

Redaktion

J. Eckert, Hamburg
(Koordin. Herausgeber)

Originalien

Klaus-Peter Seidler¹ · Karin Schreiber-Willnow² · Anke Hamacher-Erbguth³ · Martin Pfäfflin⁴

¹ Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover

² Rhein-Klinik, Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bad Honnef

³ Nürnberg · ⁴ München

Sind Körperpsychotherapeuten anders?

Therapeutisches Selbstverständnis von Therapeuten für Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)

Zusammenfassung

Gemäß dem „Allgemeinen Modell der Psychotherapie“ sind die Unterschiedlichkeiten der Behandlungsmodelle von Therapeuten im Hinblick auf eine optimale Passung zu den verschiedenen Formen des Krankheitserlebens der Patienten von Bedeutung. Die Herausarbeitung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten der Behandlungsmodelle erscheint insofern erforderlich. Anhand des Vergleichs der Angaben von 91 Therapeuten für Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) im „Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire (DPCCQ)“ mit den Ergebnissen bisheriger DPCCQ-Studien wird exemplarisch überprüft, inwieweit sich Körperpsychotherapeuten in ihrem therapeutischen Selbstverständnis (theoretische Orientierung, therapeutische Ziele und Haltungen) von Therapeuten anderer Verfahren unterscheiden. Wenn auch für die KBT-Therapeuten einige Besonderheiten nachzuweisen sind, die charakteristische Aspekte ihres Verfahrens reflektieren, so überwiegen doch trotz Unterschieden in soziodemographischen Merkmalen (Geschlecht, Alter, Grundberuf) die Gemeinsamkeiten mit den Therapeuten anderer Verfahren.

Schlüsselwörter

Körperpsychotherapeuten ·
Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) ·
Therapeutisches Selbstverständnis ·
Internationale Studie zur Entwicklung
von Psychotherapeuten (ISDP)

Therapeuten¹ verschiedener Therapieschulen unterscheiden sich hinsichtlich des ihrem Verfahren zugrunde liegenden Menschenbildes und den damit verbunden Zielen, ihrem diagnostischen Verständnis, ihren Interventionstechniken und ihrer Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Orlinsky (1994) spricht in diesem Zusammenhang von unterschiedlichen Behandlungsmodellen, denen er eine besondere funktionelle Bedeutung im Rahmen des von ihm mitentwickelten „Allgemeinen Modells der Psychotherapie“ (Orlinsky u. Howard 1987) zuweist. Demnach sind die besten therapeutischen Resultate dann zu erwarten, wenn das Behandlungsmodell des Therapeuten eine optimale Passung zum Krankheitserleben des Patienten aufweist. Hinsichtlich der Interventionstechniken konnte dies auch empirisch bestätigt werden (Ambühl u. Graue 1988). Die anderen Aspekte des Behandlungsmodells sind bislang aber kaum empirisch erfasst und auf ihre funktionelle Passung zum Krankheitserleben von Patienten untersucht worden. Im klinischen Alltag finden sich hingegen häufig erstaunlich klare Vorstellungen darüber, zu welchem Verfahren oder Therapeuten ein bestimmter Patient am besten passt. So herrscht im Rahmen stationärer Psychotherapie die Auffassung vor, dass für körperorien-

tierte Psychotherapieverfahren insbesondere zum Krankheitserleben alexithymer und psychosomatischer Patienten eine gute Passung vorliegt (z. B. Becker 1997; Dietrich 1995; Goll 1989). Weist das Behandlungsmodell von Körperpsychotherapeuten aber nur hinsichtlich der Interventionsmethodik (Röhrich 2000) Besonderheiten auf oder unterscheiden sich Körperpsychotherapeuten auch in ihrem therapeutischen Selbstverständnis, d. h. in ihrer theoretischen Orientierung, ihren Zielen und Vorstellungen zur therapeutischen Beziehungsgestaltung, von Therapeuten anderer Verfahren?

Anhand der im Rahmen der „International Study for Development of Psychotherapists“ (ISDP) vom „Collaborative Research Network“ (CRN) der „Society for Psychotherapy Research“ (SPR) erhobenen Daten werden in der vorliegenden Untersuchung Aspekte des therapeutischen Selbstverständnisses von Körperpsychotherapeuten exemplarisch für Therapeuten der Konzentrierten Bewegungstherapie (KBT) empirisch dokumentiert und mit denen anderer Psychotherapeuten verglichen.

© Springer-Verlag 2003

Dr. Klaus-Peter Seidler
Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie,
Medizinische Hochschule Hannover,
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
E-Mail: seidler.klauspeter@mh-hannover.de

¹ Die männliche Sprachform meint immer Frauen und Männer im jeweiligen Bereich.

Klaus-Peter Seidler · Karin Schreiber-Willnow
Anke Hamacher-Erbguth · Martin Pfäfflin

**Are body oriented psychotherapists
unlike other psychotherapists?
Therapeutic self-concept of therapists
for Concentrative Movement Therapy
(KBT)**

Abstract

Following the „Generic Model of Psychotherapy“ differences of treatment models are relevant with respect to optimal matching with patient's illness experience. Therefore it seems necessary to work out differences and similarities of treatment models. The results of 91 therapists, trained in Concentrative Movement Therapy (KBT), in the „Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire (DPCCQ)“ are compared to the therapists' results in other DPCCQ-studies, to find out, whether there are differences in therapeutic self concepts (theoretical orientation, therapeutic goals and attitudes). A few special features for KBT-therapists can be found which reflect characteristic aspects of the method. Despite some differences concerning socio-demographic characteristics (sex, age and basic professional education) similarities to other therapists predominate.

Keywords

Body oriented psychotherapists ·
Concentrative Movement Therapy (KBT) ·
Therapeutic self-concept · International
Study for Development of Psychotherapists
(ISDP)

Originalien

Auch wenn Körperpsychotherapeuten gewisse gemeinsame Charakteristika aufweisen dürften, bilden sie schon allein aufgrund deutlicher Unterschiede in der therapeutischen Methodik und des theoretischen Hintergrunds (Röhrich 2000) keine homogene Gruppe. Dies legt nahe, zunächst nur ein Verfahren der körperorientierten Psychotherapie heranzuziehen. Bei der KBT handelt es sich um eine Methode, die sich in den letzten Jahren zu einem tiefenpsychologisch begründeten eigenständigen körperorientierten Psychotherapieverfahren entwickelt hat (Becker 1997; Pokorny et al. 1996); erste kontrollierte Studien liefern zudem Hinweise auf ihre Wirksamkeit (Seidler 2001).

Im Einzelnen soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

- ▶ Welche theoretische Orientierung verfolgen KBT-Therapeuten in ihrer Entwicklung?
- ▶ Welche therapeutischen Ziele sind für sie wesentlich?
- ▶ Welche Haltungen werden von ihnen als bedeutsam für die therapeutische Beziehungsgestaltung angesehen?

Untersuchungsmethodik

Es wurde der von der CNR-Gruppe² entwickelte Basisfragebogen zur Erfassung der Entwicklungs- und Statusbedingungen von Psychotherapeuten verwendet. In diesem „Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire (DPCCQ)“ werden anhand von rund 400 Aussagen die theoretische Orientierung und die Ziele von Psychotherapeuten, das Ausmaß und die Art ihrer Ausbildung sowie der Umfang und die Art ihrer beruflichen Erfahrungen erfasst (Orlinsky et al. 1999). Im Rahmen der noch laufenden ISDP-Studie erfolgten in den letzten Jahren bereits mehrere CRN-Publikationen, die auf ziemlich unterschiedlichen Stichprobengrößen und -zusammensetzungen, die noch nicht die DPCCQ-Daten der KBT-Therapeuten beinhalten, basieren.

Gemäß dem deskriptiven Charakter einer explorativen Studie werden anhand geeigneter Kennwerte Angaben gemacht, die sich auf die oben genannten Fragestellungen beziehen. Soweit Vergleiche vorgenommen werden, beziehen sich diese auf die in Tabelle 1 angeführten CRN-Studien.

Stichprobe

Der DPCCQ wurde an Teilnehmer der Jahrestagungen des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrierte Bewegungstherapie e. V. (DAKBT) ausgegeben und wurde von 91 Therapeuten für KBT ausgefüllt. Bei dem überwiegenden Teil (85%) handelt es sich um Therapeuten aus Deutschland; die übrigen leben in Österreich. Zieht man die vorliegenden Angaben zur psychotherapeutischen Tätigkeit von KBT-Therapeuten heran (Seidler et al. 2002), so ist eine Ausschöpfungsquote von etwa 27% anzunehmen. Mit 82% liegt der Anteil weiblicher Therapeuten deutlich über den der angeführten CRN-Studien. Anders als dort fällt auch die Verteilung der Grundberufe aus. Ärztliche und psychologische Therapeuten (über 80% in den CRN-Studien) sind bei der KBT nur mit etwa 20% neben anderen Grundberufen, wie Krankengymnastik und -pflege oder (Sozial-)Pädagogik, vertreten. Es lässt sich annehmen, dass der erst spätere Beginn einer Psychotherapieausbildung im beruflichen Werdegang bei Personen in solchen Grundberufen zu dem gegenüber den anderen CRN-Studien um 8 Jahre erhöhten Durchschnittsalter führt. Letzteres ist zudem wohl auch darauf zurückzuführen, dass sich mehr erfahrene Therapeuten als in den CRN-Studien an der Untersuchung beteiligt haben; die KBT-Therapeuten weisen im Durchschnitt fast 4 Jahre mehr therapeutische Berufserfahrung auf. Die Verteilung der therapeutischen Orientierung fällt für die KBT-Therapeuten weniger heterogen aus als in den CRN-Studien, an denen sich Therapeuten mit unterschiedlichen Therapieausbildung beteiligt hatten. Die KBT-Therapeuten, die zu 51% noch in (mindestens) einem weiteren Therapieverfahren eine Ausbildung aufweisen, sind v. a. durch eine psychodynamische und humanistische Orientierung geprägt (Näheres hierzu s. unten).

² Die derzeitigen Mitglieder des CRN Steering Committee sind: David Orlinsky (Chicago), Helge Rønnestad (Oslo), Manfred Cierpka (Heidelberg), Tom Schröder (Derbyshire), Jean-Francois Botermans (Brüssel), Hadas Wiseman (Haifa) und Ulrike Willutzki (Bochum).

Tabelle 1
Stichprobenbeschreibung

Parameter	KBT-Therapeuten	Vergleichsstichproben ^a	
		(A)	(B)
<i>n</i>	91	2376	1225
Stichprobenbreite ^{b,c}	d	i	d
	85% D	42% D	82% D
		13% USA	16% CH
		11% CH	
Geschlecht: weiblich	82%	57%	55%
Alter (M±SD)	49,7±9,3	41,1±9,7	?
Grundberuf ^d			?
Medizin	12%	38%	
Psychologie	10%	44%	
Andere	77%	19%	
Therap. Erfahrung (in Jahren; M±SD)	12,9±8,9	9,1±7,5	ca. 9±?
Therap. Orientierung ^{d,e}			?
Analytisch/psychody.	78%	60%	
Verhaltenstherap.	2%	15%	
Kognitiv	7%	20%	
Humanistisch	40%	31%	
Systemisch	18%	21%	

^a(A) Ambühl u. Orlinsky (1999), Ambühl et al. (1997), Orlinsky et al. (1996), (B) Ambühl et al. (1995).

^b Alle Länder mit Anteil ≥10%. ^c international, d deutscher Sprachraum; CH Schweiz, D Deutschland.

^d Mehrfachantworten möglich. ^e Eingeschätzt mit ≥4 auf 0–5 Skala. ^f Nicht vergleichbare Angaben.

Ergebnisse

Formale und inhaltliche Orientierungsmuster von KBT-Therapeuten und deren Veränderung

Die theoretische Orientierung von Therapeuten lässt sich formal dahingehend beschreiben, wie breit oder eng das theoretische Orientierungsmuster ist, wie stark der Einfluss der einzelnen theoretischen Ansätze ausfällt und wie „rein“ oder „eklektisch“ die theoretische Orientierung ist (Ambühl et al. 1995). Im Vergleich zu anderen Therapeuten orientieren sich KBT-Therapeuten häufiger an mehreren therapeutischen Theoriesystemen, und zwar dies bereits schon zu Beginn ihrer therapeutischen Tätigkeit. Dies gilt insbesondere für KBT-Therapeuten mit einer Breitspektrum-eklektischen-Orientierung, deren Anteil mit 18% (Beginn) und 28% (derzeit) um 13% bzw. 16% über dem Wert liegt, der bei anderen Psychotherapeuten vorzufinden ist. Dementsprechend ist auch nur bei einer geringen Anzahl von KBT-Therapeuten eine einzige eklektische Hauptorientierung vorzufinden (Beginn: 1%, derzeit:

8%), die bei den anderen Therapeuten hingegen das häufigste Orientierungsmuster darstellt (Tabelle 2).

Dass KBT-Therapeuten, wie auch andere Psychotherapeuten, in der Regel in ihrer theoretischen Orientierung (von Anfang an) keine Puristen sind, verdeutlicht die Verteilung der inhaltlichen Orientierungsmuster. Nur knapp ein Viertel von ihnen lässt sich zu Beginn oder in ihrer gegenwärtigen therapeutischen Tätigkeit einer „reinen“ theoretischen Orientierung (analytisch, behavioral-kognitiv, humanistisch, systemisch) zuordnen. Kennzeichnend für KBT-Therapeuten ist meist eine (humanistisch) modifizierte analytische Orientierung, die knapp die Hälfte von ihnen aufweist (vgl. Tabelle 2).

Bei KBT-Therapeuten ist eine gleich große Tendenz wie bei anderen Psychotherapeuten (vgl. Ambühl et al. 1995) zu verzeichnen, im Laufe ihrer beruflichen Laufbahn, ihre ursprüngliche theoretische Orientierung zugunsten einer breiteren bzw. eklektischen Orientierung aufzugeben. Nur 35% behalten ihr angestammtes formales Orientierungsmuster bei. Bei den beiden am häufigsten

vertretenen inhaltlichen Orientierungsmustern, der modifiziert analytischen und analytisch-humanistischen Orientierung, wird die theoretische Orientierung von 48% bzw. 53% der KBT-Therapeuten beibehalten. Zu diesen Mustern entwickeln sich v. a. Therapeuten hin, die ursprünglich keiner theoretischen Orientierung klar zuzuordnen sind (jeweils zu 21%).

Therapieziele

Von 14 vorgegebenen Therapiezielen werden von der Mehrzahl der KBT-Therapeuten folgende als wichtig angesehen:

- a) ein starkes Selbstwert- und Identitätsgefühl zu haben (von 66% genannt),
- b) unterdrückte oder abgetrennte Aspekte der Erfahrung zu integrieren (52%) und
- c) den Mut entwickeln, sich auf neue oder bisher vermiedene Situationen einzulassen (51%).

Es handelt sich hierbei um Therapieziele, die in dieser Kombination ebenso von Therapeuten mit analytisch-psychodynamischer oder humanistischer Orientierung häufig genannt werden (Ambühl u. Orlinsky 1999). Ein Unterschied zu den Therapeuten dieser beiden Orientierungen zeigt sich hingegen darin, dass „das Erleben von Gefühlen ganz zu lassen“ als wichtiges Therapieziel von KBT-Therapeuten deutlich weniger genannt wird (22%) als von diesen (40% bzw. 60%).

Da in der Liste der vorgegebenen Therapieziele keine aufgeführt sind, die den Körper thematisieren, verwundert es nicht, dass von 10% der KBT-Therapeuten unter der Rubrik „anderes“ weitere für sie wichtige Therapieziele genannt werden, wie z. B. „die Entwicklung körperlicher Bewusstheit“.

Therapeutische Beziehungsgestaltung

Wie auch andere Psychotherapeuten möchten KBT-Therapeuten in ihrer Arbeit mit Patienten akzeptierend, tolerant, warmherzig, freundlich, engagiert, beteiligt, intuitiv, effizient und geschickt sein. Diese Attribute werden von mindestens 70% der Therapeuten aller The-

Tabelle 2

Prozentuale Häufigkeit formaler und inhaltlicher theoretischer Orientierungsmuster zu Beginn der therapeutischen Tätigkeit und derzeit von Therapeuten der KBT und anderer Verfahren. (Ambühl et al. 1995)

	Beginn		Derzeit	
	KBT [%]	Andere [%]	KBT [%]	Andere [%]
<i>Formales Orientierungsmuster</i>				
Nichtdeklarierte Orientierung	3	5	0	4
Leicht ausgeprägte O.	4	6	1	2
Mehre leicht ausgeprägte O.	11	11	8	4
Eine Haupt-O.	15	17	16	18
Modifizierte Haupt-O.	22	16	13	13
Eklektische Haupt-O.	1	21	8	21
Zwei Haupt.-O.	15	5	16	9
Zwei modifizierte Haupt-O.	10	14	11	17
Breitspektrum-eklektische-O.	18	5	28	12
<i>Inhaltliches Orientierungsmuster</i>				
Rein analytisch	13	13	14	13
Modifiziert analytisch	23	21	26	15
Behavioral-kognitiv	2	4	1	2
Humanistisch	8	12	6	5
Systemisch	1	1	1	1
Analytisch-systemisch	1	2	4	4
Analytisch-humanistisch	21	5	21	6
Behavioral-kogn.-humanistisch	0	1	0	1
Andere	31	41	26	53

rapierrichtungen als Attribute ihres idealen professionellen Selbstbilds genannt (Ambühl et al. 1997). Mehr als andere Therapeuten streben KBT-Therapeuten gegenüber ihren Patienten sowohl eine beschützende (59%) als auch kritische (55%) Haltung an. Diese Attribute werden von Therapeuten der verschiedenen Orientierungen nur zu 15–49% genannt. Eine rezeptive Haltung (31%) wird hingegen von KBT-Therapeuten weniger als von anderen Therapeuten (50–69%) angestrebt. Mit den analytisch-psychodynamischen und humanistischen Therapeuten teilen KBT-Therapeuten die Betonung eines beteiligten und intuitiven Arbeitsstils. Diese Merkmale werden zu über 85% genannt. Hingegen stimmt ihr professionelles Selbstideal für folgende Charakteristika in den Ausprägungen eher mit dem von kognitiv-behavioralen und systemisch orientierten Psychotherapeuten überein: Fast sämtliche KBT-Therapeuten (89%) möchten gegenüber ihren Patienten freundlich sein, sie z. T. aber auch herausfordern (51%) bzw. fordern (32%).

Zwischen den Beschreibungen ihres idealen und tatsächlichen Beziehungsstils zeigen sich sowohl bei KBT-Therapeuten als auch anderen Psychotherapeuten große Übereinstimmungen. Bei letzteren (vgl. Orlinsky et al. 1996) ergeben sich nur für 6 der vorgegebenen 28 Charakteristika Differenzen, die mehr als 10% betragen; bei den KBT-Therapeuten betrifft dies 5 Merkmale. In beiden Stichproben wird eine sorgende Haltung in deutlich stärkerem Ausmaß als Kennzeichen des tatsächlichen Beziehungsstils im Vergleich zum idealen Beziehungsstil genannt (KBT: 57% vs. 41%, andere: 60% vs. 45%), ansonsten beziehen sich die Differenzen auf unterschiedliche Charakteristika. In der Psychotherapeutenstichprobe ist das tatsächliche Rollenverhalten im Vergleich zum Ideal-Selbstbild durch geringere Effizienz, Geschick und Feinsinnigkeit und mehr Permissivität und beschützendes Verhalten geprägt. Hingegen beschreiben KBT-Therapeuten ein tatsächliches Rollenverhalten, das gegenüber ihrem Ideal-Selbstbild durch eine stärker for-

dernde (45% vs. 32%), pragmatische (54% vs. 41%) und rezeptive (45% vs. 32%) Beziehungsgestaltung sowie geringere kritische Haltung (41% vs. 55%) gekennzeichnet ist.

Diskussion

Die Repräsentativität der hier analysierten Stichprobe der KBT-Therapeuten und der der verschiedenen CRN-Studien ist schon aufgrund einer fehlenden einheitlichen Definition psychotherapeutischer Profession schwer abzuschätzen (Orlinsky et al. 1999). Angesichts der zeitaufwendigen Bearbeitung des DPC-CQ dürften die hier dargestellten Ergebnisse v. a. ein Bild über Unterschiede und Ähnlichkeiten von Therapeuten verschiedener therapeutischer Richtungen vermitteln, die mit ihrer Therapiemethode und Profession in besonderer Weise identifiziert sind.

Insgesamt belegen die Ergebnisse eine sehr große Übereinstimmung im professionellen Selbstverständnis und Erfahrungshintergrund von KBT-Therapeuten und Therapeuten anderer Verfahren und bestätigen somit das Bild großer Gemeinsamkeiten zwischen Therapeuten verschiedener Richtungen, wie es auch in anderen Untersuchungen gefunden wurde (Orlinsky et al. 1996). Ähnlichkeiten in der Motivation und den interpersonellen Einstellungen, die zur Aufnahme einer therapeutischen Ausbildung führen, sowie ein vereinheitlichender Einfluss der Ausbildungsprogramme im Sinne der Förderung einer professionellen Identität, die auch allgemeine gesellschaftliche Rollenerwartungen an Psychotherapeuten reflektiert, sind als Gründe hierfür denkbar (vgl. etwa Henry et al. 1971) und nivellieren möglicherweise die Bedeutung solcher soziodemographischen Charakteristika, wie Geschlecht, Alter und Grundberuf, für die im Vergleich von KBT-Therapeuten und Therapeuten anderer Verfahren hier deutliche Unterschiede gefunden werden konnten.

Trotz des Überwiegens der Gemeinsamkeiten weisen die Ergebnisse aber auch auf einige Besonderheiten bei den KBT-Therapeuten hin. Hinsichtlich der theoretischen Orientierung ist bei ihnen eine noch stärkere eklektische und integrative Ausrichtung als bei den anderen Therapeuten festzustellen, und dies bereits auch schon zu Beginn ihrer therapeutischen Ausbildung. Dies legt nahe,

dass die Orientierung an identitätsstiftenden und handlungsleitenden Theoriesystemen somit bereits bei der Entscheidung der Berufswahl und für die Ausbildung in einem therapeutischen Verfahren für (spätere) KBT-Therapeuten weniger von Bedeutung ist. Dass dies aber keineswegs eine Beliebigkeit in der eigenen theoretischen Identität zur Folge hat, zeigt sich darin, dass vielfach eine (humanistisch) modifiziert analytische Orientierung verfolgt wird. Dies spiegelt sich auch in den favorisierten Therapiezielen, die denen von Therapeuten mit analytisch-psychodynamischer oder humanistischer Orientierung weitgehend entsprechen. Interessanterweise wird von den KBT-Therapeuten dem „Erleben von Gefühlen“ als Therapieziel hingegen nicht die Wichtigkeit zugesprochen, wie es bei den Therapeuten dieser Orientierungen ansonsten erfolgt. Denkbar ist, dass die Erlebnisorientierung, wie sie insbesondere von den humanistischen Therapieverfahren verfolgt wird, sich bei der KBT als auch bei anderen körperorientierten Verfahren weniger in der Entwicklung des emotionalen Erlebens als vielmehr in der Entwicklung des Körpererlebens als favorisiertes Therapieziel äußert (Carl 2000). Dieses fand aber in der vorgegebenen Therapieziel-Liste des DPCCQ keine Berücksichtigung.

Während bei Therapeuten anderer Verfahren sich im Vergleich von Ideal- und Real-Selbstbild hinsichtlich der therapeutischen Beziehungsgestaltung u. a. Zweifel hinsichtlich der eigenen therapeutischen Technik (Effizienz, Geschick und Feinsinnigkeit) abzeichnen, 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. Ähnlich, wie die Therapeuten der handlungs- und lösungsorientierten behavioralen und systemischen Verfahren, geht es den KBT-Therapeuten darum, ihre Patienten zur Entdeckung und Nutzung ihrer Handlungsfähigkeit herauszufordern. Dies scheint aber in einem Spannungsverhältnis dazu zu stehen, dem Patienten in einer beschützend-freundlichen Weise im Sinne einer „primären Mütterlichkeit“ begegnen zu wollen, wie dies insbesondere für die körperorientierte Behandlung strukturell ich-gestörter Patienten für erforderlich erachtet wird (Budjuhn 1992).

Fazit für die Praxis

Die überwiegenden Gemeinsamkeiten von Körpertherapeuten, hier am Beispiel der KBT-Therapeuten, mit den Therapeuten anderer Verfahren hinsichtlich des therapeutischen Selbstverständnisses lassen hoffen, dass der in Ansätzen begonnene Dialog sich weiter entwickeln wird und zur gegenseitigen Befruchtung in der therapeutischen Praxis und der Theorieentwicklung führt. Gleichwohl sind für KBT-Therapeuten einige Besonderheiten im therapeutischen Selbstverständnis nachzuweisen, die die Körper- und Handlungsorientierung als charakteristische Merkmale ihres Verfahrens reflektieren. Inwieweit die KBT von ihrem Behandlungsmodell hiermit eine geeignete Passung insbesondere zum Krankheitserleben alexithymer und psychosomatischer Patienten aufweist, steht noch einer empirischen Überprüfung aus.

Danksagung. Diese Untersuchung wurde vom Deutschen Arbeitskreis für Konzentrationale Bewegungstherapie e.V. (DAKBT) finanziell unterstützt.

Literatur

- Ambühl H, Grawe K (1988) Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/innen. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 36:308–327
- Ambühl H, Orlinsky D (1999) Therapieziele aus der Perspektive der PsychotherapeutInnen. In: Ambühl H, Strauß B (Hrsg) Therapieziele. Hogrefe, Göttingen, S 319–334
- Ambühl A, Orlinsky D, Cierpka M, Buchheim P, Meyerberg J, Willutzki U (1995) Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 45:109–120
- Ambühl H, Orlinsky D, Network SPR Collaborative Research (1997) Zum Einfluss der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut* 42:290–298
- Becker H (1997) Konzentrationale Bewegungstherapie. Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozess. Psychosozial, Gießen
- Budjuhn A (1992) Die psycho-somatischen Verfahren. Konzentrationale Bewegungstherapie und Gestaltungstherapie in Theorie und Praxis. Modernes Lernen, Dortmund
- Carl A (2000) Körperpsychotherapie und KBT: Unterscheidet sich die KBT in ihren Therapiezielen von anderen körperpsychotherapeutischen Verfahren? *Konzentrat Bewegungsther* 31:25–30
- Dietrich S (1995) Atemrhythmus und Psychotherapie. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychosomatik und ihrer Therapien. Unveröff. Diss., Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn
- Goll A (1989) Konzentrationale Bewegungstherapie: Ausbildung und Anwendungsbereich. Eine empirische Untersuchung. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Heidelberg
- Henry WE, Sims JH, Spray SL (1971) The fifth profession: Becoming a psychotherapist. Jossey-Bass, San Francisco
- Orlinsky DE (1994) „Learning from many masters“. Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. *Psychotherapeut* 39:2–9
- Orlinsky, DE, Howard KI (1987) A generic model of psychotherapy. *J Integr Eclectic Psychother* 6:6–27
- Orlinsky DE, Willutzki U, Meyerberg J, Cierpka M, Buchheim P, Ambühl H (1996) Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? *Psychother Psychosom Med Psychol* 46:102–110
- Orlinsky DE, Ambühl H, Rønnestad MH et al. (1999) Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychother Res* 9:127–153
- Pokorny V, Hochgerner M, Cserny S (1996) Konzentrationale Bewegungstherapie. Von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren. Facultas, Wien
- Röhrich F (2000) Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Hogrefe, Göttingen
- Seidler K-P (2001) Konzentrationale Bewegungstherapie (KBT). Ergebnisse der empirischen Forschung. *Psychotherapeut* 46:223–231
- 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