

Therapeutische Fehler in der körperorientierten Psychotherapie und der Beitrag der Forschung für die Entwicklung einer Fehlerkultur

Klaus-Peter Seidler & Karin Schreiber-Willnow

Zusammenfassung

Ausgehend von der Auffassung, dass jedes therapeutische Verfahren spezifische Grenzen und Unzulänglichkeiten aufweist, werden spezifische Risiken der Körperpsychotherapie im Allgemeinen aufgeführt. Daran anschließend wird anhand einiger Ergebnisse von empirischen Studien zur Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) verdeutlicht, wie Forschung einen wichtigen Beitrag für Therapeuten liefern kann, ihre therapieschulenspezifische Überzeugungen zu reflektieren und kritisch in Hinblick auf mögliche Fehlentwicklungen der eigenen therapeutischen Praxis zu hinterfragen. Ein solches Hinterfragen ist der Entwicklung einer Fehlerkultur dienlich, was abschließend am Beispiel der KBT-Forschungswerkstatt dargelegt wird.

Schlüsselwörter

Körperpsychotherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, therapeutische Fehler, Psychotherapieforschung, Fehlerkultur

Abstract:

Therapeutic mistakes in body oriented psychotherapy and the contribution of research for the development of an error culture

Based on the view that every psychotherapeutic approach has its own specific boundaries and shortcomings specific risks of body oriented psychotherapy in general are listed. It is argued that research can make a significant contribution for psychotherapists to reflect their therapeutic convictions and therapeutic practice. The discussion of empirical studies concerning the Concentrative Movement Therapy (KBT) illustrates how research results provide hints on potential undesirable developments in therapeutic practice. Regarding the development of an error and failure culture psychotherapists can benefit from the scientific attitude to challenge theoretical assumptions. This is illustrated by the example of the KBT research workshop.

Keywords

Body oriented psychotherapy, concentrative movement therapy, therapeutic mistakes, psychotherapy research, error culture

Für körperorientierte Psychotherapeuten stellt es eine besondere Herausforderung dar, sich mit therapeutischen Fehlern und Unzulänglichkeiten zu beschäftigen. Aufgrund ihres Außenseiterstatus in der Scientific Community sehen sie sich herausgefordert, belegen zu müssen, dass Patienten von ihrer speziellen Art psychotherapeutischer Arbeit profitieren (Röhrich, 2009). Die (öffentliche) Auseinandersetzung mit Gefährdungen oder Fehlentwicklungen, die mit dem eigenen therapeutischen Handeln verbunden sind oder sein könnten, fällt bei einem solchen Legitimationsdruck nicht leicht. Angesichts des psychisch »invasiven« Charakters einzelner dieser Interventionsmethoden, wie das verstärkte Atmen (Teegen, 1985), das Einnehmen körperlicher Stresspositionen (Sebastian, 1985) oder der körperlichen Berührung z.B. im Rahmen von Massage (Rolf, 2000), sind körperorientierte Psychotherapeuten aber insbesondere herausgefordert, ihr Handeln zu reflektieren und mögliche »Fallstricke« ihres therapeutischen Vorgehens zu erkennen.

Mit »Fallstricke« sind hier verfahrensspezifische Risiken gemeint, die jedes Psychotherapieverfahren aufweisen dürfte. So birgt z.B. die »Deutungshoheit« des Psychoanalytikers die Gefahr der Entwicklung einer untherapeutischen asymmetrischen Beziehungsgestaltung mit Abhängigkeit auf Seiten des Patienten oder Machtmissbrauch auf Seiten des Therapeuten. Dagegen tun sich Gesprächspsychotherapeuten in ihrem Bemühen um Empathie und unbedingte Wertschätzung

möglicherweise schwer, aggressive (Gegenübertragungs-)Gefühle in der Beziehung zum Patienten in therapeutisch konstruktiver Weise zu nutzen. Und Verhaltenstherapeuten sind in ihrem therapeutischen Handeln, das insbesondere an den Symptomen des Patienten orientiert ist, gefährdet, die Dynamik in der therapeutischen Beziehung nicht ausreichend zu berücksichtigen.

Im Folgenden sollen die Fallstricke der Körperpsychotherapie erörtert werden. Zunächst werden die in der Literatur genannten Risiken der Körperpsychotherapie aufgeführt und an einem klinischen Fallbeispiel verdeutlicht. Anschließend soll anhand einiger Ergebnisse von empirischen Studien zur Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) dargelegt werden, wie Forschung einen wichtigen Beitrag für Therapeuten liefern kann, ihre therapieschulenspezifische Überzeugungen zu reflektieren und kritisch in Hinblick auf mögliche Fehlentwicklungen der eigenen therapeutischen Praxis zu hinterfragen. Ein solches Hinterfragen ist der Entwicklung einer Fehlerkultur dienlich (Caspar & Kächele, 2008), was abschließend am Beispiel der KBT-Forschungswerkstatt dargelegt wird.

Risiken der Körperpsychotherapie

Wir kennen vier verfahrensspezifische Risiken der Körperpsychotherapie (vgl. Young, 2006). Diese stehen jeweils in Zusammenhang mit spezifischen theoretischen Konzepten:

1. *Das Risiko der Retraumatisierung:* Es wird in einigen Richtungen der Körperpsychotherapie das Konzept vertreten, dass ein Trauma nur dadurch aufgelöst werden kann, dass der Patient in das Trauma »hineingeht« und die dann aufkommenden Gefühle sich »entladen« können, sodass ein natürlicher Heilungsprozess einsetzt. Ein solches »Entladungskonzept«, das sich z.B. bei Janov (1982) findet, führt zu einem therapeutischen Vorgehen, bei dem die Auflösung von Blockaden, die Umgehung von Widerständen oder deren Zusammenbrechen angestrebt wird. Es hat sich aber gezeigt, dass ein »mittleres« Erregungsniveau in der therapeutischen Arbeit an Traumata nicht überschritten werden darf, da es sonst zu einem Wiederentflammen des traumatischen Stresszustands kommt. In der Folge ist dann häufig eine maligne Entwicklung in der Behandlung zu verzeichnen.
2. *Schädigung durch missbräuchliche Berührung:* Berührungen durch den Therapeuten stellen in einigen der verschiedenen körpertherapeutischen Richtungen eine zentrale Interventionsform dar. Wenn dabei z.B. mit Bezug auf das therapeutische Konzept des Reparentings eine Auffassung vertreten wird, dass jede Berührung besser ist als gar keine Berührung, kann dies zu einer unreflektierten und letztlich missbräuchlichen Anwendung körperlicher Berührungen führen. Hingegen muss der therapeutische Einsatz von Berührungen von einer sehr klaren, wohl definierten und professionellen Intention begleitet werden.
3. *Schädigung infolge eines »Durchbrechens der Abwehr«:* Eine therapeutische Arbeit, die auf einem Konzept der somatischen Charakterpanzerung basiert, wie es z.B. in den reichianischen Richtungen der Körperpsychotherapie zu finden ist, wird in ihrem Vorgehen vor allem darauf abzielen, dass die Abwehr des Patienten »durchbrochen« wird. Erfolgt dann aber keine (ausreichende) therapeutische Arbeit an der »Reintegration«, bedeutet dies, dass dem Patienten seine bisherigen Coping-Strategien im Umgang mit Stress genommen werden, ohne dass ihm neue zur Verfügung stehen. In der Folge führt eine solche therapeutische Arbeit zu hochgradig labilisierten Patienten.
4. *Schädigung durch unangemessene oder maligne Regression:* Eine Orientierung am Konzept der Befriedigung emotionaler Defizite führt in der Therapie dazu, dass die Regression des Patienten als bedeutsam für den Heilungsprozess angesehen wird. Dies kann verschiedene problematische Entwicklungen in der Therapie zur Konsequenz haben: Der Therapeut nimmt eine omnipotente Rolle ein, komplementär ist der Patient mit seinem regressiven Zustand (»inneres Kind«) identifiziert. In der Folge flüchtet der Patient davor, Verantwortlichkeit für die Gestaltung seines Lebens zu übernehmen. Oder es werden aggressive Impulse auf Seiten des Patienten in der symbiotisch-regressiven Therapiebeziehung abgewehrt oder negiert und bleiben so unbearbeitet.

Da Körperpsychotherapie im klinischen Kontext häufig im Rahmen eines gruppen-therapeutischen Settings zur Anwendung kommt (Seidler et al., 2002), sind auch Risiken zu

beachten, die sich daraus ergeben. Die therapeutische Fokussierung auf den Körper und das Körpererleben kann insbesondere für Patienten mit schweren Körperbildstörungen eine große Bedrohung und im Rahmen von Gruppentherapie eine Überforderung darstellen. Im Vergleich zur Einzeltherapie können Körperpsychotherapeuten im Gruppensetting ihre therapeutischen körperbezogenen Angebote weniger auf die individuellen Möglichkeiten der Patienten hin anpassen. Die Therapeuten müssen zudem mehr als in psychodynamischer Gruppentherapie einen direktiven Arbeitsstil realisieren, indem sie der Gruppe Angebote machen, sich in bestimmter Weise dem Körpererleben zuzuwenden, oder indem sie Patienten bei körperbezogenen Übungen anleiten. Diesbezügliche Übertragungsreaktionen der Gruppe sind in der therapeutischen Arbeit zu berücksichtigen, können aber im Gegenübertragungserleben von Körperpsychotherapeuten eine besondere Herausforderungen darstellen und Anlass für therapeutische Fehler sein. Dies soll anhand eines klinischen Fallbeispiels illustriert werden.

In der psychosomatischen Klinik wurde Frau A. vom Team in das Therapie-Setting mit zweimal 100 Minuten psychodynamische Gruppentherapie und zweimal 100 Minuten KBT-Gruppenbehandlung bei mir (K. S.-W.) pro Woche eingeteilt. Im KBT-Vorgespräch äußerte sie mir gegenüber große Skepsis gegenüber therapeutischen Gruppen, in denen sie sich wie vergewaltigt fühlen würde. Sie möchte einerseits offen sein, andererseits wolle sie sich aber nichts von anderen anhören müssen. In den ersten drei Gruppenstunden lässt sie sich auf die körperbezogenen therapeutischen Angebote ein, fühlt sich aber schnell überwältigt von den heftigen Affekten bei sich und in der Gruppe. Zu Beginn der vierten Stunde kommt sie zu mir und flüstert mir zu, dass es ihr schlecht gehe und sie die Gruppe verlassen möchte. Ich gehe nicht auf ihren Wunsch ein, sondern lade sie ein, zu bleiben und in der Gruppe für sich zu sorgen, z.B. sich einen Platz in der Ecke einzurichten. Sie lässt sich darauf ein zu bleiben. In der Befindlichkeitsrunde, mit der die Gruppenstunde üblicherweise beginnt, will sie dann jedoch nichts von sich mitteilen. Ich entscheide mich für ein gestalterisches Angebot mit Gegenständen, auf das sich der Rest der Gruppe einlässt. Jeder wählt sich acht Gegenstände als »Spielsteine«, die der Reihe nach auf dem Teppich als Spielfeld gesetzt werden. Später können noch »Züge« gemacht werden. Beziehungen in der Gruppe lassen sich so symbolisch darstellen und die Einzelnen können ihren eigenen »Standpunkt« zur bzw. innerhalb der Gruppe verdeutlichen. Die Gruppe ist konzentriert und ruhig dabei. Frau A. macht nicht mit, sitzt aber im Kreis der Mitpatienten neben mir auf einem 50 cm hohen Schaumstoffwürfel, auf dem sie immer mehr in sich zusammensackt. Nach etwa einer halben Stunde, am Spielende, verlässt Frau A. kurz den Raum, um dann wiederzukommen und endgültig mit den Worten »das hier ist nichts für mich – ich kann mich hier nicht öffnen, nicht einlassen« zu gehen. Im anschließenden Gespräch der Gruppe wird viel Ärger auf mich spürbar. Mir wird vorgeworfen, eine Standardintervention gemacht zu haben und nicht auf Frau A.'s individuelle Not eingegangen zu sein. Es sei ihr doch immer schlechter ergangen, und alle seien dadurch auch abgelenkt gewesen. Einem Mitpatienten wird übel; er wirft mir vorwurfsvoll an den Kopf: »Wenn Sie wüssten, wie schlecht es der Mitpatientin geht, hätten sie nicht so herzlos gehandelt.«

Meine damaligen Überlegungen, nachdem mir Frau A. zu Beginn der Gruppenstunde ihren Wunsch mitgeteilt hatte, die Gruppe verlassen zu dürfen, waren folgende gewesen: Ich hatte extra ein spielerisch-gestaltendes Angebot gewählt, das nicht so regressiv oder direkt konfrontativ mit anderen war, sondern mehr Abstand zuließ, um es für Frau A. leichter zu machen, im Kontakt mit der Gruppe zu bleiben. In der Folge habe ich, als sie neben mir saß, ihr »Zusammensacken« nicht wahrgenommen, vielleicht auch nicht wahrnehmen wollen, habe mich den anderen Gruppenteilnehmern zugewandt und Frau A.'s nonverbalen Hilferuf, den ich dramatisierend empfand, übergangen. In einem Krisengespräch nach der Gruppenstunde konnte Frau A. dann beschreiben, dass sie sich in der KBT-Gruppe noch schlechter als in den Gesprächsgruppen fühle. Sie würde sich dort schnell durch heftige negative Emotionen »in den Boden gedrückt« fühlen. So würde es ihr auch in der Beziehung zu ihrem Ehemann ergehen. Sie hätte sich von mir Hilfe gewünscht, diese aber nicht erhalten. Stattdessen hätte ich mich abgewendet und um die Gruppe gekümmert. Nach einem vom therapeutischen Team beschlossenen Wechsel des Therapie-Settings nahm Frau A. nicht mehr an der KBT-Gruppe teil, sondern besuchte

stattdessen die Kunsttherapiegruppe, in der sie sich gut einfand, ihr inneres Erleben gestalten und über Bilder ausdrücken konnte.

Was war mein therapeutischer Fehler? Ich wollte Frau A. in der Gruppe halten, sie blieb zwar, aber weigerte sich zu sprechen. Ich habe sie dann »links liegen« gelassen, als sie ihre Not und ihre Wünsche in Szene setzte. Als ich nicht für sie sorgen wollte, verließ sie die Gruppe. Die Balance zwischen fürsorglichem Umgang und konfrontativer Anforderung zu finden, war mir bei dieser Patientin in der Gruppe nicht gelungen.

Die im Folgenden dargelegten Forschungsergebnisse weisen auf weitere verfahrensspezifische Fallstricke körperorientierter Psychotherapie hin. Sie beziehen sich zwar nur auf die KBT, können sicherlich aber auch Therapeuten anderer körpertherapeutischer Richtungen anregen, zu überprüfen, inwieweit die dargestellten Befunde und davon abgeleiteten Überlegungen ebenfalls für sie relevant sind.¹

Gibt es Misserfolge in der KBT?

Die vorliegenden Therapieevaluationsstudien zur KBT belegen, dass Misserfolge in der KBT, wie bei den etablierten Therapieverfahren auch (Lambert et al., 2002; Lambert und Ogles, 2004), keine vernachlässigbare Ausnahmerecheinung darstellen:

In einer randomisierten kontrollierten Studie konnte keine Wirksamkeit der KBT bei orthopädischen Patienten mit chronischen Schmerzen nachgewiesen werden (Röper et al., 2002).

Ebenfalls zeigte sich keine Wirksamkeit der KBT in Einzelfalluntersuchungen zur stationären Behandlung von Patienten mit schwerer chronischer Depression (Bauer-Petersen, 2002).

Im Urteil älterer Patienten stationärer psychosomatischer Behandlung wird der gruppentherapeutischen Behandlung mit KBT von 15% der Patienten eine geringe oder negative Bedeutung zugesprochen (Baumann, 1994). Möglicherweise tun sich ältere Patienten eher mit der KBT schwer, denn in einer anderen Studie beurteilten dagegen nur 3% der Patienten stationärer Psychotherapie die KBT als »nicht genügend« (Gathman, 1990).

Im Kontext von (teil-)stationärer Psychotherapie sehen KBT-Therapeuten bei 13% ihrer Patienten keine Veränderungen durch die KBT-Behandlung; bei 1% der Patienten stellen sie eine Verschlechterung fest. Bei einem nicht unerheblichen Anteil der Patienten konstatieren sie Schwierigkeiten, sich auf die KBT-Behandlung einzulassen: 17% der Patienten werden als wenig bzw. gar nicht »verfahrensbereit« eingeschätzt und 33% der Patienten als sich wenig bzw. gar nicht auf das therapeutische Gespräch einlassend (Schreiber-Willnow et al., 2006).

Im ambulanten Setting haben sich nach drei Monaten Behandlung mit KBT (überwiegend als Einzeltherapie) 3% der Patienten in ihrem Beschwerdeerleben verschlechtert; bei 42% der Patienten sind keine Veränderungen zu verzeichnen (Seidler, 2005). Da es sich hierbei um noch nicht abgeschlossene Behandlungen handelt, bleibt offen, ob diese Patienten im weiteren Behandlungsverlauf nicht doch noch positive Veränderungen aufweisen. Deutlich ist jedenfalls, dass eine Kurzzeitbehandlung mit KBT für viele der Patienten im ambulanten Bereich nicht ausreichend würde.

Die dargestellte Befundlage zeigt, dass die Wirksamkeit der KBT ihre Grenzen hat. Leider liegt bislang kaum empirisches Wissen darüber vor, inwieweit es sich hierbei um verfahrensspezifische Grenzen handelt oder ob diese Grenzen in ähnlicher Weise auch für andere psychotherapeutische Verfahren bei den hier aufgeführten Patientengruppen gelten würden. Dennoch werfen die Untersuchungsergebnisse folgende Frage auf: Mit welchen Patienten unter welchen therapeutischen Rahmenbedingungen (z.B. Einzel- vs. Gruppentherapie, Kurz- vs. Langzeittherapie) kommen KBT-Therapeuten nicht so gut zurecht?

Machen KBT-Therapeuten das, was effektiv ist?

Die Grenzen der Wirksamkeit eines Verfahrens mögen auch darin begründet sein, dass Interventionen, die tatsächlich wirksam sind, von den Therapeuten aufgrund therapietheoretischer oder -praxeologischer Vorbehalte nur wenig angewendet werden. Hinweise

¹ Im Folgenden wird der besseren Lesbarkeit halber weitgehend auf die Angabe statistischer Kennwerte oder anderer Zahlen verzichtet. Diese sind in den jeweils aufgeführten Veröffentlichungen zu finden.

zur unterschiedlichen Wirksamkeit der verschiedenen Interventionen in der KBT finden sich in einer Studie, in der u.a. untersucht wurde, welche Interventionsschwerpunkte KBT-Therapeuten in der Gruppenbehandlung verfolgen und ob das Erleben der Patienten in einzelnen Gruppenstunden davon abhängt, welche Interventionsschwerpunkte vom KBT-Therapeuten jeweils verfolgt wurde (Seidler, 2002): 26 KBT-Therapeuten gaben für insgesamt 105 Gruppenstunden ambulanter und stationärer Therapiegruppen an, in welchem Ausmaß sie bestimmte Interventionsschwerpunkte verfolgt hatten. Es zeigte sich, dass KBT-Therapeuten in der Gruppenarbeit vor allem die Selbstwahrnehmung, die Wahrnehmung des Beziehungsverhaltens und -erlebens sowie den Selbst-Ausdruck fokussieren. Eine offene Angebotsformulierung, die dem Einzelnen bzw. der Gruppe Freiraum gibt, Eigenes zu entwickeln, wird nicht so häufig vorgenommen. Ebenso zielen KBT-Angebote weniger häufig auf eine Differenzierung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas sowie auf die Wahrnehmung des eigenen körperlichen Ausdrucks bzw. des körperlichen Ausdrucks anderer Gruppenteilnehmer, d.h., der Körper selbst ist häufig gar nicht Zentrum des therapeutischen Bemühens. Dieser empirische Befund belegt, dass sich die KBT in ihrer Methodik von ihren bewegungspädagogischen und -therapeutischen Grundlagen hin zu einem erlebnisorientierten Psychotherapieverfahren weiterentwickelt hat. Aber ist durch solch eine Entwicklung das spezifische therapeutische Potenzial der »Körperarbeit« aus dem Blick geraten?

Hierzu geben die Ergebnisse zum Zusammenhang von Interventionsschwerpunkt und Erleben der Gruppenteilnehmer Hinweise: Für 35 Gruppenstunden lagen sowohl die Angaben des jeweiligen KBT-Therapeuten zum Interventionsschwerpunkt sowie die Angaben der Gruppenteilnehmer zu ihrem Erleben in der jeweiligen Gruppenstunde anhand eines standardisierten Fragebogens vor. Es zeigte sich, dass keiner der oben genannten Interventionsschwerpunkte, die von KBT-Therapeuten häufig verfolgt werden, einen Zusammenhang dazu aufweisen, dass Patienten bedeutsame Erfahrungen in der Gruppenstunde machen. Hingegen berichten Gruppenteilnehmer vermehrt von bedeutsamen Körpererfahrungen, wenn in der Gruppenstunde vor allem KBT-Angebote zur Differenzierung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas oder zur Wahrnehmung des eigenen körperlichen Ausdrucks oder desjenigen der anderen Gruppenteilnehmer im Vordergrund standen. Dies bestätigt die Annahme der KBT, dass über die Förderung der Körperwahrnehmung bedeutsame Körpererfahrungen ermöglicht werden. Umso erstaunlicher ist deshalb der oben aufgeführte Befund, dass KBT-Therapeuten diesen Interventionsschwerpunkt gar nicht mehr in ihrer Arbeit so stark verfolgen. KBT-Therapeuten mögen von daher gut beraten sein, sich wieder vermehrt auf ihre bewegungstherapeutischen und -pädagogischen Grundlagen zu besinnen. Interessant ist auch der Befund, dass die Beschäftigung mit dem Körperausdruck ebenfalls förderlich dafür ist, dass Patienten bedeutsame Körpererfahrungen machen. Dieser therapeutische Zugangsweg zur Körpererfahrung, der insbesondere in der Tanztherapie Beachtung findet, könnte in der Arbeit von KBT-Therapeuten weiter elaboriert werden. Als weiteres Ergebnis fand sich, dass Gruppenteilnehmer weniger körperliches Unbehagen erleben, wenn zum einen die KBT-Angebote eher offen formuliert sind, sodass dem Einzelnen Freiraum gegeben ist, Eigenes zu entwickeln, oder zum anderen vor allem das Ausprobieren neuer Umgangsweisen mit sich selbst, mit anderen Gruppenmitgliedern oder mit Gegenständen angeregt wird. Die Förderung des Explorationsverhaltens von Patienten, welches – gemäß KBT-Theorie – mit der Entwicklung von »Erfahrungsbereitschaft« einhergeht, erweist sich somit als eine gute therapeutische Methode, um einer ungünstigen Fixierung auf ein negatives Körpererleben entgegenzuwirken, steht aber ebenfalls nicht im Zentrum des therapeutischen Bemühens der KBT-Therapeuten.

So ergibt sich ein paradoxes Fazit: Einiges, was KBT-Therapeuten machen, scheint dem Erleben der Gruppenteilnehmer nach tatsächlich effektiv zu sein – aber gerade dies machen die KBT-Therapeuten am wenigsten.

Welche Überzeugungen sind für KBT-Therapeuten handlungsleitend?

In einer Fragebogenstudie (Seidler et al., 2003b) zum beruflichen Erfahrungshintergrund und zur beruflichen Praxis machten 91 KBT-Therapeuten unter anderem Angaben dazu, welche therapeutischen Ziele sie in ihrer Arbeit verfolgen und welche Vorstellungen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung bestehen. Bezüglich Letzterem gaben sie Auskunft darüber, welche Art therapeutischer Beziehungsgestaltung von ihnen angestrebt wird und inwieweit der tatsächliche Beziehungsstil von diesem angestrebten Ideal abweicht. Der Vergleich mit einer

großen Stichprobe von über 2.000 Psychotherapeuten anderer Verfahren ermöglichte, KBT-spezifische Eigenheiten zu bestimmen.

Es zeigte sich nun, dass die von KBT-Therapeuten als wichtig genannten Therapieziele in dieser Kombination ebenso von Therapeuten mit psychoanalytischer oder humanistischer Orientierung häufig genannt werden:

- a) Ein starkes Selbstwert- und Identitätsgefühl zu haben,
- b) unterdrückte oder abgetrennte Aspekte der Erfahrung zu integrieren und
- c) den Mut zu entwickeln, sich auf neue oder bisher vermiedene Situationen einzulassen.

In der therapeutischen Beziehungsgestaltung streben KBT-Therapeuten mehr als andere Therapeuten gegenüber ihren Patienten sowohl eine *beschützende* als auch *kritische* Haltung an. Weniger als andere Therapeuten hingegen halten KBT-Therapeuten eine *rezeptive* Haltung für wichtig. Interessanterweise ergeben sich zudem Überschneidungen zu den Idealvorstellungen der psychoanalytischen und humanistischen Therapeuten einerseits und den verhaltenstherapeutischen und systemischen Therapeuten andererseits: Mit Ersteren teilt man die Beziehungs- und Emotionsorientierung (*beteiligter* und *intuitiver* Arbeitsstil), mit Letzteren die Handlungsorientierung (*herausfordernder* und *fordernder* Arbeitsstil in Verbindung mit *freundlicher* Zugewandtheit).

Im Vergleich zum angestrebten Ideal sehen KBT-Therapeuten ihren tatsächlichen Beziehungsstil durch eine zu stark *fordernde*, *pragmatische* und *rezeptive* Beziehungsgestaltung sowie eine zu geringe *kritische* Haltung gekennzeichnet. Bei den Psychotherapeuten anderer Verfahren hingegen ist der tatsächliche Beziehungsstil im Vergleich zum Ideal-Selbstbild durch geringere *Effizienz*, *Geschick* und *Feinsinnigkeit* und mehr *Permissivität* und *beschützendes* Verhalten geprägt. Während bei Therapeuten anderer Verfahren sich somit im Vergleich von Ideal- und Real-Selbstbild u.a. Zweifel hinsichtlich der eigenen therapeutischen Technik (Effizienz, Geschick und Feinsinnigkeit) abzeichnet, spielt dies für KBT-Therapeuten keine Rolle. Letztere scheinen eher mit einer inneren Ambivalenz bezüglich einer fordernd-kritischen Haltung in der therapeutischen Beziehungsgestaltung beschäftigt zu sein.

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

Wie reflektieren KBT-Therapeuten ihre Arbeit?

In der im vorherigen Abschnitt erwähnten Fragebogenstudie wurden von den 91 KBT-Therapeuten auch Angaben dazu gemacht, welche verschiedenen Schwierigkeiten sowie Bewältigungsstrategien in der therapeutischen Arbeit erlebt werden. Auch hier erfolgte ein Vergleich mit den Angaben einer großen Stichprobe von mehr als 2.000 Psychotherapeuten anderer Verfahren (Seidler et al., 2004). In der Rangreihe der erlebten Schwierigkeiten geben KBT-Therapeuten – ähnlich wie andere Psychotherapeuten – an, dass sie vor allem mit Zweifeln, wie in der Behandlung ihrer Patienten am besten vorzugehen ist, beschäftigt sind oder dass sie schmerzlich berührt sind von ihrer Machtlosigkeit gegenüber tragischen Lebenssituationen. Sehr

stark ähneln sich auch die primären Bewältigungsstrategien der KBT-Therapeuten und Psychotherapeuten anderer Verfahren: Probleme aus einer anderen Perspektive zu betrachten oder diese mit Kollegen zu besprechen.

Interessant ist nun, wo sich Unterschiede zwischen den KBT-Therapeuten und den Psychotherapeuten anderer Verfahren zeigten: KBT-Therapeuten erleben in geringerem Ausmaß die Schwierigkeit, wenig Vertrauen darauf zu haben, dass man einen günstigen Einfluss auf den Patienten hat. Während bei anderen Therapeuten die Bewältigungsstrategie, alleine zu überlegen, wie das jeweilige Problem in der Therapie entstanden ist, von großer Bedeutung ist, spielt dies bei KBT-Therapeuten dagegen eine deutlich geringere Rolle. KBT-Therapeuten erscheinen somit gegenüber anderen Therapeuten als unbekümmerter bezüglich ihres therapeutischen Einflusses und sie halten das Nachdenken für sich alleine über Probleme in der therapeutischen Arbeit als Bewältigungsstrategie in geringerem Ausmaß für geeignet.

Wie lassen sich diese gefundenen Unterschiede interpretieren? Denkbar wäre, dass durch das »Handeln« der Patienten in der KBT die Therapeuten unmittelbare Rückmeldung darüber erhalten, was sie bei ihren Patienten bewirken, sodass sie weniger Zweifel hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu haben brauchen. Da die Therapietheorie der KBT eine eher lösungsorientierte Perspektive im Umgang mit Problemen im Therapieprozess vorsieht (Becker, 2002), neigen KBT-Therapeuten zudem bei Problemen in der Behandlung vielleicht wenig dazu, sich alleine Gedanken darüber zu machen, wie diese entstanden sind. Eine kritische Interpretation dieser Befunde könnte diese aber auch als Beleg dafür ansehen, dass KBT-Therapeuten dazu neigen, sich zu wenig bezüglich ihres Einflusses auf ihre Patienten zu hinterfragen und von daher auch weniger Probleme in der Therapie für sich alleine reflektieren mögen.

Die Beschäftigung mit Forschung als Anstoß für die Entwicklung einer hinterfragenden Haltung

Auf der Grundlage der angeführten empirischen Befunde lassen sich einige pointierte Fragen formulieren, die KBT-Therapeuten herausfordern, sich über die Fallstricke ihrer therapeutischen Methode und ihres therapeutischen Handelns Gedanken zu machen:

- KBT erscheint nicht besser wirksam als andere Psychotherapieverfahren und hat auch ihre (möglicherweise eigenen) Grenzen – wie können diese erkannt werden und lassen sich diese erweitern?
- KBT-Therapeuten tun gut daran, sich auf ihre bewegungstherapeutischen Wurzeln zu besinnen und ihren bewegungstherapeutischen Horizont zu erweitern – aber wollen KBT-Therapeuten dies überhaupt?
- Neigen KBT-Therapeuten zu Omnipotenz-Phantasien in Hinblick darauf, welche Ziele sie in der Therapie verfolgen?
- Stellt die »ausbalancierte« Beziehungsgestaltung von kritisch-fordernder und beschützend-freundlicher Haltung für KBT-Therapeuten eine »Sollbruchstelle« ihres Verfahrens dar?
- Neigen KBT-Therapeuten dazu, sich zu wenig selbstkritisch zu hinterfragen und Probleme in der Therapie zu reflektieren?

All diesen Fragen ist gemeinsam, dass therapeutische Überzeugungen und Selbstgewissheiten hinterfragt werden in dem Sinne der allgemeinen Frage: »Könnte es auch anders sein?« Gemäß Caspar und Kächele (2008) ist eine solche Frage, in der sich eine hinterfragende Haltung manifestiert, hilfreich, um die Wahrscheinlichkeit für Fehlentwicklungen in der therapeutischen Praxis zu reduzieren. Eine solche Frage ist ebenso wesentlich für die Haltung, mit der Wissenschaftler ihre Forschungsprojekte konzipieren (sollten): Forschung nähert sich seinem Gegenstand immer aus einer Haltung heraus, etwas noch nicht richtig zu wissen bzw. bisherige Annahmen einer kritischen Überprüfung unterziehen zu wollen. Insofern könnte man Wissenschaftler, die empirisch arbeiten, als Experten für die Entwicklung einer hinterfragenden Haltung betrachten. Psychotherapeuten lernen in ihrer Ausbildung hingegen, sich eine bestimmte Sichtweise auf die Komplexität psychischen Geschehens anzueignen, die dann ihre therapeutische Identität ausmacht. Wenn diese Identität, wie bei Körperpsychotherapeuten aufgrund ihres Außenseiterstatus teilweise zu beobachten, zudem einen gewissen defensiven Charakter z.B. im Sinne einer »splendid isolation« aufweist, kann das Hinterfragen der im langen Lernprozess angeeigneten Überzeugungen zumindest als ungewohnt wenn nicht gar als bedrohlich erlebt

werden. Es stellt sich insofern die Frage, ob Forschung mit ihrem Impetus etwas zu hinterfragen, überhaupt bei (Körper-)Psychotherapeuten auf offene Ohren stoßen kann.

Dass dies sehr wohl möglich ist, lässt sich anhand der KBT-Forschungswerkstatt belegen, die jährlich seit 1999 stattfindet. Veranstalter ist der Deutsche Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT) in Zusammenarbeit zunächst mit der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Ulm und seit 2005 mit der Rhein-Klinik Bad Honnef, Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Organisiert wird die Forschungswerkstatt von der Forschungsgruppe des DAKBT, deren Mitglieder die Autoren sind.² Teilnehmer der Forschungswerkstatt sind überwiegend praktisch tätige KBT-Therapeuten. Eingeladene Referenten aus dem Kreis des DAKBT und Experten aus dem universitären Bereich halten Vorträge zu dem Thema, unter dem die jeweilige Forschungswerkstatt steht. Einen breiten Raum nimmt zudem die Diskussion aktueller Forschungsprojekte zur KBT ein.

Die Diskussionen auf den ersten Forschungswerkstätten waren dadurch geprägt, dass die KBT-Therapeuten von der Wirksamkeit und Wirkungsweise ihrer Methode überzeugt waren und von der Forschung bzw. den Forschern erwartet wurde, dies nun auch belegen zu können. Ergebnisse aus der Säuglingsforschung oder den Neurowissenschaften wurden als Bestätigung eigener Überzeugungen angeführt, ohne dass reflektiert wurde, dass sich andere therapeutische Methoden ebenfalls auf diese berufen. Zudem bestand die Befürchtung, dass Forschung generell ein reduktionistisches Therapieverständnis zugrunde liegt, sodass die Eigenarten und die Komplexität des eigenen therapeutischen Handelns nur unzureichend erfasst werden können.

Die Diskussion solcher Themen wie »Therapieziele«, »Prozessdiagnostik« oder »störungsorientierte Therapie« führte dann u.a. zu einem Nachdenken über die Wesensmerkmale der KBT als therapeutische Methode und wie diese genauer begrifflich gefasst und auch operationalisiert werden können. So konnten beispielsweise verfahrensbezogene Prozess-Skalen entwickelt werden (Seidler et al., 2003a). Anhand der Diskussion der Forschungsprojekte zur KBT entstand im Verlauf bei den KBT-Therapeuten ein Verständnis für die hinterfragende Perspektiveneinnahme von Forschung. Diese wurde zunehmend nicht mehr als bedrohlich oder inadäquat sondern als anregend erlebt, da sich dadurch neue Sichtweisen auf die eigene Praxis ergaben. Die Forschungsprojekte der Forschungsgruppe des DAKBT fanden und finden eine hohe Akzeptanz bei den KBT-Therapeuten, was sich in deren reger Teilnahme an den Untersuchungen manifestiert. Diese Entwicklung dürfte einen fruchtbaren Boden dafür bieten, dass eine Fehlerkultur gedeihen kann. Es zeigt sich aber auch, dass ein solches Gedeihen offenbar Zeit braucht und in kleinen Schritten erfolgt. So plante die Forschungsgruppe des DAKBT für das Jahr 2007, die Forschungswerkstatt unter das Thema »Therapeutische Fehler und Misserfolge« zu stellen. Bei der Suche nach Referenten aus dem Kreis der KBT-(Lehr-)Therapeuten stießen wir auf eine große Zurückhaltung bei den von uns angesprochenen Personen. Es wurden jeweils subjektiv plausible Gründe angegeben, weshalb man als Referent zu diesem Thema gerade nicht zur Verfügung stand. Die Forschungsgruppe nahm letztlich Abstand von ihrer Tagungsidee, da sie den Eindruck gewann, dass für die Beschäftigung mit diesem heiklen Thema die Zeit doch noch nicht reif war. Inzwischen hat auf den Forschungswerkstätten und im Verband eine angeregte Diskussion darüber begonnen, wie sich die KBT und der sie vertretende Verband in der Zukunft weiter entwickeln können und müssen (Seidler, 2008). Unterentwickelte Aspekte der therapeutischen Praxis, wie eine fehlende elaborierte, systematische Eingangsdiagnostik, wurden in diesem Zusammenhang diskutiert und ein diesbezüglicher Entwicklungsbedarf anerkannt (indem z.B. eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung einer standardisierten Eingangsdiagnostik gegründet wurde). Insofern darf man gespannt sein, ob es demnächst doch noch eine KBT-Forschungswerkstatt zum Thema therapeutische Fehler und Misserfolge geben wird.

Literatur

- Bauer-Petersen, K. (2002). *Konzentrierte Bewegungstherapie bei depressiven Patienten im stationärem Rahmen*. Unveröff. Diplom-Arbeit, Psychologisches Institut, Universität Tübingen.
- Baumann, J. (1994). Körperbezogene Gruppenpsychotherapie in der 2. Lebenshälfte. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 337–345.

² Weitere Mitglieder der Forschungsgruppe des DAKBT sind bzw. waren Alexandra Epner, Swantje Grützmaker, Dr. Anke Hamacher-Erbguth und Martin Pfäfflin.

- Caspar, F. & Kächele, H. (2008) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S.C. Herpertz, F. Caspar, & C. Mundt, (Hg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 729–743). München: Urban u. Fischer.
- Gathmann, P. (1990). *Pathologie des psychosomatischen Reaktionsmusters*. Berlin: Springer.
- Becker, S. (2002). Die Bedeutung des Widerstands in der Konzentrativen Bewegungstherapie. In H. Stolze (Hg.), *Die Konzentrative Bewegungstherapie: Grundlagen und Erfahrungen* (3., erg. Aufl., S. 203–209). Berlin: Springer.
- Janov, A. (1982). *Der Urschrei. Ein neuer Weg der Psychotherapie*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5. Auflage, pp. 139–193). New York: Wiley & Sons.
- Lambert, M.J., Hawkins, E.J. & Hatfield, D.R. (2002). Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für Praxis und Forschung. In M. Märtens, & H.G. Petzold, H.G. (Hg.), *Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 40–59). Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4 (2), 135–156.
- Rolf, I. (2000). *Rolfing im Überblick. Physische Wirklichkeit und der Weg zu innerem Gleichgewicht*. Paderborn: Junfermann.
- Röper, R., Schaus, B. & Damhorst, F. (2002). *KBT bei PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen: Ergebnisse der KBT-Studie der Klinik für Rehabilitation, Bad Salzungen*. Unveröff. Vortragsmanuskript, Klinikum für Rehabilitation, Bad Salzungen.
- Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Seidler, K.-P. (2006). Therapieziele und Behandlungsergebnisse der KBT in der (teil-)stationären Psychotherapie. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie mit dem KBT-Dokumentationsbogen (KBT-DoBo). *Konzentrative Bewegungstherapie*, 28, 70–75.
- Sebastian, U. (1985). Bioenergetische Analyse nach Lowen und Reich. In W. Toman (Hg.), *Psychotherapie. Ein Handbuch, Bd.1* (S. 152–164). Stuttgart: Kohlhammer.
- Seidler, K.-P. (2002). Die Gruppenstunde in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) im Spiegel des Erlebens der Gruppenteilnehmer und des Gruppenleiters. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 38, 71–88.
- Seidler, K.-P. (2008). KBT 2018 – Visionen für die Zukunft. *Konzentrative Bewegungstherapie*, 30, 50–53.
- Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Pfäfflin, M. (2002). Die Praxis der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). Frequenz – Dauer – Setting – Behandelte Störungsbilder. *Psychotherapeut*, 47, 223–228.
- Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Pfäfflin, M. (2003a). Bedeutsame Merkmale der Prozessdiagnostik in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 39, 361–376.
- Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Pfäfflin, M. (2003b). Sind Körperpsychotherapeuten anders? Therapeutisches Selbstverständnis von Therapeuten für Konzentrative Bewegungstherapie (KBT). *Psychotherapeut*, 48, 117–121.
- Seidler, K.-P. (2005). Veränderungen unter KBT in der ambulanten Therapie. Erste Ergebnisse der DAKBT-Studie. *Konzentrative Bewegungstherapie*, 27, 76–77.
- Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Pfäfflin, M. (2004). Ausgebrannt oder angeregt? Beruflicher Erfahrungshintergrund von Körperpsychotherapeuten am Beispiel von Therapeuten für Konzentrative Bewegungstherapie (KBT). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 224–229.
- Teegen, F. (1985). Verstärkte Atmung. In H. Petzold (Hg.), *Leiblichkeit* (S. 499–545). Paderborn: Junfermann.
- Young, C. (2006). Körperpsychotherapie und ihre Risiken. In G. Marlock & H. Weiss (Hg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 617–624). Stuttgart: Schattauer.