



**FRIEDRICH-SCHILLER-
UNIVERSITÄT
JENA**

Medizinische Fakultät, Institut für Psychosoziale Medizin und
Psychotherapie
Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Institut für
Psychologie

Kommunikative Bewegungstherapie

Verlaufstypen in einem stationären Setting

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science
(M.Sc.) in Psychologie

vorgelegt von Daniel Rezmer
geboren am 31. Januar 1996 in Hamburg

Gutachter:

1. Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß
2. Dr. Marcus Mund

Abstract

Für den Therapieprozess der kommunikative Bewegungstherapie werden die beiden Konstrukte Gruppenkohäsion und körperliches Wohlbefinden & Zuversicht als bedeutsam angenommen. Sie werden in 2 Skalen über 10 Fragebogenitems ermittelt. Die individuellen Verläufe dieser beiden Skalen wurden über den Zeitraum eines stationären Klinikaufenthalts im Asklepios Fachklinikum Stadtroda bei N=184 PatientInnen untersucht. Ähnliche Verläufe wurden zu Clustern zugeordnet und Gemeinsamkeiten in psychologisch relevanten Kovariaten untersucht. Die PatientInnen erhielten eine multimodale Behandlung die neben der kommunikativen Bewegungstherapie Einzel- und Gruppentherapie, sowie Gestaltungs- und Musiktherapie beinhaltete. Die Verläufe der beiden Skalen über den Klinikaufenthalt sind nicht homogen, wobei die Verläufe der Gruppenkohäsion eine höhere Heterogenität als die Verläufe des körperlichen Wohlbefindens & Zuversicht besitzen. Für beide Konstrukte waren vor allem die Diagnosegruppe und die Einstellung zum Verfahren von Bedeutung.

Die Diagnosegruppe der Depressiven zeigt in beiden Skalen durchschnittlich oft positiv steigende Verläufe, für die anderen Diagnosegruppen zeigten sich im Mittel differenzierte Verläufe der beiden Skalen.

Die Einstellung zum Verfahren bei Beginn der Behandlung scheint relevanter für die Verläufe des körperlichen Wohlbefindens & Zuversicht als für den Verlauf der Gruppenkohäsion. Symptombelastung zu Beginn der Behandlung (SCL-90) und die Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung hingen nicht signifikant mit dem Verlauf der beiden Skalen zusammen. Das Verfahren ist für verschiedene PatientInnengruppen auf unterschiedliche Art hilfreich. Für die Diagnosegruppe der Essstörungen scheint eine Anpassung des Verfahrens oder eine differentielle Vorbereitung auf die Behandlung notwendig. Positive Verläufe in beiden Skalen (Gruppenkohäsion und körperliches Wohlbefinden & Zuversicht) haben keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Symptombelastung zum Ende der Behandlung. Diese Aspekte des Therapieprozesses scheinen sich also nicht in einer unmittelbaren Symptomreduktion niederzuschlagen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Theoretische Grundlagen	7
2.1	Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse	7
2.1.1	Empirische Befunde	10
2.2	Körperbezogene Verfahren	13
2.3	Gruppentherapie	15
2.4	Die Kommunikative Bewegungstherapie	18
2.4.1	Die Anwendung der Kommunikativen Bewegungstherapie auf die Phasen der Gruppendynamik	19
2.4.2	Abgrenzung zur konzentrativen Bewegungstherapie	21
2.4.3	Praktische Implementation der KomBt und Behandlungsplan	23
3	Empirischer Forschungsstand	24
4	Forschungsziele & Hypothesen	28
5	Methode	30
5.1	Datensatz & Erhebung	30
5.2	Statistisches Verfahren	33
6	Ergebnisse	39
6.1	Gruppenkohäsion	41
6.2	Körperliches Wohlbefinden & Zuversicht	46
6.3	Hypothese I	50
7	Diskussion	51
7.1	Rolle der Diagnosegruppen	51
7.2	Rolle der Einstellung zum Verfahren	56
7.3	Rolle der Therapiegruppe	57
7.4	Nicht relevante Einflussfaktoren	58
7.5	Limitationen	59
7.6	Fazit	61

Abbildungsverzeichnis

1	<i>Prototypische Clusterverläufe Gruppenkohäsion</i>	42
2	<i>Durchschnittliche Clusteraffinitäten D (steigend)</i>	44
3	<i>Durchschnittliche Clusteraffinitäten C (hoch stagnierend)</i>	45
4	<i>Durchschnittliche Clusteraffinitäten B (niedrig stagnierend)</i>	45
5	<i>Prototypische Clusterverläufe körperliches Wohlbefinden & Zuversicht</i>	46
6	<i>Durchschnittliche Clusteraffinitäten C (steigend)</i>	47
7	<i>Clusteraffinität $C \sim \text{KomBt}_{t1}$</i>	48
8	<i>Durchschnittliche Clusteraffinität B (hoch stagnierend)</i>	49

Tabellenverzeichnis

1	<i>Übersicht der Stichprobe</i>	32
2	<i>Übersicht der Diagnosegruppen</i>	33
3	<i>Übersicht der Qualitätskriterien für verschiedene Clusterlösungen (Gruppenkohäsion)</i>	40
4	<i>Übersicht der Qualitätskriterien für verschiedene Clusterlösungen (körperl. Wohlbefinden & Zuversicht)</i>	40

1 Einleitung

Moderne stationäre psychotherapeutische Behandlungen schießen heutzutage häufig alternative Behandlungsmethoden mit ein (Geuter, 2015). Hierzu zählen unter anderem die Körpertherapie, Musiktherapie, Gestaltungstherapie, Entspannungsverfahren und viele weitere (für eine Übersicht s. Seidler, 2011). Den Verfahren ist gemein, dass sie einen zusätzlichen Zugang zur Erkrankung und Ressourcen der PatientInnen anstreben, der die Heilungsprozesse der Gesprächspsychotherapie unterstützt und ggf. neue Impulse bietet.

In dieser Arbeit soll genauer auf die kommunikative Bewegungstherapie (im Folgenden *KomBt*) eingegangen werden, die zu den körperorientierten Verfahren gehört, und als adjuvantes Gruppenverfahren durchgeführt wird. Die *KomBt* ist als Komplementärbehandlung in vielen Einrichtungen in Ostdeutschland verbreitet (Schreiber-Willnow, 2013). Durch die Erfahrung des eigenen Körpers in Interaktion mit anderen sollen psychische Störungen für PatientInnen auf einer neuen Ebene erlebbar werden und neue Erfahrungen ermöglicht werden. Es gibt bisher wenig quantitative Forschung in diesem Bereich, die vorliegende Arbeit soll anhand typischer Verläufe von *KomBt*-spezifischen Variablen (Gruppenkohäsion und körperliches Wohlbefinden & Zuversicht) über 3 Messzeitpunkte der Therapie einen Einblick in den Prozess einer solchen Behandlung geben, und mögliche Korrelate verschiedener Verlaufstypen aufzeigen. So sollen Vergleiche mit Prozessforschung der konzentrativen Bewegungstherapie (ein inhaltlich ähnliches Verfahren) ermöglicht, und Prozesswissen generiert werden.

Um die Zeitverläufe der PatientInnen zu gruppieren wird auf ein Clustering-Verfahren zurückgegriffen. Anschließend werden die PatientInnen, die einander in den Verlaufsmustern ähneln, in Hinblick auf Diagnosegruppe, Symptombelastung, Einstellung zum Verfahren und weitere Kovariaten verglichen.

Eine psychotherapeutische Behandlung ist schlussendlich immer eine hoch individuelle Interaktion, in die TherapeutIn und PatientIn persönliche Erfahrungen einbringen und sich wechselseitig beeinflussen. Diese Prozesse statistisch zu erfassen ist schwierig, zumal einige Untersuchungen darauf hindeuten, dass die Effekte einer tiefenpsychologisch-fundierten Behandlung häufig erst eine Zeit nach der Behandlung zum Tragen kommen (Leichsenring & Leibing, 2003; Shedler, 2010).

Ziel der Arbeit ist deswegen nicht den individuellen Therapieerfolg vorherzusagen, sondern vielmehr Risikofaktoren und Chancen in Form von bestimmten PatientInnenmerkmalen zu analysieren, denen in der Behandlung besondere Beachtung geschenkt und die ggf. weiter untersucht werden sollten.

2 Theoretische Grundlagen

Die KomBt begreift sich als handlungsorientierte Komplementär-Therapie zu tiefenpsychologisch-fundierte Gruppentherapien. Sie soll einen Rahmen für Handlungserfahrungen bieten, indem die psychische Erkrankung auf einer interpersonellen und körperlichen Ebene neu erlebt und wahrgenommen wird (Wilda-Kiesel et al., 2011). Ziele sind u. a. das bessere Kennenlernen der eigenen psychischen Vorgänge, die Integration konflikthafter Beziehungserfahrungen, die Ich-Entwicklung und die Erfahrung von Emotionalität.

Um die Verortung der KomBt als Brücke zwischen Körper- und Psychotherapie zu verdeutlichen, soll im Folgenden ein Überblick über die Rolle des Körpers innerhalb der psychotherapeutischen Tradition gegeben, die parallele Entwicklung der körperbasierten Verfahren dargestellt, und auch einige Grundzüge der Gruppentherapie beschrieben werden. Schließlich wird auf die theoretische Konzeption der KomBt eingegangen, sowie empirische Prozess- und Wirksamkeitsforschung der kommunikativen und konzentrativen Bewegungstherapie vorgestellt.

Es lassen sich für die körperorientierten Verfahren drei grundlegende Ursprünge feststellen: die (kritische) Psychoanalyse, die Leibpädagogik bzw. Reformgymnastik, und die humanistischen Psychotherapien (Geuter, 2015). Da die KomBt ein tiefenpsychologisch-orientiertes Verfahren ist, liegt in dieser Arbeit ein Schwerpunkt auf den psychoanalytischen Ursprüngen.

2.1 Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse

Ein wichtiges Modell zum Verstehen psychischer Krankheiten in der psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Theorie stellt das Konfliktmodell dar. Ein unbewusster, infantiler intrapsychischer Konflikt führt zur Entstehung einer Symptomatik, wenn er durch spezifische Situationen oder Ereignisse reaktualisiert wird.

Die Wichtigkeit von kindlichen Erfahrungen für die spätere psychische Symptomatik wird durch die große Abhängigkeit zu den Eltern in dieser Zeit begründet. Ein intrapsychischer, neurotischer Konflikt kann entstehen, wenn eine belastende Situation die aktuellen Bewältigungsmöglichkeiten des Kindes übersteigt und seine Entwicklung in pathologischer Weise prägt (Wilda-Kiesel et al., 2011).

In den Anfängen der Erforschung psychischer Krankheiten war man nach medizinischer Tradition vor allem auf der Suche nach organopathologischen Korrelaten und sah in einer organischen Fehlfunktion oder einem Ungleichgewicht die Ursache für die psychische Erkrankung (Schott & Tölle, 2006). Die von Charcot beschriebenen Fälle der Hysterie stellten dieses Bild auf den Kopf. Hier kam eindrucksvoll eine psychisch bedingte Einschränkung der physiologischen Funktionen zum Vorschein, der keine feststellbare Pathophysiologie zugrunde lag (Hoffmann, 2014).

In denen von Freud und Breuer 1895 vorgestellten Studien zur Hysterie aus ihrer eigenen Behandlungspraxis (Breuer & Freud, 2009), wird der Körper „Manifestationsbereich“ (Maaser, 1994, S. 26) intrapsychischer Vorgänge. Die körperlichen Symptome der Hysterie verstehen sie als Teil einer Reaktionsbildung auf den nicht erinnerten (verdrängten) Affekt. Die körperlichen Symptome einer psychischen Krankheit sind also nicht zufällig, sondern mit dem psychischen Erleben verbunden, und stellen so einen symbolischen Ausdruck des Konflikts dar. Dieser Ausdruck ist auch für das Gegenüber bedeutsam wie Freud (1890) in seinen *Schriften zur Behandlungstechnik* anmerkt:

„Diese begleitenden körperlichen Veränderungen bringen dem Betreffenden meist keinen Nutzen, ... aber sie dienen den Anderen als verlässliche Zeichen, aus denen man auf die seelischen Vorgänge schließen kann und denen man mehr vertraut als den etwa gleichzeitigen absichtlichen Äußerungen in Worten.“ (S. 20)

Zur Heilung des Symptoms ist neben der sprachlichen Reproduktion ein gleichzeitiges Wiedererleben des Affekts (das auch die Körperempfindungen mit einschließt) notwendig (Breuer & Freud, 2009). In Freuds späterem topischen Modell wird das dualistische Modell von Soma und Psyche durch ein Modell aus Ich, Über-Ich und Es abgelöst. Die körperlichen Anteile werden hier vor allem in den Bereich des Es eingebunden, und der Körper damit als fester Teil der Psyche begriffen (Maaser, 1994). Mahler (1979) beschrieb, wie Körperempfindungen bei der Pathogenese eine Rolle spielen können. Dabei seien frühe, präverbale und körperliche Beziehungserfahrungen die Basis für die Selbstrepräsentanz und das spätere Körperbild. Das Körperbild wird hier als körperlicher Aspekt des Selbst verstanden und unterliegt durch die Interaktion mit der Umwelt einem ständigen Wandel.

Hier wird die Verortung des Körperlichen, seine Entwicklung und die Interaktion mit frühen Beziehungserfahrungen expliziert und der kommunikative Aspekt des Körpers wieder aufgegriffen (Maaser, 1994, S. 51ff.). In der neueren Literatur wird der Begriff des Körperbildes in die Körperempfindungen, das Körperbild (als kognitiver Bezug zu Körperphantasien, Körperkonzepten und Körperwissen) und die Körperkathexis (emotionaler Bezug zum Körper, Körperzufriedenheit) unterteilt und spezifiziert (Röhrich, 2009, zit. nach Geuter, 2015).

In der empirischen Forschung zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang eines negativen Körperbildes mit geringem Selbstwert und Depression (Cohane & Pope Jr, 2001; Pesa et al., 2000; Sujoldžić & De Lucia, 2007), eine Abweichung des Körperbildes bei schizophrenen PatientInnen (Chapman et al., 1978; Priebe & Röhrich, 2001), sowie bei PatientInnen mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) (Dyer et al., 2013; Franzoni et al., 2013), und mit Körperbildveränderungen bei Essstörungen (Cash & Deagle III, 1997; Jansen et al., 2006; Stice, 2002; Urgesi, 2015).

Der Ansatz der affektmotorischen Schemata expliziert die Wirkungsweise früher Körperempfindungen für die spätere Beziehungsgestaltung und Organisierung neuer Erfahrungen. Nach Downing (1996) hinterlassen frühe physische Interaktionen mit den Eltern Spuren, indem sie motorische Repräsentanzen beeinflussen. Die kindlichen Reaktionsweisen zusammen mit der affektiven Färbung und kognitiver Einschätzung dieser Empfindungen bilden Schemata, die durch Wiederholung Eingang in das implizite Gedächtnis finden und in neuen Beziehungen reaktiviert werden können (Fuchs, 2012b). Das gleiche Verhalten eines Säuglings kann dabei durch die affektive Reaktion der Bezugsperson ganz unterschiedlich affektiv „eingefärbt“ werden.

Geißler & Heisterkamp (2007) schildern, wie diese Körperempfindungen und Schemata in der Therapie nutzbar gemacht werden können. Durch das Fokussieren auf den Körper können bestimmte abgewehrte Emotionen erlebbar gemacht, und so mit einem Affekt verbunden werden. Häufig ist dieser körperliche Zugang für die PatientInnen einfacher. Die Autoren vermuten, dass das an dem wegfalenden „Umweg“ über die Sprache liegt und so besser präverbale Empfindungen wiedererlebt werden können. Hier ist der Körper an der therapeutischen Arbeit beteiligt und dient der Affektmobilisierung, die, wie bereits von Freud und Breuer

(1895) berichtet, essentiell zur Auflösung des Symptoms ist.

Sándor Ferenczi und Wilhelm Reich waren zwei der ersten Analytiker, die den Körper nicht nur als diagnostisches Medium nutzten, sondern auch therapeutisch einbezogen (Röhrich & Geuter, 2000). Hier wurde erstmals der Körper als Ansatzpunkt für eine Behandlung erkannt und damit eine mögliche therapeutische Wirkungsrichtung von Körper zur Seele postuliert. Bei Ferenczi hatten diese körperlichen Techniken, wie z. B. das Hand halten und das körperliche Nachspüren, einen ergänzenden Charakter, während Reich in seiner Vegetotherapie schließlich dazu überging, dass PatientInnen ihre Affekte körperlich ausdrücken sollten. Im Anschluss erfolgte auch die Intervention des Therapeuten auf einer körperlichen Ebene, indem er z. B. verspannte Muskulatur massierte oder zu einer vertieften Atmung anregte (Röhrich & Geuter, 2000, S. 59).

2.1.1 Empirische Befunde

Die psychoanalytischen Überlegungen zum Körperlichen im psychischen Erleben lassen sich heute zu großen Teilen neurowissenschaftlichen Ergebnissen im Bereich des Embodiments zuordnen. Die Theorie des Embodiments betont, dass auch höhere kognitive Prozesse wie z. B. Emotionswahrnehmung in sensorischen und motorischen Erfahrungen begründet sind (Winkielman et al., 2015). Das menschliche Erleben wird ganzheitlich betrachtet, das sich nicht nur in Form einer Kognition abspielt, sondern im Wechselspiel mit unseren körperlichen und emotionalen Empfindungen stattfindet. In Bezug auf den Körper als „Manifestationsbereich“ psychischer Vorgänge konnte in einer Untersuchung von Michalak et al. (2009) veränderte Körperhaltungen, motorische Aktivität und Gesichtsausdrücke bei depressiven PatientInnen gefunden werden. Umgekehrt führte auch die Einnahme von typisch depressiven Körperhaltungen (gebeugt, Blick nach unten) zu einer depressiveren Stimmungslage (Sugamura et al. 2007, Sugamura et al. 2008, zit. nach Geuter, 2015). Ergebnisse dieser Art werden meist mit der Theorie der somatischen Marker nach Damasio (1994) erklärt, wonach Emotionen körperliche Empfindungen auslösen, die zum Einen indirekt kognitive Entscheidungsprozesse unterstützen, und zum Anderen die Emotion überhaupt erst spürbar machen. Neurobiologische Untersuchungen im Bereich der Spiegelneuronen deuten außer-

dem darauf hin, dass die somatische Reproduktion des Gefühlszustands des Gegenübers auch bedeutsam für das empathische Verständnis ist (Iacoboni, 2009). Emotionen sind damit maßgeblich an Körperempfindungen gebunden und können entsprechend auch durch sie ausgelöst werden (Bechara & Damasio, 2005). Im Falle der nicht-depressiven PatientInnen suggeriert die Körperhaltung so eine traurige Stimmung, die sich dann auch kognitiv niederschlägt. Zusammen mit dem Konzept des Mimikri, das den Hang zur Imitation von Körperausdrücken des Gegenübers in sozialer Interaktion beschreibt (Holler, 2011), wird eine mögliche neurobiologische Grundlage der Übertragungsphänomene und dem kommunikativen Aspekt der Körpersprache geliefert. Es zeigt damit einen möglichen Mechanismus der unbewussten Reinszenierung früherer Beziehungsmuster (Wiederholungszwang) (Fuchs, 2012a). Die Traurigkeit der depressiven PatientInnen findet Ausdruck im Körperlichen, das vom Gegenüber unbewusst imitiert und körperlich erlebt wird (Mimikri-Phänomen), was wiederum, gemäß der Theorie der somatischen Marker, damit verbundene Gefühle von Traurigkeit auslöst (Winkielman et al., 2015). Die Interaktion wird möglicherweise als weniger positiv erlebt, und möglicherweise der Kontakt reduziert, was wiederum zu einer weiteren Isolation der depressiven PatientInnen führen kann. Der körperliche Ausdruck wird so ein Mittel der unbewussten Beziehungsgestaltung, und zeigt gleichzeitig wie sich das Unbewusste in der Inter-subjektivität manifestiert. In den Untersuchungen waren diese Prozesse der Körperhaltung und Mimik den Versuchspersonen meist nicht zugänglich. Diese Prozesse laufen also auch in einem neurobiologischen Verständnis eher „unbewusst“ ab (Fuchs, 2012a). Zur Erklärung der Entstehung dieser Körperkommunikation schlägt Geuter (2015) das Konzept des emotional-prozeduralen Gedächtnisses vor, dass auch das Konzept der affektmotorischen Schemata nach Downing (1996) beinhaltet. Ähnlich wie andere prozedurale Inhalte (z. B. motorische Fähigkeiten) sind diese Gedächtnisinhalte aktiv obwohl sie uns nicht bewusst sind, und zeigen sich in der Interaktion als implizites Handlungswissen, das unsere Beziehungsgestaltung beeinflusst. Sie gründen sich auf unsere emotionalen, kognitiven und körperlichen Erfahrungen und werden über verschiedenste Kanäle, wie z. B. Haltung, Gestik, Prosodie, Bewegung oder Mimik in unser aktuelles Erleben getragen.

Die Wirksamkeit der Rekapitulation körperlicher Empfindungen für die Affekt-

mobilisierung kann durch die bereits erwähnte Theorie der somatischen Marker und Überlegungen zum Körpergedächtnis erklärt werden. Somatische Marker können auch als affektiv-somatische Entscheidungshilfen verstanden werden, wie beispielsweise ein ungutes „Bauchgefühl“ zu haben. Mit einer emotionalen Erfahrung geht auch ein körperlicher Zustand einher (Shen et al., 2018), der ebenfalls als Teil der Erinnerung abgespeichert wird (wie z. B. der Körper in einer Interaktion erlebt wurde, oder wie er von anderen behandelt wurde). Diese somatischen Marker können in Zukunft bei einer ähnlichen Situation reaktiviert werden und lösen damit auch die verbundenen Körperempfindungen (das „Bauchgefühl“) aus (Schreiber-Willnow, 2016, S. 28f.). Diese Marker sind adaptiv und können sich in Abhängigkeit nachfolgender Erfahrungen auch wieder verändern. Diese Überlegungen eröffnen die Möglichkeit dysfunktionale somatische Marker zu korrigieren, die im Rahmen von traumatischen Erfahrungen akquiriert wurden und in der gegenwärtigen Situation zu übermäßig ängstlichen Entscheidungen führen und damit ein „schlechter Ratgeber“ sind (Schreiber-Willnow, 2016, S.35). Das Körpergedächtnis wird dem impliziten Gedächtnis zugeordnet, da es sich dem expliziten Abruf entzieht. Dabei steht es aber trotzdem in enger Verbindung zu expliziten Erinnerungsinhalten und existiert nicht in Isolation (Fuchs, 2012b). Vielmehr stellt es eine implizite Dimension von Erinnerungsinhalten dar, die Teil einer ganzheitlichen Erfahrung sind. Eine verbreitete Alltagsimplementation, um sich diese Verbindung zu Nutze zu machen, lässt sich in der Strategie finden, einen Raum erneut zu betreten, wenn der explizite Grund hierfür nicht mehr präsent ist. Es wird auf den Körper und die sensorische Wahrnehmung gehofft, die damit verbundenen expliziten Inhalte „zurückzuholen“.

Diese Verbindung des impliziten Körpergedächtnisses zu expliziten, aber möglicherweise verdrängten Gedächtnisinhalten, bildet die Grundlage für die von Geißler und Heisterkamp (2007) beschriebene gesprächstherapeutische Arbeit mit Körperempfindungen. Es gibt Hinweise, dass die frühen Beziehungserfahrungen durch die noch fehlende Entwicklung der Sprache (Draaisma & Kiefer, 2012) eher als Körperempfindungen in Form einer emotional-prozeduralen Erinnerung nach Geuter (2015) gespeichert werden, weswegen diese Inhalte nach Geißler und Heisterkamp auch besser über Körperempfindungen zu erreichen sind. Die adaptive Natur der somatischen Marker und des Körpergedächtnisses bildet aber auch den Ansatz für

die Verfahren, die direkt am Körper ansetzen. So können neue Körpererfahrungen gemacht und somatische Marker neu besetzt werden, die einen Ausbruch aus der Wiederholung pathologischer Muster initiieren können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Körper die Psychoanalyse in vielfältiger Weise beschäftigt hat: Als Projektionsfläche der intrapsychischen Konflikte, als symbolisches Kommunikationsmittel das der Analytiker inhaltlich nutzen kann, und schließlich als Ansatzpunkt für die psychotherapeutische Behandlung. Diese Überlegungen finden sich mittlerweile in recht großem Umfang in der neurobiologischen Forschung bestätigt. Parallel zu diesen Überlegungen entwickelten sich aus der Leibpädagogik und Reformgymnastik der 60er Jahre eine Fülle von körperorientierten Verfahren, die gar nicht, oder nur in geringem Ausmaß psychoanalytisch begründet waren. Diese Seite der Entwicklung, die den Fokus auf die Behandlung der Seele durch den Körper legte, soll im folgenden Abschnitt behandelt werden.

2.2 Körperbezogene Verfahren

In der Psychiatriegeschichte finden sich eine Vielzahl von rein körperlichen Behandlungen psychischer Zustände, die heutzutage teilweise eine Wiedergeburt erfahren, u. a. kalte Duschen (Shevchuk, 2008), oder die Elektrokrampftherapie (Sartorius, 2018). Geschichtlich vornehmlich aus einer gewissen Ohnmacht gegenüber psychischen Störungen entstanden, konnten über die Zeit auch einige Erfolge mit Behandlungen wie z.B. der Hydrotherapie erzielt werden (Windeck, 2012). Basis war hier die Annahme eines körperlichen Ungleichgewichts. Durch die Harmonisierung und Rückführung des Körpers in Homöostase (z. B. durch eine spezifische Diät und Reizumgebung) sollten auch die psychische Symptome verschwinden. Verfahren wie die Hydrotherapie verschwanden im Rahmen der Professionalisierung der Psychiatrie zu großen Teilen wieder, das Konzept der Harmonisierung überdauerte aber bis in die Konzepte der Bewegungs- und Arbeitstherapie der DDR (Schott & Tölle, 2006).

Diese und andere alternative Verfahren entwickelten sich, wie bereits erwähnt, zunächst parallel zu den tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Verfahren. Erste Vorarbeiten leistete u. a. Elsa Gindler mit ihrem *Seminar für harmonische Körperausbildung* (1917). Bei den als Selbsterfahrung konzipierten Seminaren soll-

ten durch Interozeption Bewegung und Haltung des Körpers bewusst gemacht und ggf. verändert werden, damit der Körper seine „natürlichen Funktionen“ wieder erfüllen kann (Geuter, 2004). Die theoretische Fundierung der späteren Bewegungstherapie ging eher auf Konzepte der Bewegungslehre wie z. B. von Kurt Meinel zurück, die die generelle Bedeutung der Motorik für die menschliche Entwicklung in den Vordergrund stellt (Meinel, 1960). Das Ziel war hier eine positive Beeinflussung des Befindens durch eine Harmonisierung der Körperbewegung. Wie eine solche harmonisierte Körperbewegung aussieht war dabei relativ klar festgelegt, was eher wenig Individualität im Umgang mit verschiedenen PatientInnen implizierte.

Fortgeführt und konkret mit der Psychologie verwoben wurde das Konzept der Bewegungstherapie durch Junova und die von ihr begründete Psychogymnastik (Junova & Knoblock, 1966, zitiert nach Wilda-Kiesel et al., 2011), bei der konkrete, konflikthafte Alltagssituationen einzelner Patienten, aber auch alltägliche Situationen, in der Gruppe geübt und reflektiert werden. So können in Spielform Übertragungen bearbeitet werden. Weitere Themen sind Phantasie und Märchen, die Beziehung innerhalb der Gruppe und das Verhältnis zur Therapie.

Eine weitere Strömung, die körperliche Aspekte der Erfahrung aufgriff, waren die humanistischen Therapieverfahren (Geuter, 2015). Sie betonten die Wichtigkeit der Erfahrung des Spürens, und stellen die „erlebende“ Person ins Zentrum. Auch der Therapeut wurde neu eingeordnet, dem Bild des wissenden, distanzierten Therapeuten wich dem eines empathischen und unterstützenden Begleiters. Diese Überlegungen fanden in viele Körper- und Bewegungsverfahren Eingang. Wegen der eher geringen Theoriebildung dieser Schule sind sie aber selten explizit Teil der theoretischen Konzeption (Geuter, 2015). Auf diesen Erfahrungen aufbauend entwickelten sich viele weitere körperorientierte Verfahren wie z. B. die in den USA weit verbreitete Tanztherapie (Homann, 2010), Entspannungsverfahren wie etwa die Progressive Muskel Relaxation nach Jacobson (PMR) (Helmer, 2008). In Westdeutschland entwickelte sich weiterhin die konzentrierte und in Ostdeutschland die kommunikative Bewegungstherapie heraus, die im Folgenden noch genauer beschrieben werden sollen.

2.3 Gruppentherapie

Die KomBt ist als adjuvante Gruppentherapie konzipiert, deswegen soll im Folgenden ein kurzer Überblick über die Wirkfaktoren gruppentherapeutischer Verfahren gegeben werden.

Eine Psychotherapiegruppe kann auch als ein eigenständiger „sozialer Mikrokosmos“ verstanden werden (Yalom, 2007), in dem ein Erfahrungsraum für das Interagieren mit anderen Menschen zur Verfügung gestellt wird. In der Gruppe wird ein therapeutisches Setting hergestellt, in dem Beziehungen reflektiert und neue Erfahrungen gemacht werden können. Yalom (2007) hat 11 Wirkfaktoren der Gruppentherapie expliziert:

1. *Hoffnung wecken:* In der Gruppe können andere PatientInnen beobachtet werden, die in der Therapie evtl. schon weiter fortgeschritten sind, und so Hoffnung für eine eigene erfolgreiche Therapie wecken. Andere Patienten sind dabei gute Identifikationsobjekte, da sie den Patienten ähnlich sind und sie ggf. Teile ihrer eigenen Pathologie wiedererkennen können. Dieser Faktor ist häufig die Grundlage dafür, dass die PatientInnen überhaupt in der Therapie bleiben, und essentiell für die Therapiemotivation.
2. *Universalität des Leidens:* Zu Beginn der Therapie liegt häufig die Überzeugung der Einzigartigkeit des eigenen Leidens und eine damit verbundene Einsamkeit im Leiden vor. Diese Einsamkeit mit der eigenen Krankheit wird in vielen Fällen durch eine einhergehende soziale Isolation weiter verstärkt. Die Gruppe bietet eine Möglichkeit des Austauschs, und die Erkenntnis des „Im-selben-Boot-Sitzens“ für die PatientInnen. Eine Gemeinschaftserfahrung wird geschaffen und Einsamkeit in der Krankheit reduziert.
3. *Mitteilen von Informationen:* Informationen können in Form von Psychoedukation durch die TherapeutIn, zu allgemeinen Aspekten der psychischen Gesundheit, mitgeteilt, aber auch als impliziter Lernprozess während der Therapie akquiriert werden. Ratschläge von anderen PatientInnen sind vor allem in jüngeren Gruppen häufig, die Nützlichkeit dieser Informationen liegt aber weniger im Inhalt, sondern eher in dem damit formulierten Beziehungsangebot (z. B.: „Ich interessiere mich für dich, ich möchte dir helfen.“).

4. *Altruismus*: Der Wechsel zwischen Hilfe geben und empfangen fördert die Rollenflexibilität, und auch der Akt des Hilfespendens kann heilsam sein. Das Gefühl gebraucht zu werden ist hier ein ebenso wichtiger Faktor wie durch die Hilfe aus der Gruppe gehalten und aufgefangen zu werden. Über den Altruismus kann auch eine übermäßige Beschäftigung mit sich selbst in Form einer „Suche nach dem Sinn“ reduziert werden, und stattdessen z. B. in der Interaktion mit anderen gefunden werden.
5. *Korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der Primärfamilie*: Die Gruppe stellt einen sozialen Raum dar, in dem PatientInnen ihre primären familiären Erfahrungen auf die Mitglieder der Gruppe übertragen. Dabei reinszenieren sich auch problematische Erfahrungen, die in der Gruppe nun korrigierend erfahrbar werden, in dem u. a. Gefühle reflektiert und Verhaltensalternativen aufgezeigt werden. Diese Aufarbeitung früher Erfahrungen in einer „symbolischen Familie“ ist für PatientInnen deutlich einfacher als die reale Konfrontation mit z. B. den Eltern.
6. *Entwicklung sozialer Kompetenz*: In der Gruppe wird offenes Feedback gefördert. Diese Rückmeldungen können dabei genauso hilfreich sein, wie das offene Kommunizieren der eigenen Bedürfnisse und Gefühle als Feedback-Gebender. Für die PatientInnen bedeuten diese Rückmeldungen Einsichten in ihr interpersonales Verhalten, aber auch die Möglichkeit zur Entwicklung von Kompetenzen, die für den weiteren Therapieverlauf hilfreich sind.
7. *Imitationsverhalten*: PatientInnen können während der Therapie Andere beim Problemlösen beobachten, und machen sich so eine sehr wirkungsvolle Form des Lernens zunutze; die Imitation. Diese Art des Lernens ist vor allem zu Beginn der Therapie wichtig, wenn noch viel Unsicherheit und wenig Wissen über den Therapieprozess besteht. Die Imitation bietet so die Möglichkeit andere PatientInnen „anzuprobieren“ und herauszufinden, welche Strategien oder Verhaltensweisen für den PatientInnen selbst funktionieren könnten, und welche sie in ihrer eigenen Therapie eher vermeiden möchten.
8. *Interpersonales Lernen*: Das interpersonale Lernen stellt für Yalom einen Kernpunkt der Wirksamkeit von Gruppentherapie dar, da die interpersona-

le Beziehung für Menschen eine besonders wichtige, gar überlebenswichtige Rolle darstellt (Baumeister & Leary, 1995). Die Gruppe als sozialer Mikrokosmos bietet dabei die Möglichkeit Verzerrungen der eigenen Wahrnehmung von anderen, als Folge früherer Interaktionserfahrungen, zu reflektieren und durch ein neues interpersonales Verhalten zu korrigieren. Dabei spielen die persönliche Reflexion, aber auch das Feedback der anderen Gruppenmitglieder eine wichtige Rolle. Die psychische Krankheit wird in diesem Rahmen interpersonal erlebbar und eine Einsicht in die Eigenverantwortung in Beziehungsgestaltung wird ermöglicht. Ziel des interpersonalen Lernens ist die Entwicklung von Kompetenzen, die flexible, umfassende, empathische und generell anpassungsfördernde Reaktionsweisen beinhalten. Diese Reaktionsweisen sollen die PatientInnen befähigen, ihre interpersonalen Beziehungen in einer Art zu gestalten, die ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse erfüllen kann.

9. *Gruppenkohäsion*: Die Gruppenkohäsion kann als Kernstück der therapeutischen Beziehung in der Gruppentherapie verstanden werden. Sie ist die „Attraktivität der Gruppe für ihre Teilnehmer“ (Yalom, 2007, S. 82) und von enormer Wichtigkeit für den Erfolg der Therapie. Erst wenn sich die Gruppenmitglieder als Teil einer therapeutischen Allianz verstehen, und sich in der Gruppe ohne Vorbehalte inszenieren, können die anderen Wirkfaktoren zum Tragen kommen. Die Gruppenkohäsion bietet gleichzeitig Sicherheit und Halt in schwierigen Phasen der Therapie, und fördert Prozessfaktoren wie die aktive Sitzungsteilnahme.
10. *Existenzielle Faktoren*: Die Konfrontation mit eher philosophischen Themen, die durch die Arbeit in der Gruppe berührt werden können, wie z. B. die Subjektivität des Erlebens, die Unvorhersehbarkeit des Lebens oder auch die Sterblichkeit, sind ebenfalls wichtiger Bestandteil des Gruppenprozesses.
11. *Katharsis*: Das Ausleben von bisher unterdrückten Affekten in der Gruppe kann als psychische Reinigung erlebt werden, und das Loslassen von spezifischen Themen befördern. Dieser Faktor beinhaltet nicht die Reflexion dieser Affekte, sondern das reine Ausleben von Gefühlen, die bisher unterdrückt

oder versteckt wurden.

Nach Yalom gestaltet sich ein archetypischer Heilungsprozess wie folgt: Die Pathologie des Patienten reinszeniert sich interpersonal in der Gruppe, wodurch sie für den Patienten selbst und die anderen Gruppenmitglieder erlebbar wird. Darauf folgt Feedback der Gruppe auf dieses Erleben, sowie Selbstreflexion des Patienten, die in einer Einsicht in die Eigenverantwortung der Beziehungsgestaltung und die Sequenz seiner Pathologie mündet (z. B. Abwerten von anderen Patienten führt zu Ablehnung, was wiederum als Grund für die Ablehnung und weitere Selbstzweifel erlebt wird). Nach Akzeptanz dieser pathologischen Sequenz kann eine Veränderung der Beziehungsgestaltung in der Gruppe erprobt werden. Der Patient realisiert, dass seine differentielle Beziehungsgestaltung nicht die Konsequenzen nach sich gezogen hat wie erwartet („Wenn ich Zuneigung ausdrücke dann erleben mich andere als nervig/anhänglich.“). Das neue Verhalten wird dann auch außerhalb der Gruppe erprobt, und führt in Form einer Spirale der Anpassung zu befriedigenderen Beziehungen, weniger sozialer Angst und höherer Selbstachtung.

Auch die KomBt arbeitet mit der Erprobung und Reflexion neuen Verhaltens in einer Gruppe, im Unterschied zur Gesprächstherapie findet diese Arbeit aber hauptsächlich in der Bewegung und Körperempfindung statt. Das theoretische Konzept der KomBt soll im nächsten Abschnitt erläutert werden.

2.4 Die Kommunikative Bewegungstherapie

„Um uns wahrnehmen, begreifen und verstehen zu können, inszenieren wir uns; in diesen Inszenierungen und ihren Wirkungen auf andere Menschen sowie deren Reaktionen auf unsere Handlungen erfahren wir uns.“ (Wulf 2004, S. 176, zit. nach Geißler & Heisterkamp, 2007)

Die KomBt wurde erstmals 1968 von Anita Wilda-Kiesel beschrieben. Sie ist Bewegungstherapie, weil sie Körpersprache und Körperbewegung als therapeutische Mittel miteinbezieht. Gleichzeitig ist sie aber auch psychotherapeutische Methode, weil sie neue (körperliche) Erfahrungen mit anderen Menschen ermöglicht, und über die Reflexion der Körpererfahrung eine differenziertere Wahrnehmung der eigenen Emotionen ermöglicht. Sie ist handlungsorientiert, da die Störungen der

PatientInnen in der Handlung erlebt und bearbeitet werden, und das Gespräch eine untergeordnete Rolle spielt. Die Inhalte der KomBt orientieren sich an der Gruppendynamik, weswegen sie tiefenpsychologisch orientiert ist (Wilda-Kiesel et al., 2011, S. 20).

Die KomBt fügt sich in die stationäre Behandlung als wichtiges Komplement zur Gesprächstherapie ein, wobei sich beide Verfahren gegenseitig informieren und aufeinander Bezug nehmen. Insbesondere für die konkrete Gestaltung der KomBt-Stunde wird sich an der Gruppendynamik orientiert. Dieses Konzept stammt aus der intendiert dynamischen Gruppentherapie, die sich parallel zur KomBt in Ostdeutschland entwickelte (Schreiber-Willnow, 2013). Die intendierte dynamische Gruppentherapie nimmt Phasen der Gruppenentwicklung und Dynamik in geschlossenen Gruppen an, die das Verhalten des Gruppenleitenden und die thematische Ausrichtung der Gruppe bestimmen. Diese Phasen wurden im stationären Setting auch auf halboffene psychodynamische Gruppen übertragen. Die Berücksichtigung dieser Phasen ermöglicht eine inhaltliche Ausrichtung der adjuvanten Therapieverfahren auf einen Gruppenfokus, um den Teilnehmenden aktuell wichtige unbewusste Gruppenthemen zu verdeutlichen. Im Folgenden sollen die für die intendierte dynamische Gruppe beschriebenen Gruppenphasen und die damit verbundenen Themen dargestellt werden.

2.4.1 Die Anwendung der Kommunikativen Bewegungstherapie auf die Phasen der Gruppendynamik

1. *Orientierungsphase:* Zu Beginn der Behandlung steht das Beobachten und Kennenlernen im Vordergrund und für den Einzelnen die Integration in die Gruppe. Die Gefühle der PatientInnen sind meist von Unsicherheit oder auch Angst geprägt, und speziell in der KomBt besteht häufig kein Vorwissen oder Vorerfahrung zum Verfahren. Ziele sind folglich vor allem das Vertrautwerden mit der Methode und der KomBt-TherapeutIn, das Wahrnehmen des Körpers und das Kennenlernen der anderen Gruppenmitglieder. Eine typische Übung für diese Phase ist das freie Gehen im Raum, bei dem die Gruppenmitglieder begrüßt werden, und man sich selbst den anderen vorstellt. Eine erste Reflexion der Körperbewegung wird angeregt, mit Fragen wie: Wie be-

wege ich mich im Raum? Wie groß sind meine Schritte? Wohin schaue ich? (Wilda-Kiesel et al., 2011, S. 132;154)

2. *Phase der Auseinandersetzung*: Nachdem sich die Gruppe kennengelernt hat, erste Beziehungen innerhalb der Gruppen entstanden sind und sich eine hierarchische Gruppenstruktur abzeichnet, beginnt die „Phase der Auseinandersetzung“. Auseinandersetzung meint hier das Beschäftigen mit dem eigenen Verhalten ebenso wie die direkte Auseinandersetzung mit anderen Gruppenmitgliedern. In dieser Phase sollen die Konflikt- und Entscheidungsfähigkeit der PatientInnen gefördert, und durch die Gruppe reflektiert werden. Eine KomBt-Übung in dieser Phase könnte z. B. das Versperren des Weges beim freien Gehen darstellen, die von einer anderen TeilnehmerIn überwunden werden soll. Die TeilnehmerInnen sollen beide Rollen ausprobieren und so auch Erfahrungen mit einem Verhalten machen, das für sie eher ungewöhnlich, oder nicht intuitiv ist (Wilda-Kiesel et al., 2011, S. 133;183). Die eigenen Bedürfnisse sollen angemessen durchgesetzt werden, und die damit verbundene Emotionalität erlebt werden.
3. *Arbeitsphase und emotionale Phase*: Durch die Auseinandersetzung und die damit erreichte Gruppenstruktur wird die Kohäsion der Gruppe gestärkt. Sie bietet damit einen geschützten Raum, in dem sich die PatientInnen bereit fühlen, sich über ihre Gefühle zueinander, aber auch über Stärken und Schwächen auszutauschen. Diese erlebte Nähe ist häufig mit starken Ängsten und entsprechenden Widerständen verbunden. Die KomBt unterstützt das Bewusstmachen dieser ambivalenten Aspekte des Anvertrauens und der Nähe. Dies kann zum Beispiel das Führen eines Patienten sein, der seine Augen geschlossen hält. Bei einer anderen Übung zu diesem Fokus steht die Gruppe im Kreis, ein Patient steht in der Mitte. Der in der Mitte Stehende soll nun jedes einzelne Mitglied zu sich auf den Abstand heranwinken, den er zu diesem fühlt (Wilda-Kiesel et al., 2011). Diese Übungen sollen den PatientInnen helfen ihre Emotionalität erfahrbar und spürbar zu machen. Die PatientInnen nehmen verstärkt aufeinander Bezug, und die KomBt-TherapeutIn hält sich bei Reflexion mehr im Hintergrund. Die Themen werden von den Inhalten der Gesprächstherapie dominiert, die in dieser Phase einen körperlichen

Ausdruck finden können. Gleichzeitig hilft der engere Gruppenzusammenhalt bei der Bewältigung und Verarbeitung dieses Körpererlebens.

4. *Phase des Abschiedes*: Der Abschluss einer stationären Behandlung beinhaltet viele Abschiede; von TherapeutInnen, der Gruppe und der Therapie an sich, als eine Periode der Auseinandersetzung und Selbstreflexion. Der Abschied ist häufig durch eine Freude es „geschafft“ zu haben, aber auch der Angst vor der Rückkehr in den Alltag gekennzeichnet. Dieser Abschied kann z. B. durch ein Mitgeben von Wünschen für die Zukunft des Patienten durch die MitpatientInnen, oder das Teilen von gemeinsamen Erfahrungen, gestaltet werden (Wilda-Kiesel et al., 2011, S. 136;239).

Jede der beschriebenen Phasen korrespondiert mit unbewussten Beziehungsmotiven, Gefühlen und Fantasien in der Gruppe. Durch ein bestimmtes TherapeutInnenverhalten in der Gesprächsgruppentherapie und entsprechende Übungen in der KomBt wird es möglich, die Reflektion des unbewussten Geschehens in der Gruppe zu fördern. Auch wenn diese Phasen ursprünglich für geschlossene Gruppen konzipiert wurden, ist dieser Ansatz auch für halboffene Gruppen anwendbar. Dafür wird der aktuelle unbewusste Gruppenkonflikt bestimmt, und die ergänzenden Verfahren der multimodalen Behandlung auf diesen ausgerichtet.

2.4.2 Abgrenzung zur konzentrativen Bewegungstherapie

Die Abgrenzung des sehr ähnlichen Verfahrens der konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) illustriert zum Einen einige Kernkonzepte der KomBt, und bietet zum Anderen einen Einblick in die Vergleichbarkeit der beiden Verfahren, da in der Auswertung der vorliegenden Daten auch auf Untersuchungen der konzentrativen Bewegungstherapie zurückgegriffen wird.

Die KBT baut ebenfalls auf der Bewegungsarbeit von Elsa Gindler auf, und wurde erstmals 1958 durch Helmut Stolze vorgestellt. Sie entwickelte sich in Westdeutschland analog zu der kommunikativen Bewegungstherapie in Ostdeutschland, und ist auch heutzutage vornehmlich in Westdeutschland verbreitet (Schreiber-Willnow, 2013). Sie setzt ebenfalls auf die Wichtigkeit von Körperempfindungen zur Affektmobilisierung und neuer Körpererfahrungen, da frühe leibliche Erfahrungen als Basis für spätere Beziehungsmuster angenommen werden. Die Fokussierung

auf Körperempfindungen soll verdrängte Gedächtnisinhalte bearbeitbar machen, und das „Implizite explizieren“ (Schreiber-Willnow & Seidler, 2012). Diese Explikation soll über das in Worte fassen der Körperempfindungen ermöglicht werden, die diese Empfindungen für die PatientInnen erklärbar machen.

Marlock (2006) bietet mit seinen „Polaritäten der körperpsychotherapeutischen Arbeit“ einen Ansatz zum Vergleich verschiedener körperbezogener Verfahren (zit. nach Schreiber-Willnow, 2013). In Bezug auf die Pole Behandlung vs. phänomenologische Orientierung ist die KomBt direkter konzipiert und sieht bestimmte Übungen für bestimmte Phasen des Gruppenprozesses vor, während die KBT eher individuell und phänomenologisch orientiert ist. Die Gruppe bietet hier eher den Rahmen für die individuelle Behandlung. Beide Verfahren versuchen Wissen über den Körper zu erkunden, reflektieren und verändern. Die KBT arbeitet dabei in der Gesprächsphase nach den Übungen auch mit den Mitteln der Gesprächstherapie, während die KomBt eher funktional arbeitet, und biographische oder tiefenpsychologische Bezüge erst in der Gesprächstherapie thematisiert werden. Der Fokus liegt bei der KomBt klar auf den non-verbalen Prozessen, während bei der KBT der sprachliche Dialog fester Bestandteil der Stunde ist. Beide Verfahren arbeiten im „Hier und Jetzt“ der Therapie, wenngleich in der KBT besonders in der anschließenden sprachlichen Bearbeitung der Biographie eine größere Rolle zukommt, während diese Verbindungen im Rahmen der KomBt eher nicht bearbeitet werden, sondern in der Gesprächstherapie aufgegriffen werden. Beide Therapien schaffen aber einen neuen als-ob „Erlebensraum“, in dem Beziehungserfahrungen körperlich durchgespielt werden, sowie neues Verhalten ausprobiert und neue Beziehungserfahrungen gemacht werden können. Diese Erfahrungen werden dann in einem zweiten „Arbeitsraum“ im Gespräch auf einer erwachsenen Ebene reflektiert (Schreiber-Willnow, 2016, S. 44). Diese beiden Räume werden in der KBT von einer Person geleitet, während es in der KomBt eine personale und räumliche Teilung in Körper- und Gesprächstherapie gibt. Die beiden TherapeutInnen stehen zwar in engem Austausch zu den Themen der Gruppe und stimmen sich aufeinander ab, allerdings wird in der Gesprächstherapie eher mit den subjektiven Körpererleben der PatientInnen gearbeitet und nicht mit der körperlichen Übertragung, wie sie von der KomBt-TherapeutIn erlebt wird. Die Einbindung der Inhalte der KomBt wird gefördert durch die zeitliche Anordnung im Therapieplan, bei dem

die Gesprächstherapie nach der KomBt durchgeführt wird. Es ist im Rahmen einer stationären Kombinationsbehandlung aber auch durchaus möglich, dass die Erfahrungen aus der KomBt nur indirekt in die Gesprächstherapie mit einfließen. In der KBT hingegen führt die gleiche TherapeutIn sowohl die körperlichen Übungen, als auch den anschließenden gesprächstherapeutischen Teil durch. Zusätzlich werden die Themen der KomBt-Stunden durch die Gruppendynamik bestimmt, zu denen es verschiedene konkret formulierte Aufgabenstellungen gibt, während die KBT sich eher an einem „Protagonisten“ aus der Gruppe orientiert, und davon ausgehend individuelle Übungen entwickelt. Die Gruppe fungiert hier als ein haltender und schützender Rahmen, wobei auch Aufgaben an die Gesamtgruppe möglich sind. Während die KomBt also eher eine Brücke zwischen den Verfahren Gesprächstherapie und Körpertherapie darstellt, die sich gegenseitig informieren, versteht sich die KBT eher als ein eigenständiges Psychotherapieverfahren.

Wenn man die Kombinationsbehandlung aus KomBt und Gruppengesprächstherapie, wie sie im klinischen Kontext verwendet wird, mit der KBT vergleicht, sind sich die Verfahren aber in ihren Zielen und Übungen sehr ähnlich, weswegen in der Beurteilung des aktuellen Forschungsstands auch die KBT miteinbezogen wird.

2.4.3 Praktische Implementation der KomBt und Behandlungsplan

Die stationäre Behandlung beginnt im Asklepios Fachklinikum Stadtroda mit einer Vortherapiegruppe, die eher symptomorientiert und psychoedukativ arbeitet. In dieser Zeit findet auch der erste Kontakt mit der KomBt und den anderen komplementären Therapieverfahren statt. Nach dieser Vortherapie werden die PatientInnen in einem Gespräch mit den Therapeuten in 3 grundlegende Therapiegruppen eingeteilt, wobei für diese Untersuchung nur die ersten beiden Gruppen eine Rolle spielen, da die dritte Gruppe (TraumapatientInnen in erster stationärer Behandlung) keine KomBt erhält. Vornehmlich strukturell gestörte PatientInnen mit Diagnosen wie Ess- oder Persönlichkeitsstörungen sind in der Regel für die Therapiegruppe 1 vorgesehen. Hier wird einmal wöchentlich Gruppentherapie (45 Min.) mit vorhergehender KomBt (45 Min.) und begleitende Einzeltherapie durchgeführt. In der Therapiegruppe 2 finden sich eher konfliktgestörte PatientInnen mit

beispielsweise affektiven oder psychosomatischen Störungen. Diese Gruppe erhält keine zusätzliche Einzeltherapie und stattdessen zweimal wöchentlich KomBt und Gruppentherapie á 45 Minuten. Die zusätzlichen Therapieangebote wie Gestaltungstherapie und Holzbildhauerei unterscheiden sich nicht zwischen den Gruppen.

3 Empirischer Forschungsstand

Die Körpertherapien haben, trotz ihrer weiten Verbreitung, eher wenig empirische Forschung hervorgebracht. Hier bilden auch die KomBt und KBT keine Ausnahme. Gründe hierfür könnten die große Heterogenität der Verfahren, die fehlende akademische Tradition (viele der Körpertherapien werden durch Berufsgruppen ohne Universitätsabschluss durchgeführt), aber auch die schwierige Implementation von statistischen Erhebungen im Klinikalltag sein. Zusätzlich wurden viele der Verfahren eher „handwerklich“ gelehrt, und zur Fundierung auf die klinische Erfahrung zurückgegriffen (Schreiber-Willnow, 2018). Es mangelt insbesondere an randomisierten kontrollierten Studien (RCTs), und die methodische Qualität der vorhandenen Studien gibt Anlass zu Kritik (Seidler, 2011).

In einer Meta-Analyse zur Körpertherapie (Rosendahl, 2018), die unter anderem auch die KBT mit einschloss, konnte trotz der Heterogenität der Verfahren ein mittlerer negativer Effekt auf die Psychopathologie, und ein kleiner negativer Effekt für die psychische Belastung gefunden werden. Besonders effektiv schien die Körpertherapie für affektive und somatoforme Störungen, während PatientInnen mit Schizophrenie eher weniger profitierten. Röhricht et al. (2019) konnten in einer randomisiert kontrollierten Studie bei PatientInnen mit somatoformen Störungen eine hohe Zufriedenheit der PatientInnen mit der Körpertherapie (in diesem Fall eine speziell für die somatoformen Störungen entwickelte manualisierte Körpertherapie, die Körpererfahrung, Bewegungsübungen und kreative Inszenierung beinhaltete), sowie eine signifikante Reduktion der somatischen Symptome und Depressivität, und eine Erhöhung der Selbstakzeptanz zeigen. Im Bereich der KBT überwiegen naturalistische Designs und Fragen der Prozessforschung. Schreiber-Willnow (2000) teilte PatientInnen einer stationären Behandlung mit KBT anhand Selbst- und Fremdbeurteilung zur Symptombelastung in erfolgreiche und weniger

erfolgreiche PatientInnen, und fand bei den erfolgreichen PatientInnen eine signifikante Verbesserung des körperbezogenen Selbsterlebens, während die weniger erfolgreichen PatientInnen nur geringe Veränderungen zeigten. Erfolgreiche PatientInnen hatten vor allem in der zweiten Behandlungshälfte einen besseren Zugang zu ihrem Körper, während bei weniger erfolgreichen PatientInnen dieser Zugang nach einem kurzen Anstieg zu Beginn der Behandlung stagnierte. In Bezug auf die Indikation für bestimmte Störungsgruppen scheint die KBT besonders wirksam für PatientInnen mit psychosomatischen Beschwerden, mittelschweren Depressionen und TraumapatientInnen. Für die Essstörungen kann keine eindeutige Aussage bzgl. der Wirksamkeit getroffen werden (Schreiber-Willnow, 2016, S.169).

Für den allgemeinen Erfolg der kombinierten stationären Behandlung, die in vielen Fällen auch Bewegungstherapie beinhaltet (Braun, 2015), konnten Lieberherz et al. (2015) in einer Meta-Analyse folgende Prädiktoren für die Vorhersage des Behandlungserfolgs (Symptombelastung bei Entlassung) ausmachen: Die Symptombelastung bei der Aufnahme (wobei hier eine höhere Aufnahmebelastung mit höherer Entlassungsbelastung einhergingen), der Anteil an PatientInnen mit Erstdiagnose Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (die Stichproben mit hohem Anteil hatten eine signifikant höhere Symptombelastung zur Entlassung) und das Alter der PatientInnen (ein höheres mittleres Alter hing mit einer geringeren Symptombelastung bei Entlassung zusammen). Für den speziellen Fall des Nichtanspruchs auf eine stationäre Behandlung (keine signifikante Verbesserung der Symptombelastung bei Entlassung) konnten Reuter et al. (2016) ein mittleres Initial-Niveau der Symptombelastung, sowie die komorbide Persönlichkeitsstörung als Prädiktoren finden. Zusätzlich war in ihrer Untersuchung noch der bisherige Anspruch auf stationäre Behandlung relevant. Als mögliche Begründung wurde hier u. a. eine höhere Veränderungsmotivation der stark belasteten gegenüber den nur mittelstark belasteten PatientInnen angeführt.

Im Bereich der KomBt gibt es bisher meines Wissens keine veröffentlichten Wirksamkeitsuntersuchungen, sondern nur einige Studien, in denen ein stationärer Aufenthalt in Gänze untersucht wird, wobei die KomBt als ein Teil der Behandlung nicht näher betrachtet wird. Ein Anfang zur empirischen Untersuchung der KomBt wurde durch die Entwicklung des Prozessfragebogens *IP-Kom* gemacht, in dem in Anlehnung an die Wirkfaktoren der Gruppentherapie nach Yalom und

Körperbildfragebögen vier wesentliche Wirkfaktoren und zugehörige Fragebogemitems erarbeitet wurden. Die Arbeitsgruppe um die Gründerin der KomBt Anita Wilda-Kiesel leitete diese theoretisch und aus der klinischen Erfahrung ab.

- Die erste Skala *Akzeptanz des eigenen Körpers* zielt mit Items wie: „Ich mag meinen Körper“, oder „Während der Therapiestunde habe ich mich in meinem Körper wohlfühlt“, auf das Konzept des Körperbildes und Körpererfahrung, das wie bereits beschrieben mit dem allgemeinen psychischen Wohlbefinden und verschiedenen Psychopathologien zusammenhängt (s. Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse).
- Die zweite Skala *Selbstwahrnehmung* deckt Themen der Affektmobilisierung und neues Erleben der eigenen Emotionalität mit ab, wie z. B. die Reflexion der eigenen Gefühle oder auch die subjektiv wahrgenommenen Beschwerden und positive Effekte der Therapie. Ein Item der Skala Selbstwahrnehmung lautet z. B.: „Durch die Therapie konnte ich meine Gefühle besser ausdrücken“.
- Die dritte Skala *Ich in der Gruppe* leitet sich aus den Wirkfaktoren der Gruppentherapie, im Speziellen aus der Gruppenkohäsion ab. Items erfragen hier das Gruppenerleben und die Einstellung zur Gruppe (z. B.: „Bei den Übungen habe ich die Gruppe als hilfreich erlebt“).
- Die vierte Skala *Differenzierung der Beziehungen* erfragt einen Aspekt des interpersonalen Lernens in der KomBt, bei der die Beziehungen zu anderen Personen durch eigene Bedürfnisse nach Nähe und Distanz ausgestaltet werden sollen. Außerdem wird erfragt, wie die PatientInnen diese Differenzierung erleben. Ein Item lautet beispielsweise: „Ich konnte einem anderen zeigen, dass ich mich ihm nahe fühle“.

Eine Überprüfung des dabei entstandenen Fragebogens fand in einer Masterarbeit statt. Dufke (2018) konnte faktorenanalytisch die vorgeschlagene 4-Faktor-Lösung nicht bestätigen und schlug stattdessen eine abgewandelte 2-Faktor-Lösung vor. Diese 2-Faktor-Lösung beinhaltete nur noch 10 Items, die beiden Faktoren

wurden als *Gruppenkohäsion* und *körperliches Wohlbefinden & Zuversicht* beschrieben. Sie hatten im vorliegenden Datensatz eine gute interne Konsistenz (Conbachs' $\alpha > .8$). Untersuchungen zur Validität liegen meines Wissens bisher nicht vor.

4 Forschungsziele & Hypothesen

Der Fragebogen IP-Kom-21 stellt die Basis der vorliegenden Arbeit dar, und wurde für die Auswertung entsprechend der von Dufke (2018) vorgeschlagenen 2-Faktor-Lösung angepasst. Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, mithilfe dieses Prozessfragebogens klinische Verläufe in den Variablen Gruppenkohäsion und körperliches Wohlbefinden & Zuversicht im Rahmen einer stationären Kombinationstherapie zu differenzieren. Eine erfolgreiche KomBt-Behandlung würde sich also in einer Verbesserung dieser beiden Variablen zeigen. Mit dieser Untersuchung soll keine Aussage über die konkrete Wirksamkeit des Verfahrens im Kontext der Gesamtbehandlung getroffen werden, sondern eher Prozesswissen zur Veränderung der KomBt-spezifischen Eigenschaften generiert werden. Die Bedeutung der KomBt für die Gesamtbehandlung soll aber zumindest rudimentär eingeschätzt werden, indem die Verläufe der beiden IP-Kom Variablen mit den Ergebnissen der allgemeinen Symptomveränderung (SCL-90) verglichen werden. Aus den Ergebnissen der Körpertherapie-, KBT- und allgemeinen Prozessforschung werden folgende Hypothesen abgeleitet: (Die Hypothesen V, VI und VII sind aufgrund der uneindeutigen bzw. fehlenden Studienlage explorativ ausgerichtet)

- I: PatientInnen mit einem besonders positiven Verlauf der IP-Kom Variablen weisen zum Ende der Behandlung eine größere Symptomreduktion (nach SCL-90) auf.
- II: PatientInnen mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F45) und affektiven Störungen (F32-F34) profitieren besonders von der KomBt-Behandlung und sind eher in positiv steigenden Verlaufsmustern und seltener in den stagnierenden oder negativen Verläufen zu finden.
- III: PatientInnen mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F61), sowohl als Haupt- als auch als Nebendiagnose, profitieren weniger von der KomBt-Behandlung, genau so wie PatientInnen mit mittlerer Symptombelastung (nach SCL-90). Diese PatientInnen sollten eher in den negativen oder stagnierenden Verlaufsmustern und seltener in den positiven Verlaufsmustern zu finden sein.

-
- IV: Eine positive Einstellung zur KomBt zu Beginn der Behandlung findet sich in den positiveren Verlaufsmustern und seltener in den stagnierenden oder negativen Verläufen.
- V: Eine höherfrequente Behandlung mit der KomBt (Therapiegruppe 2) führt zu differentiellen Verlaufsmustern im Vergleich zur Therapiegruppe 1.
- VI: Die Diagnosegruppe der PatientInnen mit Essstörungen (F50) zeigt differentielle Verlaufsmuster im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen.
- VII: Die Diagnosegruppe der F32-F34 mit Nebendiagnose F50 zeigt differentielle Verläufe im Vergleich zu den F32-F34 PatientInnen ohne F50 Nebendiagnose.

5 Methode

Im Folgenden sollen der vorliegende Datensatz und die Erhebung vorgestellt, sowie die Überlegungen zur statistischen Auswertung erörtert werden.

5.1 Datensatz & Erhebung

Der Datensatz der in dieser Arbeit untersucht werden soll, beinhaltet 270 PatientInnen des Asklepios Fachklinikums Stadtroda, die eine stationäre Therapie im Institut für Psychotherapie und psychosomatische Medizin absolviert haben. In der Klinik werden, unter Leitung von Hr. Dr. med. Wutzler, der die Zusammenarbeit in Form dieser Masterarbeit ermöglicht hat, psychodynamisch fundiert konflikt- und entwicklungsbedingte psychische und psychosomatische Störungen behandelt.

Es wurden zu drei Zeitpunkten (Beginn des stationären Aufenthalts, Halbzeit der Behandlung, Abschluss der Behandlung) der IP-Kom-21 erhoben, der eine VAS zur Erfassung der Einstellung zum KomBt-Verfahren mit einschließt („Ist die KomBt für sie hilfreich?“). Der IP-Kom-21 Fragebogen befindet sich im Anhang (A). Zu Beginn und Ende der Behandlung wurde außerdem die „Symptom-Checkliste“ (SCL-90) erhoben. Im SCL-90 wird „die subjektive empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen bis heute“ erhoben (Franke, 2016). Dabei kommen insgesamt 9 Skalen zum Einsatz: Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit. Er besitzt eine hohe interne Reliabilität (Cronbachs' $\alpha = .76$ bis $.92$) und eine gute Validität (Franke, 2016). Zusätzlich wurden bei Behandlungsbeginn verschiedene soziodemographische Variablen erhoben (siehe Tabelle 1). Die PatientInnen sind überwiegend weiblich (67%) und der Diagnosegruppe der affektiven Störungen zuzuordnen (73%), das Durchschnittsalter lag bei $M = 39$ ($SD = 11.95$). 77 PatientInnen durchliefen die Therapie in Therapiegruppe 1, 110 PatientInnen in der Therapiegruppe 2.

In die anschließende Analyse wurde nur PatientInnen eingeschlossen, für die eine Hauptdiagnose vergeben wurde, und die zu jedem Untersuchungszeitpunkt mindestens 50% vollständige IP-Kom-21 Werte vorweisen konnten. Die anschlie-

ßende Auswertung basiert hauptsächlich auf diesen Zeitverläufen, weswegen eine Imputation von zu vielen Werten pro Zeitpunkt zu einer zu großen Verzerrung der Daten geführt hätte. Mit der beschriebenen Bereinigung reduziert sich die Zahl der PatientInnen auf 184 PatientInnen. Für die jetzt noch fehlenden IP-Kom-21 Werte wurde eine Forest-Imputation mit dem RStudio-Paket „MissForest“ durchgeführt, das auch nicht lineare Verläufe berücksichtigt, und keine Vorannahmen über die Daten benötigt (Smith et al., 2019). Da für die Zeitverläufe der IP-Kom-Variablen bisher noch keine Untersuchungen vorliegen, sollten in der Imputation möglichst wenig Vorannahmen über den Verlauf und Eigenschaften der Variablen gemacht werden. Nach der Imputation der IP-Kom-21 Werte bestehen im gesamten Datensatz noch 1.7% fehlende Werte.

Eine Analyse der entfernten Werte zeigt, dass vor allem PatientInnen ausgeschlossen wurden, die die Therapie frühzeitig abbrachen, und deswegen keine Messwerte zu den Zeitpunkten 2 und 3 vorweisen können. Die stichprobenartig getesteten Merkmale dieser Subpopulation (Alter, SCL-90 Wert zu Zeitpunkt 1, Einstellung zur KomBt zu Zeitpunkt 1, Geschlecht) unterschieden sich nicht signifikant von den eingeschlossenen PatientInnen ($t_{Alter}(131) : -1.178, p > .05$; $t_{SCL-90}(113) : .338, p > .05$; $t_{KomBt_1}(100) : .266, p > .05$; $t_{Geschlecht}(131) : -.556, p > .05$). Die folgende Tabelle 1 beschreibt die bereinigte Stichprobe, die die Grundlage für die anschließenden Untersuchungen darstellt. Die Diagnosegruppen wurden jeweils angepasst auf die im Datensatz tatsächlich vorkommenden Störungsbilder, weswegen beispielsweise die Diagnosegruppe „affektive Störungen“ als Diagnosegruppe F32-F34 beschrieben wird. Die Diagnosegruppe F32-F34 wurde zusätzlich noch in Bezug auf eine komorbide Essstörung differenziert. Die erste Nebendiagnose wurde als dichotomer Faktor (F60-F69 Diagnose vs. keine F60-F69 Diagnose) aufgenommen. Eine ausführliche Übersicht der verschiedenen Diagnosegruppen findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 1:
Übersicht der Stichprobe

	<i>N</i> (184)	<i>M</i> (<i>SD</i>)/ %
Alter	182	39.11 (11.95)
Geschlecht	184	
männlich	66	35%
weiblich	118	64%
Schulabschluss	184	
kein Schulabschluss	1	0.5%
Hauptschulabschluss	9	5%
Realschulabschluss	39	21%
Berufsschulabschluss	53	28%
Abitur	37	20%
Universitäts-/Fachhochschulabschluss	44	24%
Berufssituation	182	
Vollzeit	71	39%
Teilzeit	25	14%
in Ausbildung	17	9%
arbeitslos	55	30%
berentet	14	8%
Kinder	183	
keine	82	45%
eins	49	27%
zwei	34	19%
drei und mehr	18	10%
Haushalt	181	
allein lebend	89	49%
mit Partner zusammen lebend	92	51%
Therapiegruppe	184	
Gruppe 1	75	41%
Gruppe 2	109	59%

Tabelle 2:
Übersicht der Diagnosegruppen

Diagnosegruppe/Hauptdiagnosen	N(184)	%
Diagnosegruppe F32-F34:	127	69%
F32	32	
F33	94	
F34	1	
Diagnosegruppe F32-F34 (Nd. F50):	8	4%
F33	8	
Diagnosegruppe F40-F45:	20	11%
F40	1	
F41	10	
F42	2	
F43	3	
F45	4	
Diagnosegruppe F50:	8	4%
F50	8	
Diagnosegruppe F60-F61:	21	11%
F60	13	
F61	8	

5.2 Statistisches Verfahren

Der Datensatz enthält eine große Anzahl an soziodemographischen Kovariaten, sowie die ICD-10-Diagnosen und Fragebogen-Scores zu drei Zeitpunkten. Allerdings gibt es keine Kontrollgruppe. Das verhindert eine klassische Wirksamkeitsermittlung und erfordert speziellere Methoden. In dieser Arbeit wird auf ein Clustering-Verfahren speziell für längsschnittliche Daten zurückgegriffen, um eine induktive Dichotomisierung in erfolgreiche und nicht erfolgreiche PatientInnen zu vermeiden, und stattdessen anhand der vorhandenen Datenstrukturen Verlaufs- und da-

mit Vergleichsgruppen zu bilden. Dieses Verfahren vermeidet arbiträre Cut-off-Bestimmungen ebenso wie einen möglichen Bias in der Erstellung dieser Kriterien. Die statistische Auswertung wurde in RStudio Version 1.4.1106 durchgeführt (RStudio Team, 2021). Das hier verwendete R-Paket „kml“ (Genolini & Falissard, 2011) bietet eine Möglichkeit deduktiv mehrfach Clusterlösungen zu testen, und anhand verschiedenster Qualitätskriterien zu beurteilen. Die Grundfunktionen dieses Pakets basieren auf dem k-means Algorithmus, der zu den EM (expectation-maximization) Algorithmen zählt. Zuerst wird zufällig jede Beobachtung einem Cluster zugeteilt. In der „Expectation“-Phase werden Clusterzentren berechnet. In der folgenden „Maximization“-Phase wird jede Beobachtung dem nächsten Clusterzentrum zugeordnet. Diese beiden Phasen werden abgewechselt, bis keine Veränderungen mehr in den Clustern zu beobachten ist.

Im kml-Paket wird dieser Prozess beliebig oft wiederholt, um die Wahrscheinlichkeit, dass lediglich ein lokales Maximum des Algorithmus vorliegt, zu verringern. Anschließend können die entstandenen vorgeschlagenen Clusterlösungen in Anbetracht verschiedenster Qualitätskriterien (u. a. Caliński & Harabasz, 1974; Davies & Bouldin, 1979; Ray & Turi, 1999) beurteilt werden. Eine gute Clusterlösung hat eine niedrige Intraclostervarianz, die Personen, die zusammen in einem Cluster gruppiert werden sind sich also sehr ähnlich, und gleichzeitig eine hohe Interclustervarianz, die Cluster sind also gut voneinander unterscheidbar. Die Qualitätskriterien enthalten verschiedene Abwandlungen eines Quotienten aus diesen beiden Merkmalen. Bei einer klaren Clusterstruktur eines Datensatzes sollten die verschiedenen Kriterien in ihrer Empfehlung der Clusteranzahl übereinstimmen.

Ein Problem dieses Verfahrens besteht in der kategorialen Zuordnung der Personen zu den Clustern. Die Betrachtung der Qualitätskriterien zeigt, dass es im vorliegenden Datensatz keine eindeutige Kongruenz in den Qualitätskriterien bzgl. der Clusteranzahl gibt, und damit keine eindeutige Clusterlösung vorliegt.

Eine andere Option ist die Clusterzugehörigkeit als Affinität und damit als kontinuierliche Variable zu verstehen. Zur Berechnung dieser Affinitäten wird in dieser Arbeit auf einen fuzzy-k-means-Algorithmus zurückgegriffen. Ein solcher Algorithmus vermeidet explizit die „klare“ Einteilung in Cluster und bildet stattdessen Affinitäten, mit denen für jede Person die Zugehörigkeit zu allen vorhandenen Ausprägungen (in diesem Fall Clustern) berechnet wird (Bezdek, 1981).

Dabei werden analog zum k-means Verfahren Clusterzentren berechnet, und anschließend Gewichte für jedes Clusterzentrum für jede Person gebildet. Im Paket kml ist ein solcher fuzzy-k-means Ansatz implementiert, der Clusterzentren und eine Clusteranzahl zur Berechnung benötigt. Die Clusterzentren wurden mit der *k-means++* Methode gebildet (Arthur & Vassilvitskii, 2006), die eine Verbesserung der klassischen randomisierten Erstellung initialer Cluster darstellt.

Die entstandene fuzzy-Partition wurde einer Überprüfung durch verschiedene Validitätsmaße unterzogen. Es wurden der *Partition Coefficient* (PC, (Bezdek, 1973)), *Partition Entropy* (PE, (Bezdek, 1981)), *Modified Partition Coefficient* (MPC, (Dave, 1996)), der *Fuzzy Silhouette Index* (SIL.F, (Campello & Hruschka, 2006)) und der *Xie und Beni Index* (XB, (Xie & Beni, 1991)) betrachtet. Der PC beschreibt wie eindeutig die Daten den Clustern zugeordnet werden können, ein höherer Wert deutet dabei auf eine bessere Klassifikation hin. Die PE verwendet ein ähnliches Verfahren, das die Affinitäten allerdings anders gewichtet. Der MPC fügt zusätzlich einen Strafterm für die Clusteranzahl ein, da PC und PE dazu neigen können, monoton mit der Clusteranzahl zu steigen (Dave, 1996). Der SIL.F Index ist eine Erweiterung des Average Silhouette Width Criterion, das eine grafische Darstellung der Klassifikationsgüte bietet. Der SIL.F Index berücksichtigt die Datendichte in spezifischen Affinitätsbereichen, und gibt an wie gut die Zuordnung zu den beiden nächstgelegenen Clusterzentren ist. Er ist damit gut geeignet für Daten mit überlappenden Clustern wie in dem hier vorliegenden Datensatz (Campello & Hruschka, 2006).

Xie & Beni (1991) haben einen Index entwickelt, der einschätzt, wie kompakt und gut separierbar die verschiedenen Cluster sind. Da PC, PE und MPC ähnliche Eigenschaften der Clusterlösung beschreiben und Ergebnisse in einem nahezu identischen Intervall produzieren (-1 bis 1) wurden sie für eine bessere Übersichtlichkeit in der Darstellung zu einem Mittelwert zusammengefasst, was mit einer Umpolung des PE (1-PE) einherging. Anhand dieser Kriterien wurden für beide Skalen eine Clusterlösung mit entsprechendem fuzzifier (diese Tuning-Variable des Algorithmus bestimmt wieviel „Rauschen“ im Datensatz angenommen wird) und Clusteranzahl gewählt und durchgeführt. Für die initial getesteten Lösungen wurde auf die Ergebnisse der kategorialen kml-Analyse bzgl. der Clusteranzahl (2-5) und bzgl. der fuzzifier Werte (m) auf den von Zhou & Yang (2019) in einer

Übersichtsarbeit vorgeschlagenen Bereich von 1.25 - 4 zurückgegriffen. Die damit errechneten Affinitäten sind nicht so einfach interpretierbar wie eine kategoriale Zuordnung, stellen in diesem Fall aber eine Lösung dar, die näher an der Realität des Datensatzes liegt, der eben keine eindeutigen Cluster enthält, sondern eher Clustertendenzen.

Die errechneten Clusteraffinitäten (CA) sind probabilistische Variablen ($\sum_{i=0}^i CA_i = 1$), und folgen keiner Normalverteilung ($p_{Shapiro-Wilk-Test} < .05$). Zur Auswertung wurde deswegen auf das R-Paket „betareg“ (Zeileis et al., 2010) zurückgegriffen, was eine Modellierung solcher Variablen u. a. über einen logit-Link ermöglicht und ansonsten die normalen Funktionen einer Regressionsanalyse bietet. In dieser Regressionsanalyse wurden dann die in den Hypothesen II bis VII formulierten Kovariaten für die beiden Skalen Gruppenkohäsion und körperliches Wohlbefinden & Zuversicht auf Signifikanz für die jeweiligen Clusteraffinitäten geprüft. Dabei wurde zunächst das Modell mit allen Kovariaten spezifiziert, wobei die Clusteraffinität über die Einstellung zum Verfahren zum 1. Messzeitpunkt ($KomBt_{t1}$), Diagnosegruppe, Nebendiagnose (F60-F69 vs. Andere), der SCL-90 Wert zum 1. Messzeitpunkt ($SCL - 90_{t1}$), die Therapiegruppe und deren Interaktionen prädiziert wurde. Für die Variable Diagnosegruppe wurde die Diagnosegruppe der affektiven Störungen ohne komorbide Essstörung als Referenzgruppe spezifiziert, da sie durch die hohe Anzahl an PatientInnen die zuverlässigste Schätzung des diagnosespezifischen Mittelwerts erlaubt. Die Variable $SCL - 90_{t1}$ wurde dabei quadratisch formuliert, da in der bisherigen Forschung ein u-förmiger Zusammenhang für die Variable gefunden wurde:

$$betareg(CA \sim KomBt_{t1} * (Diagnosegruppe + Nebendiagnose + I(scl90_{t1}^2) + Therapiegruppe), link = logit) \quad (1)$$

Aufgrund der stark asymmetrischen Verteilung der PatientInnen in die Diagnosegruppen, wurde ein zusätzliches Modell spezifiziert, das mögliche Varianzunterschiede der CA in den Diagnosegruppen berücksichtigt (Schätzung des Präzisionsparameters ϕ über den Faktor Diagnosegruppe). Dieses Verfahren ist ein adäquates Mittel für schiefe Verteilungen und Heteroskedastizität (Smithson & Verkuilen,

2006):

$$\text{betareg}(CA \sim \text{KomBt}_{t1} * (\text{Diagnosegruppe} + \text{Nebendiagnose} + I(\text{scl90}_{t1}^2) + \text{Therapiegruppe}) | \text{Diagnosegruppe}, \text{link} = \text{logit}) \quad (2)$$

Dieses Modell wurde in einem Likelihood-Ratio Test mit dem ursprünglichen Modell ohne Präzisionsparameter verglichen. Falls sich hier eine signifikante Verbesserung durch die gruppenspezifische Varianzschätzung zeigte, wurde mit diesem Modell fortgefahren. Anschließend wurde das Modell gegen das Intercept-Modell getestet, um sicherzustellen, dass eine Betrachtung der Koeffizienten gerechtfertigt ist. Ergo die betrachteten Kovariaten die Clusteraffinität besser vorhersagen als der Mittelwert der Stichprobe. Im Anschluss wurden mit einer linearen Hypothese die Interaktionsterme gegen 0 getestet und ggf. entfernt. Die dabei entstandenen Modelle wurden zusätzlich unter dem Akaike-Informationskriterium verglichen und ggf. weitere Koeffizienten entfernt. Das so gewonnene Modell wurde berechnet, und bei Signifikanz der Regressionsparameter Welch two-sample t-Tests für die spezifischen Kontraste berechnet. t-Tests wurden trotz ihrer Verteilungsannahme gegenüber den nicht-parametrischen Tests wie Wilcoxon bevorzugt, da sie bei angemessener Stichprobengröße robust gegenüber einer Verletzung dieser Annahme sind, und die Zurückweisung der H_0 nicht linear mit der Stichprobengröße steigt (Fagerland, 2012). Da bei den durchgeführten t-Tests keine Varianzhomogenität vorlag ($p_{\text{Levene-Test}} < .05$), wurden Welch t-Tests statt einem klassischen t-Test berechnet. Für eine leichtere Interpretation werden die Regressionsparameter zusätzlich als Wahrscheinlichkeit, bzw. Erhöhung der Wahrscheinlichkeit berichtet, einem prototypischen Clusterverlauf zu folgen (unter Annahme der Modellgültigkeit). Diese Wahrscheinlichkeiten ($P(\text{Verlauf} = \text{Cluster} | x_{i1}, \dots, x_{ik})$) wurden über die jeweiligen Modellparameter vorhergesagt:

$$P(\text{Verlauf} = \text{Cluster} | x_{i1}, \dots, x_{ik}) = \frac{\exp(\beta_0 + x_{i1}\beta_{i1} + \dots + x_{ik}\beta_k)}{1 + \exp(\beta_0 + x_{i1}\beta_{i1} + \dots + x_{ik}\beta_k)} \quad (3)$$

Die Fixierung erfolgte dabei über die kovariatenspezifische Mittelwertsschätzungen (kontinuierliche Kovariaten) bzw. Fixierung auf eine spezifische Ausprägung (kategoriale Kovariaten) wie z.B. die Diagnosegruppe F32-F34.

Für die Hypothese I wurde nach Feststellung der Normalverteilung der abhängigen Variable ($w_{Shapiro-Wilk} = 0.987, p > .05$) ein generalisiertes lineares Modell geschätzt, mit der Differenz der gemittelten SCL-90 Scores zwischen Messzeitpunkt 1 und 3 als abhängige Variable, und die Affinitäten (CA) zu den am stärksten steigenden Clustern in beiden Variablen als unabhängige Variablen.

$$glm(\Delta_{SCL-90} \sim CA(\text{Gruppenkohäsion}) + CA(\text{Wohlbefinden}), family = "gaussian") \quad (4)$$

Dieses Modell wurde ebenfalls mit einem Likelihood-Ratio Test gegen das Intercept-Modell getestet.

6 Ergebnisse

Es werden zunächst die Qualitätskriterien zur Auswahl der Clusterlösung und Tuning-Parameters des Algorithmus berichtet. Da die Qualitätskriterien PE, PC und MPC alle ähnliche Eigenschaften der Clusterlösung betrachten, und eine nahezu gleiche Skala (-1 bis 1) verwenden, wurden sie in Tabelle 3 und Tabelle 4 für eine bessere Übersichtlichkeit zusammengefasst. 1-PE,PC, MPC und SIL.F sollen maximiert, XB minimiert werden. Eine grüne Colorierung entspricht dabei in allen Fällen einer gelungenen Clusterlösung. Da es für den Tuning-Parameter ab dem Wert 3 zu einer vollständigen Überlagerung der Verläufe mit extremer Verschlechterung der Qualitätsparameter kam, werden nur die Ergebnisse für die Werte 1.25, 1.5 und 2 berichtet.

Die Darstellung der Ergebnisse folgt bis auf Hypothese I der Aufteilung in Gruppenkohäsion (a) und körperliches Wohlbefinden & Zuversicht (b). Es werden die Ergebnisse der Regressionsanalyse sowie einige graphische Aufbereitungen präsentiert. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse beinhalten zusätzlich die bereits erwähnten modell-prädizierten Wahrscheinlichkeiten einen prototypischen Verlauf zu nehmen.

Tabelle 3: Übersicht der Qualitätskriterien für verschiedene Clusterlösungen (Gruppenkohäsion)

	2 Cluster			3 Cluster			4 Cluster			5 Cluster		
Fuzzifier	m=1.25	m=1.5	m=2	m=1.25	m=1.5	m=2	m=1.25	m=1.5	m=2	m=1.25	m=1.5	m=2
1-PE	.851	.696	.360	.790	.503	-.076	.745	.412	-.351	.790	.360	-.563
PC	.909	.811	.551	.878	.716	.348	.859	.692	.267	.888	.682	.221
MPC	.817	.621	.102	.817	.574	.022	.812	.589	.023	.859	.603	.026
Mean(1-PE,PC,MPC)	.859	.709	.338	.828	.597	.098	.805	.564	-.021	.846	.548	-.105
SIL.F	.560	.587	.570	.472	.486	.031	.488	.534	.057	.530	.553	.257
XB	.415	.515	4.415	.644	.780	158.487	.594	.981	58.402	.358	.554	132.007

Tabelle 4: Übersicht der Qualitätskriterien für verschiedene Clusterlösungen (körperl. Wohlbefinden & Zuversicht)

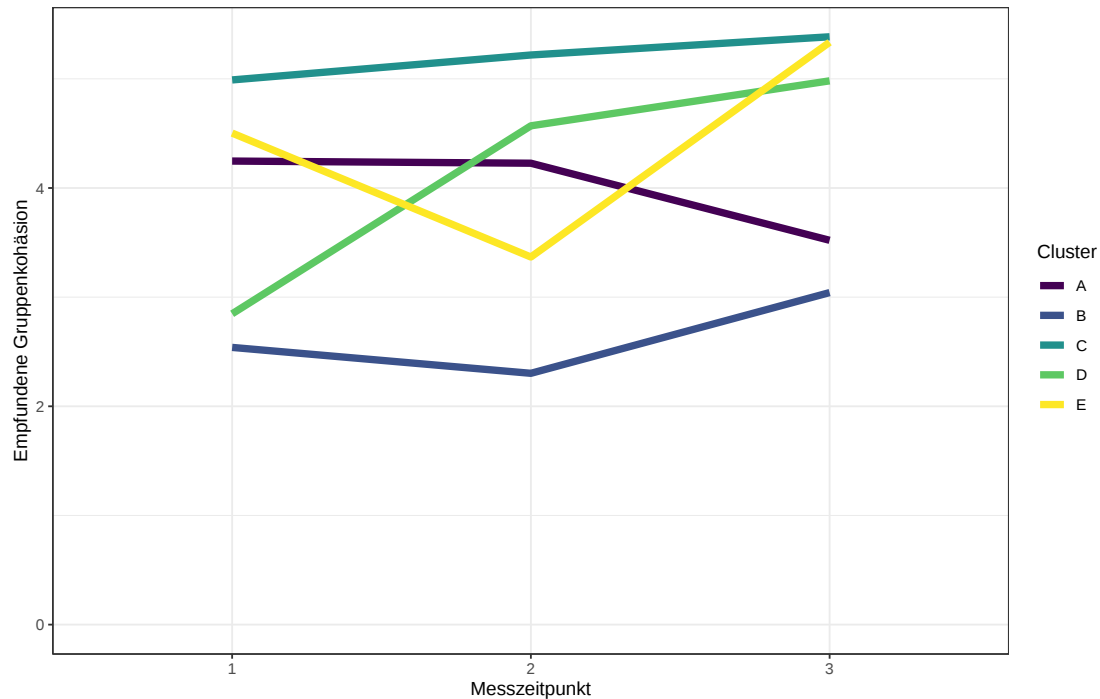
	2 Cluster			3 Cluster			4 Cluster			5 Cluster		
Fuzzifier	m=1.25	m=1.5	m=2	m=1.25	m=1.5	m=2	m=1.25	m=1.5	m=2	m=1.25	m=1.5	m=2
1-PE	.916	.799	.498	.847	.615	.099	.780	.487	-.171	.765	.384	-.378
PC	.950	.883	.670	.910	.781	.462	.870	.718	.367	.871	.677	.295
MPC	.900	.766	.340	.865	.672	.193	.827	.624	.156	.839	.597	.118
Mean(1-PE,PC,MPC)	.922	.816	.515	.873	.689	.272	.825	.610	.121	.808	.552	.019
SIL.F	.656	.677	.678	.543	.561	.331	.492	.489	.209	.471	.490	.089
XB	.227	.248	.656	.327	.391	6.313	.523	.619	19981	.536	.702	90.039

PE= Partition Entropy, PC=Partition Coefficient, MPC=Modified Partition Coefficient, SIL.F=Fuzzy Silhouette Index
 XB=Xie and Beni Index.

6.1 Gruppenkohäsion

Für die Skala Gruppenkohäsion wird nach den Qualitätskriterien die 2 oder 5 Clusterlösung bevorzugt, wobei die 5 Clusterlösung in Mean(1-PE,PC,MPC) und SIL.F ähnlich, im XB sogar besser abschneidet (siehe Tabelle 3). Hinsichtlich des Wertes des fuzzifiers finden sich die besten Lösungen klar für $m=1.25$. Da in der 5 Faktorenlösung eine größere Vielfalt an Verläufen charakterisiert wird, wurde eine 5 Clusterlösung mit $m=1.25$ ausgewählt. Abbildung 1 zeigt die prototypischen Verläufe dieser Cluster. Eine Clusteraffinität von 1 zu einem bestimmten Cluster würde bedeuten, dass der Verlauf der Person genau dem prototypischen Verlauf folgt. Generell lassen sich zwei eher stagnierende Cluster mit unterschiedlichem Niveau (Cluster B und C) beschreiben, zwei steigende (Cluster D und E), sowie ein abfallendes Cluster (A). Für die Cluster A und E konnte sich das vorgeschlagene Modell im Likelihood-Ratio Test (LRT) nicht gegen das Intercept-Modell durchsetzen ($\chi^2_{ClusterA}(15) = 3.829, p > .05$; $\chi^2_{ClusterE}(15) = 11.937, p > .05$). Diese tauchen deswegen nicht in der folgenden Auswertung auf.

Abbildung 1:
Prototypische Clusterverläufe Gruppenkohäsion

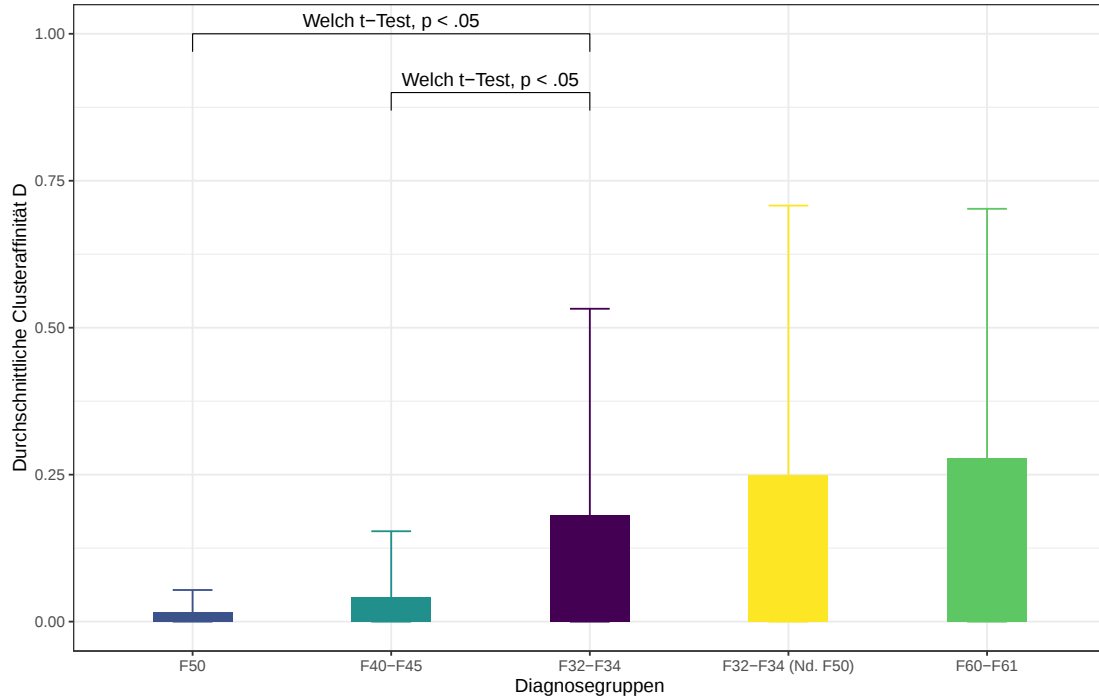


- Hypothese IIa:** Für das am stärksten steigende Cluster D konnte kein signifikanter Einfluss der Diagnosegruppe F32-F34 gezeigt werden ($\beta(13) = -.220, p = .054$), wobei die Diagnosegruppe F40-F45 sogar seltener diesem steigenden Verlauf folgte ($\beta(13) = -1.913, p < .05$; Pseudo $R^2 = .067$; $P(\text{Verlauf} = D | \text{KomBt}_{t1}, F45 - F45, Nd. = Andere) = 1\%$) und eine niedrigere durchschnittliche Affinität zu diesem Cluster als die Diagnosegruppe F32-F34 hatte ($t(91) = -3.495, p < .05$). Die Diagnosegruppe F40-F45 nahm häufiger einen hoch stagnierenden Verlauf ($\beta(15) = 3.122, p < .05$; Pseudo $R^2 = .127$; $P(\text{Verlauf} = C | \text{KomBt}_{t1}, F40 - F45) = 44\%$, siehe Abbildung 2). Eine besondere Affinität für den steigenden Verlauf kann nicht bestätigt werden.
- Hypothese IIIa:** In den kaum bis wenig steigenden Clustern B und C zeigte sich auf Modellebene für Cluster B (niedrig stagnierend) ein posi-

ver Einfluss der Diagnosegruppe F60-F61 ($\beta(11) = 1.056, p < .05$; Pseudo $R^2 = .156$; $P(\text{Verlauf} = B | \text{KomBt}_{t1}, F60 - F61) = 33\%$) der Unterschied war allerdings in dem angeschlossenen t-Tests im Kontrast zur Diagnosegruppe F32-F34 nicht signifikant (Cluster B: $t(22) = 1.643, p > .05$). In Cluster C (hohes Niveau, stagnierend) fand sich kein Einfluss dieser Diagnosegruppe ($\beta(15) = -.210, p = .786$). Die Diagnosegruppe F60-F61, die Nebendiagnose F60 und die Symptombelastung zu Beginn der Behandlung sind keine Prädiktoren für stagnierende Verläufe ($p > .05$).

- **Hypothese IVa:** In Cluster D fand sich auf Modellebene ein negativer Einfluss der Einstellung zur KomBt zu Messzeitpunkt 1. ($\beta(12) = -1.151, p < .05$; Pseudo $R^2 = .066$). Für das Cluster C zeigte sich ein positiver Effekt der Variable KomBt_{t1} ($\beta(15) = 2.065, p < .05$; Pseudo $R^2 = .126$). Eine positive Einstellung ist kein Prädiktor für einen steigenden Gruppenkohäsions-Verlauf, sondern eher für einen hoch stagnierenden Verlauf.
- **Hypothese Va:** Die Therapiegruppe hatte keinen Einfluss auf eine Clusteraffinität bzgl. der Gruppenkohäsion ($p > .05$ für alle Clusteraffinitäten)
- **Hypothese VIa:** Die Diagnosegruppe F50 hatte einen negativen Einfluss auf die Affinität zum steigenden Cluster D ($\beta(12) = -3.153, p < .05$; Pseudo $R^2 = .067$; $P(\text{Verlauf} = D | \text{KomBt}_{t1}, F50, \text{Nd.} = \text{Andere}) < 1\%$), und zeigte eine niedrigere mittlere Affinität zum Cluster D im Vergleich zur Diagnosegruppe F32-F34 ($t(111) = -4.880, p < .05$, siehe Abbildung 2). Zusätzlich zeigte sich ein positiver Einfluss auf die Affinität zum niedrig stagnierenden Cluster B ($\beta(11) = 1.056, p < .05$; Pseudo $R^2 = .156$; $P(\text{Verlauf} = B | \text{KomBt}_{t1}, F50) = 43\%$). Im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen zeigt diese Diagnosegruppe im Mittel eher ungünstige Verläufe.

Abbildung 2:
Durchschnittliche Clusteraffinitäten D (steigend)



- Hypothese VIIa:** Die Diagnosegruppe F32-F34 mit Nebendiagnose F50 hatte einen negativen Einfluss auf die Affinität zum hoch stagnierenden Cluster C ($\beta(15) = -4.169, p < .05$; Pseudo $R^2 = .127$; $P(\text{Verlauf} = C | \text{KomBt}_{t1}, F32 - F34(\text{Nd.F50})) < 1\%$) und eine deutlich geringere durchschnittliche Affinität zu diesem Cluster als F32-F34 PatientInnen ohne Nebendiagnose F50 ($t(126) = -9.29, p < .05$; siehe Abbildung 3). Desweiteren zeigte sich ein positiver Einfluss auf die Affinität zum niedrig stagnierenden Cluster B ($\beta(11) = 1.311, p < .05$; Pseudo $R^2 = .156$; $P(\text{Verlauf} = B | \text{KomBt}_{t1}, F32 - F34(\text{Nd.F50})) = 40\%$, siehe Abbildung 4). Die Diagnosegruppe zeigt im Mittel differentielle Verläufe im Vergleich zur Diagnosegruppe F32-F34.

Abbildung 3:
Durchschnittliche Clusteraffinitäten C (hoch stagnierend)

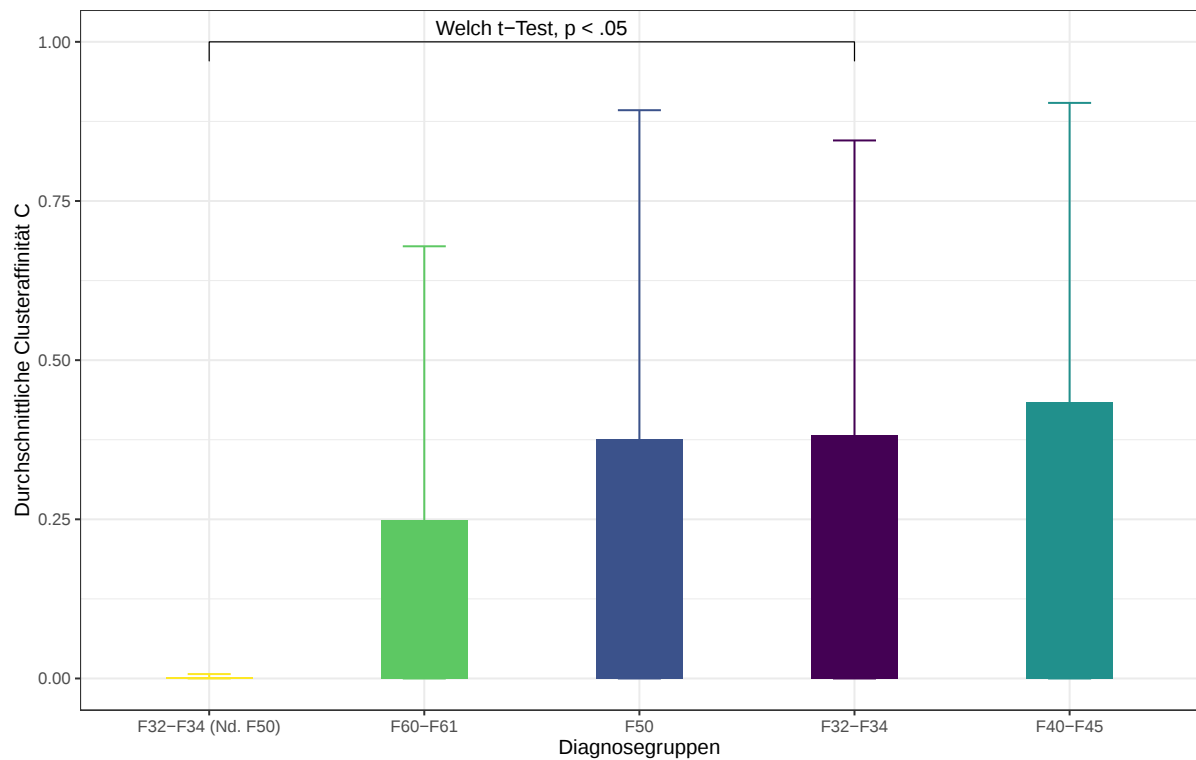
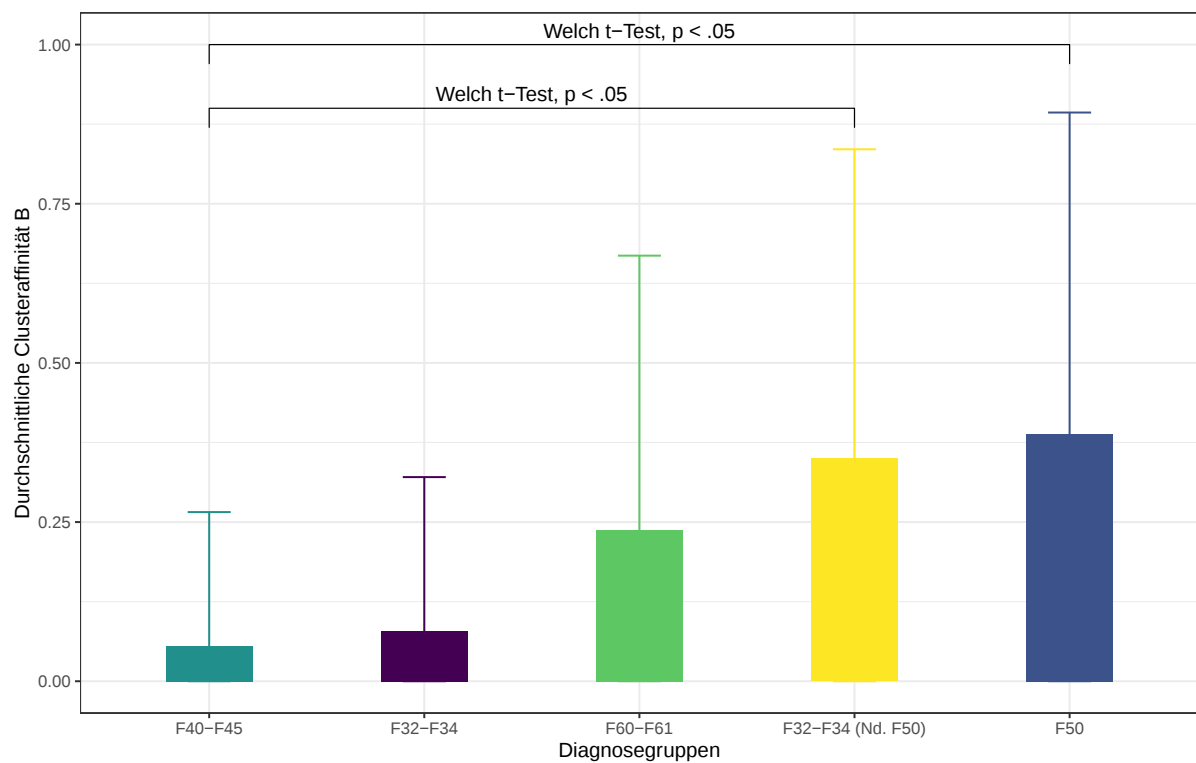


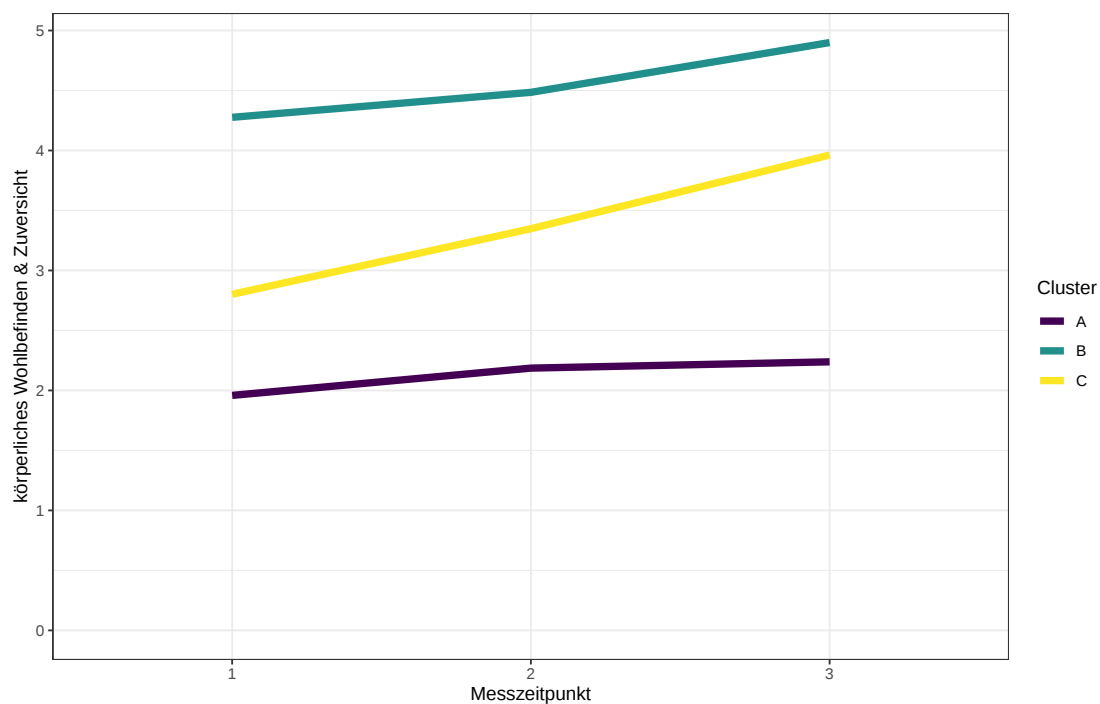
Abbildung 4:
Durchschnittliche Clusteraffinitäten B (niedrig stagnierend)



6.2 Körperliches Wohlbefinden & Zuversicht

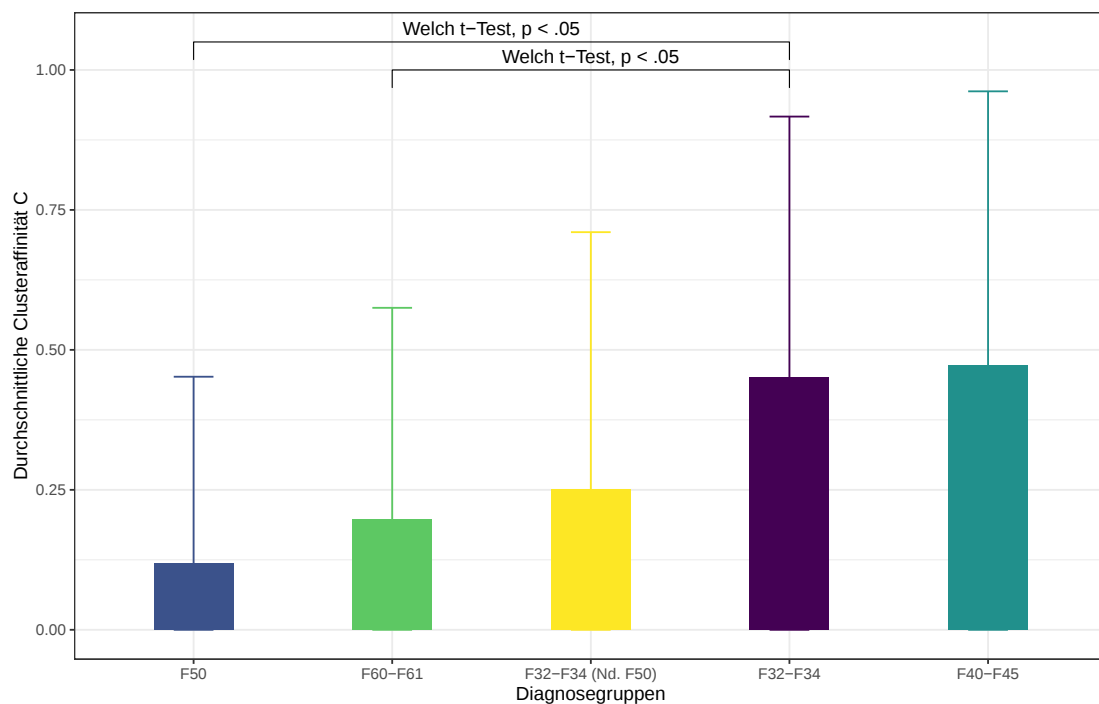
Für den Faktor Wohlbefinden zeigen die Qualitätskriterien in Tabelle 4 eine Tendenz zu einer 2 oder 3 Clusterlösung, $m=1.25$ erzielt wieder die besten Ergebnisse. Die Kongruenz der Ergebnisse in Bezug auf den fuzzifier ist ein Hinweis dafür, dass dieser Wert für die vorliegenden Daten angemessen ist, da Faktoren wie das allgemeine Rauschen in den Daten eher globaler Natur ist, und deswegen für beide Subskalen ähnlich erwartet werden würde. Da die Qualitätskriterien für die 2 und 3 Clusterlösung ähnlich ausfallen, wurde wegen der besseren Vergleichbarkeit mit den Gruppenkohäsionsverläufen die 3 Clusterlösung ausgewählt. Die Abbildung 5 zeigt die prototypischen Clusterverläufe. Die Verläufe sind deutlich homogener, Cluster C steigt am stärksten an, Cluster A und B sind eher stagnierend, wobei sich Cluster B schon bei Beginn der Behandlung nahe am Maximum der Skala befindet. Für das Cluster A konnte sich das spezifizierte Modell im Likelihood-Ratio Test nicht gegen das Intercept-Modell durchsetzen ($\chi^2(15) = 13.359, p > .05$).

Abbildung 5:
Prototypische Clusterverläufe körperliches Wohlbefinden & Zuversicht



- **Hypothese IIb:** PatientInnen der Diagnosegruppe F32-F34 hatten häufiger einen Verlauf der dem Prototyp des Clusters C ähnelte ($\beta(9) = -1.352, p < .05$; Pseudo $R^2 = .315$; $P(\text{Verlauf} = C | \text{KomBt}_{t1}, F32 - F34) = 46\%$) und hatten eine höhere durchschnittliche Affinität zu diesem Cluster als die Diagnosegruppen F50 und F60-F61 ($t_{F50}(8) = 2.577, p < .05$; $t_{F60-F61}(30) = 2.683, p < .05$). Für die Diagnosegruppe F40-F45 konnte kein signifikanter Einfluss gefunden werden, der über den Effekt der Diagnosegruppe F32-F34 hinausging, die durchschnittliche Affinität liegt aber ähnlich hoch wie in der Diagnosegruppe F32-F34. Diese beiden Diagnosegruppen haben also tatsächlich eine höhere Affinität zu steigenden Verläufen (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6:
Durchschnittliche Clusteraffinitäten C (steigend)

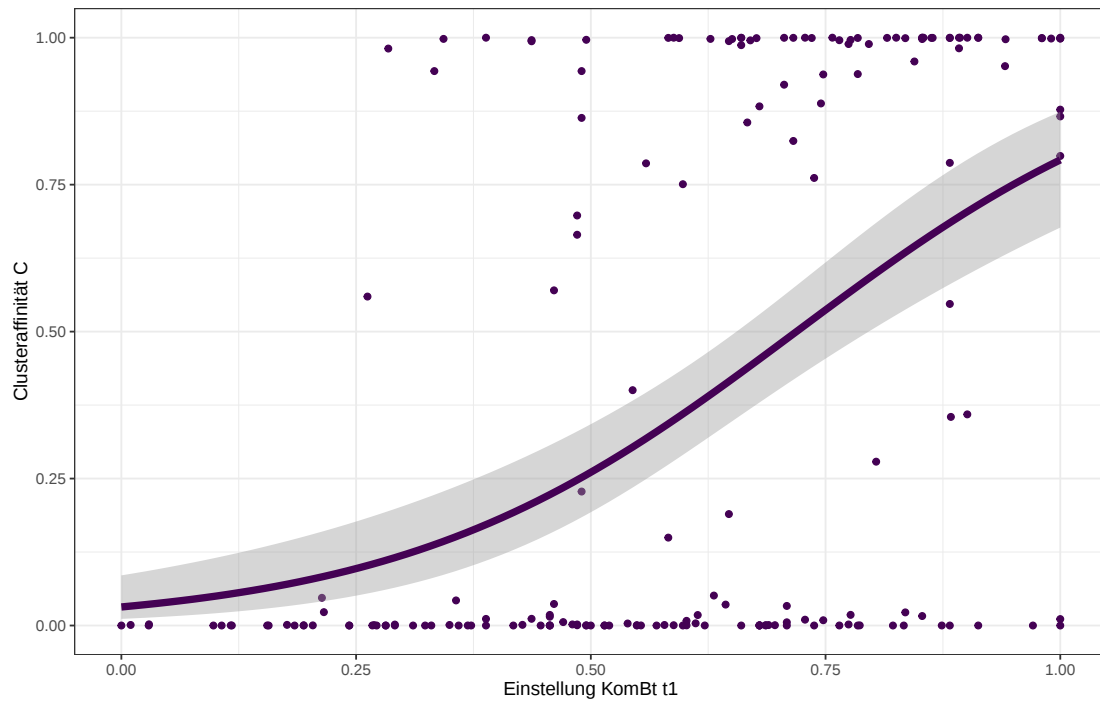


- **Hypothese IIIb:** PatientInnen mit Störungen im Bereich F60-F61 oder Nebendiagnosen F60-F69 folgten nicht häufiger einem hoch stagnierenden Verlauf (Cluster B), aber die PatientInnen mit Hauptdiagnose F60-F61 seltener

dem stärker steigenden Verlauf (Cluster C) ($\beta(9) = -6.254, p < .05$; Pseudo $R^2 = .315$; $P(\text{Verlauf} = C | \text{KomBt}_{t1}, F60 - F61) = 31\%$). Sie hatten eine niedrigere durchschnittliche Affinität zu Cluster C ($t(31) = 2.750, p < .05$) und scheinen durchschnittlich weniger zu profitieren (siehe Abbildung 6).

- **Hypothese IVb:** Die Variable KomBt_{t1} hing positiv mit der Affinität zu Cluster C (steigend) zusammen ($\beta(9) = 2.160, p < .05$; Pseudo $R^2 = .315$, siehe Abbildung 7).

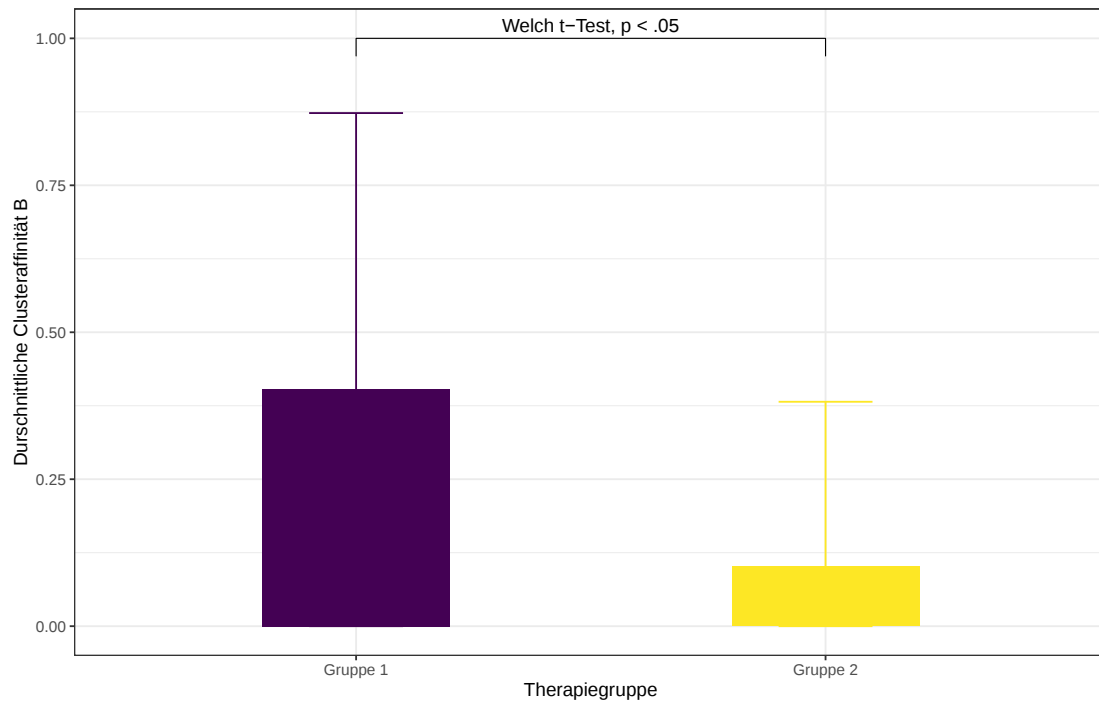
Abbildung 7:
Clusteraffinität C $\sim$ KomBt_{t1}



- **Hypothese Vb:** Die Zugehörigkeit zur Therapiegruppe 2 hatte einen negativen Effekt auf die Affinität zu dem hoch stagnierenden Cluster B ($\beta(4) = -.512, p < .05$; Pseudo $R^2 = .260$; $P(\text{Verlauf} = B | \text{KomBt}_{t1}, \text{Therapiegruppe} = 2) = 25\%$; $P(\text{Verlauf} = B | \text{KomBt}_{t1}, \text{Therapiegruppe} = 1) = 42\%$). Die Therapiegruppe 2 hatte eine niedrigere durchschnittliche Affinität zu diesem Cluster gegenüber Therapiegruppe 1 ($t(110) = 4.994, p < .05$). Es bestanden

durchschnittlich also differentielle Verläufe für die beiden Therapiegruppen (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8:
Durchschnittliche Clusteraffinität B (hoch stagnierend)



- **Hypothese VIb:** Die Diagnosegruppe F50 hatte keinen signifikanten Einfluss auf eine Clusteraffinität ($p > .05$ für alle Clusteraffinitäten), auch wenn die durchschnittliche Affinität zu Cluster C geringer war als die Vergleichsgruppe F32-F34 (siehe Abbildung 6).
- **Hypothese VIIb:** Die Diagnosegruppe F32-F34 mit Nd. F50 hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Clusteraffinitäten ($p > .05$ für alle Clusteraffinitäten) und zeigte folglich keine signifikant verschiedenen Verläufe im Vergleich zur Diagnosegruppe F32-F34.

6.3 Hypothese I

Das spezifizierte Modell ($\Delta(SCL-90) \sim ClusterD(Kohäsion) + ClusterC(Wohlbefinden)$) konnte sich nicht gegen das Intercept-Modell durchsetzen ($\chi^2(2) = 4.158, p > .05$).

Die Affinität für die beiden am stärksten steigenden Verläufe hing also nicht mit der Symptomreduktion zusammen.

7 Diskussion

Zunächst lässt sich festhalten, dass die beiden Skalen Gruppenkohäsion und körperliches Wohlbefinden & Zuversicht unterschiedliche Aspekte des Therapieprozesses abzubilden scheinen. Für die Skala Gruppenkohäsion gibt eine deutlich größere Heterogenität der Verläufe, während in Bezug auf das körperliche Wohlbefinden drei sehr ähnliche Verläufe zu finden sind.

Bemerkenswert ist außerdem, dass für einige der durchaus interessanten Verläufe der Gruppenkohäsion (abfallend (Cluster A), starker Knick zum zweiten Messzeitpunkt (Cluster E)) keine signifikante Einflussfaktoren gefunden werden konnten, und demnach die hier betrachteten Kovariaten nicht relevant für diese Verläufe zu sein scheinen. Zusätzlich zu den im Ergebnisteil modell-prädizierten Wahrscheinlichkeiten werden in diesem Abschnitt auch noch die deskriptiven mittleren Clusteraffinitäten/Wahrscheinlichkeiten berichtet wie sie in der Stichprobe tatsächlich vorkommen. Die Diskussion gliedert sich in die Beurteilung der verschiedenen Kovariaten, die Limitationen und ein abschließendes Fazit.

7.1 Rolle der Diagnosegruppen

Die Diagnosegruppe der Depressiven (F32-F34) war kein signifikanter Prädiktor für einen besonders positiven Verlauf der Gruppenkohäsion, die durchschnittliche Affinität zu einem sehr positiven Verlauf lag hier bei 18%. Häufiger schienen hier die hoch stagnierenden Verläufe (38%). Tief stagnierende Verläufe waren eher selten (8%). Damit ist die Prognose für diese Gruppe zwar nicht schlecht, sie profitieren aber auch nicht so stark wie erwartet von der Behandlung (Hypothese II). Ein Grund hierfür könnte in der Psychodynamik der Störung liegen, bei der die Objekte, in diesem Fall die Gruppe, eine wichtige Rolle bei der Selbstwertstabilisierung einnehmen (Mentzos, 2017), und folglich der Bezug auf die Gruppe von Anfang an sehr stark ist, bzw. ein großes Harmoniebedürfnis ausagiert wird. Bei diesem hohen Ausgangsniveau besteht schlichtweg nicht mehr viel Verbesserungspotenzial, und die Herausforderung bei der Therapie dieser Störungen könnte weniger in der Stärkung des Gruppengefühls, sondern mehr in der Differenzierung der Beziehungen innerhalb der Gruppe oder der Stärkung der Selbstwirksamkeit

liegen. In Bezug auf das körperliche Wohlbefinden konnte die Diagnosegruppe hingegen als Prädiktor für den positivsten Verlauf bestätigt werden, im Durchschnitt hatten die Patienten mit der Hauptdiagnose Depression eine 45%-ige Wahrscheinlichkeit diesem Verlauf zu folgen. Auf dieser körperlichen, eher selbstbezogenen Ebene scheint die Methode für diese Patienten gut zu funktionieren. Die körperlichen Aspekte dieser Erkrankung stehen für die PatientInnen eventuell seltener im Fokus und könnten hier als Ressource aktiviert werden und gleichzeitig eine neue Perspektive auf die Erkrankung bieten. Sie sind außerdem eine weitere Selbstwirksamkeitserfahrung, wenn körperliche Empfindungen als Reaktion auf psychische Prozesse erklärbar werden. Insgesamt scheint das Verfahren für diese Diagnosegruppe durchaus geeignet zu sein, wobei v. a. die selbstbezogenen, körperlichen Aspekte wichtig sein könnten. Die Gruppenkohäsion ist für diese Diagnosegruppe scheinbar ein weniger wichtiges Thema, als Kohäsionsträger und Harmonisierer könnten sie dennoch sehr wertvoll für den Gruppenzusammenhalt v. a. zu Beginn der Behandlung sein. Die bisherigen Ergebnisse der Forschung konnten folglich nur partiell bestätigt werden. Die besondere Effektivität für Depressive zeigt sich nur für das körperliche Wohlbefinden & Zuversicht.

Für die Diagnosegruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen wurden sehr positive Verläufe erwartet, diese zeigten sich allerdings nur für das körperliche Wohlbefinden & Zuversicht. Bei den Verläufen der Gruppenkohäsion waren diese Patienten eher in den hoch-stagnierenden Verläufen zu finden (43%), und kaum in den stärker steigenden Verläufen (4%). Bei Betrachtung des körperlichen Wohlbefindens und Zuversicht nehmen 47% der Patienten einen positiven Verlauf und liegen damit auf einem ähnlichen Niveau wie die depressiven Patienten.

Die hohe durchschnittliche Affinität zu hoch stagnierenden Gruppenkohäsions-Verläufen könnte in einer initialen Angstbindung zur Gruppe begründet sein, die bei fortlaufender Therapie einem authentischen Gruppengefühl weicht. Das Objekt, in diesem Falle die Gruppe, könnte für diese Patienten ein Sicherheitsbedürfnis erfüllen (Mentzos, 2017, S.118 ff.). Für diese Vermutung spricht auch die explorative Beobachtung, dass diese Diagnosegruppe eine relativ hohe durchschnittliche Affinität für den Verlauf E (Abbildung 1) besitzt (31%), bei dem die Gruppenkohäsion in der Mitte der Therapie sinkt, um danach wieder zu zunehmen. Dieses

kurze Tief könnte einen Übergang darstellen, bei dem die initiale Angstbindung einem differenzierten Bild der Gruppe weicht, und sich zum letzten Messzeitpunkt wieder stabilisiert.

Das körperliche Wohlbefinden verbessert sich in dieser Gruppe stärker. Ein Grund könnte der größere Fokus auf die körperlichen Aspekte der Erkrankung wie z.B. die verschiedenen physiologischen Begleiterscheinungen einer Panikstörung sein. Dieser Fokus geht häufig auch mit einer stark erhöhten Sensitivität & Aufmerksamkeit für den eigenen Körper einher. In der KomBt kann diese Interozeption positiv genutzt werden, und der Körper auch in positiven Situationen bewusst erspürt werden. Der Körper wird nicht mehr als bloßer Symbolträger der Erkrankung erlebt. Zusätzlich könnte die höhere Sensitivität auch eine stärkere Wahrnehmung von möglichen körperlichen (positiven) Veränderungen bedeuten, die sich im Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen in einer höheren Affinität für die besonders positiven Verläufe des körperlichen Wohlbefindens niederschlägt. Des Weiteren könnte es während der Therapie zu einer Reifung der Angstreaktion kommen, die weniger körperbezogen ist und ergo mit einem höheren körperlichen Wohlbefinden einhergeht. Die bisherigen Forschungsergebnisse können hier ebenfalls nur für das körperliche Wohlbefinden & Zuversicht repliziert werden.

Die PatientInnen mit Essstörungen zeigten in der vorliegenden Arbeit im Durchschnitt eher selten positive Verläufe, sowohl auf Ebene der Gruppenkohäsion (2%), als auch des körperlichen Wohlbefindens & Zuversicht (12%). Sie waren bei beiden Variablen häufiger in den niedrig stagnierenden Verläufen zu finden (Gruppenkohäsion: 38%, körperliches Wohlbefinden & Zuversicht: 60%).

In Bezug auf die Psychodynamik dieser PatientInnen sollten sich hier vor allem PatientInnen finden, bei denen die Essstörung eine narzisstische Selbstwertregulation oder ein sadistisches Introjekt darstellt, und weniger PatientInnen bei denen ein Autonomiekonflikt über das Essen und den Körper ausagiert wird (Diese PatientInnen sollten sich in der Diagnosegruppe F32-F34 mit Nebendiagnose F50 befinden). Die PatientInnen stehen in der KomBt vor einer sehr großen Herausforderung. Der Körper soll in Interaktion mit anderen erlebt werden, ist aber gleichzeitig stark negativ besetzt, und muss auf der anderen Seite vor Eingriffen von außen dringend geschützt werden. Dies könnte ein entscheidender Unterschied zu den anderen Diagnosegruppen sein. Der Körper spielt bei diesen PatientInnen

im Unterschied zu anderen Diagnosegruppen eine zentrale Rolle bei der Regulation von Identität und Selbstkohäsion, die Angst vor einer Beschämung in der Gruppe könnte schlichtweg zu groß und bedrohlich sein, als das sich diese PatientInnen auf die Gruppe einlassen könnten. Es wäre zu überlegen, ob diese Diagnosegruppe anders auf die KomBt vorbereitet werden müsste, oder eine abgewandelte Form der Methode absolvieren sollte, bei der weniger Konfrontations- und Selbstbehauptungsthemen eine Rolle spielen, und dafür mehr auf sehr basaler Ebene positive körperliche Empfindungen in der Gruppe ermöglicht werden. Als Zielzustand könnte hier eine Dynamik stehen, die der Diagnosegruppe F32-F34 mit Nebendiagnose F50 ähnelt, bei denen also eine Selbstwertregulation über die Gruppe möglich wird.

Aber auch der eher selbstbezogene Aspekt des körperlichen Wohlbefindens gestaltet sich als schwierig. Ein Grund könnte in dem Therapieablauf der Essgestörten liegen. Da sie im Laufe der Behandlung auch bestimmte Gewichtsziele erreichen müssen, stehen sie nicht nur vor der Herausforderung sich in dem ihnen bekannten Körper wohler zu fühlen, sondern in einem Körper, den sie selber häufig ablehnen, auch wenn ihnen die Notwendigkeit einer Gewichtszunahme möglicherweise bewusst ist. Verbunden mit der erhöhten Aufmerksamkeit auf den Körper in diesem Verfahren stellen die eher niedrig stagnierenden Verläufe dieser PatientInnen möglicherweise erst den Anfang einer Anpassung der Körperwahrnehmung dar, die sich nicht so schnell ändert wie in anderen Krankheitsbildern und außerdem den schwierigen Prozess der Gewichtszunahme mit abbildet.

Eine weitere Gruppe der PatientInnen mit Essstörungen stellen die PatientInnen mit Depressionen und der Nebendiagnose Essstörungen dar. Die Verläufe scheinen hier deutlich günstiger. Sie profitieren ähnlich wie die Depressiven ohne Essstörung auf Ebene der Gruppenkohäsion (25%) und des körperlichen Wohlbefindens (25%). Alternativ nehmen sie in der Gruppenkohäsion aber eher niedrig statt hoch stagnierende Verläufe (35%).

Psychodynamisch wäre hier eher ein Autonomie-Thema von Bedeutung, im Unterschied zu den PatientInnen der Gruppe F50 ist die Abwehr eher objektbezogen. Selbstwertthemen können im Rahmen einer depressiven Inszenierung auch über das Gegenüber reguliert werden. Dieser Aspekt könnte entscheidend für die Entwicklung der Gruppenkohäsion sein, die die F50 PatientInnen von den F32-F34 mit Nebendiagnose F50 PatientInnen trennt. Allerdings scheint die Gruppenkohä-

sion für diese PatientInnengruppe trotzdem eine schwierigeres Thema zu sein als für die Diagnosegruppe der Depressiven zu sein. Es gibt einen nicht zu vernachlässigenden Anteil der PatientInnen, denen die Bindung an die Gruppe scheinbar nicht gelingt, und die einen eher niedrig stagnierenden Verlauf nehmen (35%).

Die häufiger gelingende Entlastung des Körpers über den Gruppenbezug (im Kontrast zur Diagnosegruppe F50) könnte auch ein Grund für die besseren Verläufe im körperlichen Wohlbefinden sein. Nicht so umfänglich auf den Körper angewiesen zu sein in Bezug auf Selbstwert und Identität, könnte die Auseinandersetzung mit Körperempfindungen und der Wirkung des Körpers in Interaktion erleichtern. Eine weitere Hypothese wäre die bessere Integration von positiven Körpererfahrungen in der Behandlung durch eine reifere, weniger rigide Abwehrstruktur.

PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen waren in bisherigen Untersuchungen eher ein Prädiktor für schlechtere Therapieoutcomes (Liebherz et al., 2015), in der vorliegenden Arbeit zeigten sie insbesondere auf Ebene der Gruppenkohäsion sehr positive Ergebnisse. Im Vergleich mit anderen Diagnosegruppen fällt auf, dass diese Diagnosegruppe ein niedrigeres initiales Gruppenkohäsionsniveau besitzt. Diese Skepsis gegenüber der Gruppe lässt sich sehr intuitiv den paranoiden und misstrauischen Zügen verschiedener Persönlichkeitsstörungen zuordnen. Gleichzeitig bietet ein körperliches Verfahren einen sehr effektiven Weg stabile Abwehrstrukturen, wie sie in einer solchen Störungen zu finden sind, zu bearbeiten und Perspektivenwechsel zu ermöglichen. Auf einer neurobiologischen Ebene besteht besonders bei den Borderline-PatientInnen eine Hypersensitivität in Bezug auf soziale Reize wie z. B. Körpersprache, gleichzeitig führt dies häufig zu einem attentionalen Defizit bzgl. der ganzheitlichen sozialen Interaktion mit Sprache, Tonlage etc. (Daros et al., 2013). Die KomBt als non-verbales Verfahren bedeutet auch eine starke Reizeinschränkung und Vereinfachung der interpersonellen Kommunikation, was dazu führen könnte, dass PatientInnen dieser Diagnosegruppe die so erlebten Interaktionen ganzheitlicher und aufmerksamer wahrnehmen. Die so erlebten Interaktionen könnten auch schwerer durch gewohnte Abwehrstrukturen entwertbar, bzw. vertrauenswürdiger sein, da sie umfänglicher wahrgenommen und verstanden werden.

Diese positiven Einflüsse finden sich nur bedingt in der Entwicklung des körperlichen Wohlbefindens wieder. Die Diagnosegruppe liegt hier eher im unteren

Bereich (Abbildung 6). Es könnte im Rahmen der genannten attentionalen Schwierigkeiten zu einer Überforderung kommen, bei der der Fokus eher auf dem körperlichen Ausdruck des Gegenübers liegt, und die eigene Körperempfindung dahinter zurücktritt. Zusätzlich beschreiben Geißler & Heisterkamp (2007), dass die Integration der eigenen körperlichen Erfahrungen in den intrapsychischen Bezug in diesen strukturell schwächeren Störungsbildern schwierig sein kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Verfahren differentiell auf verschiedene Störungsbilder wirkt, mit Ausnahme der Diagnosegruppe F50 aber ein Großteil der PatientInnen auf mindestens einer der beiden hier untersuchten Ebenen profitieren kann. Für die Diagnosegruppen F32-34 und F40-F45 scheint besonders das körperliche Wohlbefinden & Zuversicht von Bedeutung, während die Diagnosegruppen F32-F34 mit Nebendiagnose F50 und F60-F61 vor allem in Bezug auf die Gruppenkohäsion profitieren. Diese Schwerpunkte sind durchaus mit den verschiedenen Krankheitsbildern kongruent, auch wenn sich so nicht alle Unterschiede in den Verläufen erklären lassen. Für zukünftige Untersuchungen könnte ein besonderes Augenmerk auf die essgestörten PatientInnen gelegt werden, und anhand von positiv verlaufenen Fallstudien mögliche Anpassungen der Methode erarbeitet werden. Ähnliches gilt für die Gruppe der F60-F61 PatientInnen, bei denen eine Untersuchung der körperlichen Aspekte während der Behandlung weitere Einblicke in den Therapieprozess geben könnte.

7.2 Rolle der Einstellung zum Verfahren

Die Einstellung zum Verfahren wurde nur über ein Item erfasst („Ist die KomBt für sie hilfreich?“). Trotz dieser sehr simplen Operationalisierung zeigten sich für mehrere Clusteraffinitäten signifikante Einflüsse. Dieses Item deckt einen Bereich der Behandlung ab, der auch als Teil der Compliance beschrieben werden könnte. Zu dem allgemeinen Verlauf dieser Werte lässt sich sagen, dass die PatientInnen durchschnittlich mit einer Einstellung von .6 beginnen, was einer sehr ausgeglichenen bzw. leicht positiven Beurteilung der Methode entspricht. Am Ende der Behandlung liegt der Durchschnitt schon bei .9, was einer sehr positiven Einschätzung entspricht.

Die Betrachtung der Ergebnisse zeigt, dass eine positive Einstellung positiv mit

einem hoch stagnierenden Verlauf der Gruppenkohäsion, leicht negativ mit dem steigenden Verlauf der Gruppenkohäsion, und positiv mit dem steigenden Verlauf des Wohlbefindens zusammenhängt. Ein Erklärungsansatz hierfür findet sich in den diagnosegruppenspezifischen Einstellungen. Die in der Gruppenkohäsion häufig hoch stagnierenden depressiven PatientInnen schätzen das Verfahren positiver ein. Der leicht negative Zusammenhang für den steigenden Gruppenkohäsionsverlauf könnte einen Niveau-Unterschied in den Ausgangswerten der Gruppenkohäsion mit abbilden. Die eher kritische Einstellung könnte ein Hinweis sein, dass der Gruppenaspekt der KomBt für die PatientInnen schwieriger ist und damit gleichzeitig ein größeres Verbesserungspotential darstellt. Der Aspekt des körperlichen Wohlbefindens könnte als leichter bearbeitbar beschrieben werden, bzw. hat einen größeren Übungscharakter, sodass hier PatientInnen die sich „Mühe geben“ mitzumachen leichter Verbesserungen forcieren können, während die Einstellung nicht positiv mit dem steigenden Verlauf der Gruppenkohäsion zusammenhängt. Die positive Einstellung zum Verfahren ist damit eher auf einer intraindividuellen Ebene relevant.

Es wäre für die zukünftige Forschung interessant diese Compliance-Aspekte genauer und ggf. umfassender zu untersuchen, um differenzierte Eindrücke der PatientInnen zum Verfahren zu gewinnen. Dabei könnten auch Gemeinsamkeiten besonders kritischer PatientInnen ermittelt werden, bei denen eine ausführlichere Einleitung der Methode o. ä. hilfreich sein könnte. Im Laufe der KomBT-Behandlung scheint aber für ein Großteil der PatientInnen ein wichtiger Aspekt der Behandlung zunehmend gegeben zu sein, welcher nach Yalom's Konzeptualisierung auch als „Hoffnung wecken“ beschrieben werden könnte.

7.3 Rolle der Therapiegruppe

Die Unterschiede der Therapiegruppen (seltener hoch stagnierenden Verläufe des körperlichen Wohlbefindens & Zuversicht in Therapiegruppe 2) sind nur schwer interpretierbar, vor allem weil die Therapiegruppen viele verschiedene psychologisch relevante Aspekte in sich vereinen. Erstens sind die PatientInnen in Therapiegruppe 1 bzgl. des Strukturniveaus eher schwächer, zweitens erhalten sie eine differenzielle Behandlung. Die Unterschiede lassen sich ergo nicht nur der höherfrequenten

KomBt-Behandlung zuordnen. Ein Ansatz für die Erklärung dieses Unterschieds wäre eine ungleiche Verteilung der Diagnosegruppen in beide Behandlungsgruppen, allerdings kommen die Störungsbilder ähnlich häufig in beiden Gruppen vor. Bei genauerer Betrachtung der durchschnittlichen Affinitäten der beiden Therapiegruppen fällt auf, dass in Gruppe 2 statt dem hoch stagnierenden Verlauf eine höhere Affinität für den steigenden Wohlbefindens-Verlauf besteht als in Gruppe 1. Für den steigenden Verlauf wird allerdings der Regressionskoeffizient des Gruppenfaktors nicht signifikant. Die steigenden Verläufe werden folglich ausreichend durch die Diagnosegruppe erklärt. Diese beiden Ergebnisse deuten darauf hin, dass es einen Einfluss des strukturellen Niveaus, des Behandlungsplans oder eine Kombination der beiden Faktoren gibt. Dieser Effekt scheint paradox, da man hier eher erwarten würde, dass die strukturell schwächeren PatientInnen häufiger einen niedrigen stagnierenden Verlauf nehmen, da ihre Störung früher und die therapeutische Arbeit häufig schwieriger ist. Ein weiterer Erklärungsansatz wäre, dass in der Therapiegruppe 1 durch den größeren Stabilisierungsfokus und die geringere KomBt-Behandlungsfrequenz weniger Körpererfahrungen, sowohl gute als auch schlechte gemacht werden, und damit eher Stagnation statt Verbesserung stattfindet. In zukünftigen Untersuchungen sollte, um die Effekte des Behandlungsplan besser beurteilen zu können, nur die zu untersuchende Behandlungsmethode zwischen den Untersuchungsgruppen variiert werden.

7.4 Nicht relevante Einflussfaktoren

Ein Teil der anhand früherer Studien gewonnenen Kovariaten konnten in der vorliegenden Untersuchung nicht repliziert werden. Dazu zählen der mittlere Vortestwert im SCL-90 und die Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung (Reuter et al., 2016). Auf inhaltlicher Ebene wäre die geringere Symptomorientierung des IP-Kom als ein möglicher Grund anzuführen, warum die SCL-90 Vortestwerte hier keinen Einfluss zeigten. Die KomBt könnte außerdem als non-verbales und körperorientiertes Verfahren schlichtweg unabhängiger von der Symptombelastung sein, besonders für den Faktor Gruppenkohäsion scheinen verschiedene Entwicklungsverläufe ungeachtet der Symptombelastung plausibel. Für den Faktor körperliches Wohlbefinden & Zuversicht ist das Ergebnis weniger intuitiv, hier könnte ein Hinweis in der

deutlich breiteren Streuung des SCL-90 Fragebogens liegen. Die Somatisierung, die der Skala des körperlichen Wohlbefindens am nächsten kommt, ist nur eine der insgesamt neun Skalen.

Für die Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung zeigt eine Betrachtung der zugehörigen Hauptdiagnosegruppe, dass es sich hier fast ausschließlich (86%) um depressive PatientInnen handelt. Hier könnte ein ähnlicher Effekt wie für die Nebendiagnose Essstörungen vorliegen, bei dem für die Verlauf der KomBt-Behandlung (auf den Skalen Gruppenkohäsion und körperliches Wohlbefinden & Zuversicht) v. a. der depressive Modus von Bedeutung zu sein scheint.

Schreiber-Willnow (2000) fand, dass einer Verbesserung des körperbezogenen Selbsterlebens auch erfolgreichere Therapieergebnisse folgten. Dieser Zusammenhang konnte in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Die positiven Verläufe des körperlichen Wohlbefindens hingen nicht mit der Veränderung der SCL-90 Werte zusammen. Das könnte z. B. mit der bereits erwähnten geringeren Symptomorientierung zusammenhängen, Schreiber-Willnow hatte in ihrer Untersuchung statt der veränderten Symptombelastung ein individuelles Ziel-Erreichungs-Grid mit den PatientInnen erarbeitet. Ein anderer Aspekt sind möglicherweise verzögerte Effekte der Behandlung, die zum Abschluss der Therapie noch nicht voll zum Tragen kommen, und möglicherweise durch den Abschied aus der Therapie mitgeprägt sind. Diese Langzeiteffekte wurden bereits in der Untersuchung anderer tiefenpsychologisch-fundierten Behandlungen gezeigt (Leichsenring & Leibing, 2003; Shedler, 2010). Folglich wäre ein weiterer „follow-up“ Messzeitpunkt wünschenswert. Nichtsdestotrotz ist die Symptombelastung in der modernen psychotherapeutischen Behandlung ein wichtiges Qualitätsmerkmal, die die KomBt scheinbar nicht direkt beeinflusst, zumindest unmittelbar nach der Behandlung.

7.5 Limitationen

Die hier vorgestellten Ergebnisse unterliegen verschiedenen Einschränkungen, die im Folgenden kurz vorgestellt werden. Erstens führen die geringen Zellbesetzungen bei den Störungsbildern bzw. Ungleichverteilung zugunsten der Depression, dazu, dass besonders die Aussagen über die Diagnosegruppen F50 und F60-F61 anfällig für Extremwerte und Ausreißer sind. Zweitens ist die Uneindeutigkeit der

Clusterlösung ein Problem, die ausgewählten Clusterlösungen sind zwar im Vergleich zu den anderen Clusterlösungen gut geeignet um die Daten zu beschreiben, allerdings wäre es auch möglich, dass ein Clustering-Ansatz im Allgemeinen für die hier beschriebenen Verläufe nicht sinnvoll ist. Die gefundenen prototypischen Verläufe bilden vor allem in der Skala des körperlichen Wohlbefindens & Zuversicht zu einem großen Teil nur Niveau-Unterschiede ab. Für eine reliablere Clusterlösung wäre in einer weiteren Untersuchung außerdem eine höhere Anzahl an Messzeitpunkten wünschenswert, mit drei Zeitpunkten hat der Datensatz gerade genug um überhaupt von Verläufen zu sprechen, die zeitliche Auflösung ist sehr gering. So besteht eine größere Gefahr zyklische Therapieprozesse zu übersehen. Drittens ist die Komplexität der Auswertung eine mögliche Fehlerquelle. Für zukünftige Untersuchungen wäre eine Abwandlung des Studiendesigns um einfachere Gruppenvergleiche anzustellen, von Vorteil. Ein solches Design böte trotzdem die Möglichkeit einer Auswertung der Individual-Verläufe, allerdings könnten diese Ergebnisse mit einem Gruppenvergleich in Bezug gesetzt und leichter erklärbar werden. Viertens besitzt der verwendete IP-Kom-Fragebogen zwar eine hohe interne Reliabilität, allerdings fehlt bisher eine Validierung in einer neuen Stichprobe und eine Prüfung der diskriminativen Validität gegenüber Fragebögen, die Prozesse der Gesprächsgruppentherapie abbilden. Fünftens verhindert die fehlende Kontrollgruppe Aussagen über die Wirksamkeit des Verfahrens, und auch bei der Betrachtung der Verläufe lässt sich nicht ausschließen, dass hier Effekte der restlichen stationären Behandlung zum Tragen kommen. In Kombination mit der bisher noch nicht belegten diskriminativen Validität ist deswegen der inhaltliche Bezug auf die KomBt als ursächlichen Faktor schwierig. Sechstens stellen die psychodynamischen Ansätze zur Erklärung der diagnosespezifischen Unterschiede der Verläufe nur einen Ansatzpunkt dar, der in zukünftigen Untersuchungen mit entsprechender psychodynamischer Diagnostik untersucht werden müsste. Alternative Erklärungen für die gefundenen Unterschiede könnten z.B. auch biopsychologischer Natur sein, etwa eine geringere Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit bei der Diagnosegruppe F50, die den Therapieprozess erschwert, oder Hypersensitivität für Angstreize bei der Diagnosegruppe F40-F45. Siebtens ist die Vorhersagekraft der geschätzten Modelle v. a. im Bereich der Gruppenkohäsion mitunter sehr gering. Die Einflüsse sind zwar signifikant, erklären aber nur einen sehr kleinen Anteil

der Gesamtvarianz der Clusteraffinitäten. In zukünftigen Untersuchungen sollten auch Kovariaten aufgenommen werden, die bisher noch wenig betrachtet wurden, da für die hier untersuchten Skalen ein Großteil der „bekannten Verdächtigen“ wenig relevant zu sein scheint.

7.6 Fazit

Die Verläufe stationärer Behandlungen sind ein höchst heterogenes Phänomen, bei dem auch die Skalen Gruppenkohäsion und körperliches Wohlbefinden & Zuversicht keine Ausnahme darstellen. Manche PatientInnen machen beeindruckend positive Fortschritte, andere, für die aufgrund ihrer Diagnose besonders gute Verläufe erwartet werden, stagnieren oder verschlechtern sich sogar. Diese hohe Individualität im Therapieprozess, der zu großen Teilen in Interaktion stattfindet, lässt sich (bisher) statistisch unzureichend abbilden. Die Gruppierung zu Verlaufsmustern könnte aber einen Anhaltspunkt darstellen, um zumindest allgemeine Empfehlungen geben zu können. Hierfür scheint die Diagnosegruppe relevante Faktoren zu vereinen, die einen Therapieprozess beeinflussen können. Das Verfahren scheint für viele Störungsbilder geeignet, wobei die Diagnosegruppe F50 eine Ausnahme bildet. Auf diese Diagnosegruppe müsste in zukünftigen Untersuchungen ein besonderes Augenmerk gelegt werden, um Schwierigkeiten im Therapieverlauf zu identifizieren. Die untersuchten Diagnosegruppen profitieren dabei durchaus differentiell. Für die Diagnosegruppen F32-F34 mit Nd. F50 und F60-F61 scheint v. a. die Gruppenkohäsion steigend zu verlaufen, die Diagnosegruppe F40-F45 zeigte eher auf Ebene des körperlichen Wohlbefindens & Zuversicht steigende Verläufe. Für die Diagnosegruppe F32-F34 waren die Verläufe in beiden Skalen ähnlich: ein großer Anteil der hoch stagniert (was im Fall eines hohen Ausgangswertes wünschenswert ist) und ein mittlerer Anteil der steigende Verläufe nimmt. Diese Ergebnisse sind angesichts der hohen Prävalenz der affektiven Störungen im klinischen Kontext sehr positiv zu bewerten.

Die Einstellung zum Verfahren zu Beginn der Behandlung scheint vor allem für die Verläufe des körperlichen Wohlbefindens & Zuversicht positiv auszuwirken. Die Steigerung der Schwierigkeit der Übungen und die allgemeine Gestaltung der KomBt kann, gemessen an der Einstellung zum Verfahren, über den Verlauf

der Behandlung ein Großteil der PatientInnen überzeugen. Die initiale Bewertung der Methode ist damit nicht sehr schwerwiegend, und ist deswegen m. E. kein Aspekt der in der Behandlung einen größeren Stellenwert einnehmen sollte. Die Frage nach der Behandlungsfrequenz und Unterschiede zwischen den Therapiegruppen betrifft ein schwieriges Thema psychotherapeutischer Behandlungen: Wieviel Stabilität und Instabilität sind für nachhaltige Veränderungsprozesse notwendig? Diese Frage muss in psychotherapeutischen Behandlungen generell immer wieder individuell verhandelt werden. Weitere Untersuchungen mit geeigneteren Versuchsdesigns sind notwendig um die Einflüsse des Strukturniveaus und einer höherfrequenten Behandlung adäquat zu beantworten.

Es ist als eine Stärke des Verfahrens zu sehen, dass die Symptombelastung zu Beginn der Behandlung keine Rolle für die Verläufe zu spielen scheint und ein großes Spektrum von PatientInnen mit einer gemeinsamen Methode behandelt werden kann. Gleichzeitig zeigt sich auf Ebene der Symptombelastung kein Zusammenhang mit den positiven Skalenverläufen der KomBt, weswegen die Wirksamkeit im Sinne einer Symptomreduktion fraglich ist. Für eine bessere Beurteilung dieser Wirkung wäre ein follow-up nach einigen Monaten sinnvoll. Diese Zeitspanne hat sich auch schon in anderen Untersuchungen als ein sinnvoller Zeitraum bestätigt, in dem angestoßene Veränderungsprozesse zum Tragen kommen und nicht die sehr belastende Abschiedsphase der Therapie mit abgebildet wird (Shedler, 2010). Für die weitere Forschung könnte neben der Implementierung einer Kontrollgruppe auch eine Einzelfallbetrachtung besonders auffallender Verläufe sehr gewinnbringend sein.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Evaluierung eines körper- und tiefenpsychologisch-orientierten Gruppenverfahrens eine Herausforderung darstellt, und sich durch die Symptombelastung zum Ende der Behandlung wahrscheinlich nur ungenügend abbilden lässt. Hierfür werden in Zukunft kreative Lösungen sowohl für Auswertung als auch Operationalisierung notwendig sein, um dem längerfristigen und weniger symptomorientierten Ansatz der tiefenpsychologisch-orientierten Verfahren gerecht zu werden.

Literatur

- Arthur, D. & Vassilvitskii, S. (2006). *k-means++: The advantages of careful seeding* (Techn. Ber.). Stanford.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497.
- Bechara, A. & Damasio, A. R. (2005). The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision. *Games and economic behavior*, 52(2), 336–372.
- Bezdek, J. C. (1973). Cluster validity with fuzzy sets.
- Bezdek, J. C. (1981). Models for pattern recognition. *Pattern recognition with fuzzy objective function algorithms* (S. 1–13). Springer.
- Braun, M. G. (2015). *Der Einsatz von Körperpsychotherapie an deutschen Kliniken für Psychosomatik-eine repräsentative Querschnitterhebung* (Diss.).
- Breuer, J. & Freud, S. (2009). *Studies on hysteria*. Hachette UK.
- Caliński, T. & Harabasz, J. (1974). A dendrite method for cluster analysis. *Communications in Statistics-theory and Methods*, 3(1), 1–27.
- Campello, R. J. & Hruschka, E. R. (2006). A fuzzy extension of the silhouette width criterion for cluster analysis. *Fuzzy Sets and Systems*, 157(21), 2858–2875.
- Cash, T. F. & Deagle III, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107–126.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P. & Raulin, M. L. (1978). Body-image aberration in Schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 87(4), 399.
- Cohane, G. H. & Pope Jr, H. G. (2001). Body image in boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 373–379.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. G.P. Putnam, New York.
- Daros, A. R., Zakzanis, K. K. & Ruocco, A. (2013). Facial emotion recognition in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 43(9), 1953.
- Dave, R. N. (1996). Validating fuzzy partitions obtained through c-shells clustering. *Pattern recognition letters*, 17(6), 613–623.

- Davies, D. L. & Bouldin, D. W. (1979). A cluster separation measure. *IEEE transactions on pattern analysis and machine intelligence*, (2), 224–227.
- Draaisma, D. & Kiefer, V. (2012). *Warum das Leben schneller vergeht, wenn man älter wird: von den Rätseln unserer Erinnerung*. Piper.
- Dufke, L. (2018). *Kommunikative Bewegungstherapie: Validierung des Prozessfragebogens IP-Kom-21*, Friedrich-Schiller Universität Jena. Unveröffentlichte Masterarbeit.
- Dyer, A., Borgmann, E., Kleindienst, N., Feldmann Jr, R. E., Vocks, S. & Bohus, M. (2013). Body image in patients with posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse and co-occurring eating disorder. *Psychopathology*, 46(3), 186–191.
- Fagerland, M. W. (2012). t-tests, non-parametric tests, and large studies—a paradox of statistical practice? *BMC medical research methodology*, 12(1), 1–7.
- Franke, G. H. (2016). Symptom-Checklist-90®-Standard. *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*, 1, 426.
- Franzoni, E., Gualandi, S., Caretti, V., Schimmenti, A., Di Pietro, E., Pellegri-
ni, G., Craparo, G., Franchi, A., Verrotti, A. & Pellicciari, A. (2013). The relationship between alexithymia, shame, trauma, and body image disorders: investigation over a large clinical sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 185.
- Freud, S. (1890). Schriften zur Behandlungstechnik. *Fischer Wissenschaft*, 20.
- Fuchs, T. (2012a). Body memory and the unconscious. *Founding psychoanalysis phenomenologically* (S. 69–82). Springer.
- Fuchs, T. (2012b). The phenomenology of body memory. *Body memory, metaphor and movement*, 84, 9–22.
- Geißler, P. & Heisterkamp, G. (2007). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie-Ein Lehrbuch*. Springer-Verlag.
- Genolini, C. & Falissard, B. (2011). KmL: A package to cluster longitudinal data. *Computer methods and programs in biomedicine*, 104(3), e112–e121.

- Geuter, U. (2004). Körperpsychotherapie und Erfahrung: zur Geschichte, wissenschaftlichen Fundierung und Anerkennung einer psychotherapeutischen Methode.
- Geuter, U. (2015). *Körperpsychotherapie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Springer-Verlag.
- Helmer, G. (2008). Progressive Muskelrelaxation nach Edmund Jacobson. In I. Kollak (Hrsg.), *Burnout und Stress: Anerkannte Verfahren zur Selbstpflege in Gesundheitsfachberufen* (S. 91–110). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-75601-9_7
- Hoffmann, K. (2014). Konversionsstörungen: «Wer ist Herr im eigenen Hause?» – von Charcot zu DSM-5. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 14(4), 10–12.
- Holler, J. (2011). Verhaltenskoordination, Mimikry und sprachbegleitende Gestik in der Interaktion.
- Homann, K. B. (2010). Embodied concepts of neurobiology in dance/movement therapy practice. *American Journal of Dance Therapy*, 32(2), 80–99.
- Iacoboni, M. (2009). Imitation, empathy, and mirror neurons. *Annual review of psychology*, 60, 653–670.
- Jansen, A., Smeets, T., Martijn, C. & Nederkoorn, C. (2006). I see what you see: The lack of a self-serving body-image bias in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 123–135.
- Junova, H. & Knoblock, F. (1966). Psychogymnastik als eine Methode der Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie*.
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 160(7), 1223–1232.
- Liebherz, S., von Wolff, A., Kriston, L. & Rabung, S. (2015). Welche Merkmale sagen die Behandlungsdauer und das Behandlungsergebnis von psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung voraus? *Psychiatrische Praxis*, 42(04), 181–190.
- Maaser, R. (1994). *Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie: ein Leitfaden für die klinische Praxis*. Kohlhammer.

- Marlock, G. (2006). *Handbuch der Körperpsychotherapie: Mit 3 Tabellen*. Schattauer Verlag.
- Meinel, K. (1960). *Bewegungslehre: Versuch einer Theorie der sportlichen Bewegung unter pädagogischem Aspekt*. Verlag Volk u. Wissen, VEB.
- Mentzos, S. (2017). *Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Michalak, J., Troje, N. F., Fischer, J., Vollmar, P., Heidenreich, T. & Schulte, D. (2009). Embodiment of sadness and depression—gait patterns associated with dysphoric mood. *Psychosomatic medicine*, 71(5), 580–587.
- Pesa, J. A., Syre, T. R. & Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *Journal of adolescent health*, 26(5), 330–337.
- Priebe, S. & Röhricht, F. (2001). Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry research*, 101(3), 289–301.
- Ray, S. & Turi, R. H. (1999). Determination of number of clusters in k-means clustering and application in colour image segmentation. *Proceedings of the 4th international conference on advances in pattern recognition and digital techniques*, 137–143.
- Reuter, L., Munder, T., Altmann, U., Hartmann, A., Strauss, B. & Scheidt, C. E. (2016). Pretreatment and process predictors of nonresponse at different stages of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 26(4), 410–424.
- Röhricht, F. & Geuter, U. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen: Ein Leitfaden für Forschung und Praxis*. Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Röhricht, F., Sattel, H., Kuhn, C. & Lahmann, C. (2019). Group body psychotherapy for the treatment of somatoform disorder—a partly randomised-controlled feasibility pilot study. *BMC psychiatry*, 19(1), 1–9.
- Rosendahl, S. (2018). *Metaanalyse zur Effektivität körperpsychotherapeutischer Interventionen in der Psychosomatik* (Diss.). Technische Universität München.
- RStudio Team. (2021). *RStudio: Integrated Development Environment for R*. RStudio, PBC. Boston, MA. <http://www.rstudio.com/>

- Sartorius, A. (2018). EKT bei depressiven Störungen. *Nervenheilkunde*, 37(09), 611–616.
- Schott, H. & Tölle, R. (2006). *Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. CH Beck.
- Schreiber-Willnow, K. (2000). *Körper-, Selbst-und Gruppenerleben in der stationären konzentrativen Bewegungstherapie*. Psychosozial-Verlag.
- Schreiber-Willnow, K. (2013). Die Entwicklung der körperorientierten Gruppentherapie im Osten und im Westen. Am Beispiel der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). *Körper-Gruppe-Gesellschaft*, 31–40.
- Schreiber-Willnow, K. (2016). *Konzentrativen Bewegungstherapie*. E. Reinhardt.
- Schreiber-Willnow, K. (2018). Körperpsychotherapeutische Gruppen. *Gruppenpsychotherapie* (S. 439–451). Springer.
- Schreiber-Willnow, K. & Seidler, K.-P. (2012). Wirkfaktoren der Konzentrativen Bewegungstherapie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 3, 107–117.
- Seidler, K.-P. (2011). „Körperorientierte Psychotherapie: Forschungsergebnisse und wissenschaftlicher Status.“ *Konzentrativen Bewegungstherapie*, 33, 42.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98.
- Shen, W., Tong, Y., Yuan, Y., Zhan, H., Liu, C., Luo, J. & Cai, H. (2018). Feeling the insight: uncovering somatic markers of the “aha” experience. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 43(1), 13–21.
- Shevchuk, N. A. (2008). Adapted cold shower as a potential treatment for depression. *Medical hypotheses*, 70(5), 995–1001.
- Smith, B. I., Chimedza, C. & Bührmann, J. H. (2019). Random Forest Missing Data Imputation Methods: Implications for Predicting At-Risk Students. *International Conference on Intelligent Systems Design and Applications*, 298–308.
- Smithson, M. & Verkuilen, J. (2006). A better lemon squeezer? Maximum-likelihood regression with beta-distributed dependent variables. *Psychological methods*, 11(1), 54.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825.

-
- Sujoldžić, A. & De Lucia, A. (2007). A cross-cultural study of adolescents–BMI, body image and psychological well-being. *Collegium antropologicum*, 31(1), 123–130.
- Urgesi, C. (2015). Multiple perspectives on body image research. *European Psychologist*, 20(1), 1–5.
- Wilda-Kiesel, A., Tögel, A. & Wutzler, U. (2011). *Kommunikative Bewegungstherapie: Brücke zwischen Psychotherapie und Körpertherapie*. Huber.
- Windeck, M. (2012). Veränderungen von Befindlichkeit und Lebensqualität schizophrener Patienten mittels Hydrotherapie.
- Winkielman, P., Niedenthal, P., Wielgosz, J., Eelen, J. & Kavanagh, L. (2015). Embodiment of cognition and emotion. <https://doi.org/10.1037/14341-004>
- Xie, X. L. & Beni, G. (1991). A validity measure for fuzzy clustering. *IEEE Transactions on pattern analysis and machine intelligence*, 13(8), 841–847.
- Yalom, I. D. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch* (Bd. 4). Klett-Cotta.
- Zeileis, A., Cribari-Neto, F., Grün, B. & Kos-midis, I. (2010). Beta regression in R. *Journal of statistical software*, 34(2), 1–24.
- Zhou, K. & Yang, S. (2019). Fuzzifier Selection in Fuzzy C-Means from Cluster Size Distribution Perspective. *Informatika*, 30(3), 613–628.

8 Anhang

A. IP-Kom-21 Fragebogen

B. Ausgewählte Items nach Dufke (2018)

C. Eigenständigkeitserklärung



Kommunikative Bewegungstherapie®
nach Anita Wilda-Kiesel

Chiffre:

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 eher	Stimmt ziemlich	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, das 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	Durch die Kommunikative Bewegungstherapie nehme ich eine positive Entwicklung bei mir wahr.	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 spüre immer mehr.	0	1	2	3	4	5
8	Ich habe es in der Therapiestunde geschafft, mich von anderen abzugrenzen.	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 die Konfliktspannung zu anderen besser aushalten.	0	1	2	3	4	5
11	Bei den Übungen habe ich die Gruppe als hilfreich erlebt.	0	1	2	3	4	5

Bitte wenden!

Kreuzen Sie bitte nur EINE Antwort je Aussage an.

		Stimmt gar nicht	Stimmt nur wenig	Stimmt teilweise	Stimmt eher	Stimmt ziemlich	Stimmt ganz genau
12	In der Kommunikativen Bewegungstherapie konnte ich spüren, dass ich ein wichtiger Teil der Gruppe bin.	0	1	2	3	4	5
13	Ich mag meinen Körper.	0	1	2	3	4	5
14	Durch die Therapie konnte ich meine Gefühle besser ausdrücken.	0	1	2	3	4	5
15	Ich habe jetzt nach der Kommunikativen 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 heute 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!

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.

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel und Quellen angefertigt habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen Zitate und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe. Außerdem versichere ich, dass die vorliegende Arbeit die ethischen Richtlinien für Forschung (§7.3, Berufsethische Richtlinien) der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) erfüllt.

Jena, d. 25. April

Ort, Datum



Unterschrift