewegungstherapie (KBT) im klinischen Setting- stationäre Gruppenpsychotherapie bei Burnoutpatienten. In A. Hamacher- Erbguth (Hrsg.), *Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)* (S. 18- 33). Norderstedt: Books on Demand.

- Seidler, K. P. (2014). Fragen stellen und beobachten: Forschungsergebnisse zur Konzentrativen Bewegungstherapie. In A. Hamacher- Erbguth (Hrsg.), *Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)* (S. 94- 118). Norderstedt: Books on Demand.
- Strauß, B., Richter-Appelt, H. & Brähler E. (2009). Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FbeK) – Entwicklung und Anwendungsfelder. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 64–78). Stuttgart: Schattauer.
- Tuschke, V. (2003). *Der Gruppenklima-Fragebogen (Group Climate Questionnaire, GCQ-S)*. Göttingen: Hogrefe.
- Vollmann, K. (2009). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung relevanter Therapiebedingungen (FERT). Dissertation, Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Tübingen.
- Vogel, E., Blank, P., Bents, H. & Mander, J. (2016). Wirkfaktoren in der Gruppentherapie: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 66, 170-179.
- Wilda- Kiesel, A., Tögel, A. & Wutzler, U. (2011). *Kommunikative Bewegungstherapie: Brücke zwischen Psychotherapie und Körpertherapie* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Wilda-Kiesel, A. (1987). *Kommunikative Bewegungstherapie*.: Leipzig: J. Ambrosius Barth Verlag.