



**FRIEDRICH-SCHILLER-
UNIVERSITÄT
JENA**

Medizinische Fakultät

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

Institut für Psychologie

Masterarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science“ (M.Sc.) in Psychologie

Kommunikative Bewegungstherapie:

Validierung des Prozessfragebogens IP-Kom-21

Vorgelegt von:

Lisa Dufke

Herderstraße 33, 07743 Jena

lisa.dufke@uni-jena.de

Matrikelnummer: 146832

Gutachter:

1. Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß

2. Prof. Dr. Peter Noack

Jena, den 12.07.2018

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Zusammenfassung.....	4
1 Einleitung.....	5
2 Theoretischer und empirischer Hintergrund.....	7
2.1 Bedeutung der Verbindung von Körper und Psyche für die Psychotherapie.....	7
2.1.1 Körperpsychotherapie.....	8
2.2 Gruppenpsychotherapie.....	9
2.2.1 Wirkmechanismen der Gruppenpsychotherapie nach Yalom.....	10
2.2.2 Gruppenerleben.....	12
2.3 Kommunikative Bewegungstherapie.....	13
2.3.1 Therapiekonzept.....	14
2.4 Bisheriger Forschungsstand zur Kommunikativen Bewegungstherapie.....	15
2.5 Fragestellung und Hypothesen.....	17
3 Methode.....	18
3.1 Stichprobe und Durchführung.....	18
3.2 Instrument.....	19
3.2.1 IP-Kom-21.....	20
3.3 Statistische Auswertung.....	21
3.3.1 Explorative Faktorenanalyse (EFA).....	21
3.4 Umgang mit fehlenden Werten.....	23
4 Ergebnisse.....	24
4.1 Deskriptive Analysen.....	24
4.2 Itemstatistiken.....	27
4.3 Explorative Faktorenanalyse.....	30
4.4 Post Hoc Analysen.....	37
4.4.1 Explorative Faktorenanalyse ohne vierte Skala für drei Faktoren.....	37
4.4.2 Explorative Faktorenanalyse ohne dritte und vierte Skala für zwei Faktoren.....	39
4.4.3 Explorative Faktorenanalyse für zwei Faktoren für alle Items.....	41

4.4.4	Explorative Faktorenanalysen für zwei Faktoren mit ausgewählten Items zu jedem Messzeitpunkt.....	43
5	Diskussion.....	45
5.1	Diskussion der Ergebnisse	45
5.2	Methodische Diskussion und Limitationen der Untersuchung	49
5.3	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	50
	Literaturverzeichnis.....	54
	Anhang.....	59

Zusammenfassung

Diese Masterarbeit dient der Überprüfung der Struktur des IP-Kom-21 Fragebogens, der speziell zur Verlaufs- und Erfolgsmessung der Kommunikativen Bewegungstherapie entwickelt wurde. Der Fragebogen besteht aus 21 Items, welche die vier Skalen *Akzeptanz des eigenen Körpers*, *Selbstwahrnehmung*, *Ich in der Gruppe* und *Differenzierung der Beziehungen* bilden. Zur Beurteilung des Fragebogens wurden Itemstatistiken für jedes Item errechnet und interpretiert. Außerdem wurden zur Überprüfung der bestehenden Struktur des Fragebogens mit vier Faktoren explorative Faktorenanalysen durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte über einen Zeitraum von zwei Jahren in der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Asklepios Fachklinikums Stadtroda. Es wurden 199 stationär behandelte PsychotherapiepatientInnen zu jeweils drei Messzeitpunkten befragt. Diese Stichprobe bestand aus PatientInnen mit Diagnosen affektiver Störungen (65 %), neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen (15 %), von Essstörungen (5 %) und von Persönlichkeitsstörungen (16 %). Die Befragung fand zu Beginn und in der Mitte der Gruppentherapiephase und zur Entlassung aus der Klinik jeweils nach einer Therapiestunde Kommunikativer Bewegungstherapie statt. Die Analyse der Itemstatistiken in einem ersten Schritt gab bereits einen Hinweis darauf, dass die Items der Skala *Differenzierung der Beziehungen* diesen Faktor nicht angemessen abbilden. Die Trennschärfen sind zu gering und die Skala besitzt eine geringe interne Konsistenz. In den explorativen Faktorenanalysen bestätigte sich der Verdacht der geringen faktoriellen Validität des Fragebogens vor allem für die bereits genannte Skala. Die durch die Autoren vorgegebene Struktur des Fragebogens konnte entgegen der Erwartungen nicht bestätigt werden. Anhand von Post-Hoc-Analysen wurden nachfolgend Möglichkeiten der Modifikation des IP-Kom-21 untersucht. Auch diese Untersuchungen führten zu keinem befriedigenden Ergebnis hinsichtlich der bestehenden Struktur des Fragebogens. Es konnte jedoch ein 2-Faktorenmodell mit ausgewählten Items identifiziert werden, welches konform zu früheren Befunden von Untersuchungen des IP-Kom-Fragebogens ist. Außerdem wurden Empfehlungen ausgesprochen, alternativ zum IP-Kom-21 mit bereits etablierten Instrumenten ein Evaluationskonzept zu entwickeln.

1 Einleitung

„Das Ich ist vor allem ein körperliches.“¹

In den letzten Jahren wurde dem Körper immer mehr Bedeutung in der Psychologie und Psychotherapie zugeschrieben. Nicht zuletzt trieben empirische Befunde aus der Neurobiologie (Deneke, 2013) und der Säuglingsforschung (Trautmann-Voigt und Moll, 2011) diese Entwicklung voran, da sie vermehrt körperliche Vorgänge fokussierten (Fogel, 2013). Doch Freud (1923b) erkannte die Wichtigkeit des Körpers in Bezug auf seelisches Leiden. Er bezeichnete den Körper als Projektionsfläche für das Ich, welches Leiden psychosomatisch auf die Oberfläche des Körpers projiziert. Daneben existiert jedoch auch die Auffassung, dass die Psyche, die immer in einen Körper eingebettet ist, auch von ihm beeinflusst wird. Diese Wechselwirkungen von Körper und Geist werden allgemein unter dem Begriff des Embodiments zusammengefasst (Storch & Tschacher, 2014).

Viele psychische Störungen werden häufig begleitet von oder ausgelöst durch eine Entfremdung vom Körpererleben. Die Verbindung von Körper und Psyche ist demnach so eng, dass direktes Körperleben mit direktem Selbsterleben gleichgesetzt werden kann. Körperpsychotherapieverfahren verfolgen allgemein das Ziel, die Körpersinne des Patienten aktiv anzuregen, um ihm wieder mehr Reflektion zu ermöglichen (Trautmann-Voigt & Voigt, 2015). **Durch die Wahrnehmung des eigenen Körpers werden so die Wahrnehmung und Bewusstmachung von Affekten, Bedürfnissen oder Blockierungen gefördert (Trautmann-Voigt & Voigt, 2012).** Außerdem befindet sich die Psyche nicht nur eingebunden in das System des Körpers, sondern ebenso in Beziehungen und Kommunikation mit anderen (Storch & Tschacher, 2014). Deshalb verfolgen Körperpsychotherapieverfahren wie die Kommunikative Bewegungstherapie auch das Ziel, **dass Patienten sich ihren interpersonellen Störungen und deren körperlichem Ausdruck bewusst werden (Wilda-Kiesel et al., 2011).**

Die Entwicklung der Körperpsychotherapien verlief äußerst vielseitig und ist mit über 100 Behandlungsansätzen gerade für Anfänger in diesem Bereich schwer zu überblicken. Die einzelnen Verfahren sind zwar bereits fest in stationäre Settings eingebunden, eine Integration in ambulante Behandlungen wird jedoch dadurch erschwert, dass diese Verfahren bisher nicht zu den anerkannten Kassenleistungen zählen (Janssen, 2001;

¹ Freud, 1923, S. 253.

Marlock & Weiss, 2006). Um diese Behandlungsverfahren als Richtlinienverfahren anerkennen lassen zu können, werden Evaluierungen bzw. Wirksamkeitsnachweise nötig. Das Forschungsfeld der Körperpsychotherapien ist bisher noch dünn besiedelt (Röhrich, 2000). Nur wenige Forschungsarbeiten mit der Zielsetzung einer Bewertung der Wirksamkeit der Therapieverfahren sind in der Literatur auffindbar. Dabei werden neben dem angemahnten Nachweis der Wirksamkeit dieser Verfahren häufig inhaltliche Fragestellungen vollständig außer Acht gelassen (Seidler, 2001). Inhaltliche Fragestellungen zu den vielen spezifischen Behandlungsverfahren der Familie der Körperpsychotherapien verlangen Instrumente, die deren spezifischen Wirkmechanismen erfassen und beurteilen können.

Die vorliegende Masterarbeit soll dazu dienen, einen Prozessfragebogen, der speziell für das Körperpsychotherapieverfahren der Kommunikativen Bewegungstherapie konstruiert wurde, zu evaluieren. Dieser Fragebogen soll neben Wirksamkeitsuntersuchungen der Kommunikativen Bewegungstherapie auch inhaltliche Fragestellungen beantworten und einen Verlauf der Therapie aufzeigen. Nachdem der Fragebogen in einer Pilotstudie anhand erster Dimensionsreduktionsverfahren gekürzt wurde, soll nun die neue Version auf psychometrische Eigenschaften und Faktorenstruktur überprüft werden.

Im zweiten Kapitel erfolgt eine Zusammenstellung der theoretischen Hintergründe und empirischen Befunde zum Thema. Es wird in Abschnitt 2.1 die Verbindung zwischen Körper und Psyche dargestellt und wie sie in der Psychotherapie genutzt werden kann. Im weiteren Verlauf werden das Konzept von Gruppenpsychotherapien erläutert (Abschnitt 2.2) und unter Punkt 2.3 dann die Kommunikative Bewegungstherapie als spezielles Körperpsychotherapieverfahren vorgestellt. Anhand der theoretischen Aspekte wird in Abschnitt 2.4 zur Fragestellung hingeleitet. Im Abschnitt 2.5 ist ein kurzer Überblick über die vorliegende Studie gegeben. Im dritten Kapitel dieser Arbeit werden Ausführungen zur angewandten Methode dieser Studie gemacht. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt unter Punkt 4, gefolgt von einer Diskussion dieser im fünften Kapitel.

2 Theoretischer und empirischer Hintergrund

In diesem Kapitel erfolgt eine theoretische Einordnung der Kommunikativen Bewegungstherapie. Es werden Erklärungen angeführt, die wichtige Aspekte und die Wurzeln dieser Therapieform behandeln und schließlich wird das Konzept der Therapie selbst erklärt.

2.1 Bedeutung der Verbindung von Körper und Psyche für die Psychotherapie

Ganz allgemein beschreibt Geuter (2015) das menschliche Erleben und Verhalten, dargestellt auf einer körperlichen Ebene. Dabei werden innere Zustände sichtbar, die beeinflusst sind durch Affekte am Körper- und dem daraus resultierendem Selbsterleben. Bei häufiger Wiederholung dieser Konstellationen von inneren Zuständen und Körpererleben durch viele Erfahrungen entwickeln sich spezielle Muster, wie das Individuum sich und seine Umwelt erlebt und schließlich auch wie es sich zu ihr verhält (Geuter, 2015). Nicht zuletzt entstehen durch diese affektmotorischen Schemata (Downing, 1996) Dispositionen für verschiedene psychische Störungsbilder. Psychische Störungen sind fest mit körperlichen Prozessen verbunden. So fand auch Schreiber-Willnow (2000) bei stationären PatientInnen mit verschiedenen psychischen Diagnosen ein gestörtes Körpererleben. Speziell werden psychische Störungen oft durch Störungen des Körperbildes begleitet (Geuter, 2015). Den Begriff des Körperbildes prägte ursprünglich Paul Schilder (1935), der damit die subjektive Erfahrung des Körpers meint. Diese ergebe sich aus den Vorstellungen der jeweiligen Person darüber (Starobinsky, 1987). Dabei entsteht das Körperbild durch Lernprozesse – ganz speziell durch Vorstellungen, Konzepte und Phantasien, die eine Person zum eigenen Körper hat. Dies hat vor allem für den Verlauf und die Genese von Essstörungen eine größere Bedeutung (Geuter, 2015). Nach Weiss (2006) ist der Körper der Ort, „an dem Erleben stattfindet“ (S. 425). In diesem Zusammenhang gibt es neurowissenschaftliche Studien², die Hinweise darauf geben, dass mentale Prozesse durch Emotionen geleitet werden, die durch körperliche Signale spürbar werden (Geuter, 2015). Auch das Körperbild betrifft nach Geuter (2015) immer psychische Prozesse, Vorstellungen und Phantasien. Damasio (1997) verstand Emotionen als Veränderungen von Körperzuständen. Dabei kann das Individuum die Emotionen nur adäquat wahrnehmen, wenn

² z.B. Damasio (1997), Craig (2002), Ansermet & Magistretti (2005)

es zu körperlicher Selbstwahrnehmung im Stande ist. Diese Veränderungen der Körperzustände sind individuell und bedingen damit eine gewisse Subjektivität. Der erlebte Zustand des Körpers vor, während oder nach einer Wahrnehmung wird zusammen mit Bildern und Gedanken im Gedächtnis (episodisch) abgelegt (Ansermet & Magistretti, 2005). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass dieses verkörperte Gedächtnis (embodied memory) auch über Körperzustände, die damit in Verbindung stehen, aktiviert werden kann. Dies ist vor allem von Nutzen für Körperpsychotherapieverfahren. Hingegen spricht ein intaktes, ungestörtes und positives Körperbild bzw. Körpererleben für psychische Gesundheit (Geuter, 2015).

2.1.1 Körperpsychotherapie

Der Körper ist der Ursprung des Selbsterlebens, weshalb die Körperpsychotherapie sich der Informationen des Körpers bedient (Röhrich, 2002). Allgemein bietet es sich für psychotherapeutische Interventionen an, Zugang zum Psychischen über den Körper zu suchen. Jedoch wurde der Körper lange Zeit nicht in Psychotherapien mit einbezogen (Geuter, 2015), obwohl die Körperpsychotherapie zu den großen Grundorientierungen der Psychotherapie zugehörig ist. Sie lässt sich zu den tiefenpsychologischen Verfahren zählen, weil sie unter anderem Wurzeln in der kritischen Psychoanalyse hat (Marlock & Weiss, 2006). Die Körperpsychotherapie bezieht sich auf den Körper und das körperliche Erleben, weil sie die lebendig verkörperten Erfahrungen als Ausdruck des psychischen Lebens ansieht (Barratt, 2010). In Abgrenzung zur Körpertherapie arbeitet die Körperpsychotherapie mit Mitteln des Körperlichen und mit Mitteln des Psychischen (Büntig, 1992). Sie zielt auf die Verbesserung psychophysischer Funktionen ab, zu denen das Körpererleben, die Sensibilität, die Ausdrucksfähigkeit und die Entspannungsfähigkeit gezählt werden (Grawe et al., 1995). Nach Röhrich (2000) besteht ein wesentlicher Mangel der körperorientierten Psychotherapieverfahren darin, dass bisher nur eine geringe Anzahl an Evaluationsstudien vorliegt. Dies liegt unter anderem daran, dass körperorientierte Verfahren fast immer Bestandteil eines Settings an verschiedenen Interventionen in der stationären Psychotherapie sind und sich deren Wirksamkeit in Untersuchungen nur schwer aus dem Effekt der gesamten Therapie herauslösen lässt (Carl et al. 1985). Die Körperpsychotherapieverfahren bewirken im Speziellen eine Besserung des Körpererlebens der Patienten (Röhrich 2000, Carl 2000, Schreiber-Willnow 2000). Grawe und Kollegen (1995) konnten anhand verschiedener Untersuchungsergebnisse zeigen, dass gerade solche Patienten mit schwereren Störungen und damit einhergehendem gestörten Körpererleben von der Wirksamkeit körperorientierter Verfahren profitieren. In einer

weiteren Forschungsarbeit untersuchten Schreiber-Willnow und Seidler (2002), ob sich im Behandlungsverlauf stationärer Psychotherapie mit ergänzender körperorientierter Behandlung mittels der Konzentrativen Bewegungstherapie³ Unterschiede im Behandlungsergebnis abhängig des Geschlechts ergeben. Entgegen der auf Grundlage anderer Studien erwarteten Effekte für das Geschlecht (Grawe et al., 1995), konnten die Ergebnisse keinen Einfluss von Geschlecht und Alter nachweisen. Allerdings weisen die Ergebnisse auf einen Zusammenhang zwischen Gruppenerleben und Behandlungserfolg hin, die in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts der Patienten variieren. Da auch nach Auffassung Yaloms (2010) das Gruppenerleben zu den wichtigsten Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie zählt, wird später in dieser Arbeit noch präziser darauf eingegangen. Auch die Kommunikative Bewegungstherapie (KomBT)⁴ gehört zu den Körperpsychotherapieverfahren, die als eine zum gesprächstherapeutischen Setting parallel geschaltete Gruppentherapie geführt wird. Nach Wilda-Kiesel, Tögel und Wutzler (2011) fördert die KomBT Gleichgewicht, Körperwahrnehmung und Raumgefühl, aber zugleich auch Auseinandersetzungen, Vertrauen, Mut, Integration und Körperbewusstsein. Diese spezielle Therapieform soll Gegenstand dieser Forschungsarbeit sein und deshalb im Zentrum stehen.

2.2 Gruppenpsychotherapie

In der Gruppenpsychotherapie wird die Gruppe als Medium genutzt zur Behandlung von psychischen Störungen und soll Veränderungen auf interpersoneller (sozialer), intrapersoneller (intrapsychischer) oder der Verhaltensebene ermöglichen (Burlingame & Baldwin, 2011). Gruppentherapien tiefenpsychologisch-analytischer sowie humanistischer Verfahren werden eher verstanden als *Psychotherapie durch die Gruppe* (Fliegel & von Schlippe, 2001). Yalom (2010) beschreibt diese Gruppen daher mit interaktionellem bzw. interpersonellem Charakter. Die Psychotherapiegruppe stellt sich als ein eigenständiges soziales System dar, welches durch die Konstellation von Beziehungsmustern zu beschreiben ist (König & Schattenhofer, 2011). Dadurch bietet die Gruppenpsychotherapie im Kontrast zum einzeltherapeutischen Setting den Vorteil multipler Beziehungen, was durch den Ausdruck „Psychotherapie durch die Gruppe“ verdeutlicht wird (König, 2012, S. 22).

³ Konzentrative Bewegungstherapie ist ein „[...] tiefenpsychologisch fundiertes körperorientiertes Therapieverfahren, dessen Fokussierungen in der therapeutischen Arbeit die Wahrnehmung und der Ausdruck im nonverbalen Bereich bilden.“ (Seidler, 1995, S. 160).

⁴ Nachfolgend als KomBT bezeichnet.

Im folgenden Abschnitt wird auf die spezifischen Mechanismen eingegangen, die in der Gruppenpsychotherapie ihre Wirkung entfalten. Dabei wird speziell das von Yalom (2010) verfasste Konzept der Wirkmechanismen psychodynamischer Gruppen erläutert.

2.2.1 Wirkmechanismen der Gruppenpsychotherapie nach Yalom

Auf die Frage *wie* Gruppenpsychotherapie wirkt, antwortet Yalom (2010, S. 23-ff.)⁵, dass die therapeutische Veränderung ein komplexer Vorgang sei, welcher durch verschiedene menschliche Erfahrungen angetrieben wird. In Teilprozesse zerlegt nähert er sich dabei in seinen Erklärungen vom Einfachen dem Komplexen. Seine Theorie beinhaltet elf Primärfaktoren, die die Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie veranschaulichen. Diese wirken auf den Ebenen Emotion, Verhalten und Kognition.

Tabelle 1

Primärfaktoren:

1. Hoffnung wecken	6. Entwicklung von sozialer Kompetenz
2. Universalität des Leidens	7. Imitationsverhalten
3. Mitteilen von Informationen	8. Interpersonales Lernen
4. Altruismus	9. Gruppenkohäsion
5. Korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe	10. Katharsis
	11. Existenzielle Faktoren

Die PatientInnen einer Therapiegruppe befinden sich meist an verschiedenen Stellen ihrer Therapie und sind somit auf unterschiedlichen Niveaus ihrer Genese. Daraus resultierend können noch weniger erfolgreiche PatientInnen bei der Beobachtung des Fortschritts anderer PatientInnen *Hoffnung* schöpfen für ihre eigene Therapie. In dem Moment, in dem ein Patient/ eine Patientin versteht, dass sein/ ihr Leiden nicht so individuell ist, wie er/ sie vorher angenommen hat – er/ sie begreift also die *Universalität seines/ ihres Leidens* –, wird er/ sie entlastet. Nach langer Zeit des sozialen Rückzugs fühlt sich der Patient/ die Patientin in der Gruppe wieder „stärker in Kontakt mit der Welt“ (Yalom, 2010, S. 29). Auch die Ratschläge, Empfehlungen oder direkten Anleitungen der

⁵ Die hier angegebenen Informationen zur Theorie Yaloms beziehen sich auf die gleiche Quelle, welche nachfolgend nicht wieder explizit erwähnt wird:

Yalom, I. D. (2010). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch (10. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

MitpatientInnen, selbst wenn diese nicht inhaltlich hilfreich wirken, geben dem Einzelnen/ der Einzelnen das Gefühl, ein wichtiges Mitglied der Gruppe zu sein, für das sich die anderen interessieren. Psychoedukative *Informationen* von Seiten des/der Therapeuten/in helfen dem Patienten/ der Patientin ebenfalls sein Verhalten und seine Gefühle besser verstehen zu lernen. Neben dem Annehmen von Hilfe anderer Gruppenmitglieder wird der Patient/ die Patientin ebenfalls dadurch gestärkt, dass er/ sie anderen hilfreich sein kann, indem er/ sie Hilfe leistet. Dabei fördert der *Altruismus* der Gruppe zusätzlich die Rollenflexibilität der Einzelnen, weil diese zwischen den Rollen Hilfe annehmen und Hilfe leisten wechseln können (König & Schattenhofer, 2011). Da die Gruppe als System ein familienähnliches Gebilde annimmt (König, 2012), besteht für die Patienten die *Möglichkeit unbefriedigende oder belastende Ereignisse aus der Ursprungsfamilie aufzuarbeiten*. Außerdem wird durch Förderung von offenem Feedback in der Gruppe die *Entwicklung von sozialer Kompetenz* angeregt. Den Mitgliedern wird das eigene, meist fehlangepasste Verhalten gespiegelt, wodurch es ihnen möglich wird, daran zu arbeiten. Durch Beobachten der Gruppenmitglieder, vor allem bei deren Fortschritten, lernen die Patienten mithilfe von *Imitationsverhalten* den Problemlöseprozess der eigenen Therapie voran zu bringen. Hierbei können sie verschiedene Erfahrungen machen.

„Herauszufinden, was wir nicht sind, ist ein Schritt auf dem Weg zur Erkenntnis dessen, was wir sind.“⁶ (S. 42)

Jedoch nicht nur die Beobachtung anderer Gruppenmitglieder, sondern auch das Interagieren mit ihnen ist hilfreich für den Einzelnen. Durch *interpersonales Lernen* bekommt jeder Patient/ jede Patientin der Gruppe die Möglichkeit, seine/ ihre subjektiven Evaluierungen von sozialen Situationen mit denen der Mitpatienten zu vergleichen (Sullivan, 1953). Hierbei werden dem Einzelnen häufig übertragungsbedingte Verzerrungen bewusst (Fonagy, 1999), die sich über die Lebenszeit hinweg wie eine Art inneres Funktionsmodell zur Organisation der Interaktions- und Bindungsmuster herausgebildet haben (Bowlby, 1969). Gleichzeitig kann der Patient/ die Patientin im geschützten Rahmen der Therapiegruppe ähnlich emotionale Situationen durchleben, die er/ sie in der Vergangenheit nur schwer bewältigen konnte, und kann so neue positive Erfahrungen machen (Jacobs, 1990). In der Gruppe als System unterschiedlich aufeinander bezogener Rollen (König, 2007a) wird das Einnehmen einer Rolle unter anderem bestimmt durch biographische Erfahrungen. Man kann sogar davon sprechen, dass familiäre Erfahrungen in der Gruppe

⁶ Yalom (2010), S. 42.

verleibendigt werden (König, 2007b). Dabei stellt das als *Kohäsion* bezeichnete *Wir-Gefühl* einen wichtigen Wirkfaktor der Gruppenpsychotherapie dar (König & Schattenhofer, 2011). Die PatientInnen profitieren von der Kohäsion der Gruppe sowohl passiv, indem sie anderen vertrauen können und ihnen gleichzeitig Vertrauen geschenkt wird, als auch aktiv über das Aufbauen von Beziehungen. Diesen Wirkfaktor nutzt auch die weiter oben erwähnte KomBT (Wilda-Kiesel et al., 2011). Außerdem werden PatientInnen einer Gruppentherapie angeregt und gefördert, ihre unterdrückten Affekte offen auszudrücken und sich so davon zu befreien, oder wie der Begriff *Katharsis* meint, sich zu reinigen (Yalom, 2010). Neben den bereits erwähnten Wirkfaktoren spielen auch die existenziellen Faktoren eine wichtige Rolle im Prozess der Gruppentherapie. Diese Gruppe von Faktoren (Verantwortlichkeit, grundsätzliche Isoliertheit, Unvorhersehbarkeit, Launenhaftigkeit des Lebens, Anerkennung von Sterblichkeit und deren Konsequenzen für die Lebensführung) bezieht sich auf die menschliche Existenz. Der Einzelne wird in der Gruppe mit dem eigenem *Menschsein* konfrontiert.

Im nächsten Abschnitt wird näher auf das Gruppenerleben der PatientInnen eingegangen. Es werden Forschungsansätze und deren Ergebnisse kurz vorgestellt.

2.2.2 Gruppenerleben

Die durch Yalom (2010) formulierten Wirkmechanismen von Gruppenpsychotherapien können im weiteren Sinne unter dem Begriff des Gruppenerlebens zusammengefasst werden. Hierzu sind einige Forschungsarbeiten zu finden (Eckert, Biermann-Ratjen, 1985)⁷. Zur Untersuchung des Gruppenerlebens erstellte eine Arbeitsgruppe um Eckert (Becker, Biermann-Ratjen, Eckert, Grawe, Marx und Plog) den Gruppenerfahrungsbogen (GEB), der das Erleben in der Gruppe erfassen sollte. Die Arbeitsgruppe orientierte sich bei der Erstellung des Fragebogens unter anderem an den Wirkmechanismen Yaloms (2010). Um die verschiedenen Bereiche der Erfahrungen in Gruppen zu ermitteln, wurden explorative Faktorenanalysen durchgeführt, welche zu einem Ergebnis von acht Faktoren führten. Diese Faktoren weisen eine unterschiedliche Stabilität über den zeitlichen Verlauf der Therapie auf. Damit ist dieser Befund konform mit der Annahme Yaloms (1974), dass sich Gruppenfaktoren in Abhängigkeit vom zeitlichen Stand der Gruppe verändern. Andere Untersuchungen (Grawe et al., 1978; Speierer, 1976) ergaben jedoch teilweise andere Faktorenlösungen, was annehmen lässt, dass Einflüsse durch den Behandler (z.B.

⁷ Eckert und Biermann-Ratjen stellen in ihrem 1985 erschienen Werk *Stationäre Gruppenpsychotherapie: Prozesse – Effekte – Vergleiche* eine Reihe an Studien zum Thema vor.

Therapietechnik), unterschiedliche Therapiekonzepte und unterschiedliche Therapieprozesse zu unterschiedlichen Wahrnehmungen der PatientInnen führen. Der Vergleich von erfolgreichen und nicht-erfolgreichen GruppentherapiepatientInnen konnte in weiteren Untersuchungen zeigen, dass diese sich lediglich hinsichtlich gruppenspezifischer Faktoren unterscheiden. Der Erfolg eines/r Gruppentherapiepatienten/-patientin ist demnach daran festzumachen, wie hilfreich er/sie die Gruppensituation erachtet (Eckert, Biermann-Ratjen, 1985). Dieses Ergebnis belegt, dass eine Therapie im Setting der Gruppe auch als „(Psycho-)Therapie durch die Gruppe“ verstanden werden kann (König, 2012, S. 22).

2.3 Kommunikative Bewegungstherapie

Die Kommunikative Bewegungstherapie, die als Körperpsychotherapie in der Gruppe erfolgt, wird nachfolgend näher beleuchtet. Die Therapieform stellt in dieser Arbeit den zentralen Untersuchungsschwerpunkt dar.

Entwickelt wurde die KomBT in den 1960er Jahren von Anita Wilda-Kiesel (Wilda-Kiesel et al., 2011)⁸. Damals wurde diese Therapie noch mit dem Namen „Bewegungstherapie unter kommunikativem Aspekt“ betitelt (Wilda-Kiesel, 2011, S. 19). Wilda-Kiesel versteht unter Kommunikation im Kontext der KomBT die nonverbale Kontaktaufnahme zur Außenwelt. Die Bedeutung der Bewegung lässt sich auf zwei Ebenen darstellen: Auf der physischen Ebene meint Bewegung das Handeln, die Fortbewegung und damit eine Ortsveränderung, wohingegen die Bedeutung von Bewegung auf psychischer Ebene auf Veranlassung, bewegen und bewegt werden abzielt. Hierbei werden Stimmung, Gefühle und Affekte zentral. Die Methode der KomBT wird als psychotherapeutisches Verfahren verstanden, weil sie dem Patienten/ der Patientin durch die Verbindung von körperlichem und psychischem Befinden ermöglicht, sich als Ganzes zu erfahren und das Verhalten zu reflektieren. Laut Wilda-Kiesel erreicht der Patient/ die Patientin dadurch „eine neue Qualität seines emotionalen Erlebens“ (Wilda-Kiesel, 2011, S. 20). Des Weiteren ist die KomBT ein tiefenpsychologisch orientiertes Gruppenpsychotherapieverfahren, da die einzelnen Aufgabenstellungen an die Veränderungen der Gruppendynamik angepasst sind. Damit ist auch das Therapeutenverhalten auf den Zustand der Gruppe ausgerichtet. Wie bereits erwähnt, ist die KomBT eingebettet in ein

⁸ Die Informationen zur KomBT beziehen sich allesamt auf die gleiche Quelle, welche nachfolgend nicht wieder explizit erwähnt wird (Wilda-Kiesel, Tögel & Wutzler, 2011, S. 19 ff.).

Therapiesetting, das parallele Gruppengesprächstherapien beinhaltet. Diese dienen ergänzend zur KomBT zur gemeinsamen Reflexion des in der Gruppe Erlebten und zur rationalen Erkenntnis der Störungsbilder und deren Folgen für das Erleben des/ der einzelnen Patienten/ Patientin. Damit werden, anders als bei anderen Körpertherapieverfahren, bei der KomBT Bewegungstherapie und Gesprächstherapie voneinander getrennt. Insgesamt definiert Wilda-Kiesel (2015, S. 22) die KomBT wie folgt:

„Die Kommunikative Bewegungstherapie ist eine handlungsorientierte, komplementäre Methode der Psychotherapie. Sie ergänzt in ihrem tiefenpsychologisch orientierten Ansatz die Einzel- und Gruppengesprächstherapie.

Sie schafft dem Patienten in der Gruppe einen Rahmen für Handlungserfahrungen. Über zwischenmenschliche Begegnung und das Lösen gemeinsamer Aufgaben ermöglicht sie dem Patienten das bewusste Wahrnehmen von Störungen im interpersonellen Bereich und deren Ausdruck im Körperlichen. Der Patient kann im Rahmen der therapeutischen Gruppe seine Stärken und Schwächen erkennen, neue Verhaltensmöglichkeiten erproben und sie im wiederholten Üben festigen.“⁹

Dabei wirkt der/ die Therapeut/ Therapeutin unterstützend, indem er/ sie eine Reflexion des Geschehens fördert und dem Patienten hilft, Affekte und Verhaltensweisen wahrzunehmen, mit denen er dann situationsangepasst umzugehen lernen kann. Die Übungen der KomBT sind vor allem auf den zwischenmenschlichen Kontakt ausgerichtet. Sie können im Verlauf der Therapie angepasst an den Prozess gesteigert werden (Wilda-Kiesel et al., 2011).

2.3.1 Therapiekonzept

Die KomBT ist eine Therapie, die nach tiefenpsychologischem Vorbild entwickelt wurde. Sie versteht sich daher als „Therapie der neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen“ (Wilda-Kiesel et al., 2011, S. 27). Integriert in das meist stationäre Therapiesetting wirkt sie ergänzend zur Gesprächstherapie. Damit steht die KomBT in ständiger Wechselwirkung mit den Gesprächstherapien. Themen aus der Gruppenpsychotherapie werden wirksam in der KomBT und gleichzeitig werden Übungen der KomBT-Therapiestunde in den Gruppen- oder Einzelgesprächen der Patienten wieder aufgegriffen. Hierbei wird deutlich, dass die KomBT keinesfalls den Anspruch erhebt, offene gelegte Konflikte, Persönlichkeitsstörungen und Kränkungen zu bearbeiten. Der Patient hat jedoch die Möglichkeit, sich und sein Verhalten innerhalb der KomBT auszutesten oder

⁹ Wilda-Kiesel (2011), S. 22.

Neues auszuprobieren. Dies wird nicht zuletzt auch durch die Zusammensetzung der Gruppe gewährleistet, die vergleichbar ist mit Bedingungen im realen Leben (Wilda-Kiesel et al., 2011).

Da die KomBT im klinischen Setting bereits fest verankert ist, wurden für diese Untersuchungen PatientInnen der stationären Psychotherapie der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Asklepios Fachklinikums Stadtroda befragt. Neben ihrer Gruppengesprächstherapie erhielten diese auch eine Behandlung mit der KomBT. Das umgesetzte Therapiekonzept der Klinik orientiert sich psychodynamisch, wobei einzel- und gruppentherapeutische Interventionen teilweise kombiniert werden. Das Basissetting der Behandlungen sieht eine tägliche gruppentherapeutische Gesprächstherapie, wenn nötig Einzelgesprächstherapien, Gestaltungs- und Musiktherapie, Entspannungsverfahren, Holzbildhauerei und die KomBT vor. Dabei versammeln sich neue PatientInnen erst einmal in einer Vortherapiegruppe, die eher symptomorientiert ausgerichtet ist. Mit zunehmender Reflexionsfähigkeit wechseln die PatientInnen in psychodynamisch orientierte Gruppen. Hierbei bilden eher strukturell gestörte PatientInnen eine Gruppe und eher konflikthaft gestörte PatientInnen eine Gruppe der zwei weiteren Gruppen. PatientInnen aller drei Gruppen nehmen an der KomBT teil, welche regelhaft vor den Gruppentherapien durchgeführt wird. Während die Gruppe der PatientInnen mit strukturellen Defiziten einmal wöchentlich eine 45-minütige KomBT-Stunde erhält, wird für die Gruppe der konflikthaft gestörten PatientInnen an zwei Terminen in der Woche die Therapie durchgeführt.

2.4 Bisheriger Forschungsstand zur Kommunikativen Bewegungstherapie

Dieser Abschnitt soll dazu dienen, eine kurze Einführung in das Forschungsfeld um die KomBT zu geben. Im weiteren Verlauf führt der Abschnitt auf das Ziel dieser Forschungsarbeit.

Nach Röhrich (2000) besteht allgemein ein wesentlicher Mangel der körperorientierten Psychotherapieverfahren darin, dass bisher nur eine geringe Anzahl an Evaluationsstudien vorliegt. Dabei liegt der Forschungsschwerpunkt meist auf dem angemahnten Nachweis der Wirksamkeit dieser Verfahren und vernachlässigt inhaltliche Fragestellungen (Seidler, 2001). Da die KomBT bisher noch nicht als Richtlinien-Verfahren ange-

nommen wurde, soll unter anderem diese Forschungsarbeit dazu beitragen, eine Wirksamkeitsuntersuchung der KomBT zu ermöglichen und damit den Weg für die Anerkennung des Verfahrens ebnen. Durch Untersuchungen eher inhaltlicher Fragestellungen konnte Heine (2012) im Rahmen ihrer Bachelorarbeit bereits nachweisen, dass mit KomBT behandelte PatientInnen eine Verbesserung depressiver Symptome, körperlichen Wohlbefindens, einen besseren Zugang zum körperlichen Erleben und eine Erhöhung der Lernerfahrung und Einsicht aufweisen. Zur Erfassung der Daten nutzte Heine (2012) neben Skalen des Hautzufriedenheitsfragebogens (HautZuf) und der Toronto Alexithymie Skala (TAS-20) hauptsächlich den Gruppenerfahrungsbogen für die KBT. Um der Frage der Wirksamkeit und auch inhaltlichen Fragestellungen nachgehen zu können, wurde im weiteren Verlauf durch eine Arbeitsgruppe um Anette Tögel (Lehrtherapeutin KomBT) und Dr. med. Uwe Wutzler (Chefarzt Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Asklepios Stadtroda) in Leipzig ein Prozessfragebogen entwickelt. Dieser soll sowohl den Verlauf als auch den Erfolg der KomBT abbilden können. Es wurden Items verschiedener Körperbild- und Gruppentherapiefragebögen zusammengetragen und in einer ersten Fragebogen-Fassung des IP-Kom mit 62 Items an einer Stichprobe mit 199 PatientInnen der stationären Psychotherapie erhoben (Vogel, 2018). Die aufgrund der Vorüberlegungen erwartete Struktur mit vier Skalen konnte Vogel (2012) nicht bestätigen. Sie fand eine Lösung mit zwei Faktoren (*Gruppenkohäsion* und *Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht*) unter Reduktion der Items und konnte 55,6 % Varianz an der Gesamtvarianz damit aufklären. Diese Lösung wählte sie aufgrund des Eigenwerteverlaufs und entgegen des Kaiserkriteriums (Vogel, 2012). Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, wie die Autoren zu der jetzt bestehenden Struktur des IP-Kom-21 Fragebogens, der in dieser Forschungsarbeit untersucht werden soll, gelangten. Hierauf lässt sich in der Literatur kein Hinweis finden, weshalb davon ausgegangen wird, dass die Autoren sich aus theoretischen Beweggründen für die bestehende Lösung mit vier Faktoren entschieden. Diese Forschungsarbeit soll dazu dienen, den neu konzipierten Fragebogen (IP-Kom-21) und dessen Faktorstruktur von vier Faktoren (Skalen) zu überprüfen. An dieser Stelle wird den Autoren des Fragebogens noch einmal Dank ausgesprochen für die Möglichkeit, die Validierung der Faktorenstruktur anlässlich dieser Masterarbeit vornehmen zu können. Die Skalen des IP-Kom-21 (*Akzeptanz des eigenen Körpers*, *Selbstwahrnehmung*, *Ich in der Gruppe* und *Differenzierung der Beziehungen zu anderen*) erklären sich aus der theoretischen Herleitung dieser Arbeit. Im Abschnitt 2.1 wird der Zusammenhang

zwischen Psyche und Körper erläutert, was zum einen essentiell für die *Selbstwahrnehmung* einer Person ist und zum anderen aufzeigt, wie das Körperbild (Skala *Akzeptanz des eigenen Körpers*) mit psychischer Gesundheit zusammenhängt. Im Weiteren wird in Abschnitt 2.2 von Wirkmechanismen der Gruppenpsychotherapie berichtet, die unter anderem den Effekt der Gruppenkohäsion (Skala *Ich in der Gruppe*) und der Interaktionen (Skala *Differenzierung der Beziehung zu anderen*) erläutern.

2.5 Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Studie befasst sich mit der Überprüfung des entwickelten Prozessfragebogens IP-Kom-21. Die bereits im Theorieteil dieser Arbeit vorgestellten, wichtigen Aspekte bzw. Wirkmechanismen, derer sich die KomBT bedient, sollen nun statistisch überprüft werden und damit den Fragebogen auf seine Aussagekraft überprüfen. Dazu wurden folgende Hypothesen formuliert:

1. Die psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens sind für eine Interpretation der Ergebnisse des Fragebogens angemessen/ausreichend.
2. Die bestehende Faktorenstruktur, die als Aufteilung in die Skalen *Akzeptanz des eigenen Körpers*, *Selbstwahrnehmung*, *Ich in der Gruppe* und *Differenzierung der Beziehungen* dient, kann repliziert werden.
3. Das Modell der Faktorenstruktur wird durch die Güteparameter bestätigt.

3 Methode

Die im vorangegangenen Kapitel aufgestellten Hypothesen werden im Folgenden in einer empirischen Untersuchung überprüft. Dieses Kapitel dient der Schilderung des Aufbaus und der Durchführung der Untersuchung. Erläutert werden Stichprobe, Operationalisierung der zentralen Konstrukte mit den gewählten Erhebungsinstrumenten und das Verfahren zur Auswertung.

3.1 Stichprobe und Durchführung

Die Studie basiert auf einer Untersuchungsgruppe von 199 PsychotherapiepatientInnen, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer zehnwöchigen stationären psychotherapeutischen Behandlung befanden. Die Befragung wurde zu drei Messzeitpunkten während der Gruppentherapiephase durchgeführt. Das durchschnittliche Alter der PatientInnen lag bei 37,36 Jahren ($SD = 11,25$; Altersspanne: 18-65). Die Anzahl weiblicher Patientinnen lag dabei deutlich über der der männlichen Patienten ($n_{\text{females}}=131$, 66 %). Eine ausführliche Aufstellung der Stichprobenmerkmale ist in Tabelle 2 dargestellt. Einschlusskriterium zur Teilnahme an der Studie war die Absolvierung einer Gruppenpsychotherapie von mindestens acht Wochen Dauer. Nach Eintritt in diese wurden die Patienten aufgeklärt und nahmen nach Einwilligung an der Untersuchung teil, indem sie zu allen drei Messzeitpunkten das gleiche Fragebogen-Set beantworteten. Erhoben wurden die Daten immer jeweils nach einer Therapieeinheit in Kommunikativer Bewegungstherapie zu Beginn, nach der ersten Hälfte und am Ende ihrer stationären Gruppenpsychotherapie. Außerdem wurden soziodemographische Daten der PatientInnen erfasst. Alle Variablen dieser Studie beruhen auf Selbstauskünften der PatientInnen. Zur Durchführung der Erhebung war der/ die jeweilige Therapeut/in der KomBT anwesend.

Tabelle 2

Stichprobenmerkmale

	N	M (SD) / %
Alter	198	37.36 (11.25)
Geschlecht	199	
-männlich	68	34 %
-weiblich	131	66 %

	N	M (SD) / %
Kinder	199	
-keins	99	50 %
-eins	44	22 %
-zwei	39	20 %
-drei und mehr	17	9 %
Haushalt	197	
-allein lebend	95	48 %
-mit Partner zusammen lebend	102	51 %
Bildung	199	
-kein Schulabschluss	2	1 %
-Hauptschulabschluss	14	7 %
-Realschulabschluss	39	20 %
-Berufsschulabschluss	64	32 %
-Abitur	39	20 %
-Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss	41	21 %
Berufssituation	199	
-Vollzeit	77	39 %
-Teilzeit	35	18 %
-noch in Ausbildung	16	8 %
-arbeitslos	58	29 %
-berentet	13	7 %
Psychologisch Behandlung in Vergangenheit (% ja)	199	72 %
Hauptdiagnose	199	
-Affektive Störungen	129	65 %
-Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	29	15 %
-Essstörungen	9	5 %
-Persönlichkeitsstörungen	32	16 %

Anmerkungen. N= Häufigkeit, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, %= prozentuale Häufigkeit.

3.2 Instrument

Die Daten der vorliegenden Studie wurden mittels der Fragebogenmethode erhoben. Dies ist ein gängiges Verfahren, um größere Datenmengen erfassen zu können, da sie Vorteile wie Zeitersparnisse, Standardisierung, Ökonomie und geringe Materialkosten mit sich

bringt (Vollmann, 2009). Da die subjektive Einschätzung der PatientInnen erhoben werden sollte, wurden ausschließlich Selbstbeurteilungsmaße genutzt.

3.2.1 IP-Kom-21

Der Fragebogen besteht aus 21 Items, die nach der bisherigen gewählten Faktorenlösung auf insgesamt vier Skalen aufgeteilt sind. Die Items werden anhand einer fünfstufigen Likert-Skala erhoben. Da die Fragebogenmethode auch negativen Effekten (wie Reihenfolgeeffekten, Antworttendenzen und sozialer Erwünschtheit) unterliegt, wurde bei der Erhebung darauf geachtet, diesen möglichst entgegen zu wirken. Den PatientInnen wurde versichert, dass die Daten nach der Erhebung in anonymisierter Form analysiert und ausgewertet werden, um den Effekt der sozialen Erwünschtheit möglichst zu verhindern. Zur Abschwächung von Antworttendenzen wurden einige der Items negativ gepolt und den PatientInnen wurde mitgeteilt, dass ihre Antworten keinerlei Konsequenzen haben werden. Reihenfolgeeffekte können dagegen nie vollkommen ausgeschlossen werden. Allgemein soll der Fragebogen die verbesserte Wahrnehmung des Patienten sich selbst und seinem Körper gegenüber prüfen und zum anderen sein Erleben der Interaktionen und Beziehungserfahrungen in der Gruppe erfassen. Es folgt eine Aufstellung der Skalen.

Akzeptanz des eigenen Körpers: Diese Skala erfasst mit drei Items (Cronbachs $\alpha = .794$) die Fähigkeit der PatientInnen, den eigenen Körper anzunehmen, wie er ist (z.B. Item 6 „Während der Therapiestunde habe ich mich in meinem Körper wohlgefühlt.“).

Selbstwahrnehmung: Inwieweit die PatientInnen in der Lage zur Selbstwahrnehmung sind, wird über insgesamt acht Items bestimmt (z.B. Item 19 „Ich habe meine Gefühle durch die Übungen in der Kommunikativen Bewegungstherapie deutlicher wahrnehmen können.“). Cronbachs α^{10} lag in der Stichprobe für diese Skala hinweg bei .910.

Ich in der Gruppe: Mit fünf Items (Cronbachs $\alpha = .828$) erhebt die Skala die subjektiv erlebte Kohäsion der Gruppe und die persönliche Bezogenheit zur Gruppe (z.B. Item 12 „In der KomBT konnte ich spüren, dass ich ein wichtiger Teil der Gruppe bin.“).

Differenzierung der Beziehung zu anderen: Die Gestaltung von Nähe und Distanz sowie die Wahrnehmung der dazugehörigen Gefühle der PatientInnen erfragt diese Skala

¹⁰ Cronbachs α wurde jeweils unter Einbezug der Daten aller Messzeitpunkte berechnet. Eine ausführlichere Darstellung der einzelnen Werte für die jeweiligen Messzeitpunkte erfolgt in Tabelle 4.

mit fünf Items (z.B. Item 8 „Ich habe es in der Therapiestunde geschafft, mich von anderen abzugrenzen.“, Cronbachs $\alpha = .421$). Bei Weglassen des Items 20 („Einige aus der Gruppe haben mich heute genervt.“) steigt Cronbachs α auf einen Wert von .517.

3.3 Statistische Auswertung

Die Bearbeitung und statistische Analyse der Daten erfolgte mithilfe der Statistik-Software IBM SPSS Statistics Version 25 (IBM Corp., 2017). Zunächst wurden deskriptive Analysen durchgeführt. Die Mittelwerte der Skalen wurden anhand der Konstruktion des Fragebogens durch die Autoren gebildet. Im Anschluss folgten Berechnungen von Item-Skala-Statistiken zur Überprüfung der in Hypothese eins formulierten psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens, die eine inhaltliche Interpretation der Daten absichern. Zur weiteren Analyse wurden die Normalverteilungsannahme der Variablen anhand des Kolmogorov-Smirnoff Tests und die Eignung der Daten für die Durchführung einer explorativen Faktorenanalyse anhand des Kaiser-Meyer-Olkin Koeffizienten (KMO) und des Bartlett-Tests überprüft.

3.3.1 Explorative Faktorenanalyse (EFA)

Der Fokus dieser Studie sollte sein, den konstruierten Fragebogen IP-Kom-21 auf seine Faktorenstruktur zu untersuchen. Dabei wurde speziell die Lösung mit vier Faktoren überprüft, die durch die Autoren des Fragebogens favorisiert wurde. Die angenommene Faktorenstruktur ist in Abbildung 1 dargestellt. Das Ziel dieser Analysen war die Identifizierung einer Einfachstruktur, die die beste Interpretierbarkeit bezüglich der Zusammenhänge der Skalen bei gleichzeitig geringer Komplexität liefert. Außerdem sind Modelle mit Einfachstruktur durch Parsimonität gekennzeichnet. Demnach wird eine Überfaktorisierung verhindert und so viele Faktoren wie nötig und gleichzeitig nur so wenige wie möglich verwendet. Dies birgt den Vorteil einer geringen faktoriellen Komplexität, weil die Ladungen nur auf jeweils einen Faktor laden und damit geringe Kreuzladungen existieren (Thurstone, 1947).

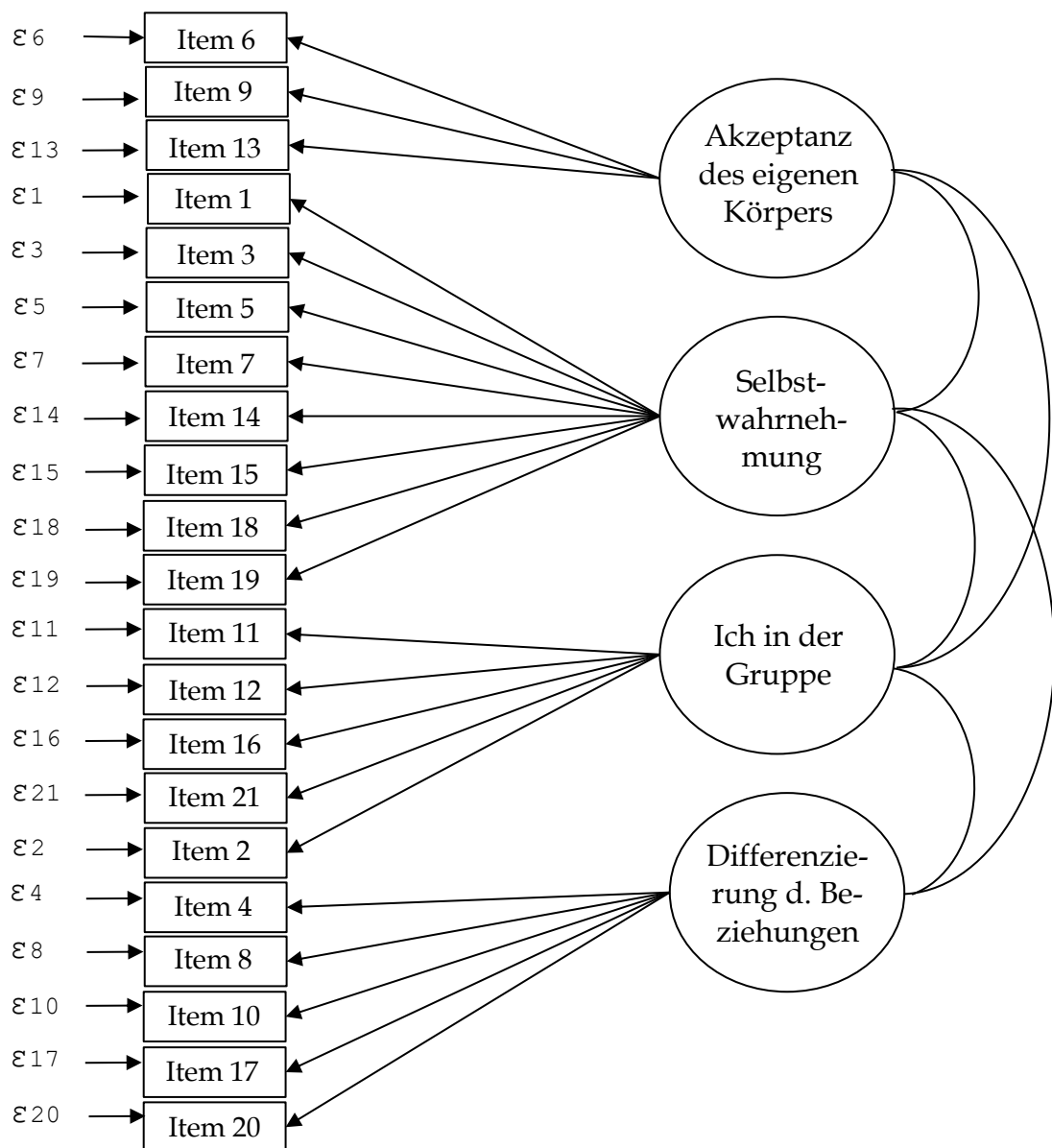


Abbildung 1. Dargestellt ist das theoretische Faktorenmodell, welches für den IP-Kom-21 angenommen wird.

In einem ersten Schritt sollten das Studiendesign und die Voraussetzungen zur Durchführung und Interpretierbarkeit einer explorativen Faktorenanalyse überprüft werden. Neben den theoretisch begründeten Vorstellungen über die Anzahl und Konstellation der zu extrahierenden Faktoren sollte jede Skala über gute Reliabilitäten ($r \geq 0,70$) verfügen. In der vorliegenden Arbeit wird aufgrund der Skalenaufteilung des IP-Kom-21 (Abb. 1) davon ausgegangen, dass das Konstrukt der Wirksamkeit der KomBT durch vier Faktoren (*Akzeptanz des eigenen Körpers*, *Selbstwahrnehmung*, *Ich in der Gruppe* und *Differenzierung der Beziehungen*) repräsentiert wird. Außerdem sollte jeder Faktor über

mindestens drei, besser jedoch über fünf manifeste Variablen erfasst werden (Fabriger et al., 1999). Des Weiteren sollten die Variablen normalverteilt sein. Wird diese Voraussetzung nicht vollständig erfüllt, geben West, Finch, und Curran (1995) Toleranzbereiche für die Kennwerte der Schiefe und Kurtosis an. Die Variablen sollen einen skew-Wert von zwei und einen Kurtosis-Wert von sieben nicht überschreiten.

Nach Überprüfung dieser Voraussetzungen sollte im nächsten Schritt die Überprüfung der Faktorenstruktur durchgeführt werden. Dafür wurden mithilfe von SPSS explorative Faktorenanalysen gerechnet, die mithilfe des robusten Maximum-Likelihood-Schätzers (MLR) die Daten auf eine Faktorenstruktur mit vier Faktoren untersuchen sollte. Es wurde ein Varianz maximierendes Rotationsverfahren (Oblimin) gewählt, das Korrelationen der Faktoren nicht ausschließt. Zielstellung der explorativen Faktorenanalyse war die Replikation und damit die Bestätigung der vier Faktoren mit gleichzeitig identifizierter Einfachstruktur.

3.4 Umgang mit fehlenden Werten

Wissenschaftliche Untersuchungen bringen häufig fehlende Werte mit sich, was sich kaum vermeiden lässt (Dong & Peng, 2013). Dabei unterliegen die Daten bei weniger als 5% fehlenden Werten keinen gravierenden Verzerrungen (Schafer, 1999), wohingegen bei einer prozentualen Häufigkeit fehlender Werte über 10% davon ausgegangen werden muss, dass Verzerrungen mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegen (Bennett, 2001). Da in der vorliegenden Arbeit die Häufigkeit fehlender Werte weit über 10 % hinausgeht, wurden nur PatientInnen in die Analysen einbezogen, die zu mindestens einem Messzeitpunkt einen kompletten Datensatz aufwiesen. In Tabelle 3 ist eine Aufstellung der Datensätze je Messzeitpunkt dargestellt, aus der die Anzahl der in die Analysen einbezogenen PatientInnen entnommen werden kann. Je Messzeitpunkt war diese größer als 150 ($N > 150$) bei einer Gesamtstichprobengröße von 199 PatientInnen.

Tabelle 3

Personendatensätze mit fehlenden Werten

	N fehlend	N vollständig
Erster Messzeitpunkt	34	165
Zweiter Messzeitpunkt	27	172
Dritter Messzeitpunkt	46	153

Anmerkungen. N= Häufigkeit.

4 Ergebnisse

Dieses Kapitel dient der Darstellung der Ergebnisse der vorgenommenen Analysen. In einem ersten Schritt werden die deskriptiven Analysen dargestellt. Im Anschluss wird auf die Itemstatistiken eingegangen und schließlich die Ergebnisse der Faktorenanalysen aufgeführt. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden die Ergebnisse von Post Hoc Analysen vorgestellt.

4.1 Deskriptive Analysen

Tabelle 4 führt die bivariaten Korrelationen (nach Pearson) zwischen den Skalen und deren Mittelwerte sowie Standardabweichungen für jeden Messzeitpunkt auf. Wie erwartet, korrelieren alle Skalen des IP-Kom-21 untereinander. Dabei sind die Zusammenhänge eher schwach (0 bis .5) bis mittel (.5 bis .8). Aufgrund der Mittelwerte und Standardabweichungen, die sich in dem durch die Skalierung festgelegten Bereich bewegten, können Fehler im Datensatz weitestgehend ausgeschlossen werden.

Tabelle 4

Korrelationen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen je Messzeitpunkt

		1	2	3	4	<i>M</i>	<i>SD</i>
T1	1 Selbstwahrnehmung					3.00	1.11
	2 Akzeptanz des eigenen Körpers	.706**				2.96	1.26
	3 Ich in der Gruppe	.543**	.468**			3.91	1.06
	4 Differenzierung der Beziehungen	.373**	.259**	.279**		2.43	0.80
T2	1 Selbstwahrnehmung					3.38	1.10
	2 Akzeptanz des eigenen Körpers	.731**				3.30	1.32
	3 Ich in der Gruppe	.565**	.470**			3.97	1.16
	4 Differenzierung der Beziehungen	.365**	.252**	.384**		2.57	0.86

		1	2	3	4	<i>M</i>	<i>SD</i>
T3	1	Selbstwahrnehmung				3.75	1.15
	2	Akzeptanz des eigenen Körpers	.755**			3.54	1.38
	3	Ich in der Gruppe	.552**	.369**		4.42	1.06
	4	Differenzierung der Beziehungen	.478**	.282**	.363**	2.74	0.78

Anmerkungen. T= Messzeitpunkt, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

Die Interkorrelationen aller manifesten Variablen untereinander sind in Tabelle 5 aufgeführt. Der Bericht dieser Interkorrelationen beschränkt sich auf den ersten Messzeitpunkt. Diese Korrelationen können erste Annahmen der Gruppierung manifester Variablen zu einem Faktor liefern, indem man diejenigen Variablen betrachtet, die hoch miteinander korrelieren. Hierbei wird beispielsweise ersichtlich, dass die Items 1, 3, 5, 7, 14, 15, 18 und 19 untereinander hoch korrelieren. Im Fragebogen IP-Kom-21 bilden diese Items die Skala *Selbstwahrnehmung*. Die Gruppierungen von anderen hoch mit einander korrelierenden Items sind nicht eindeutig bestehenden Skalen zuzuordnen. Die Items 2, 8 und 20 korrelieren allgemein gering bis gar nicht mit den restlichen Variablen.

Tabelle 5

Interkorrelationen der manifesten Variablen zum ersten Messzeitpunkt

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1																				
2	.16*																			
3	.48**	.09																		
4	.27**	.12	.42**																	
5	.59**	.08	.53**	.39**																
6	.48**	.34**	.35**	.30**	.49**															
7	.67**	.17*	.45**	.33**	.70**	.58**														
8	-.12	-.03	-.25**	-.15	-.12	-.11	-.18*													
9	.63**	.22**	.41**	.21**	.52**	.51**	.61**	-.05												
10	.38**	.16*	.30**	.22**	.40**	.35**	.42**	.01	.32**											
11	.29**	.31**	.31**	.30**	.33**	.38**	.37**	-.07	.19*	.28**										
12	.32**	.24**	.32**	.33**	.45**	.42**	.43**	-.08	.32**	.30**	.44**									
13	.36**	.10	.19*	.14	.22**	.46**	.43**	.06	.54**	.24**	.18*	.16*								
14	.52**	.11	.52**	.38**	.63**	.54**	.63**	-.18*	.52**	.40**	.31**	.47**	.37**							
15	.63**	.18*	.44**	.30**	.64**	.60**	.64**	-.07	.63**	.40**	.28**	.44**	.50**	.72**						
16	.46**	.28**	.37**	.48**	.49**	.61**	.49**	-.19*	.34**	.30**	.53**	.57**	.21**	.55**	.57**					
17	.27**	.20*	.30**	.73**	.29**	.31**	.36**	-.09	.27**	.25**	.29**	.40**	.21**	.42**	.36**	.46**				
18	.50**	.20*	.47**	.23**	.50**	.44**	.58**	-.18*	.45**	.33**	.22**	.33**	.38**	.57**	.66**	.44**	.27**			
19	.49**	-.08	.40**	.24**	.49**	.28**	.64**	-.08	.54**	.33**	.24**	.24**	.40**	.61**	.53**	.29**	.27**	.45**		
20	-.07	-.23**	-.04	.00	-.01	-.23**	-.11	.07	-.06	-.04	-.40**	-.21**	-.20*	-.09	-.12	-.28**	-.11	-.14	0	
21	.34**	.24**	.27**	.48**	.40**	.48**	.42**	-.15	.23**	.41**	.50**	.50**	.18*	.39**	.34**	.73**	.41**	.29**	.20**	-.22**

Anmerkungen. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$

4.2 Itemstatistiken

In Tabelle 6 sind die einzelnen Itemstatistiken für den ersten Messzeitpunkt nach Skalen sortiert ausführlich dargestellt. Dabei bewegen sich Minimum und Maximum im Rahmen der durch die Skala festgelegten Werte, was Eingabefehler in den Daten ausschließen lässt. Die Items weisen Trennschärfen in einem Bereich von 0.06 bis 0.79 und Itemschwierigkeiten mit Werten von 20.2 bis 71.0 auf. Dabei sind die Trennschärfen der Items 4, 8, 10, 17, 20 und 21 kleiner als 0.5. Die Itemschwierigkeiten aller Items bewegen sich im empfohlenen, mittleren Bereich zwischen 20 und 80.

Tabelle 6

Itemstatistiken für den ersten Messzeitpunkt

Item	min	max	<i>M</i>	<i>SD</i>	skew	Kurtosis	Tr.	Schw.
N=165								
<i>Skala Selbstwahrnehmung ($\alpha = .907$)</i>								
1	0	5	2.23	1.45	0.24	-0.94	0.70	44.6
3	0	5	2.09	1.70	0.35	-1.14	0.59	41.8
5	0	5	2.27	1.47	0.15	-0.85	0.75	45.4
7	0	5	2.04	1.37	0.27	-0.83	0.79	40.8
14	0	5	2.25	1.30	0.35	-0.54	0.76	45.0
15	0	5	1.73	1.39	0.54	-0.59	0.77	34.6
18	0	5	1.01	1.19	1.21	0.91	0.67	20.2
19	0	5	2.38	1.45	0.12	-0.97	0.64	47.6
<i>Skala Akzeptanz des eigenen Körpers ($\alpha = .750$)</i>								
6	0	5	2.17	1.57	0.10	-1.11	0.55	43.4
9	0	5	1.90	1.50	0.35	-0.94	0.61	38.0
13	0	5	1.81	1.56	0.50	-0.86	0.57	36.2
<i>Skala Ich in der Gruppe ($\alpha = .793$)</i>								
2	0	5	2.76	1.43	-0.06	-0.97	0.59	55.2
11	0	5	3.36	1.31	-0.56	-0.51	0.58	67.2
12	0	5	2.48	1.48	0.04	-1.06	0.73	49.6
16	0	5	2.88	1.50	-0.35	-0.80	0.67	57.6
21	0	5	3.07	1.44	-0.45	-0.60	0.33	61.4

Item	min	max	M	SD	skew	Kurtosis	Tr.	Schw.
<i>Skala Differenzierung der Beziehungen ($\alpha = .314$)</i>								
4	0	5	3.47	1.52	-0.84	-0.27	0.37	69.4
8	0	5	1.52	1.58	1.02	0.12	-0.06	30.4
10	0	5	2.23	1.52	0.06	-1.10	0.20	44.6
17	0	5	3.55	1.46	-0.87	-0.16	0.36	71.0
20	0	5	1.39	1.62	0.94	-0.42	-0.03	27.8

Anmerkungen. N= Häufigkeit, min= kleinster Wert, max= größter Wert, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, skew= Schiefe, Kurtosis= Wölbung, Tr.= Trennschärfe, Schw.= Schwierigkeit.

Die Itemstatistiken für den zweiten Messzeitpunkt sind in Tabelle 7 aufgeführt. Die kleinsten und größten Werte bewegen sich hierbei wieder in dem Bereich, der durch die Skalierung festgelegt ist. Die Trennschärfen der Items bewegen sich in einem Bereich von 0.08 bis 0.79. Die Trennschärfen der Items 4, 8, 10, 17 und 20 sind dabei kleiner als 0.5. Die Itemschwierigkeiten befinden sich für alle Items ($22.6 < \text{Schw.} < 73.6$) in dem empfohlenen, mittleren Bereich.

Tabelle 7

Itemstatistiken für den zweiten Messzeitpunkt

Item	min	max	M	SD	skew	Kurtosis	Tr.	Schw.
N=172 <i>Skala Selbstwahrnehmung ($\alpha = .893$)</i>								
1	0	5	2.52	1.46	-0.08	-1.06	0.54	50.4
3	0	5	2.32	1.66	0.13	-1.25	0.52	46.4
5	0	5	2.85	1.51	-0.16	-1.00	0.77	57.0
7	0	5	2.51	1.42	-0.17	-1.00	0.74	50.2
14	0	5	2.56	1.42	-0.10	-0.92	0.77	51.2
15	0	5	2.03	1.40	0.29	-0.92	0.73	40.6
18	0	5	1.62	1.40	0.53	-0.68	0.62	32.4
19	0	5	2.66	1.37	-0.29	-0.71	0.72	53.2
<i>Skala Akzeptanz des eigenen Körpers ($\alpha = .779$)</i>								
6	0	5	2.56	1.68	-0.07	-1.26	0.65	51.2
9	0	5	2.17	1.44	0.12	-0.99	0.61	43.4
13	0	5	2.18	1.62	0.16	-1.21	0.60	43.6

Item	min	max	M	SD	skew	Kurtosis	Tr.	Schw.
<i>Skala Ich in der Gruppe ($\alpha = .852$)</i>								
2	0	5	268	1.51	-0.05	-1.08	0.37	53.6
11	0	5	3.26	1.38	-0.48	-0.60	0.72	65.2
12	0	5	2.93	1.47	-0.09	-1.03	0.70	58.6
16	0	5	2.85	1.52	-0.24	-0.91	0.79	57.0
21	0	5	3.10	1.44	-0.40	-0.77	0.78	62.0
<i>Skala Differenzierung der Beziehungen ($\alpha = .515$)</i>								
4	0	5	3.68	1.37	-0.98	0.08	0.48	73,6
8	0	5	1.13	1.42	1.49	1.67	0.20	22,6
10	0	5	2.66	1.37	-0.12	-0.77	0.33	53,2
17	0	5	3.67	1.43	-1.02	0.12	0.42	73,4
20	0	5	1.70	1.78	0.75	-0.85	0.08	34.0

Anmerkungen. N= Häufigkeit, min= kleinster Wert, max= größter Wert, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, skew= Schiefe, Kurtosis= Wölbung, Tr.= Trennschärfe, Schw.= Schwierigkeit.

In Tabelle 8 sind die Itemstatistiken des dritten Messzeitpunktes aufgeführt. Auch hier können Eingabefehler ausgeschlossen werden, da sich Minima und Maxima im Bereich der Skala bewegen. Die Items weisen Trennschärfen im Bereich von 0.04 bis 0.8 auf. Trennschärfen kleiner als 0.5 sind bei den Items 2, 4, 8, 10, 17 und 20 zu finden. Die Itemschwierigkeiten liegen zu diesem Messzeitpunkt in einem Bereich zwischen 26.6 und 83.2. Hierbei liegt die Itemschwierigkeit des Items 17 mit einem Wert von 83.2 außerhalb des empfohlenen Toleranzbereiches.

Tabelle 8

Itemstatistiken für den dritten Messzeitpunkt

Item	min	max	M	SD	skew	Kurtosis	Tr.	Schw.
N=153 Skala Selbstwahrnehmung ($\alpha = .910$)								
1	0	5	2.76	1.43	-0.10	-0.91	0.63	55.2
3	0	5	2.64	1.65	-0.14	-1.25	0.53	52.8
5	0	5	3.21	1.47	-0.70	-0.41	0.78	64.2
7	0	5	2.83	1.46	-0.44	-0.79	0.80	56.6
14	0	5	2.97	1.37	-0.42	-0.37	0.76	59.4
15	0	5	2.61	1.44	-0.29	-0.84	0.80	52.2
18	0	5	2.04	1.45	0.17	-0.86	0.67	40.8

Item	min	max	M	SD	skew	Kurtosis	Tr.	Schw.
19	0	5	2.97	1.50	-0.43	-0.87	0.74	59.4
Skala Akzeptanz des eigenen Körpers ($\alpha = .846$)								
6	0	5	2.82	1.55	-0.30	-0.96	0.72	56.4
9	0	5	2.37	1.58	-0.03	-1.24	0.69	47.4
13	0	5	2.41	1.59	-0.13	-1.13	0.73	48.2
Skala Ich in der Gruppe ($\alpha = .828$)								
2	0	5	2.89	1.52	-0.26	-1.08	0.31	57.8
11	0	5	3.58	1.28	-0.99	0.48	0.59	71.6
12	0	5	3.60	1.32	-0.83	-0.06	0.69	72.0
16	0	5	3.42	1.39	-0.71	-0.24	0.84	68.4
21	0	5	3.61	1.34	-0.97	0.22	0.77	72.2
Skala Differenzierung der Beziehungen ($\alpha = .424$)								
4	0	5	3.92	1.29	-1.34	1.18	0.27	78.4
8	0	5	1.33	1.60	1.30	0.64	0.14	26.6
10	0	5	2.82	1.46	-0.47	-0.61	0.33	56.4
17	0	5	4.16	1.09	-1.33	1.37	0.41	83.2
20	0	5	1.45	1.57	0.97	-0.16	0.04	29.0

Anmerkungen. N= Häufigkeit, min= kleinster Wert, max= größter Wert, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, skew= Schiefe, Kurtosis= Wölbung, Tr.= Trennschärfe, Schw.= Schwierigkeit.

Als Kennwert für die interne Konsistenz der Skalen wird Cronbachs Alpha (α) angegeben. Die interne Konsistenz der Skalen *Selbstwahrnehmung*, *Akzeptanz des eigenen Körpers* und *Ich in der Gruppe* ist mit einem Cronbachs Alpha von .750 bis .910 hoch. Die Skala *Differenzierung der Beziehungen* jedoch weist mit $\alpha = .314$ bzw. $\alpha = .515$ eine geringe interne Konsistenz auf.

4.3 Explorative Faktorenanalyse

Um die Voraussetzungen zur Durchführung einer explorativen Faktorenanalyse zu prüfen, wurden verschiedene statistische Kennwerte berechnet. Die Variablen wurden anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests auf Normalverteilung geprüft. Keine der Variablen ist normalverteilt. Jedoch liegen die Werte für die Schiefe und die Wölbung aller Variablen (siehe Tabellen 6 bis 8) im dafür angegebenen Toleranzbereich (skew-Wert ≤ 2 und Kurtosis ≤ 7). Die Daten konnten demnach vollständig in die weiteren Analysen einbe-

zogen werden. Da der Fokus dieser Arbeit auf der statistischen Auswertung der Faktorenstruktur liegt, wurden die Daten spezifisch auf Passung für eine explorative Faktorenanalyse untersucht. Mit dem Kaiser-Meyer-Olkin-Test (KMO) und dem Bartlett-Test wurde überprüft, ob ein nennenswerter Zusammenhang zwischen allen Variablen besteht. Der KMO-Index liegt zu allen drei Messzeitpunkten über einem Niveau von .80, was laut Kaiser und Rice (1974) als lobenswert zu bewerten ist. Der Bartlett-Test erreicht zu allen Messzeitpunkten ein Signifikanzniveau. Eine detaillierte Aufstellung dieser Prüfgrößen ist in Tabelle 9 dargestellt. Aufgrund dieser Ergebnisse ist die Durchführung einer explorativen Faktorenanalyse zulässig.

Tabelle 9

Kaiser-Meyer-Olkin- Test und Bartlett-Test

	KMO-Index	X²	df	P
T1	.89	1835.8	210	<.001
T2	.89	2018.0	210	<.001
T3	.91	1958.9	210	<.001

Anmerkungen. T= Messzeitpunkt, KMO-Index= Kaiser-Meyer-Olkin-Wert, X²= Chi-Square Wert des Bartlett-Tests, df= Freiheitsgrade.

Die explorative Faktorenanalyse wurde mit allen 21 Variablen des IP-Kom-21 getrennt für jeden Zeitpunkt durchgeführt. Zur Verwendung kam das in SPSS implementierte Standardverfahren der explorativen Faktorenanalyse mit einer schiefwinkligen Rotation. Mithilfe der Methode des Maximum-Likelihood-Schätzers wurde auf eine Faktorenstruktur mit vier Faktoren hin untersucht. Diese Faktorenlösung unterliegt aufgrund der theoretischen Konstruktion des Fragebogens der besten Interpretierbarkeit. Die Extraktion von vier Faktoren wird für den ersten und den dritten Messzeitpunkt auch durch Berücksichtigung des Kaiser-Kriteriums gestützt. Die Eigenwerteverläufe, die in den Abbildungen 2 bis 4 dargestellt sind, deuten für die Daten jedoch nicht eindeutig auf eine Faktorenlösung mit vier Faktoren.

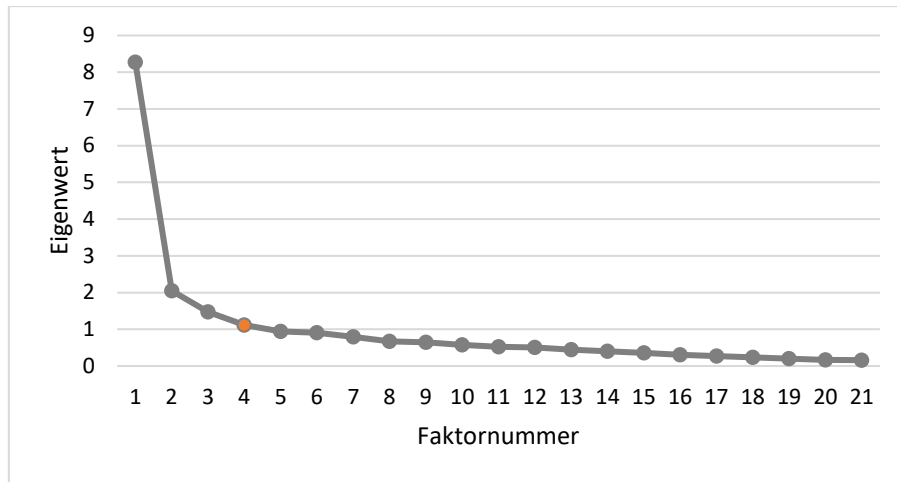


Abbildung 2. Der Eigenwerteverlauf aller 21 Items des IP-Kom-21 für den Messzeitpunkt 1.

Im Eigenwerteverlauf für den ersten Messzeitpunkt (Abb. 2) macht der Graph bereits nach einer Faktornummer von 2 einen Knick. Dabei befindet sich der Eigenwert des Faktors bei 2. Gegen einen Eigenwert von 1 tendiert der Graph bei einer Faktornummer von 4. Für den zweiten Messzeitpunkt gibt das Kaiser-Kriterium eine Faktorenlösung von fünf Faktoren an. Ebenfalls der in Abbildung 3 dargestellte Eigenwerteverlauf deutet auf eine Lösung mit fünf Faktoren hin. Einen Knick macht der Graph jedoch schon nach einer Faktornummer von 2. Dieser Faktor weist einen Eigenwert von größer als 2 auf. Für die Faktorennummern von 4 und 5 ergibt der Eigenwerteverlauf Eigenwerte von 1. Aufgrund der besseren Interpretierbarkeit von vier Faktoren wurde auch für den zweiten Messzeitpunkt ein 4-Faktorenmodell berechnet.

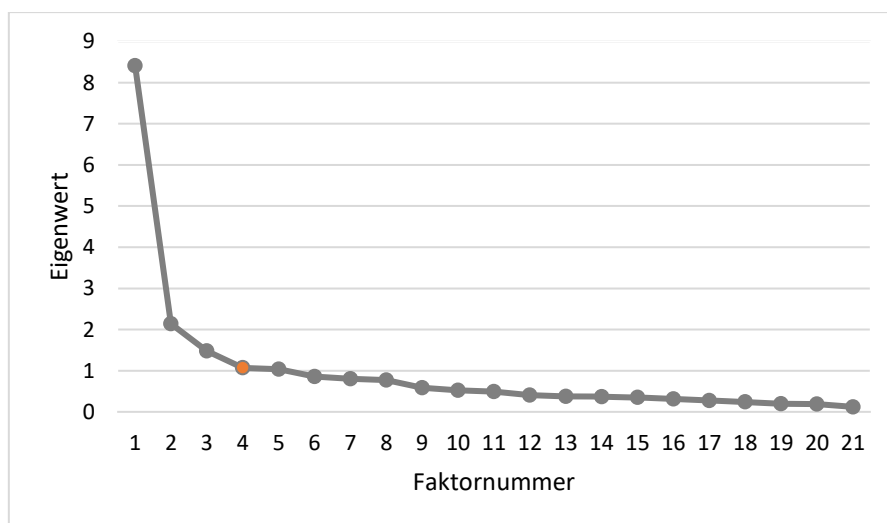


Abbildung 3. Der Eigenwerteverlauf aller 21 Items des IP-Kom-21 für den Messzeitpunkt 2.

Der Eigenwerteverlauf der explorativen Faktorenanalyse des dritten Messzeitpunktes ist Abbildung 4 zu entnehmen. Bei einer Faktornummer von 2 knickt der Graph, erreicht jedoch erst bei einer Faktornummer von 4 einen Eigenwert von 1.

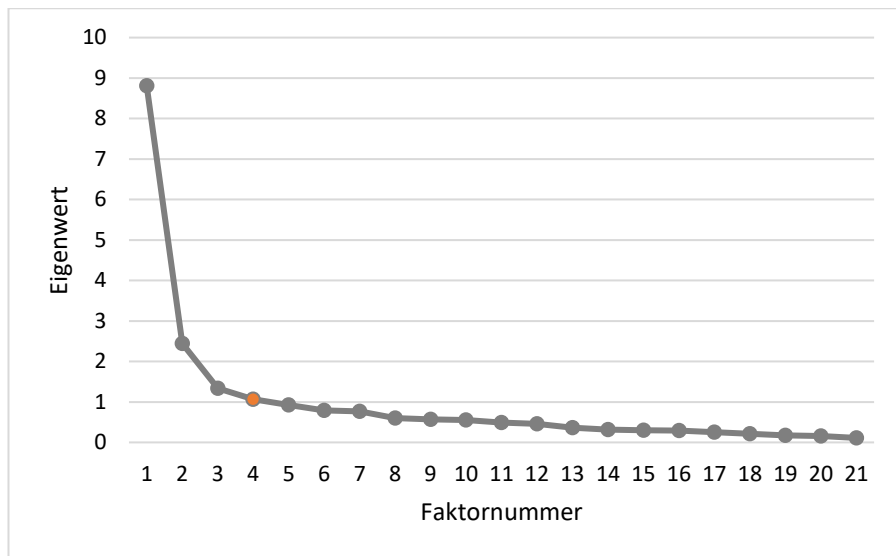


Abbildung 4. Der Eigenwerteverlauf aller 21 Items des IP-Kom-21 für den Messzeitpunkt 3.

Tabelle 10

Rotierte Faktorladungen der 4-Faktorenmodelle für alle Messzeitpunkte

Items	4-Faktorenmodell T1				4-Faktorenmodell T2				4-Faktorenmodell T3			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
6	0.043	0.454	-0.444	0.091	-0.025	0.686	0.041	0.135	0.902	0.054	-0.197	0.194
9	-0.014	0.773	0.008	0.244	-0.050	0.807	-0.022	0.039	0.785	-0.038	0.019	-0.133
13	0.103	0.469	-0.136	0.647	-0.040	0.560	0.033	-0.018	0.878	0.240	-0.296	-0.129
1	-0.027	0.746	-0.038	-0.029	-0.114	0.518	0.050	0.343	0.461	-0.230	0.266	0.108
3	0.206	0.526	0.102	-0.159	-0.090	0.531	0.034	0.051	0.225	-0.458	0.034	0.026
5	0.038	0.765	0.043	-0.282	0.111	0.769	0.009	-0.043	0.693	-0.190	0.224	-0.111
7	0.006	0.803	-0.062	-0.033	0.023	0.855	-0.096	-0.071	0.628	-0.268	0.216	0.017
14	0.080	0.718	-0.073	-0.070	0.025	0.762	0.123	-0.044	0.439	-0.512	-0.091	-0.332
15	-0.015	0.791	-0.142	0.068	0.222	0.751	-0.020	-0.166	0.744	-0.174	0.043	-0.172
18	-0.048	0.677	-0.092	0.002	0.258	0.578	-0.049	-0.055	0.599	-0.162	0.182	0.174
19	0.020	0.764	0.183	0.068	0.063	0.722	0.015	-0.047	0.368	-0.489	0.135	-0.348
11	0.097	0.101	-0.503	-0.134	0.146	0.220	0.370	0.445	0.065	-0.734	-0.050	-0.137
12	0.068	0.275	-0.405	-0.208	0.417	0.150	0.233	0.228	0.012	-0.754	-0.072	0.088
16	0.180	0.220	-0.635	-0.237	0.834	0.131	0.079	0.190	0.053	-0.810	-0.344	0.087
21	0.267	0.035	-0.594	-0.202	0.398	0.109	0.398	0.363	-0.091	-0.809	-0.278	0.157
2	0.035	-0.017	-0.419	0.051	0.091	0.027	0.074	0.449	0.050	-0.211	-0.195	0.260
4	1.066	-0.101	0.070	0.013	0.055	0.135	0.697	0.003	-0.008	-0.661	0.124	0.074
8	-0.048	-0.098	0.039	0.197	0.012	-0.054	0.117	-0.142	-0.013	0.012	0.256	-0.016
10	0.040	0.445	-0.050	-0.022	0.127	0.347	0.134	-0.066	0.413	-0.147	0.236	0.161
17	0.727	0.021	-0.093	0.098	0.040	0.055	0.884	0.000	0.000	-0.682	0.080	-0.009
20	0.081	0.073	0.524	-0.097	-0.059	0.125	0.015	-0.479	-0.004	0.085	0.252	-0.014

Anmerkungen. T = Messzeitpunkt, Die Anordnung der Items entspricht der Zuordnung der Skalen des IP-Kom-21; hohe Ladungen (> .5) sind hervorgehoben.

Die rotierten Ladungen der Items auf die vier Faktoren zu allen Messzeitpunkten sind in Tabelle 10 dargestellt. Es wird deutlich, dass es keine eindeutige Zuordnung der Variablen zu jeweils einem Faktor durch das Vorliegen einer Einfachstruktur gibt. Im Falle einer Einfachstruktur laden nur bestimmte Variablen hoch auf einen Faktor, während sie gleichzeitig gering auf die restlichen Faktoren laden (Thurstone, 1947). Berücksichtigt man lediglich Ladungen $> .5$ ergibt sich jedoch eine Einfachstruktur. Die Items der Skalen *Selbstwahrnehmung* und *Akzeptanz des eigenen Körpers* laden zu allen drei Messzeitpunkten auf einen gemeinsamen Faktor mit Ladungen $> .450$. Für die restlichen Variablen ist über die drei Messzeitpunkte hinweg kein Muster zu erkennen. Außerdem gibt es Variablen, die auf keinen Faktor laden (z.B. Item 8). Dadurch wird die Interpretierbarkeit des Faktorenmodells erschwert.

Tabelle 11

Korrelation der Faktoren zu allen drei Messzeitpunkten

	T1				T2				T3			
F	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1												
2	0,469				0,416				-0,516			
3	-0,336	-0,39			0,508	0,331			0,083	0,026		
4	-0,274	-0,078	0,029		0,21	0,243	0,043		-0,116	-0,191	-0,136	

Anmerkungen. T= Messzeitpunkt, F= Faktor.

Die Korrelationen der Faktoren, die anhand der Faktorenanalysen errechnet wurden, sind in Tabelle 11 dargestellt. Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Faktoren keiner zeitlichen Stabilität unterliegen. Damit sind die Faktoren zwischen den Zeitpunkten aufgrund einer unterschiedlichen Zuordnung nicht direkt vergleichbar. Es wird jedoch deutlich, dass die Faktoren nur gering bis gar nicht miteinander korrelieren. Die aufklärten Varianzen der einzelnen Faktoren mit deren kumulierter Varianz sind Tabelle B.1 im Anhang zu entnehmen.

Tabelle 12 dient der Übersicht über die erzielten Ergebnisse und soll die Interpretation dieser erleichtern. Für jedes Item wurden neben den Itemstatistiken auch die Messzeitpunkte angegeben, zu denen die Items auf die jeweiligen Faktoren laden.

Tabelle 12

Ergebnisübersicht mit Itemstatistiken und Faktorladungen

Items	Cronbachs α	Schw.	Tr.	Faktor			
				1	2	3	4
6	exzellent bis hoch	a	a	T3	T2		
9		a	a	T3	T1, T2		
13		a	a	T3	T2		T1
1	akzeptabel bis hoch	a	a		T1, T2		
3		a	a		T1, T2		
5		a	a	T3	T1, T2		
7		a	a	T3	T1, T2		
14		a	a		T1, T2, T3		
15		a	a	T3	T1, T2		
18		a	a	T3	T1, T2		
19		a	a		T1, T2		
11		a	a		T3	T1	
12	akzeptabel bis hoch	a	a		T3		
16		a	a	T2	T3	T1	
21		a	i		T3	T1	
2		a	i				
4	niedrig bis inakzeptabel	a	i	T1	T3	T2	
8		a	i				
10		a	i				
17		i	i	T1	T3	T2	
20		a	i			T1	

Anmerkungen. $\alpha > .9$ als exzellent, $\alpha > .8$ als hoch, $\alpha > .7$ als akzeptabel, $\alpha > .6$ als fragwürdig, $\alpha > .5$ als niedrig und $\alpha < .5$ als inakzeptabel; a= akzeptabel, i= inakzeptabel; T1-T3 gibt an, zu welchem Zeitpunkt das jeweilige Item auf den jeweiligen Faktor hoch lädt. Dabei wurden Ladungen $> .5$ berücksichtigt).

4.4 Post Hoc Analysen

Die im Folgenden dargestellten zusätzlichen Analysen wurden aufgrund der mangelnden Interpretierbarkeit der vorangegangenen Faktorenanalysen durchgeführt. Es war vorstellbar, dass der Fragebogen durch eine Modifikation eine größere faktorielle Validität erreicht. Nach erneuter Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften und des Reliabilitätskoeffizienten der Skalen sowie der Analyse der Eigenwertverläufe wurden zwei weitere Faktorenlösungen in Betracht gezogen. Hierzu wurde eine explorative Faktorenanalyse mit drei Faktoren unter Reduktion der Items der vierten Skala (*Differenzierung der Beziehungen*), eine explorative Faktorenanalyse mit zwei Faktoren unter Reduktion der Items der dritten (*Ich in der Gruppe*) und der vierten Skala (*Differenzierung der Beziehungen*) und eine explorative Faktorenanalyse mit zwei Faktoren unter Berücksichtigung aller Items des IP-Kom-21 gerechnet. Für diese Analysen beschränken sich die Berechnungen jeweils auf den ersten Messzeitpunkt.

4.4.1 Explorative Faktorenanalyse ohne vierte Skala für drei Faktoren

Bei Beachtung der psychometrischen Eigenschaften der einzelnen Items fällt auf, dass die Items der Skala *Differenzierung der Beziehungen* Trennschärfen kleiner als 0,5 aufweisen. Weiterhin besitzt die Skala mit einem Alpha von .31 bis .52 über die drei Messzeitpunkte hinweg nur eine geringe interne Konsistenz. Deshalb könnte eine Reduzierung des Fragebogens um die Items dieser Skala zu einer Faktorenlösung mit drei Faktoren unter Einfachstruktur führen. Dazu wurden die Items der anderen drei Skalen in eine explorative Faktorenanalyse mit Maximum-Likelihood-Schätzer und obliquer Rotation (oblimin) einbezogen und auf eine Faktorstruktur mit drei Faktoren untersucht. Abbildung 5 zeigt den Eigenwertverlauf der Faktorenanalyse. Dieser und auch das Kaiserkriterium bestätigen eine Faktorenlösung mit drei Faktoren. Bei einer Faktornummer von drei macht der Graph einen Knick und befindet sich bei einem Eigenwert größer als 1.

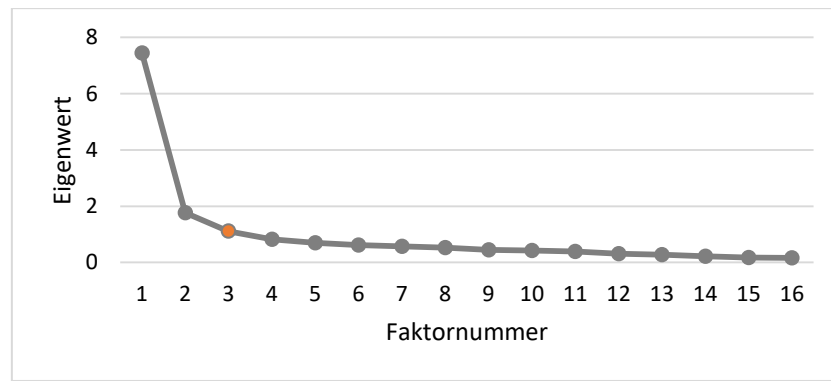


Abbildung 5. Der Eigenwerteverlauf der Items des IP-Kom-21 ohne die Skala *Differenzierung der Beziehungen*.

In Tabelle 13 sind die rotierten Ladungen der drei Faktoren für die 16 Items der drei ersten Skalen aufgeführt. Auffällig ist, dass auf Faktor drei nur ein Item in zu beachtenden Maße lädt. Nach Reduktion der Items der Skala *Differenzierung der Beziehungen* ist eine Einfachstruktur erkennbar.

Tabelle 13

Rotierte Faktorladungen des 3-Faktorenmodells ohne die letzte Skala zum ersten Messzeitpunkt

Items	Faktor		
	1	2	3
6	0.316	-0.469	0.295
9	0.690	0.061	0.336
13	0.377	0.028	0.580
1	0.688	-0.078	0.083
3	0.604	-0.072	-0.157
5	0.783	-0.122	-0.213
7	0.768	-0.109	0.043
14	0.715	-0.167	-0.025
15	0.707	-0.153	0.185
18	0.617	-0.096	0.092
19	0.792	0.172	0.008

Items	1	2	3
11	0.088	-0.562	-0.070
12	0.248	-0.511	-0.108
16	0.167	-0.818	-0.062
21	0.025	-0.795	-0.094
2	-0.115	-0.405	0.227

Anmerkungen. Die Anordnung der Items entspricht der Zuordnung der ersten drei Skalen des IP-Kom-21; hohe Ladungen ($> .5$) sind hervorgehoben.

Alle Items der Skala *Selbstwahrnehmung* laden auf einen Faktor (Faktor 1). Die Items der Skala *Ich in der Gruppe* laden mit einer Ausnahme auf einen anderen Faktor (Faktor 2). Für die Items der Skala *Akzeptanz des eigenen Körpers* liegt keine klare Faktorzuordnung vor. Die aufgeklärte Varianz dieser Faktorenlösung ist der Tabelle B.2 im Anhang zu entnehmen.

Tabelle 14

Korrelation der Faktoren zum ersten Messzeitpunkt

F	1	2	3
1			
2	-.475		
3	.192	-.142	

Anmerkungen. T= Messzeitpunkt, F= Faktor.

Die Korrelationen der errechneten Faktoren dieser Analyse sind in Tabelle 14 aufgeführt. Diese weisen mit Werten zwischen $.192 < r < -.475$ schwache Zusammenhänge auf.

4.4.2 Explorative Faktorenanalyse ohne dritte und vierte Skala für zwei Faktoren

Aufgrund der in den 4-Faktorenmodellen erzielten Ladungen für die Items der Skalen *Akzeptanz des eigenen Körpers* und *Selbstwahrnehmung* ist es vorstellbar, unter Reduktion der Items der anderen beiden Skalen eine 2-Faktorenlösung zu erhalten, die die beiden genannten Skalen valide misst. Dazu wurde eine weitere explorative Faktorenanalyse unter Verwendung der Maximum-Likelihood-Methode mit obliquen Rotation (oblimin) gerechnet. Das Kaiserkriterium für diese Analyse spricht jedoch eher für eine Lösung mit einem Faktor. In Abbildung 6 ist der Eigenwerteverlauf dargestellt.

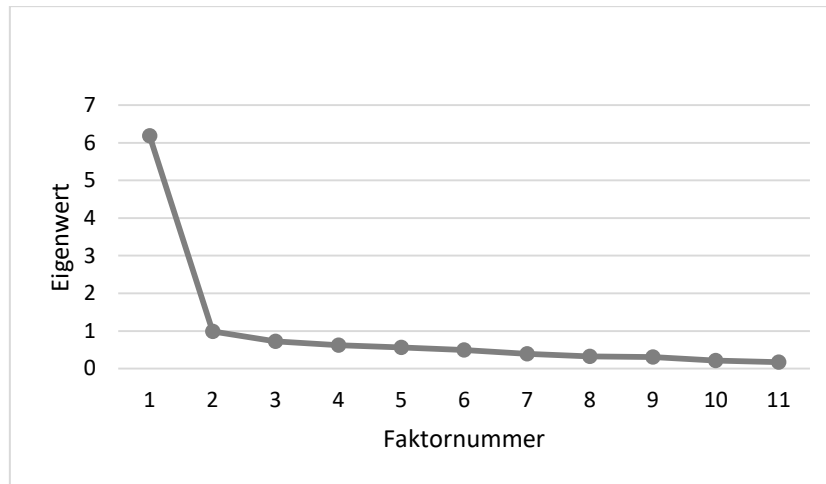


Abbildung 6. Der Eigenwerteverlauf der Items des IP-Kom-21 ohne die Skalen *Ich in der Gruppe* und *Differenzierung der Beziehungen* für ein 2-Faktorenmodell.

Der Graph in Abbildung 6 macht bei einer Faktornummer von 2 einen Knick, befindet sich dabei jedoch schon bei einem Eigenwert < 1 . Aufgrund der durch die Autoren festgelegten Skalen wurde hierfür dennoch ein Modell mit einer 2-Faktoren-Lösung berechnet. Schaut man sich die in Tabelle 15 aufgeführten Faktorladungen an, fällt auf, dass die Items mit einer Ausnahme (Item 13) auf einen gemeinsamen Faktor laden.

Tabelle 15

Rotierte Faktorladungen des 2-Faktorenmodell zum ersten Messzeitpunkt

Items	Faktor	
	1	2
6	0.560	-0.216
9	0.599	-0.293
13	0.147	-0.800
1	0.736	-0.034
3	0.674	0.159
5	0.909	0.241
7	0.816	-0.045
14	0.788	-0.007
15	0.762	-0.165
18	0.658	-0.082
19	0.624	-0.111

Anmerkungen. Die Anordnung der Items entspricht der Zuordnung der ersten beiden Skalen des IP-Kom-21; hohe Ladungen ($> .5$) sind hervorgehoben.

Die durch das gewählte Faktorenmodell aufgeklärte Varianz ist in Tabelle B.3 im Anhang dargestellt. In Tabelle 16 ist die Korrelation der beiden Faktoren aufgeführt. Diese gibt mit einem Wert von $r = -.404$ einen geringen Zusammenhang an.

Tabelle 16

Korrelation der Faktoren zum ersten Messzeitpunkt

F	1	2
1		
2	-.404	

Anmerkungen. T= Messzeitpunkt, F= Faktor.

4.4.3 Explorative Faktorenanalyse für zwei Faktoren für alle Items

Einen weiteren Hinweis auf eine alternative Faktorenstruktur geben die Abbildungen 2 und 3 mit den Eigenwertverläufen der Analysen. Der Graph, der diese Verläufe veranschaulicht, wies bereits nach einer Faktornummer von 2 einen Knick auf. Deshalb wurde eine weitere explorative Faktorenanalyse berechnet, die eine Faktorenlösung mit zwei Faktoren überprüfen sollte. Es wurde ebenfalls die Maximum-Likelihood-Methode mit obliquer Rotation (oblimin) angewendet. Im Folgenden sind in Abbildung 7 der Eigenwertverlauf und in Tabelle 17 die rotierten Faktorladungen dieser explorativen Faktorenanalyse dargestellt.

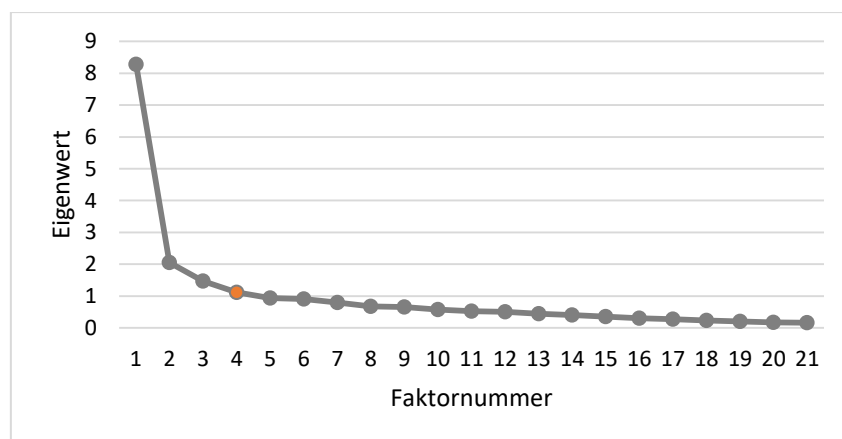


Abbildung 7. Der Eigenwertverlauf aller Items des IP-Kom-21 für ein 2-Faktorenmodell.

Wie auch in den Abbildungen der Eigenwertverläufe der 4-Faktorenmodelle (Abb. 2-4) macht der Graph bei einer Faktornummer von 2 einen Knick. An einen Eigenwert von 1 nähert sich der Graph bei einer Faktornummer von 4. Demnach wird das Modell

nicht durch das Kaiserkriterium gestützt. Die rotierten Faktorladungen (Tabelle 17) lassen eine Einfachstruktur erkennen. Dabei lädt eine Überzahl der Items auf den ersten Faktor und einige wenige auf den zweiten.

Tabelle 17

Rotierte Faktorladungen des 2-Faktorenmodell zum ersten Messzeitpunkt

Items	Faktor	
	1	2
6	0.438	-0.390
9	0.811	0.112
13	0.576	0.088
1	0.727	-0.047
3	0.518	-0.122
5	0.681	-0.148
7	0.774	-0.102
14	0.696	-0.173
15	0.787	-0.099
18	0.661	-0.064
19	0.780	0.156
11	0.035	-0.594
12	0.192	-0.532
16	0.139	-0.808
21	-0.043	-0.834
2	-0.015	-0.356
4	0.100	-0.514
8	-0.060	0.162
10	0.438	-0.091
17	0.158	-0.461
20	0.096	0.368

Anmerkungen. Die Anordnung der Items entspricht der Zuordnung der drei Skalen des IP-Kom-21; hohe Ladungen ($> .5$) sind hervorgehoben.

Die aufgeklärten Varianzen der einzelnen Faktoren und deren kumulierte Varianz sind im Anhang in Tabelle B.4 aufgeführt. In Tabelle 18 ist die Korrelation der Faktoren dieses 2-Faktorenmodells aufgeführt. Wie die Tabelle zeigt, korrelieren die beiden Faktoren der Analyse mit $r = -.516$ in mittlerem Maß.

Tabelle 18

Korrelation der Faktoren zum ersten Messzeitpunkt

F	1	2
1		
2	-.516	

Anmerkungen. T= Messzeitpunkt, F= Faktor.

4.4.4 Explorative Faktorenanalysen für zwei Faktoren mit ausgewählten Items zu jedem Messzeitpunkt

Die vorangegangenen Ergebnisse legen eine Faktorlösung mit zwei Faktoren nahe. Daher wurde erneut eine explorative Faktorenanalyse berechnet, die eine Faktorlösung mit zwei Faktoren unter Verwendung der fünf Items je Faktor, die am höchsten auf den Faktor laden, überprüfen sollte. Verwendet wurden die Items 1, 7, 9, 15, 19, 4, 11, 12, 16 und 21. Es wurde, wie bei allen anderen Faktorenanalysen die Maximum-Likelihood-Methode mit obliquen Rotation (oblimin) angewendet. In der Abbildung 8 sind die Eigenwertverläufe für alle drei Messzeitpunkte und in Tabelle 18 sind die rotierten Faktorladungen dieser explorativen Faktorenanalysen aller Messzeitpunkte dargestellt.

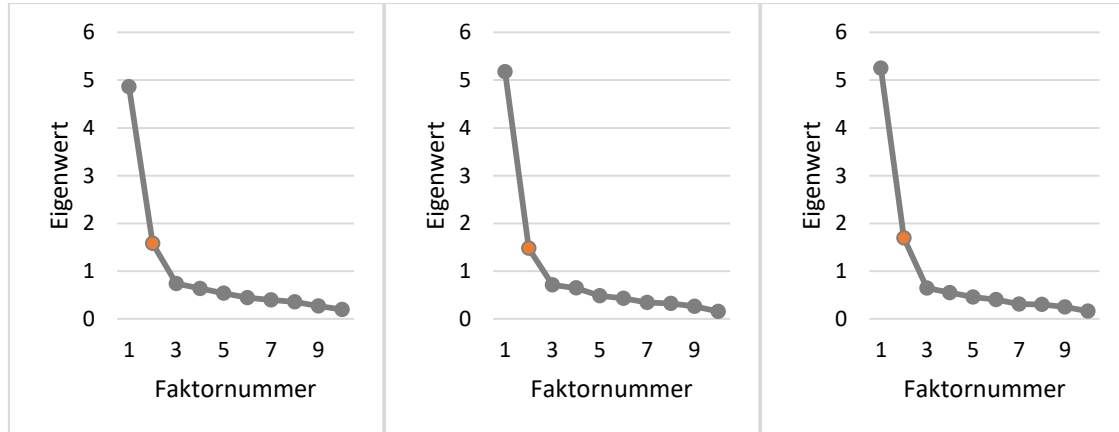


Abbildung 8. Die Eigenwertverläufe ausgewählter des IP-Kom-21 für ein 2-Faktorenmodell zu allen Messzeitpunkten.

Sowohl Kaiserkriterium als auch die Eigenwertverläufe sprechen für Faktorlösungen mit zwei Faktoren. In Tabelle 19 sind die rotierten Faktorladungen der explorativen Faktorenanalysen für alle Zeitpunkte aufgeführt. Es ist eine Einfachstruktur im Ladungsmuster der Analysen erkennbar. Jeweils fünf der Items laden hoch auf den einen und gleichzeitig niedrig auf den anderen Faktor.

Tabelle 19

Rotierte Faktorladungen der 2-Faktorenmodelle mit ausgewählten Items für alle Messzeitpunkte

Items	2-Faktorenmodell T1		2-Faktorenmodell T2		2-Faktorenmodell T3	
	1	2	1	2	1	2
9	-0.096	0.839	-0.052	0.826	-0.110	0.879
1	0.084	0.736	0.135	0.472	0.073	0.585
7	0.155	0.738	-0.123	0.913	0.070	0.787
15	0.178	0.694	0.141	0.676	-0.031	0.873
19	-0.080	0.741	0.063	0.705	0.111	0.710
11	0.599	0.002	0.691	0.096	0.582	0.233
12	0.564	0.129	0.743	0.021	0.762	0.051
16	0.862	0.055	0.890	0.024	0.909	-0.002
21	0.885	-0.117	0.955	-0.101	0.968	-0.167
4	0.529	0.032	0.563	0.034	0.548	0.108

Anmerkungen. T = Messzeitpunkt, Die Anordnung der Items entspricht der Zuordnung der Faktoren; hohe Ladungen ($> .5$) sind hervorgehoben.

Wie der Tabelle 20 zu entnehmen ist korrelieren die Faktoren der Analysen zu allen Messzeitpunkten in einem mittleren Maße mit $0.534 < r < 0.604$. Die durch die Faktoren aufgeklärten Varianzen sind der Tabelle B.5 im Anhang zu entnehmen. Die Modelle klären 56 % bis 62 % Varianz an der Gesamtvarianz auf.

Tabelle 20

Korrelation der Faktoren zu allen drei Messzeitpunkten

F	T1		T2		T3	
	1	2	1	2	1	2
1						
2	0.535		0.604		0.534	

Anmerkungen. T= Messzeitpunkt, F= Faktor.

5 Diskussion

Dieses Kapitel dient zur Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse. Des Weiteren werden die Einschränkungen der Studie diskutiert und abschließend Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen zur weiteren Forschung gegeben.

In dieser Masterarbeit soll der IP-Kom-21 Fragebogen evaluiert werden. Der Fragebogen dient zur Verlaufs- und Ergebnismessung der Kommunikativen Bewegungstherapie, die als ein Körperpsychotherapieverfahren bereits fest in stationäre Settings integriert ist. Diese ist jedoch bisher kein anerkanntes Richtlinien-Verfahren und soll mittels eines Wirksamkeitsnachweises diesen Status erhalten. Zur Wirksamkeitsuntersuchung soll unter anderem der IP-Kom-21 als Prozessfragebogen genutzt werden. Daher war es notwendig, in einem ersten Schritt die Aussagekraft des Fragebogens zu überprüfen. Hierzu wurden in dieser Forschungsarbeit neben der Auswertung von Itemstatistiken explorative Faktorenanalysen berechnet, um Aussagen zur Struktur des IP-Kom-21 treffen zu können. Die Autoren konstruierten den Fragebogen mit vier Skalen (*Akzeptanz des eigenen Körpers*, *Selbstwahrnehmung*, *Ich in der Gruppe*, *Differenzierung der Beziehungen*), auf welche sich die 21 Items des IP-Kom-21 verteilen. Diese 4-Faktorenstruktur sollte mittels explorativer und konfirmatorischer Faktorenanalyse überprüft werden. Da die Erhebung der Daten zu jeweils drei Zeitpunkten der Therapie der PatientInnen stattgefunden hat, war es möglich, die Analysen zu drei Messzeitpunkten durchzuführen und damit die Stabilität der Ergebnisse prüfen zu können. Mit einer Stichprobe bestehend aus PatientInnen mit Diagnosen affektiver Störungen, neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen, sowie PatientInnen mit Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen ist diese Forschungsarbeit repräsentativ für klinische Populationen.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Für die Skalen *Akzeptanz des eigenen Körpers*, *Selbstwahrnehmung* und *Ich in der Gruppe* erreichte Cronbachs α ein mindestens akzeptables Niveau. Lediglich für die Skala *Differenzierung der Beziehungen* ergab sich ein α von niedrigem bis inakzeptablem Niveau. Die Schwierigkeiten der Items des IP-Kom-21 befanden sich zu allen Messzeitpunkten mit einer Ausnahme im dafür vorgegebenen Toleranzbereich. Lediglich Item 17 („Ich konnte einem Gruppenmitglied zeigen, dass es mir wichtig ist.“) besaß zum dritten Messzeitpunkt mit einem Wert von 83.2 eine erhöhte Schwierigkeit. Als Ursache dafür

wäre es vorstellbar, dass PatientInnen, die zum dritten Messzeitpunkt kurz vor der Entlassung aus der Klinik durch den Abschied von MitpatientInnen und Personal belastet sind und es ihnen zu diesem Zeitpunkt schwerer fällt noch auf Gruppenmitglieder zuzugehen. Bei der Überprüfung der Trennschärfen der Items fiel auf, dass die Items der Skala *Differenzierung der Beziehungen* zu allen Messzeitpunkten eine zu geringe Trennschärfe aufweisen. Demnach ist die Diskriminationsfähigkeit dieser Items allgemein klein. Des Weiteren weisen Item 21 zum ersten und Item 2 zum zweiten und dritten Messzeitpunkt eine ungenügende Trennschärfe auf. Diese Ergebnisse deuten bereits an, dass die Skala *Differenzierung der Beziehungen* psychometrische Probleme aufweist. Damit muss die Hypothese, dass die psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens eine angemessene Ergebnisinterpretation ermöglichen, zurückgewiesen werden.

Auch bei der Betrachtung der Ergebnisse der Faktorenanalysen ergeben sich Diskussionspunkte für die weiterführende Forschung. Bei der Berechnung der explorativen Faktorenanalysen spricht das Kaiser-Kriterium zu allen drei Messzeitpunkten für eine Lösung mit vier Faktoren. Wenn man bei der Interpretation der Ladungen lediglich solche größer .5 berücksichtigt, wird eine Einfachstruktur innerhalb der Ladungsmuster erkennbar. Jedoch sind die Verteilungen der Ladungen nicht zeitlich stabil, und so erhält man zu jedem Messzeitpunkt ein anderes Ergebnis hinsichtlich der Verteilung der Faktoren. Der Fragebogen könnte demnach sensitiv auf verschiedene Situationen reagieren und deshalb verschiedene Ergebnismuster zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten besitzen. Die Situation der PatientInnen bzw. der Verlauf ihrer Genese beeinflusst ihr Antwortverhalten. Zu diesem Befund kamen auch Eckert und Biermann-Ratjen (1985) bei ihren Untersuchungen zum Gruppenprozess. Um die Bereiche der Erfahrungen in Gruppen zu erfassen, wurden Faktorenanalysen nach dem Hauptkomponentenmodell durchgeführt. Über vier Messzeitpunkte hinweg ergab sich keine stabile Faktorenlösung. Der Befund der vorliegenden Forschungsarbeit und der von Eckert und Biermann-Ratjen (1985) stützen damit die Annahme Yaloms, dass der zeitliche Stand des Gruppenprozesses Einfluss auf die Veränderung der Bedeutung der Gruppenfaktoren habe. Zum ersten Messzeitpunkt laden alle Items der Skala *Selbstwahrnehmung* auf einen gemeinsamen Faktor (Faktor 2). Auf einen anderen Faktor (Faktor 3) laden drei der insgesamt fünf Items der Skala *Ich in der Gruppe*. Die restlichen Items lassen kein Ladungsmuster erkennen, welches zur Lösung der Autoren passen würde. Vogel (2018) erhielt in ihrer Untersuchung einen ähnlichen Befund für die Struktur des IP-Kom (hier noch mit 62 Items), nämlich ein 2-Faktoren-Modell mit den Faktoren *Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht* und

Gruppenkohäsion. Demnach beziehen sich ein Faktor auf intra- und der andere auf interpsychische Prozesse. Zum zweiten Messzeitpunkt laden alle Items der Skalen *Akzeptanz des eigenen Körpers* und *Selbstwahrnehmung* auf einen gemeinsamen Faktor, nämlich Faktor 2. Die übrigen Items lassen keine klare Zuordnung zu den Faktoren erkennen bzw. laden nicht hoch genug auf diese. Hier fallen demnach zwei Skalen zu einem gemeinsamen Faktor zusammen, der vergleichbar mit dem von Vogel (2018) identifizierten Faktor *Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht* ist. Des Weiteren konnte zu diesem Messzeitpunkt kein Gruppenkohäsionsfaktor gefunden werden. In der Studie von Seidler (1995) konnte für das Gruppenerleben in der Konzentrativen Bewegungstherapie ebenfalls kein Gruppenkohäsionsfaktor ermittelt werden. In dieser Untersuchung wurde jedoch nur zu einem Messzeitpunkt erhoben und damit PatientInnen untersucht, die sich an unterschiedlichen Punkten des Therapieprozesses befanden. Es ist vorstellbar, dass sich dabei die Bedeutung der Gruppe herausrechnet, weil diese möglicherweise nur zu Beginn, als Einstieg und Beziehungsaufbau und zum Ende – also zum Abschied – der Therapie für den/die Patienten/in wichtig ist. Für die explorative Faktorenanalyse des dritten Messzeitpunktes ergaben sich hohe Ladungen der Items der *Akzeptanz des eigenen Körpers* und vier der insgesamt acht Items der Skala *Selbstwahrnehmung* für Faktor 1. Auf den Faktor 2 laden mit einer Ausnahme (Item 2, „Die Stimmung in der Gruppe war heute gelöst“) die Items der Skala *Ich in der Gruppe* hoch. Diese beiden Faktoren sind vergleichbar mit den von Vogel (2018) ermittelten Skalen *Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht* und *Gruppenkohäsion*. Es konnte für den dritten Messzeitpunkt wieder ein Gruppenkohäsionsfaktor nachgewiesen werden, was die obige Vermutung stützt. Aus diesen Befunden lässt sich schließen, dass der Fragebogen allgemein eine geringe faktorielle Validität aufweist. Die durch die Autoren vorgegebene 4-Faktorenstruktur ist aufgrund dieser Ergebnisse in dieser Weise nicht haltbar. Die Hypothese, dass die bestehende Faktorenstruktur, die als Aufteilung in die Skalen *Akzeptanz des eigenen Körpers*, *Selbstwahrnehmung*, *Ich in der Gruppe* und *Differenzierung der Beziehungen* dient, bestätigt werden kann, muss zurückgewiesen werden. Jedoch können einzelne Faktoren wie beispielsweise *Selbstwahrnehmung* oder *Akzeptanz des eigenen Körpers* sowie *Ich in der Gruppe* durch die Items sinnvoll erfasst werden.

Auf eine Überprüfung mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse wurde an dieser Stelle verzichtet, da bereits die explorativen Faktorenanalysen zeigten, dass eine Faktorenstruktur, wie sie die Autoren vorgeben, nicht zu halten ist. Demnach erübrigt sich die in Hypothese 3 formulierte Überprüfung der Güte des Faktorenmodells. Den Analysen

wurden stattdessen Post-Hoc-Untersuchungen angeschlossen, mit denen geprüft wurde, inwieweit eine Modifikation des Fragebogens sinnvoll wäre. Dazu wurden weitere verschiedene explorative Faktorenanalysen gerechnet. Die Analyse eines 3-Faktorenmodells unter Reduktion der Skala *Differenzierung der Beziehungen* ließ eine Einfachstruktur der Ladungen deutlicher erkennen. Nach Kaiserkriterium und Eigenwerteverlauf war die 3-Faktorenlösung gerechtfertigt. Es konnten dabei die zwei Faktoren *Selbstwahrnehmung* und *Ich in der Gruppe* identifiziert werden. Auf den dritten Faktor lädt lediglich ein Item in bedeutungsvollem Maß, womit dieser wenig aussagekräftig erscheint. Dieses Ergebnis ist konform mit den Befunden von Vogel (2018), die ebenfalls zwei Faktoren mit ähnlichem bzw. dem gleichen Konstrukt identifizierte (*Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht* und *Gruppenkohäsion*). Die vorangegangenen Analysen der 4-Faktorenmodelle gaben Hinweise darauf, dass die Skalen *Akzeptanz des eigenen Körpers* und *Selbstwahrnehmung* durch die Items gut abgebildet werden können. Deshalb wurde in einem nächsten Schritt eine explorative Faktorenanalyse unter Reduktion der Items der anderen beiden Skalen (*Ich in der Gruppe* und *Differenzierung der Beziehungen*) für eine Lösung mit zwei Faktoren durchgeführt. Der Eigenwerteverlauf und das Kaiserkriterium sprachen jedoch beiderseits für eine 1-Faktor-Lösung, was sich im Ladungsmuster bestätigte. Mit Ausnahme eines Items (13, „Ich mag meinen Körper.“) laden alle Items auf einen gemeinsamen Faktor. Dass die beiden Faktoren *Selbstwahrnehmung* und *Akzeptanz des eigenen Körpers* zu einer Erlebnisdimension zusammenfallen, dürfte vergleichbar sein mit der Skala *Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht* von Vogel (2018), denn die Items, die diese Faktoren abbilden, sind sich ähnlich. Abschließend wurde eine explorative Faktorenanalyse für zwei Faktoren unter Einschluss aller Items gerechnet, weil die Eigenwerteverläufe der 4-Faktorenmodelle durch den Knick des Graphen jeweils Hinweise auf eine mögliche 2-Faktoren-Lösung gaben. Bei der Auswertung der rotierten Ladungen fällt wiederholt auf, dass die Items der Skala *Selbstwahrnehmung* und die Items der Skala *Akzeptanz des eigenen Körpers* mit Ausnahme eines Items auf einen gemeinsamen Faktor laden. Dies deutet daraufhin, dass die Items der beiden Skalen durch den gleichen Faktor beeinflusst werden und nicht voneinander zu trennen sind. Im weitesten Sinne gehört die Akzeptanz des eigenen zur Wahrnehmung desselben und damit auch zur Selbstwahrnehmung. Die Items der Skala *Ich in der Gruppe* hingegen laden auf einen anderen gemeinsamen Faktor. Diese Items haben bereits bei den vorhergehenden Analysen stets auf andere Faktoren geladen als die ersten beiden Skalen (*Akzeptanz des eigenen Körpers* und

Selbstwahrnehmung). Die Konstrukte lassen sich demnach deutlich voneinander abgrenzen. In einer letzten Faktorenanalyse konnten zwei Faktoren identifiziert werden für eine Auswahl an Items, die aufgrund der vorhergehenden 2-Faktorenanalyse getroffen wurde. Diese Items können unter den Faktoren *Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht* und *Gruppenkohäsion*, die auch Vogel (2018) identifizieren konnte, zusammengefasst werden. Mit einer Varianzaufklärung von 56 % bis 62 % klärt das hier gefundene Faktorenmodell einen größeren Anteil an der Gesamtvarianz auf, als das Modell von Vogel (2018). Damit konnte diese Forschungsarbeit die durch die Autoren vorgegebene Faktorenstruktur nicht nachweisen, jedoch konnten die Befunde zum IP-Kom-62 repliziert werden. Im Anhang befindet sich in Tabelle B.6 eine Zusammenstellung der ausgewählten Items dieser Analyse, welche einen geeigneten Fragebogen mit zehn Items bildet.

5.2 Methodische Diskussion und Limitationen der Untersuchung

In diesem Abschnitt erfolgt eine Diskussion des methodischen Vorgehens der Studie sowie der vorliegenden Limitationen für diese Untersuchung. Es soll eine kritische Betrachtung des Designs der Studie erfolgen, um im weiteren Verlauf der Arbeit Empfehlungen für zukünftige Forschung geben zu können.

Da die Erhebung zu drei Zeitpunkten innerhalb der Therapie stattgefunden hat, können aufgrund der Daten nun auch Aussagen gemacht werden über die Veränderungssensitivität der Fragebogenstruktur. Jedoch unterliegt die Untersuchung einer hohen Rate an Drop-Outs. Häufig werden PatientInnen eher entlassen bzw. beenden die Therapie eher oder nehmen aus anderen Gründen (z.B. Krankheit) nicht an der Therapiestunde mit der Erhebung teil. Des Weiteren sollte das vorliegende Untersuchungsdesign als ungenügend betrachtet werden. Die Interpretation der Ergebnisse dieser Studie mit dem vorliegenden Ein-Gruppen-Prä-Post-Design ist daher mit Vorsicht zu formulieren, weil eine Vergleichsgruppe fehlt. Da zur Evaluation der Kommunikativen Bewegungstherapie selbst ein randomisiertes Drei-Gruppen-Design empfehlenswert ist, sollte auch zur Überprüfung der Faktorenstruktur des Fragebogens mindestens eine Vergleichsgruppe mituntersucht werden. Außerdem ist fragwürdig, ob das Verhältnis von Frauen und Männern in der Stichprobe die Evaluierung des IP-Kom-21 nicht in besonderem Maße beeinflusst haben könnte. Da in dieser Studie der Anteil an weiblichen Patientinnen bei weitem den der männlichen Patienten übersteigt, ist es vorstellbar, dass das Antwortmuster einen Bias weiblicher Antworten enthält. Beispielsweise könnte sich dies auf die Parameter der

Itemschwierigkeiten auswirken. So unterscheiden sich Männer und Frauen in ihren Körperbildern. Frauen, die tendenziell weniger zufrieden mit ihrem Körper sind (Feingold & Mazzella, 1998), könnten auf Körperpsychotherapien sensibler reagieren. Die Verteilung der Diagnosegruppen in der vorliegenden Stichprobe weckt ähnliche Bedenken. Ein Großteil der PatientInnen der Untersuchung ist mit affektiven Störungen diagnostiziert. Dies birgt ebenfalls die Gefahr eines Bias innerhalb des Antwortmusters. Möglicherweise sprechen PatientInnen mit depressiver Symptomatik besser auf die Therapie an als PatientInnen mit Essstörungen- (Konzag et al., 2006) oder Borderline-Symptomatik (Haaf et al., 2001). Des Weiteren ist die Wahl, die Daten lediglich mit Selbstbeurteilungsmaßen zu erheben, zu überdenken. Selbstbeurteilungen unterliegen häufig subjektiven Verzerrungen, die die Ergebnisse verfälschen könnten.

Zu den Stärken der vorliegenden Forschungsarbeit zählen neben der Erhebung zu mehreren Messzeitpunkten die Art und Größe der Stichprobe. Diese stellt bestehend aus PatientInnen der Diagnosegruppen neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen, affektiver Störungen, der Essstörungen und der Persönlichkeitsstörungen eine repräsentative klinische Stichprobe dar. In weiterführenden Forschungsarbeiten könnten demnach auch Untersuchungen für spezifische Diagnosen durchgeführt werden. Außerdem befinden sich innerhalb dieser Stichprobe PatientInnen mit einer Altersspanne von 18 bis 65 Jahren, was Aussagen über verschiedene Alterskohorten zulässt. Hierbei könnte der Effekt des Alters genauer untersucht werden. Mit einer Stichprobengröße von 199 PatientInnen sind die Ergebnisse der Studie vertrauenswürdig. Eine weitere Stärke dieser Forschungsarbeit ist, dass eine größere Anzahl an explorativen Faktorenanalysen durchgeführt wurde. Die Stabilität der Faktorenstruktur konnte anhand eines Vergleichs der verschiedenen Messzeitpunkte eingeschätzt werden. Obwohl die Analyse der Güte des 4-Faktorenmodells durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse ausblieb, konnten in den Post-Hoc-Analysen weitere Faktorenlösungen mittels explorativer Faktorenanalyse untersucht werden. Diese können einen großen Beitrag für zukünftige Forschung mit dem IP-Kom-21 liefern.

5.3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Entgegen der Erwartungen stellte sich anhand der durchgeführten Analysen heraus, dass die Struktur des IP-Kom-21 Fragebogens, die durch die Autoren vorgegeben wurde mit den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden kann. Zu keinem Messzeitpunkt konnte die Struktur mit einer 4-Faktoren-Lösung und der bestehenden Gruppierung der Items

repliziert werden. Auch die in den Post-Hoc-Analysen durchgeführten Faktorenanalysen mit möglichen Modifikationen des Fragebogens brachten kein Ergebnis hervor, welches die vorgegebene Faktorenstruktur ansatzweise bestätigen würde. Jedoch sind die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit weitestgehend konsistent mit den Befunden von Vogel (2018) zum IP-Kom-62. Hierzu konnte eine abschließende Analyse die Ergebnisse der Untersuchung zum IP-Kom-62 (Vogel, 2018) replizieren und es konnte ein Vorschlag eines reduzierten Fragebogens gemacht werden (siehe Anhang Tabelle B.6). Dieser müsste durch zukünftige Forschung an einer weiteren Stichprobe überprüft werden und mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse bestätigt werden. Da die Autoren jedoch eine Lösung mit vier Faktoren favorisieren sind weder die Reduktion, noch eine Änderung der Faktorenstruktur anzustrebende Veränderungen, um den Fragebogen erhalten zu können. Möglicherweise könnten Umformulierungen von einzelnen Items oder die Reduktion um einzelne Items dazu beitragen, die bestehende Faktorenstruktur zu bestätigen. In den Analysen fielen einige Items aufgrund mangelnder Faktorladungen und/ oder inakzeptablen Itemstatistiken auf. Außerdem besitzen die Items 2, 8 und 10 über alle drei Messzeitpunkte hinweg keine nennenswerten Ladungen und weisen zusätzlich eine ungenügende Trennschärfe auf. Es ist vorstellbar, dass diese Items durch ungenaue Formulierungen (Item 2: „Die Stimmung in der Gruppe war heute gelöst.“; Item 8: „Ich spüre immer mehr.“; Item 10: „Ich konnte heute Distanz zu anderen aushalten.“) von den PatientInnen nicht verstanden wurden oder nicht präzise beantwortet werden konnten. Aus diesen Gründen ist es zu empfehlen, diese Items zu streichen. Die Items 4, 17 und 20 könnten durch eine Umformulierung bei dem Patienten/ der Patientin zu besserem Verständnis führen. Für diese Items und dem Item 21 könnte auch eine veränderte Skala Vorteile mit sich bringen, da diese Items mit einer Angabe von Häufigkeiten beantwortet werden können. Auf einer Skala von *überhaupt nicht*, *wenig*, *hin und wieder*, *öfters* bis *sehr* könnten die veränderten Items in den Analysen besser abschneiden. Mit der bestehenden Skala (*Stimmt gar nicht* bis *Stimmt genau*) könnte der/ die Patient/in in Versuchung geraten, die Fragen lediglich mit Ja und Nein zu beantworten und so nur die Extremkategorie wählen. Bei den Umformulierungen der Items sollte darauf geachtet werden, dass diese leichter verständlich werden und deutlichere Ich-Botschaften enthalten (z.B. aus Item 4 „Ich konnte einem anderen zeigen, dass ich mich ihm nahe fühle.“ könnte „Ich konnte anderen zeigen, dass ich sie mag.“ werden bzw. aus Item 20 „Einige aus der Gruppe haben mich genervt.“ könnte „Ich war in der heutigen Stunde von anderen Gruppenmitgliedern genervt.“ werden). Dies könnte dazu beitragen, dass die PatientInnen sich

in den Aussagen besser wiederfinden. Eine Überarbeitung der gesamten Skala könnte sich ebenfalls als hilfreich erweisen. Dabei sollte, wie auch bei den Umformulierungen der Items, darauf geachtet werden, dass die Stufen der Skalen als persönliche Aussage formuliert sind (z.B. statt bisher *stimmt eher*, nun *stimme eher zu*). Aus zeitlichen Gründen war es in dieser Studie nicht möglich, den Fragebogen auf eine konvergente Validität zu anderen Maßen zu untersuchen. Deshalb wird für weiterführende Forschung empfohlen, den IP-Kom-21 mit bereits etablierten Maßen zu korrelieren.

Da das ursprüngliche Ziel die Evaluierung der Kommunikativen Bewegungstherapie (nachfolgend als KomBT bezeichnet) war, sollte an dieser Stelle kritisch hinterfragt werden, wie notwendig ein für die Therapieform entwickelter Fragebogen ist. Der Vorteil einer Erhebung mittels des IP-Kom-21 ist zum einen das Einbeziehen der körperlichen Aspekte der Therapie in die Evaluation und Erfolgsmessung, zum anderen ist es der direkte Bezug zur KomBT in den Fragen an die PatientInnen. Denn dieses Körperpsychotherapieverfahren ist in das stationäre Setting eingebettet, was das Herauslösen des Effekts der KomBT aus dem Effekt des gesamten Settings erschwert. Außerdem soll der IP-Kom-21 neben der Evaluierung der Wirksamkeit der Therapie auch als Prozessfragebogen zur Verlaufsmessung eingesetzt werden. Damit wäre der Fragebogen auch während der Therapie von Nutzen für den jeweiligen Therapeuten, der anhand des Instruments Hinweise auf den Therapiefortschritt seiner PatientInnen erhalten könnte. Jedoch beschränkt sich damit das Anwendungsfeld des IP-Kom-21 lediglich auf die KomBT, was Vergleiche mit anderen Therapieformen, wie z.B. mit einer ambulanten tiefenpsychologisch fundierten Langzeittherapie ausschließt. Eine Alternative, um das Therapieverfahren auf seine Wirksamkeit hin zu untersuchen wäre eine Evaluierung mit bereits etablierten Instrumenten. Dazu sollten anhand der Ziele der KomBT geeignete Fragebögen ausgewählt werden. Die KomBT möchte als Körperpsychotherapieverfahren dem Patienten/der Patientin helfen, den Zusammenhang seiner/ihrer psychischen Störung und deren körperlichen Ausdruck besser reflektieren zu können. Sie soll unter anderem den PatientInnen dabei helfen, sich selbst wieder annehmen zu können und so ein besseres Körperbild zu entwickeln. Diese Veränderung könnte mithilfe des *Körperbildfragebogens (FBeK)* erfasst werden. Dieser wurde im Jahr 2000 einer Normierung (Brähler et al., 2000) unterzogen und ist somit als etabliertes Maß geeignet zur Evaluierung der Wirksamkeit der KomBT bezüglich des Körperbildes. Die Veränderung des Körperbildes wird außerdem angetrieben durch eine stärkere Selbstwahrnehmung. Die PatientInnen werden in der

Therapie unterstützt, sich selbst, ihre Gefühle, Affekte und Wünsche aktiver wahrzunehmen. Dies steigert im Verlauf der Therapie das Selbstwertgefühl der PatientInnen. Zur Erfassung des Selbstwerts könnte als Instrument die *Rosenberg Selbstwert-Skala* (engl. *Self-Esteem scale*) genutzt werden. Des Weiteren ist die KomBT ein gruppentherapeutisches Verfahren mit tiefenpsychologischen Wurzeln. Sie behandelt neben intrapsychischen auch die interpsychischen Defizite der PatientInnen. Während der Therapie soll den PatientInnen die Möglichkeit gegeben werden, an ihren interpersonellen Problemen zu arbeiten und dazu den Rahmen der Gruppe nutzen zu können. Diese könnten zur Evaluierung der KomBT durch das *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)* erfasst werden, das auch in einer Kurzform mit 32 Items vorliegt. Diese Kurzform wurde bereits nach psychometrischen, faktorenanalytischen und circumplexbezogenen Gesichtspunkten untersucht (Thomas et al., 2011) und gilt damit als etabliertes Maß in der Psychotherapieforschung. Die KomBT versteht sich bezüglich des Wirkmechanismus der Kohäsion als „Psychotherapie durch die Gruppe“ (König, 2012, S. 22). Somit kann die Kohäsion der Gruppe als Äquivalent zur therapeutischen Beziehung in Einzeltherapien aufgefasst werden. In einer Untersuchung zur therapeutischen Beziehung in Gruppenpsychotherapien untersuchten Bormann und Strauß (2007) das Gruppenklima, die Kohäsion, die Allianz und die Empathie. Dazu nutzten sie ein Set aus verschiedenen Instrumenten (*Kurzfassung des Gruppenklimafragebogens (GCQ)*, *deutsche Übersetzung des Working Alliance Inventory (WAI)*, *der Empathy Scale (ES)*, *Kohäsionsskala des Therapeutic Factors Inventory (TFI)*), die zur Evaluierung der KomBT bezüglich der Wirksamkeit durch die Gruppe ebenfalls von Nutzen sein könnten. Diese vorgeschlagenen Instrumente könnten in zukünftiger Forschung die Wirksamkeit der Therapie alternativ zum IP-Kom-21 erfassen. Dabei ist die Erhebung mit einem randomisierten Drei-Gruppen-Prä-Post-Design empfehlenswert. Die Gruppen unterscheiden sich im erhaltenen Treatment, wobei es eine aktive und eine passive Kontrollgruppe geben sollte. Eine Gruppe erhält die Behandlung mit KomBT, eine weitere Gruppe erhält eine andere Therapie und die dritte Gruppe besteht aus Wartelisten-PatientInnen. In dieser Art und Weise könnte ein Evaluationskonzept aussehen, womit sich die Behandlungsverfahren hinsichtlich seiner Wirksamkeit bewerten ließen. Denn eines ist unbestritten: Die KomBT ist bereits ein fest integrierter Bestandteil des stationären Settings vieler Kliniken und hat damit einen hohen Stellenwert für die Behandlung von PsychotherapiepatientInnen verschiedener Diagnosen. Deshalb ist die Anerkennung der KomBT als Richtlinien-Verfahren von großer Bedeutung, auch in anderen Settings Anwendung zu finden.

Literaturverzeichnis

- Ansermet, F. & Magistretti, P. (2005). *Die Individualität des Gehirns. Neurobiologie und Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Barratt, B. B. (2010). *The Emergence of Somatic Psychology and Bodymind Therapy*. Houndmills: Palgrave macmillan.
- Bennett, D. A. (2001). How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25 (5), 464-469.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. University of Michigan: Basic Books.
- Brähler, E., Strauß, B., Hessel, A. & Schumacher, J. (2000). Normierung des Fragebogens zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Diagnostica*, 46, 156-164.
- Bormann, B. & Strauß, B. (2007). Gruppenklima, Kohäsion, Allianz und Empathie als Komponenten der therapeutischen Beziehung in Gruppenpsychotherapien – Überprüfung eines Mehrebenen-Modells. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 43, 3-22.
- Büntig, W. (1992). Die Entfaltung der Beziehung in der Körperpsychotherapie. In Buchheim, P., Cierpka, M., & Seifert, Th. (Hrsg.), *Lindauer Texte. Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung* (S. 172-188). Berlin: Springer.
- Burlingame, Gary M. & Baldwin, Scott (2011). Group Therapy. In Norcross, J.C., Vandenbos, G.R. & Freedheim, D.K., *History of Psychotherapy – Continuity and Change*, (S. 505-515) Washington: American Psychological Association.
- Carl, A., Fischer-Antze, J., Gaedtke, H., Hoffmann, S. O. & Wendler, W. (1985). Vergleichende Darstellung gruppendynamischer Prozesse bei KBT und analytischer Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 21, 52-72.
- Carl, A. (2000). Körperpsychotherapie und KBT: Unterscheidet sich die KBT in ihren Therapiezielen von anderen körpertherapeutischen Verfahren? *Konzentrierte Bewegungstherapie*, 23, 25-30.
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 655-666.
- Damasio, A. R. (1997). *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: dtv.

- Deneke, F.-W. (2013). *Psychodynamik und Neurobiologie. Dynamische Persönlichkeitstheorie und psychische Krankheit. Eine Revision psychoanalytischer Basiskonzepte*. Stuttgart: Schattauer.
- Dong, Y., & Peng, C.-Y. J. (2013). *Principled missing data methods for researchers*. Springer-Plus.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Eckert, J., & Biermann-Ratjen, E.-M. (1985). *Stationäre Gruppenpsychotherapie: Prozesse – Effekte – Vergleiche*. Berlin: Springer.
- Haaf, B., Pohl, U., Deusinger, I. M. & Bohus, M. (2001). *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 51, 246-254.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299.
- Feingold, A., & Mazzella, R. (1998). Gender Differences in Body Image are increasing. *American Psychologist*, 43 (2), 95-103.
- Fliegel, S. & von Schlippe, A. (2001) Gruppentherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 1-94.
- Fogel, A. (2013). *Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie. Vom Körpergefühl zur Kognition*. Stuttgart: Schattauer.
- Fonagy, P. (1999). *The Process of Change and the Change of Processes: What Can Change in a 'Good Analysis'*. New York: American Psychological Association.
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Grawe, K., Thiem, T., Schütte, C. (1978). Der Gruppenstundenbogen (GSB): Ein Messinstrument zur Erfassung von Gruppenprozessen in Assertive-Trainings-Gruppen. In Ullrich, R., Ullrich, R. (Hrsg.). *Soziale Kompetenz. Experimentelle Ergebnisse zum Assertive-Training-Programm ATP. Messmittel und Grundlagen, Bd. 1*. München: Pfeiffer.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1995). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- Heine, J. (2012). *Kommunikative Bewegungstherapie*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Universität Leipzig, Deutschland.
- Jacobs, T. (1990). The Corrective Emotional Experience: Its Place in Current Technique. *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 433-545.

- Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 111-117.
- König, O. (2007a). *Macht in Gruppen. Gruppendynamische Prozesse und Interventionen* (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- König, O. (2007b). *Gruppendynamik und die Professionalisierung psychosozialer Berufe*. Heidelberg: Carl Auer.
- König, O., & Schattenhofer, K. (2011). *Einführung in die Gruppendynamik* (4. Aufl.). Heidelberg: Carl Auer.
- König, O. (2012). Gruppendynamische Grundlagen. In Strauß, B. & Mattke, D. (Hrsg.). *Gruppenpsychotherapie*, (S. 21-36). Berlin: Springer.
- Konzag, T. A., Klose, S., Bandemer-Greulich, U., Fikentscher, E. & Bahrke, U. (2006). Stationäre körperbezogene Psychotherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Psychotherapeut*, 51, 35-42.
- Marlock, G. & Weiss, H. (2006). Einführung: Das Spektrum der Körperpsychotherapie. In Marlock, G., & Weiss, H. (Hrsg.). *Handbuch der Körperpsychotherapie*, (S. 1-12). Stuttgart: Schattauer.
- Röhrich, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Röhrich, F. (2002). Klinische Körperpsychotherapie. Systematisierungsansätze und Standortbestimmung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 59, 182-189.
- Schafer, J. L. (1999). Multiple imputation: a primer. *Statistical Methods in Medical Research*, 8 (1), 3-15.
- Schilder, Paul (1935). The Image and Appearance of the Human Body: Studies in the Constructive Energies of the Psyche. *Psyche monographs*, (4). K. Paul, Trench, Trubner & Company Limited.
- Schreiber-Willnow, K. (2000). *Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Konzentrativen Bewegungstherapie*. Gießen: Psychosozial.
- Schreiber-Willnow, K., & Seidler, K.-P. (2002). Ist körperorientierte Psychotherapie Frauensache? *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 52, 343-347.
- Seidler, K.-P. (2001). Konzentrative Bewegungstherapie (KBT): Ergebnisse der empirischen Forschung. *Psychotherapeut*, 46, 223-231.

- Speierer, G. W. (1976). *Dimensionen des Erlebens in Selbsterfahrungsgruppen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Storch, M., & Tschacher, W. (2014). *Embodied communication. Kommunikation beginnt im Körper, nicht im Kopf*. Bern: Huber.
- Sullivan, H. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- Thomas, A., Brähler, E., & Strauß, B. (2011). IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Diagnostica*, 57, 68-83.
- Thurstone, L. L. (1974). *Multiple factor analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Trautmann-Voigt, S., & Moll, M. (2011). *Bindung in Bewegung. Konzept und Leitlinien für eine psychodynamisch fundierte Eltern-Säuglings-Kleinkind Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial.
- Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (2012). *Grammatik der Körpersprache. Ein integratives Lehr- und Arbeitsbuch zum Embodiment*, (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (2015). Integration des Körpers in das tiefenpsychologische Setting. Was bewegt die Bewegung im therapeutischen Kontakt?. In Wöller, W. & Kruse, J., *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*, (S. 459-483). Stuttgart: Schattauer.
- Vogel, S. (2018). *Fragebogenkonstruktion zur Erfassung von Wirkfaktoren in der Kommunikativen Bewegungstherapie*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, MSB Medical School Berlin, Deutschland.
- Vollmann, K. (2009). *Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung relevanter Therapiebedingungen (FERT)*. Dissertation, Eberhard-Karls-Universität-Tübingen, Deutschland.
- Weiss, H. (2006). Der erfahrende Körper. In Marlock & Weiss (Hrsg.). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. (S. 423–429). Stuttgart: Schattauer.
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. In Hoyle, R. H., *Structural equation modelling: Concepts, issues and applications* (S. 56-75). Newbury Park, CA: Sage.
- Wilda-Kiesel, A., Tögel, A., Wutzler, U. (2011). *Kommunikative Bewegungstherapie*. Bern: Hogrefe
- Yalom, I. D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- (1974). *Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden*. München: Kindler.

Yalom, I. D. (2010). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch*, (10. Aufl.).
Stuttgart: Klett-Cotta.

Anhang

- A. Fragebogenitems
- B. Ergänzende Tabellen
- C. Eidesstattliche Erklärung

A. Fragebogen

IP-Kom-21®

Name: _____ ☐ weiblich ☐ männlich Alter: ____

Datum: _____ Gruppenleiter/in: _____

Lesen Sie bitte die einzelnen Aussagen sorgfältig durch. Kreuzen Sie jeweils die Einschätzungsskala dort an, wo es Ihr Empfinden während der Stunde Kommunikativer Bewegungstherapie am besten beschreibt.

Kreuzen Sie bitte nur EINE Antwort je Aussage an.		Stimmt gar nicht	Stimmt nur wenig	Stimmt teilweise	Stimmt ziemlich	Stimmt eher	Stimmt ganz genau
1	In der heutigen Stunde Kommunikativer Bewegungstherapie konnte ich meinen Körper besser wahrnehmen.	0	1	2	3	4	5
2	Die Stimmung in der Gruppe war heute gelöst.	0	1	2	3	4	5
3	Ich konnte in der Therapiestunde ein Gefühl zeigen, was ich mir sonst nicht anmerken lasse.	0	1	2	3	4	5
4	Ich konnte einem anderen zeigen, dass ich mich ihm nahe fühle.	0	1	2	3	4	5
5	Ich nehme eine Entwicklung bei mir war.	0	1	2	3	4	5
6	Während der Therapiestunde habe ich mich in meinem Körper wohlfühlt.	0	1	2	3	4	5
7	Ich habe es in der Therapiestunde nicht geschafft, mich von anderen abzugrenzen.	0	1	2	3	4	5
8	Ich spüre immer mehr.	0	1	2	3	4	5
9	Die Kommunikative Bewegungstherapie hilft mir, meinen Körper anzunehmen, wie er ist.	0	1	2	3	4	5
10	Ich konnte heute Distanz zu anderen aushalten.	0	1	2	3	4	5
11	Bei den Übungen habe ich die Gruppe als hilfreich erlebt.	0	1	2	3	4	5
12	Ich konnte meine Gefühle heute durch die Therapie besser ausdrücken.	0	1	2	3	4	5

Kreuzen Sie bitte nur EINE Antwort je Aussage an.		Stimmt gar nicht	Stimmt nur wenig	Stimmt teilweise	Stimmt ziemlich	Stimmt eher	Stimmt ganz genau
13	Ich mag meinen Körper.	0	1	2	3	4	5
14	In der Kommunikativen Bewegungstherapie konnte ich spüren, dass ich ein wichtiger Teil der Gruppe bin.	0	1	2	3	4	5
15	Ich habe heute durch die Kommunikative Bewegungstherapie mehr Vertrauen zu mir selbst.	0	1	2	3	4	5
16	In der Therapiestunde habe ich mich zur Gruppe hingezogen gefühlt.	0	1	2	3	4	5
17	Ich konnte einem Gruppenmitglied zeigen, dass es mir wichtig ist.	0	1	2	3	4	5
18	Meine Beschwerden sind weniger geworden.	0	1	2	3	4	5
19	Ich habe meine Gefühle durch die Übungen in der Kommunikativen Bewegungstherapie deutlicher wahrnehmen können.	0	1	2	3	4	5
20	Einige aus der Gruppe haben mich genervt.	0	1	2	3	4	5
21	Ich habe mich der Gruppe nahe gefühlt.	0	1	2	3	4	5

Eine letzte, abschließende Frage noch:

Ist die Kommunikative Bewegungstherapie für Sie hilfreich?

überhaupt nicht / 0 _____ 100
/ sehr

Bitte setzen Sie an der zutreffenden Stelle auf der Linie EIN Kreuz.

Haben Sie alle Fragen beantwortet?

Herzlichen Dank!

B. Ergänzende Tabellen

Tabelle B.1

Aufgeklärte Varianzen der Faktoren und deren kumulierte Varianz je Messzeitpunkt

Mess- zeit- punkt	kumu- lierte Varianz	Varianz der Faktoren			
		1	2	3	4
T1	53.37	15.76	27.67	6.04	3.54
T2	52.66	26.34	17.80	5.03	3.49
T3	55.54	40.05	9.87	3.54	2.08

Anmerkungen. T= Messzeitpunkt.

Tabelle B.2

Aufgeklärte Varianzen der Faktoren und deren kumulierte Varianz für ein 2-Faktorenmodell ohne Items der 3. und 4. Skala

kumulierte Varianz	Varianz der Faktoren	
	1	2
58.56	52.52	6.04

Tabelle B.3

Aufgeklärte Varianzen der Faktoren und deren kumulierte Varianz für ein 3-Faktorenmodell ohne Items der 4. Skala

kumulierte Varianz	Varianz der Faktoren		
	1	2	3
56.05	43.97	8,23	3.84

Tabelle B.4

Aufgeklärte Varianzen der Faktoren und deren kumulierte Varianz für ein 2-Faktorenmodell unter Einbezug aller 21 Items

kumulierte Varianz	Varianz der Faktoren	
	1	2
44.37	37.13	7.25

Tabelle B.5

Aufgeklärte Varianzen der Faktoren und deren kumulierte Varianz je Messzeitpunkt für ein 2-Faktorenmodell mit ausgewählten Items

Messzeitpunkt	kumulierte Varianz	Varianz der Faktoren	
		1	2
T1	56.25	44.53	11.72
T2	59.17	47.51	11.65
T3	62.46	48.34	14.13

Anmerkungen. T= Messzeitpunkt.

Tabelle B.6

Ausgewählte Items der 2-Faktorenanalyse

Item	
Faktor 1: Gruppenkohäsion	
11	Bei den Übungen habe ich die Gruppe als hilfreich erlebt.
12	Ich konnte meine Gefühle heute durch die Therapie besser ausdrücken.
16	In der Therapiestunde habe ich mich zur Gruppe hingezogen gefühlt.
21	Ich habe mich der Gruppe nahe gefühlt.
4	Ich konnte einem anderen zeigen, dass ich mich ihm nahe fühle.

Faktor 2: Körperliches Wohlbefinden und Zuversicht

- 9 Die Kommunikative Bewegungstherapie hilft mir, meinen Körper anzunehmen, wie er ist.
- 1 In der heutigen Stunde Kommunikativer Bewegungstherapie konnte ich meinen Körper besser wahrnehmen.
- 7 Ich habe es in der Therapiestunde nicht geschafft, mich von anderen abzugrenzen.
- 15 Ich habe heute durch die Kommunikative Bewegungstherapie mehr Vertrauen zu mir selbst.
- 19 Ich habe meine Gefühle durch die Übungen in der Kommunikativen Bewegungstherapie deutlicher wahrnehmen können.
-

Anmerkungen. Die Anordnung der Items entspricht der Zuordnung zu den Faktoren.

C. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Jena, 12.07.2018

(Lisa Dufke)