

Evaluationsergebnisse
zu den Wahrnehmungs- und Bewegungsangeboten
der Konzentrativen Bewegungstherapie
innerhalb des Gruppenangebots
Soziale Kompetenz

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie

ÖAKBT Upgrading 1

von

Iris Thill

Böcklinstrasse 2/15

1020 Wien

Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

an der Donau-Universität Krems

Wien, August 2011

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Iris Thill, geboren am 14.10.1970 in Wien erkläre,

1. dass ich den Leistungsnachweis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich den Leistungsnachweis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt des Leistungsnachweises unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Wien 10. August 2011

Unterschrift

ABSTRACT

Evaluationsergebnisse zu den Wahrnehmungs- und Bewegungsangeboten der Konzentrativen Bewegungstherapie innerhalb des Gruppenangebots Soziale Kompetenz.

Iris Thill

Die evaluative Forschungsarbeit untersucht anhand qualitativer Interviews mit den Gruppenteilnehmerinnen und Gruppenteilnehmern wie die Angebote der Konzentrativen Bewegungstherapie („KBT“) in der Kombination mit dem verhaltenstherapeutischen Setting im Rahmen eines Sozialen Kompetenz Gruppenangebots an der Klinik erfahren werden.

Das, dem o. g. Angebot zugrunde liegende kombinierte Curriculum wird detailliert vorgestellt. Damit ein besseres Verständnis über die Voraussetzungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer entstehen kann, wird die im Vorfeld an der Klinik gestellte kategorielle Diagnostik wie auch die psychodynamische Diagnostik mit dem Fokus auf die Beschreibung des Strukturniveaus, dargestellt.

Ergebnisse: Die Angebote der Konzentrativen Bewegungstherapie wurden von den Teilnehmerinnen und den Teilnehmern durch folgende Faktoren als wirksam wahrgenommen: Es wurde der Transfer von Neuerlerntem angeregt; intrapsychische Fähigkeiten wie Selbstwahrnehmung, Selbstreflexion, Differenzierungsfähigkeit wurden gefördert und konnten bewusster erlebt werden. Es bestand durchwegs eine hohe Zufriedenheit mit dem Gruppenangebot. Die interpersonelle Kompetenz betreffend wurden das Modellernen und der Gruppenzusammenhalt förderlich erlebt. Rückmeldungen über die formalen Kriterien wie beispielsweise die Diversität der Stundengestaltung ergänzten die Ergebnisse.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es mit dem gegenständlichen Gruppenangebot gelungen ist, einen Beitrag zur Reduktion der sozialen Angst bei den einzelnen Gruppenteilnehmerinnen und Gruppenteilnehmern zu erreichen.

Deutlich wurde aufgrund der sorgsamten Reflexion des Angebotes im Rahmen dieser Evaluation, dass offen gestaltete KBT Angebote für Patientinnen und Patienten mit psychischen Belastungen, die ein geringes Strukturniveau zur Folge haben und/oder an schwerwiegenden Traumafolgestörungen leiden, manchmal nicht ausreichend integriert werden konnten. Die dafür notwendigen Anforderungen sprengten die Möglichkeiten dieses spezifischen Settings. Die weitere Aufarbeitung fand im klinischen Alltag in anderen Stationsangeboten statt.

Stichworte für die Bibliothek:

Konzentrierte Bewegungstherapie, KBT, Verhaltenstherapie, Therapiekombinationen, Soziale Kompetenz, Operationalisierte Psychodynamik

Evaluation results of the perception and movement offerings of concentrative movement therapy within the Social Competence group program.

Iris Thill

The paper presents evaluative research work using qualitative interviews with group members to explore the way in which they experience the concentrative movement therapy (“CMT”) offerings in combination with the behaviour therapy setting of the clinic’s Social Competence program.

The combined curriculum is introduced in detail. Moreover, diagnostics and psychodynamic diagnostics with a focus on the structural level are described.

Results: Group members experienced the offerings of concentrative movement therapy as effective due to the following factors: The transfer of what had been newly learnt was stimulated; intrapsychic abilities (self-perception, self-reflection, differentiation ability, satisfaction) were fostered and group members became aware of them. The group offer received high ratings among the test group. At the interpersonal level, observational learning and group cohesion were strengthened. Formal criteria such as the diversity of session design complemented results.

In summary these factors contributed to reducing social anxiety.

Furthermore, it became clear that the open design of CMT offerings within the Social Competence group is not suited to sufficiently accommodate low structural levels or traumata. The integration work required in this context goes beyond the scope of the curriculum and thus has to be done in the clinical setting.

Keywords:

Concentrative movement therapy, CMT, behaviour therapy, combined settings, social competence, Operationalised Psychodynamic Diagnostics

Danksagung

„Das Ganze aber ist [...] mehr als die Summe seiner Teile“

(Aristoteles cit. Schischkoff 1982: 211).

Ich möchte mich bei allen Personen, die mich bei der Durchführung dieser Arbeit unterstützt haben, bedanken:

Ich danke der Klinikleitung für die Genehmigung und die Ermöglichung der Durchführung des Forschungsprojekts sowie meinen Kolleginnen und Kollegen. Ohne meine Kollegin Frau Mag.^a Nina Marvalics hätte diese Forschungsarbeit nicht entstehen können: Danke für die Zusammenarbeit! Das gemeinsame Arbeiten und unsere fachlichen Auseinandersetzungen erlebe ich auch persönlich als große Bereicherung.

Herzlichen Dank für die fachlich kompetente sowie verständnisvolle Unterstützung an Frau Mag.^a Christine Gruber. Ich konnte viel durch diese Zusammenarbeit lernen. Frau Dr.ⁱⁿ Brigitte Windisch hat mich freundlicherweise zum fachspezifischen Teil, die Konzentrative Bewegungstherapie betreffend, unterstützt.

Meinen KBT Kolleginnen Frau Maria Sagl und Frau Susanne Kloser verdanke ich Unterstützung bei der Auswertung der Daten sowie zahlreiche inspirierende Gedanken und Ideen.

Die theoretischen Impulse für diese Arbeit erhielt ich in den Kursen von Frau Dr.ⁱⁿ Brigitte Schigl und in den Forschungswerkstätten von Frau Dr.ⁱⁿ Katharina Gerlich an der Donau-Universität Krems wo auch meine Begeisterung für die Forschung geweckt wurde.

Herzlichen Dank für das Korrekturlesen an Frau Susanne Pangl und an Herrn Mag. Alexander Frisch. Ich kenne niemanden die bzw. der mehr Liebe zur Genauigkeit und zum Detail hat.

Meine Schwester Mag.^a Nina Thill unterstützte mich beim Umsetzen der Tabelle.

Meinen Freundinnen Martina und Sabine sowie meinen Freunden Franz und Georg einen großen Dank für die starken Nerven, die warmen Essen, aber besonders auch für die bestärkenden Worte im richtigen Moment!

Ganz besonders gilt mein Dank jedoch den Patientinnen und Patienten, die mir erlaubten, sie zu interviewen und die mit Mut und Vertrauen meine Fragen im Rahmen dieser Forschungsarbeit beantwortet haben. Es ist nicht selbstverständlich sich im anstrengenden Klinikalltag für Interviews zur Verfügung zu stellen. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ihnen möchte ich meine Anerkennung für Ihre Offenheit und ihre Ausdauer ausdrücken.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	11
2. Diagnostik	13
2.1. Deskriptive psychopathologische Diagnostik	13
2.2. Psychodynamische Diagnostik	17
2.2.1. Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen	17
2.2.2. Achse II: Beziehung	18
2.2.3. Achse III: Konflikt	18
2.2.4. Achse IV: Struktur	19
2.2.5. Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen	22
3. Methodischer Teil	23
3.1. Methodische Grundlagen	23
3.1.1. Allgemeines zur qualitativen Methode	23
3.1.2. Die Evaluation	24
3.1.3. Studien zur KBT	27
3.2. Ausgangslage	28
3.3. Konzeptüberlegungen	29
3.4. Zielgruppe	32
3.4.1. Krankheitsbilder	33
3.4.2. Strukturniveau	34
3.5. Zielformulierung	35
3.6. Auswertungsmethode	36
3.7. Gütekriterien	39
4. Inhaltlicher Aufbau	41
4.1. Setting und Curriculum	41
4.1.1. Erste Einheit	42
4.1.1.1. Zielsetzung	42
4.1.1.2. Maßnahmen/Ablauf	42
4.1.2. Zweite Einheit	44
4.1.2.1. Zielsetzung	44
4.1.2.2. Maßnahmen/Ablauf	44

4.1.3.	Dritte Einheit.....	47
	4.1.3.1. Zielsetzungen	47
	4.1.3.2. Maßnahmen/Ablauf	48
4.1.4.	Vierte Einheit.....	49
	4.1.4.1. Zielsetzung	49
	4.1.4.2. Maßnahmen/Ablauf	49
4.1.5.	Fünfte Einheit.....	51
	4.1.5.1. Zielsetzung	51
	4.1.5.2. Maßnahmen/Ablauf	52
4.1.6.	Sechste Einheit	54
	4.1.6.1. Zielsetzung	54
	4.1.6.2. Maßnahmen/Ablauf	54
4.1.7.	Siebente Einheit.....	55
	4.1.7.1. Zielsetzung	55
	4.1.7.2. Maßnahmen/Ablauf	55
4.2.	Definition Soziale Kompetenz	57
4.3.	Kurzbeschreibung der Konzentrativen Bewegungstherapie	60
	4.3.1. Zur Geschichte.....	60
	4.3.2. KBT Angebote in der sozialen Kompetenzgruppe.....	64
	4.3.2.1. Das Spiel	64
	4.3.2.2. Das verknüpfte Angebot	65
	4.3.2.3. Das offene KBT Angebot.....	66
	4.3.2.4. Neulernen/ Modellernen/ Probehandeln	66
5.	Ergebnisse und Interpretation	70
	5.1. Formale Faktoren	70
	5.1.1. Zeitgestaltung.....	71
	5.1.2. Erfahrungen zur Anleitung	73
	5.2. Intrapsychische Faktoren.....	75
	5.2.1. Selbstwahrnehmung	75
	5.2.2. Differenzierungsfähigkeit.....	77
	5.2.3. Selbstreflexion.....	77
	5.2.4. Zufriedenheit	79
	5.3. Transferfähigkeit	81

5.4. Interaktionelle Faktoren	84
5.4.1. Gruppendynamik.....	84
5.4.2. Modellernen	85
6. Ergebnisse und Strukturniveau	87
7. Gruppendiskussion.....	92
8. Überlegungen.....	93
9. Literaturverzeichnis	96
10. Anhang.....	101
10.1. Interviewleitfaden.....	101
10.2. Arbeitsblätter.....	102
10.2.1. Folie 3	102
10.2.2. Folie 7	103
10.2.3. Folie 13a	104
10.2.4. Folie 13b	105
10.2.5. Folie 12	106
10.2.6. OPD Erhebungsbogen.....	107

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kriterien zur sozialen Phobie	14
Tabelle 2: Strukturmerkmale des OPD-2.....	20
Tabelle 3: Interview Inhaltsanalyse.....	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Reihenfolge der Evaluationsmaßnahmen.....	31
--	----

1. Einleitung

„Wie es auf Grund aller Erfahrungen nun zur Reife gedeiht“

(Elsa Gindler cit. Sophie Ludwig 2002: 69).

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen meiner Tätigkeit als Psychotherapeutin für Konzentrierte Bewegungstherapie („KBT“) an einer psychiatrischen Abteilung.

Mein Forschungsinteresse entwickelte sich aus dem Bedürfnis ein von meiner Kollegin und mir etabliertes Pilotprojekt - das einem verhaltenstherapeutischen Aufbau folgt und von mir mit spezifischen Angeboten der Konzentrierten Bewegungstherapie ergänzt wird - auf seine Sinnhaftigkeit und Durchführbarkeit hin, im Sinne einer Selbstevaluation, zu überprüfen. Es handelt sich dabei um ein Gruppenangebot, das die Verbesserung der sozialen Kompetenz zum Ziel hat. Das hier beschriebene Setting ist in dieser Form einzigartig an der Klinik.

Im ersten Teil werde ich auf die Diagnostik und Definition der sozialen Angst und auf die Zuweisungskriterien zur Sozialen Kompetenzgruppe eingehen. Dabei beziehe ich mich auf die derzeit gebräuchlichen Diagnostik Manuale ICD-10 und DSM-IV aber auch auf das Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik Manual.

Nach einer kurzen Psychotherapie Methodenbeschreibung der Konzentrierten Bewegungstherapie gebe ich einen Überblick über das modifizierte Curriculum, das die Grundlage des Gruppenangebots bildet, damit sich ein Bild über den Ablauf der Gruppenprozesse entwickeln kann.

Formalmethodisch liegt der Schwerpunkt auf der Erfassung des Prozesses und weniger auf der Erfassung von Ergebnissen, da dies dem Pilotcharakter des Angebotes und der kleinen, heterogenen Zielgruppe besser gerecht wird. Ich nehme Bezug auf aktuell vorliegenden Studien zur Wirkfaktorenerfassung der KBT aus Deutschland.

Die Daten in dieser Arbeit wurden mithilfe eines Leitfadens gestützten Interviews aller Gruppenteilnehmer/innen erhoben. Der Herangehensweise und der Art der Auswertung der Interviewdaten ist ein eigenes Kapitel gewidmet.

Des Weiteren werden die Ergebnisse der Auswertung der Interviewdaten und auch der Gruppendiskussion vorgestellt.

Dieses spezifische Angebot hat sich mittlerweile als kontinuierlich stattfindendes Training etabliert; in Kapitel 8 berichte ich über die weiteren Entwicklungen, die unter anderem durch die Ergebnisse der Evaluation initiiert werden konnten.

2. Diagnostik

Im folgenden Kapitel werden die Zuweisungsmodalitäten dargestellt.

Die inhaltliche Gestaltung der Manuale des sozialen Kompetenztrainings hat die Behandlung sozialer Phobien im Hauptfokus. Die klinischen Diagnosen, die die jeweiligen Patientinnen und Patienten aufweisen, die an diesem Gruppenangebot teilnehmen, sind sehr vielfältig, da die Diagnosen im Klinikalltag oft gemischt sind. Warum sich daraus kein Widerspruch ergibt soll in diesem Kapitel erläutert werden (vgl. Alsleben, Hand: 2006: 14). Auf die psychodynamische Diagnostik gehe ich in Kapitel 2.2 S.17 ein.

2.1. Deskriptive psychopathologische Diagnostik

1980 wurde die soziale Phobie in das amerikanische Diagnoseschema Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (jetzt: DSM IV–TR) und 1991 in den **ICD-10** (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der World Health Organisation aufgenommen. In dieser Arbeit beziehe ich mich auf die Ausgabe des ICD -10 aus dem Jahr 2009.

Wenn es klinisch um soziale Defizite geht, sind vor allem Menschen mit der Diagnose **soziale Phobie** (F40.1) unter dem Kapitel des ICD 10 **F4** Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen erfasst. Die soziale Phobie ist eine Unterkategorie der Angsterkrankungen im ICD 10: hier geht man von einer „Gehemmtheit“ aus. Diese beginnt oft im Alter zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr, wobei Ängste des generalisierten Typs schon früher im Kindesalter beginnen. Häufig entwickeln sich soziale Phobien in Übergangssituationen in denen eine Neuentwicklung ansteht. Die alten Fertigkeiten sind noch nicht ausreichend entwickelt und es können sich negative Grundannahmen heranbilden (vgl. Beck 1985 in Alsleben, Iver 2006: 12).

Die Angststörungen umfassen in diesem Kapitel auch die phobischen Störungen: Agoraphobie (F40.0), soziale Phobie (F40.1), spezifische Phobie (F40.2). Weiters wird die Panikstörung (F41.0), die generalisierte Angststörung (F41.1) und die Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) beschrieben und differentialdiagnostiziert.

Bei der sozialen Phobie lösen Situationen die angstbesetzt sind starke körperliche Reaktionen aus. Im Laufe der Zeit sind diese körperlichen Erfahrungen auch so gefürchtet wie die soziale Situation selbst. Durch diese vegetativen Reaktionen werden

„Gesehenwerden“ (Schweißflecken), Auffallen (Zittern) und negative Bewertungen durch andere befürchtet. Es kann unter Leistungsdruck zu einem „Black out“ kommen. Dies kann in ganz spezifischen Situationen geschehen: dann wird von der spezifischen (isolierten) Phobie (F40.2) gesprochen. Oder die Angst tritt in fast allen sozialen Interaktionen auf: dann handelt es sich um eine „generalisierte“ Form der sozialen Phobie. 80 Prozent der Betroffenen mit sozialer Phobie haben Begleiterkrankungen, wobei sich drei Viertel dieser Erkrankungen im Verlauf der sozialen Phobie entwickeln.

Es folgt ein tabellarischer Überblick der in den derzeitigen Diagnosemanualen genannten **Kriterien zur sozialen Phobie**:

ICD -10: F40.1:	DSM IV-TR: 300.23:
<ul style="list-style-type: none"> • Die aufgetretenen Symptome müssen eine primäre Manifestation der Angst sein und dürfen nicht auf Wahn oder Zwangsgedanken beruhen • Angst ist überwiegend auf spezielle soziale Situation bezogen. Schon der Gedanke ist Auslöser • Angst sich peinlich oder erniedrigend in sozialen Situation zu verhalten • Emotionale Belastung durch Vermeidung der Situation bis hin zur Isolation. Vermeidungsverhalten wird als übertrieben erkannt • Es besteht niedriger Selbstwert und große Angst vor Kritik • Mindestens zwei körperliche Symptome sind stark im Vordergrund 	<ul style="list-style-type: none"> • Starke Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen (Beurteilung, Konfrontation) • Soziale Konfrontation ruft fast immer direkte Angstreaktion hervor • Erkenntnis, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist • Es folgt Vermeidungsverhalten oder die Situation wird mit Angst ertragen • Angst trotz Ausschluss anderer psychischer / körperlicher Erkrankungen. Nicht drogeninduziert • Meidung, Erwartungsangst beeinträchtigt normale Lebensführung, verursacht starkes Leiden

Tabelle 1: Kriterien zur sozialen Phobie

Viele Erkrankungen haben als Begleiterscheinung sozialen Rückzug und Konfliktvermeidung. Im Sinne eines multifaktoriellen Krankheitsverständnisses ist es nachvollziehbar, dass jede psychische Erkrankung Auswirkungen auf das soziale Leben beinhaltet. So kann es beispielsweise bei der **Anpassungsstörung** in der Folge zu Verhaltensstörungen im Sozialbereich kommen (F43.24 und F 43.25, ICD 10).

Bei länger anhaltender **Depression** (F32) sind durch den damit verbundenen Verlust des Selbstvertrauens und des mangelnden Antriebs während der Krankheitsphasen und dem eventuell damit einhergehenden beruflichen Rückzug beispielsweise, soziale Ängste gut erklärbar.

Sozialer Rückzug findet sich ebenso bei **Dysthymie** (F34.1) oder anderen Angststörungen. Häufig kommt es in diesem Zusammenhang auch zu Panikattacken.

Ebenso ist zu beachten, dass im Rahmen einer primären **Depression** eine sogenannte „Pseudo Sozialphobie“ auftreten kann, die aber mit dem Abklingen der Depression wieder verschwindet.

Betrifft die Angst alle sozialen Situationen, so kann es sich auch um Persönlichkeitsstörungen handeln.

Ich habe in der Folge zu den jeweiligen Persönlichkeitsstörungen Kriterien aus dem ICD 10 herausgegriffen um die mögliche Indikation zur Sozialen Kompetenzgruppe aufzuzeigen:

So hat die Diagnose **Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung** (F60.6) folgende Merkmale angeführt: soziale Unbeholfenheit, das Gefühl der Unattraktivität, das Vermeiden persönlicher Begegnungen aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung. So sind die sozialen Defizite die Grundlage der sozialen Angst bei dieser Persönlichkeitsstörung. „...und häufig liegen eng umschriebenen sozialen Ängsten (z.B. Redeangst, Schreibangst) eine generellen soziale Unsicherheit, Defizite oder ein geringes Selbstwerterleben zugrunde“ (Alsleben, Iver 2006: 9).

Die abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7) beinhaltet die Angst den/die andere/n zu verlieren, die eigenen Bedürfnisse denen des anderen unterzuordnen und auch diese nicht zu äußern.

Die **zwanghafte Persönlichkeitsstörung** (F60.5) leidet unter übertriebener Pedanterie und der strengen Befolgung sozialer Konventionen. Es existiert ein starker Zweifel und übermäßige Vorsicht.

Ich möchte noch die **Borderline Persönlichkeitsstörung** (F60.3) speziell auf dem phobioformen Symptommiveau erwähnen.

Birger Dulz hat den Begriff „Symptommiveau“ bei Borderline Störungen eingeführt. Es handelt sich dabei um ein deskriptives psychiatrisch orientiertes System: Er beschreibt acht Niveaus. Beim sogenannten phobioformen Symptommiveau existieren multiple Phobien, die schwerwiegende soziale Einschränkungen oder eine Phobie gegenüber dem eigenen Körper zur Folge haben. Somit kommt es zu einer Ausrichtung der Angst (vgl. Dulz 2001:68). Das Symptommiveau soll einen groben Hinweis auf den therapeutisch notwendigen Schwerpunkt geben.

Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)

Auszug der Diagnosekriterien, welche die soziale Inkompetenz mitbegründen:

- Reduzierte Fähigkeit warme oder zärtliche Gefühle gegenüber anderen zu zeigen und Ärger auszudrücken.
- Der/die Patient/in hat keine oder wünscht keine engen Freundinnen/ Freunde oder vertrauensvolle Beziehungen.
- Deutlich mangelhafte Sensibilität beim Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln.
- Gleichgültigkeit gegenüber Lob und Kritik von anderen. (....)

(vgl. Paulitsch 2004:198)

Gerade bei Persönlichkeitsstörungen kann eine verbesserte soziale Kompetenz im Umgang mit der Hauptstörung sehr hilfreich sein und um das Risiko von Zusatzkrankungen zu reduzieren.

Soziale Kompetenztrainings können bei fast allen Störungen mit Erfolg angewendet werden, wie das Handbuch von Clive R. Hollin und Peter Trower schon 1986 eindrucksvoll belegt. Besonders häufig eingesetzt werden sie bei diversen Angststörungen, bei Depressionen, psychosomatischen Erkrankungen und verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. Einen Überblick über die Evaluationsergebnisse geben Pat-

rick W. Corrigan, Mark L. Schade et al. (1992) oder Klaus Grawe, Ruth Donati et al. (1994). Herkömmliche Diagnosen sind für die Indikationsstellung nur begrenzt brauchbar. Ausschlaggebend ist, ob die sozialen Verhaltensprobleme und die Symptomatik des Patienten/ der Patientin eine klinisch relevante Rolle spielen.

Für eine genaue psychodynamische Diagnose kommt die operationalisierte psychodynamische Diagnostik zum Einsatz, welche neben der Problemstellung die Abklärung der Motivation des Patienten/ der Patientin beinhaltet.

2.2. Psychodynamische Diagnostik

Die **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD 2)** findet bei uns an der Abteilung bei annähernd allen Patientinnen und Patienten Anwendung. Sowohl Ärzteschaft, Pflegepersonal als auch das therapeutische Team haben eine gemeinsame Grundausbildung durchlaufen. Wir versuchen damit die Patientinnen und Patienten besser in ihrer Psychodynamik nachvollziehen zu können und eine interdisziplinäre Verständigungsebene zu finden. Im OPD haben wir uns auf ein gemeinsames Verständnismodell geeinigt. In dieser Auseinandersetzung um ein Verständnis ist auch der/die Betroffene miteingebunden um eine gemeinsame Zielsetzung zu erarbeiten. Die OPD Diagnostik wird im besten Fall von drei Teammitgliedern (Psychotherapeut/in, Arzt und Ärztin, Pflegepersonal mit anschließender Rücksprache im Team) in den ersten Wochen des Aufenthalts erstellt. Dabei können soziale Defizite erkannt werden.

Ich stelle überblicksmäßig die fünf Achsen des OPD vor und beleuchte die Frage der Relevanz innerhalb unserer stationären Gruppe und den KBT Angeboten. Im Anhang S.107 finden Sie exemplarisch einen Erfassungsbogen.

2.2.1. Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Hier wird anhand des Beurteilens der GAF Skala (Global Assessment of Functioning) das psychische, soziale und berufliche **Funktionsniveau** eingeschätzt (entspricht der Achse V des DSM IV). Ebenso wird im EQ-5D (die Originalversion wurde von der **EuroQol** Gruppe mit fünf **Dimensionen** erstellt) unter Punkt 3. die „alltägliche Tätigkeit“ abgefragt. In der Folge wird im Bereich Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte der betroffenen Person die Darstellung der psychischen, körperlichen und sozialen Probleme abgefragt. Aufgrund der oftmals vordergründig körperlichen Sym-

ptome kann der/die Patient/in ein an körperlichen Faktoren orientiertes Konzept anstelle von Darstellung sozialer Beschwerden als wichtiger werten. Im klinischen Kontext ist diese Achse besonders wichtig für die Motivationsklärung und die Zielsetzung. Ein/e Patient/in, der/die kein interaktionelles Defizit an dem er/sie Anteil hat, wahrnimmt, wird weniger Motivation haben und wird mit einer anderen Einstellung in die Gruppe kommen (vgl. OPD 2, 2006:479-480).

2.2.2. Achse II: Beziehung

Die Achse II stellt ein Kategoriensystem beobachtbarer Verhaltensweisen zur Verfügung um Beziehungserleben zu beschreiben. Dysfunktionale Beziehungsmuster werden aus verschiedenen Erlebensperspektiven beschrieben:

- Wie erlebt sich der/die Patient/in immer wieder?
- Dieser/diese erlebt andere immer wieder so, dass....
- Andere, auch der/die Untersucher/in, erleben, dass der/die Patient/in immer wieder....
- Andere, auch der/die Untersucher/in, erleben sich gegenüber dem Patienten /der Patientin immer wieder so, dass sie....

Daraus können Verhaltensweisen und Beziehungsdynamiken gut erklärt und bearbeitbar werden. Da wir die Teilnehmer/innen in der Gruppe oft noch nicht näher kennen, gibt diese Achse wichtige Hinweise zu möglichen Schwerpunkten wie Abgrenzungsfähigkeit oder Empathiemangel. Das Hauptanliegen wird in der ersten Gruppenstunde gemeinsam exploriert; es muss dem Patienten/ der Patientin aber bewusst sein um es als Thema ansprechen zu können. Sonst dient die im Team als relevant erachtete Beziehungsdynamik als Hintergrundinformation (vgl. OPD 2, 2006:189-197).

2.2.3. Achse III: Konflikt

Bedeutet in diesem Kontext den Widerstreit von Bedürfnissen, Wünschen, Werten, etc., innerhalb einer Person. Dabei handelt es sich um dysfunktionale Konflikte, die die Entwicklung behindern. Es kann zu einer neurotischen Fixierung kommen: das Verhaltensmuster ist aus eigener Kraft nicht überwindbar. Davon zu differenzieren

sind die konflikthaften Belastungen, da sie grundsätzlich einer Lösung zugänglich sind. Jedem Konflikt ist ein Leitaffekt zugeordnet (vgl. OPD 2, 2006:206).

Folgende zeitlich überdauernde Konflikte wurden im OPD Arbeitskreis ausgearbeitet und sind der Vollständigkeit wegen hier zum Überblick aufgelistet:

K1. Individuation versus Abhängigkeit

K2. Unterwerfung versus Kontrolle

K3. Versorgung versus Autarkie

K4. Selbstwertkonflikt

K5. Schuldkonflikt

K6. Ödipaler Konflikt

K7. Identitätskonflikt (Identität versus Dissonanz)

Auf die Inhalte der Konfliktachse gehe ich im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter ein. Der Umgang mit Konflikten im Allgemeinen bezieht sich in der Gruppe auf die Kommunikationsfähigkeit: Differenzen und Konflikte sollen angesprochen werden können. Wir arbeiten hier vor allem mit den Beispielen, die die Patientinnen und Patienten in der Gruppe erzählen.

2.2.4. Achse IV: Struktur

Die Struktur beschreibt den psychischen Innenraum eines Menschen, der es möglich macht Konflikte auszutragen, Phantasien zu entwickeln, Beziehung mit der Welt aufzunehmen: Selbstregulation im weitesten Sinn mit den inneren und äußeren Objekten. Je schlechter das Strukturniveau ist umso schwieriger wird es Konfliktschemata zu erkennen. „Struktur beschreibt nicht Inhalte (z.B. bestimmte Typen des neurotischen Selbsterlebens oder der konflikthaften Gestaltung), sondern das Organisationsniveau der psychischen Funktionen, welche das Selbsterleben und das Beziehungsverhalten regulieren“ (Rudolf, 2004: 67). Die Heranbildung beginnt in der Säuglingszeit unter dem Einfluss der interpersonalen emotionalen Erfahrungen. Werden basale (passive) Bedürfnisse nicht erfüllt, können äußere Veränderungen zu heftigen emotionalen Reaktionen führen, welche intrapsychisch nicht bewältigt werden können, sondern das Verhalten und speziell das interpersonale Verhalten erfassen und beeinträchtigen. „Das eingeschränkte Funktionsniveau ist nicht einfach nur Ausdruck

eines Defizits (jemand kann etwas nicht) sondern spiegelt spezifische Erwartungen des Subjekts an die Objektwelt (Patient kann die Selbstregulierung oder Beziehungsgestaltung nicht anders als unter bestimmten Bedingungen leisten). Das macht einen wesentlichen Aspekt der Dynamik struktureller Störungen aus“ (ibid.).

Folgende **Strukturmerkmale** werden betrachtet:

Selbstwahrnehmung	Objektwahrnehmung
ST1.1 Selbstreflexion	ST1.4 Selbst-Objekt-Differenzierung
ST1.2 Affektdifferenzierung	ST1.5 Ganzheitliche Objektwahrnehmung
ST1.3 Identität	ST1.6 Realistische Objektwahrnehmung
Selbststeuerung	Regulierung des Objektbezugs
ST2.1 Impulssteuerung	ST2.4 Beziehung schützen
ST2.2 Affekttoleranz	ST2.5 Interessenausgleich
ST2.3 Selbstwertregulierung	ST2.6 Antizipation
Kommunikation nach innen	Kommunikation nach außen
ST3.1 Affekte erleben	ST3.4 Kontaktaufnahme
ST3.2 Phantasie nutzen	ST3.5 Affektmitteilung
ST3.3 Körperselbst	ST3.6 Empathie
Bindung innen	Bindung außen
ST4.1 Internalisierung	ST4.4 Bindungsfähigkeit
ST4.2 Introjekte nutzen	ST4.5 Hilfe annehmen
ST4.3 Variable Bindung	ST4.6 Bindung lösen

Tabelle 2: Strukturmerkmale des OPD-2

Die Einschätzung der Strukturmerkmale (OPD-2, 2006: 478) erfolgt zwischen gut integriert (1), mäßig integriert (2), gering (3) und desintegriert (4) und beinhaltet auch die

zentrale Angst des Strukturniveaus. Es folgt eine Kurzzusammenfassung (vgl. Rudolf, 2004: 78-80):

(1) Gut integriert:

- Relativ autonomes Selbst
- Regulationsfähigkeit (Nähe, Distanz, Sicherheit) zu den Objekten möglich
- Intrapsychische Bühne für Konflikte strukturiert vorhanden
- Steuerungsmöglichkeiten Konflikte intrapsychisch zu halten; Selbstreflexion; Realitätswahrnehmung und Empathiefähigkeit vorhanden
- Gute innere Objekte sind ausreichend verfügbar

Zentrale Angst: Objektverlust, Beschämung, Bestrafung, Bedrohung der Identität

(1,5) Gut bis mäßig integriert: Anteile von (1) „Gut integriert“ und (2) „Mäßig integriert“

(2) Mäßig integriert:

- Erfahrung von Nähe, Bindung, Autonomie ist eingeschränkt möglich
- Steuerung schwierig; Bedürfnisse stark ausgeprägt; Konflikte heftig
- Autoaggression und selbstentwertende Tendenzen
- Bilder der Objekte eingeengt
- Konflikte nur mit Mühe intrapsychisch verwaltbar
- Dyadische Beziehungen herrschen vor

Zentrale Angst: das wichtige Objekt zu verlieren, Angst vor Verlust der Kontrolle, der Steuerung und den eigenen heftigen Impulsen.

(2,5) Mäßig bis gering integriert: Anteile von (2) „Mäßig integriert“ und (3) „Gering integriert“

(3) Gering integriert:

- Hohe Bedürftigkeit, hohe Kränkbarkeit
- Bild des Objekts ist bedrohend, verfolgend oder als Sehnsuchtsobjekt idealgut

- Positive Erfahrungen von Nähe, Bindung, Autonomie und Identität werden selten gemacht
- Kleiner psychischer Binnenraum, geringe Differenzierung psychischer Substrukturen.
- Konflikte werden interpersonell statt intrapsychisch erfahren
- Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, fehlende Empathie

Zentrale Angst: Angst vor Überwältigung (vernichtendes gekränkt werden) und Auslöschung durch die gnadenlosen Objekte.

(3,5) Gering bis desintegriert: Anteile von (3) „Gering integriert“ und (4) „Desintegriert“

(4) Desintegriert:

- Selbst und Objektbilder scheinen konfundiert
- Keine guten inneren Objekte
- Empathie kaum möglich
- Keine Verantwortungsübernahme bei impulsivem Handeln
- Handlungen in dissoziativen Bewusstseinszuständen

Zentrale Angst: Die Objekte erscheinen eher medial als objektiv, es dominiert die Angst vor Selbstauflösung und den eigenen Trieben.

In der Praxis wird diese Skala bei jedem Struktur Item mithilfe der OPD Strukturcheckliste angewandt. Die unter „Zielgruppen“ angeführten Struktureinschätzungen der Gruppenteilnehmer/innen sind wie oben erläutert entstanden. Die Ausarbeitung erfolgt durch mindestens zwei Teammitglieder.

2.2.5. Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen

Hier werden die deskriptiven Diagnosen nach dem ICD-10 und die Untersucher/innendaten miterfasst (siehe Kapitel 2.1, 13).

Bei einem/einer Patienten/Patientin konnte die Konflikt Thematik wegen abgewehrter Gefühle nicht eingeschätzt werden. Ich gehe nicht weiter auf die Konfliktthematik ein, da dies den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde.

3. Methodischer Teil

3.1. Methodische Grundlagen

„Die einzelnen Menschen (wieder bzw. mehr) zur Sprache kommen zu lassen, ist auch erklärtes Ziel der eher menschen- als datenbezogenen, eher biographisch als repräsentativ orientierten und eher „verstehenden“ als „quantitativ-statistischen“ qualitativen Forschungsansätze, die – als Alternative und/oder Ergänzung zu den etablierten quantitativen Vorgehensweisen – innerhalb des Methodenkanons der empirischen Sozialforschung zunehmend an Bedeutung gewinnen.“ (Rex 2009: 124). Weiters beschreibt sie, dass das Messen der Dinge, also das Quantifizieren nur eine Möglichkeit der Forschungsmethodik darstellt.

„Es geht um das Bemühen, die in Frage stehenden Phänomene möglichst in ihrer Ganzheit und in ihrem natürlichen Kontext zu erfassen, sie zu „verstehen“ ist kennzeichnend für das qualitative Paradigma innerhalb der empirischen Sozialforschung.“ (ebenda, 127)

3.1.1. Allgemeines zur qualitativen Methode

Die frühen Wurzeln qualitativer Methoden sind in der Psychologie und der Sozialwissenschaft mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts in Amerika und Deutschland zu finden (Flick 2006: 20). Es begann in der Folge ein Streit um das Wissenschaftsverständnis: die quantifizierende, standardisierende Vorgangsweise setzte sich bis ca. 1960 gegen die qualitativ beschreibende „weiche“ Herangehensweise durch. In Deutschland und Amerika verliefen diese Entwicklungsphasen unterschiedlich. Ende der 70er Jahre begann in Deutschland eine wissenschaftliche Auseinandersetzung zur Anwendung von Interviews, ihren Auswertungen und den methodischen Fragen dazu.

Die qualitative Forschung beschäftigt sich mit der Konstruktion von Wirklichkeit und ist theoriebildend. Sie ist dann zu empfehlen, so meinen Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (2005: 25), wo es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereichs („Felderkundung“) mit Hilfe von „sensibilisierenden Konzepten“ (Blumer 1973 cit. Flick 2005: 25) geht. Es gibt unterschiedliche Forschungsansätze in der qualitativen Forschung, die im Wesentlichen durch die Art der

Datenerfassung und der Art der Analyse differieren. Welchen Ansatz der/die Wissenschaftler/in wählt, hängt vom Feld, vom Forschungsziel und der Methodenwahl ab.

Die Daten können in unterschiedlicher Art erfasst werden: durch eine Gruppendiskussion, durch Filme, durch Aufzeichnung von Interaktionen und durch Leitfaden geleitete oder narrative Interviews.

Die Methodik der Datenauswertung kann auch hier je nach Forschungsziel unterschiedlich erfolgen: hermeneutisch (erweiternde Assoziationen), durch narrative Analyse, Dokumentenanalyse oder auch durch die qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Flick, Von Kardorff, Steinke 2005: 19).

Ein eigener Forschungsansatz, der sich in den 30er Jahren entwickelt hat, ist die Evaluation.

3.1.2. Die Evaluation

„Die Evaluation(-sforschung) ist angewandte Sozialforschung. Und angewandte Sozialforschung ist zum großen Teil Evaluation.“ (Von Kardorff 2005: 239). Diese soll und kann neue Erkenntnisse im beforschten Feld ermöglichen. In ihrer Ausrichtung sieht die Evaluation ihr Forschungsobjekt nicht als ein stummes Gegenüber sondern mit der Fähigkeit von Reaktion. „Daher wird Evaluation generell und nicht nur gewollt (...) selbst zu einem Moment der Veränderung.“ (ibid., 240). Sie ist einerseits eine Methode zur Bewertung eines Konzepts andererseits regt sie Veränderungen an und ermöglicht Verbesserungen. Dabei haben die Tatsache und der Prozess der Evaluation häufig größeres Gewicht als ihre Ergebnisse selbst. Die Merkmale qualitativer Evaluationsforschung („Evaluation der vierten Generation“ nach Egon G. Guba und Yvonna S. Lincoln 1989 ausgearbeitet) beinhaltet folgende Prinzipien:

- Evaluationsforschung ist wertgebundene Forschung: Nach Guba und Lincoln soll sie demokratischen Werten verpflichtet sein und diese Werte transparent machen: Aufrichtigkeit, Beteiligung, Betonung des freien Willens, soziale Verantwortung und einer humanistischen Perspektive verpflichtet.
- Die Adressaten der Forschung sind nicht Objekte, die auf Maßnahmen nur reagieren sondern handelnde Subjekte, die ihre Fähigkeiten mit einbringen: uminterpretieren, Gegenentwürfe machen, Widerstand leisten, etc.

- Daher soll die Evaluation ein kommunikativer Aushandlungsprozess sein und um ihre Wirkung wissen. Sie ist nicht als wissenschaftliche Autorität zu verstehen, sondern sie ist an der Klärung von Interessenskonflikten und Handlungsperspektiven sowie deren praktischer Umsetzung interessiert. Daher kann sie moderierende Funktion übernehmen, wissenschaftliches Hintergrundwissen einbringen, Zielklärungen in Programm- und Prozessabläufe fördern, aber auch Differenzen aufdecken (vgl. Beck, Bonß 1989).
- Das Wirklichkeitsverständnis der qualitativen Evaluationsforschung ist durch die Annahme von kommunikativer und interaktiv ausgehandelter Wirklichkeit konstruktivistisch. Es gibt demnach nicht nur eine Wirklichkeit, sondern die von einer Person durch ihre Rolle und Position erfahrene Wirklichkeit. Diese sucht die Evaluation zu erfassen und nachzuzeichnen; d.h. die qualitative Evaluationsforschung folgt dem „interpretativen Paradigma“ (Wilson 1973).

Methodische Schwerpunkte der Evaluation

Das Ziel ist eine theoriegenerierende und hypothesengeleitete Betrachtung. Die Gruppendynamik und deren Besonderheiten werden im Detail reflektiert. Die nächste Einheit wird danach ausgerichtet. Es werden zielführende Korrekturen, die den Rahmen nicht sprengen, überlegt: es dominiert die Prozessorientierung gegenüber der Ergebnisorientierung. Damit kann das Curriculum an die Patientengruppe angepasst und modifiziert werden. Daher zielt die Maßnahme auf Spezifität anstelle von Generalisierbarkeit ab. Dies bedingt aber regelmäßigen Austausch mit dem therapeutischen Team und ständiges neues Vorbereiten der Stunden: also einen organisatorischen und zeitlichen Mehraufwand. Die Möglichkeiten sind bedingt und interessenbestimmt. Es kommt auch hier immer wieder zu pragmatischen Kompromissen.

Varianten qualitativ orientierter Ansätze der Evaluationsforschung

Ernst von Kardorff (2005: 248) beschreibt gesellschaftlich bedingte Varianten wie die Aktionsforschung (Gstettner 1995, Moser 1995 cit. von Kardorff 2005:248) welche Konzeptionen von „Empowerment“ von Menschen in verschiedenen Situationen beinhaltet (z.B. Bürgerrechtsbewegungen). Dazu zählt auch der Begriff „Praxisforschung“. Diese Evaluationsvariante zielt auf eine verbesserte beratende und kommunikative Praxis.

Die **Selbstevaluation** hat sich Ende der 80er Jahre durch die Arbeiten von Joachim König und Maja Heiner aus dem Bereich der sozialen Arbeit in Deutschland entwickelt (vgl. Von Unger, Block 2007: 25, Internet). Hier geht es um die Annahme einer „lernenden Organisation“ und den darauf zentrierten Konzepten. Zehn Jahre später gab es Modellversuche an den Schulen. Die Selbstevaluation fand Einzug in den psychosozialen Bereich und in die Sozialarbeit.

Es gibt bisher keine eigenständige Professionalisierung in der Evaluationsforschung, aber es erschien 2004 von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) eine Broschüre: „Empfehlungen zur Anwendung der Standards für Evaluation im Handlungsfeld der Selbstevaluation“ (Gesellschaft für Evaluation, s. a., Internet), worin fünfundzwanzig Einzelstandards festgelegt werden. Die DeGEval organisiert auch regelmäßige Tagungen und Fortbildungen zum Thema Evaluation.

Eine kritische Haltung spiegeln Jürgen Bortz und Nicola Döring (2006: 104) in ihrem traditionell empirischen Forschungsverständnis wider: ein/e externe/r Evaluator/in ist einem/r internen Evaluator/in vorzuziehen um mögliche Schönfärberei zu vermeiden.

Die Gefahr, dass Ergebnisse der Evaluation verzerrt werden, zugunsten des/der Evaluierenden oder des/der Auftraggebenden ist immer gegeben. Denn auch ein/e externe/r Evaluator/in präferiert einen zufriedengestellte/n Auftraggeber/in bzw. zufriedenstellende Ergebnisse. Daher ist es wichtig die Daten und die Vorgehensweise sowie die Schlussfolgerungen offen zu legen und sich an die ethischen Normen der Wissenschaft zu halten. Bei einer externen Evaluation kann es zur Problematik des mangelnden Detailwissens bezüglich der Interventionen und zum Umfeld kommen. Ich als interne Evaluatorin habe die Möglichkeit im Rahmen einer begleitenden, erkundend angelegten Evaluation das Wissen wieder in den Prozess einfließen zu lassen. Bei einer externen Evaluation wird das Einspeisen und Umsetzen der Erkenntnisse dagegen viel seltener und finanziell aufwendiger erwähnt.

Bei **Auftragsevaluationen** ist die Gefahr der Instrumentalisierungsabsicht gegeben. Evaluationsforschung soll sich an den methodischen Standards der empirischen Grundlagenforschung orientieren.

Ein weiteres wesentliches Kriterium ist die interne Metaevaluation über das Evaluationsergebnis bzw. eine externe Metaevaluation bei der die Aussagekraft der Befunde diskutiert wird (vgl. Bortz, Döring 2006: 134).

Dies wurde in einer teaminternen Fortbildung mit der Ärzteschaft, dem Pflegepersonal und dem therapeutischen Team durch das Vorstellen der Ergebnisse dieser Arbeit realisiert.

3.1.3. Studien zur KBT

In Deutschland wurden im Rahmen einer Validitätsstudie 363 Personen im teilstationären und ambulanten Setting zur Konzentrativen Bewegungstherapie befragt. Der Schwerpunkt lag im Versuch Wirksamkeitsfaktoren der Konzentrativen Bewegungstherapie zu erfassen.

In der Zusammenfassung aus dem gleichlautenden Vortrag „Wie erleben Patienten die KBT Stunde? Ergebnisse der Untersuchung zum revidierten KBT Stundenbogen“ Februar 2010 von Prof. Dr. Klaus- Peter Seidler, Drⁱⁿ. Schreiber Willnow Karin und Swantje Grützmaker (Konzentrierte Bewegungstherapie, Zeitschrift für DAKBT und ÖAKBT, 2010: 32) wird über den Stundenbogen (SB) für die Validitätsstudie zur Konzentrativen Bewegungstherapie berichtet. Ich beziehe mich im weiteren Bericht auf den Gruppenerfahrungsbogen abgekürzt „GEB-KBT“. Es wurden hierbei in den vorangegangenen Untersuchungen zwei Dimensionen des Selbst- und Körpererlebens gefunden: der positive und der negative Körperbezug sowie das Nutzenkönnen der Therapiestunde. In der bereits vorliegenden Validitätsstudie wurden 13 Items (verkürzte Version) für die Gruppentherapie eingesetzt. Nach dem Behandlungssetting wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zusätzlich stichprobenartig der „Bielefelder Klientenerfahrungsbogen“ vorgelegt. Anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse war die Validität des GEB KBT nicht gesichert, es wurde eine Skalenrevison vorgenommen. Es ist nun eine weitere Überprüfung dieser revidierten Version des SB/GEB KBT notwendig um die Stabilität der Ergebnisse zu überprüfen. Dieses Projekt ist quantitativ ausgerichtet und ausgewertet (vgl. Seidler, Willnow 2010: 32).

Weitere Forschungen sind mir zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit nicht bekannt. Es laufen aktuell Projekte im Rahmen der Masterthesenerstellung. Obwohl gerade die oben genannten Items auch für unsere Gruppe von Interesse sind, greife ich nicht auf vorgegebenes Befragungsmaterial zu, da für ein aussagekräftiges Ergebnis in dieser Methode die Größenmenge meiner Zielgruppe zu klein ist und den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde.

3.2. Ausgangslage

Das von mir in der gegenständlichen Arbeit evaluierte spezifische Gruppensetting, wurde, vor einem Jahr, von einer Kollegin und mir entwickelt. Unsere Zielsetzung war es, ein therapeutisches Angebot zu initiieren, das sowohl Elemente aus der Verhaltenstherapie, als auch aus der Konzentrativen Bewegungstherapie beinhalten sollte.

Ein rein verhaltenstherapeutisches Expositionstraining in vivo – das für den inhaltlichen Anspruch auch in Frage gekommen wäre - hätte den Rahmen der Möglichkeiten im Klinikalltag und unsere zeitlichen Ressourcen überstiegen. Der Kombination lag die Hypothese zugrunde, dass durch gezielte Wahrnehmungsangebote der Bezug zum Körper, die Selbstwahrnehmung und durch die Kontaktangebote das Verständnis und die Umsetzung des sozialen Kompetenztrainings verstärkt gefördert werden kann.

Wir überlegten uns, wie Elemente aus der Konzentrativen Bewegungstherapie mit dem Fokus auf Wahrnehmungsdifferenzierung und Wahrnehmungsschulung das vorliegende Instrumentarium der Verhaltenstherapie zielführend ergänzen könnten. Die Bewegungsangebote sollten in Ergänzung zum Rollenspiel, aktivitätsfördernd wirken und Handlungsoptionen vermehren. Weitere Angebote aus der KBT dienen dazu, einen größeren Experimentierraum im Umgang mit sozialen Ängsten zu ermöglichen. Einerseits indem der Körperselbstbezug gestärkt wird, andererseits durch die Distanzierungsfähigkeit von überflutenden Affekten. Welche Angebote ich zu den jeweiligen Themen gewählt habe, ist im Kapitel 4.1, S.42 unter „Maßnahmen“ näher erläutert.

Wir starteten die Gruppe nach dem Motto: „learning by doing“ (Comenius 1657/1858 cit. Knoll 2011: 287) und nach und nach wurde unser Kombinationsangebot zu jeweils konkreten inhaltlichen Themenstellungen strukturierter. Aus diesem experimentellen Tun entwickelte sich bei mir, neben der Freude daran - weil die Teilnehmer/innen zu profitieren schienen -, immer größere Neugier und Forscherinnengeist.

Gibt es Zusammenhänge zwischen körperlich aktivierenden Stunden im Training und der Umsetzung des Erfahrenen in den Alltag? Ist die Angstreduktion erfolgreicher wenn der Fokus auch immer wieder auf das Körpererleben gerichtet wird?

Ich begann in Deutschland und Österreich nach wissenschaftlichen Studien zur Wirkweise der KBT zu recherchieren. Gibt es irgendwo bereits ähnliche Arbeitskonstellationen? Ich fand jedoch nur Settings, in denen die KBT ohne Kombination mit

Elementen aus anderen Therapieformen angeboten wird bzw. Gruppenangebote oder Einzeltherapie-settings von KBT Therapeutinnen und Therapeuten, die nach ganz anderen Konzepten arbeiteten. Ein Konzentratives Bewegungstherapie Angebot, das mit der klaren Zielsetzung „Erhöhung der sozialen Kompetenz“ in Form eines Gruppenangebotes umgesetzt wird, konnte ich ebenfalls nicht finden.

3.3. Konzeptüberlegungen

Der Mangel an Möglichkeiten, mit anderen Konzepten zu vergleichen bzw. aus den Erfahrungen anderer Einrichtungen bzw. der Kolleginnen und Kollegen zu partizipieren, ließ mich zu dem Entschluss kommen, dieses Pilotprojekt in Form einer Selbstevaluation strukturiert zu beforschen. Da ich die Psychotherapie und meine Maßnahmen in einem interaktionellen Kontext sehe und auch selbst auf Feedback Schleifen und Austausch in meiner Arbeit zur Entwicklung meiner Fähigkeiten angewiesen bin, empfinde ich die Herangehensweise der qualitativen Evaluationsforschung als praxisnahe und entwicklungsorientiert. Daher habe ich mich für die Methode der qualitativen Selbstevaluation in der Erhebung und für die Auswertung die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring entschieden.

Das Hauptaugenmerk legte ich dabei auf den laufenden Prozess, um aus den Beobachtungen und Interpretationen laufend Schlussfolgerungen ziehen zu können, die zu einer Modifizierung des Curriculums beitragen und im Idealfall direkt in den Gruppenprozess wieder einfließen.

Der von mir evaluierte Gruppenprozess wurde durch einen externen teilnehmenden Beobachter (Praktikant) protokolliert. Ab der vierten von insgesamt sieben Trainingseinheiten begann ich teilstrukturierte Interviews mit Teilnehmern und Teilnehmerinnen im Anschluss an die jeweilige Kurseinheit durchzuführen. Die Rückmeldungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen im Rahmen der Interviews fanden in der weiteren Gestaltung des Curriculums Berücksichtigung. Bei den Gesprächen handelte es sich um eine teilstrukturierte Befragung anhand eines Leitfadens. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.

Im Anschluss an die letzte Einheit wurde mit den Teilnehmenden in Form einer Gruppendiskussion über Form, Inhalt des Gruppenangebotes sowie über die zu erwartende Umsetzbarkeit des Erfahrenen im Alltag reflektiert. Der Datenerhebung dienten auch noch ein Interview mit dem Beobachter, der den gesamten Prozess

protokolliert hatte, sowie ein gemeinsames Abschlussprotokoll mit meiner Kollegin unmittelbar nach Beendigung des Curriculums.

Die Ergebnisse der Selbstevaluation dienten der Verbesserung des laufenden Prozesses und der Weiterqualifizierung des inhaltlichen Gruppenangebots. Weiters führte dies zu einer intensiveren Selbstreflexion der Gruppenleiterinnen. Die Aneignung dieses Erfahrungswissens ermöglicht eine Veränderung bzw. Ergänzung in der Gruppengestaltung. Es half Klarheit über die eigene Tätigkeit zu erlangen und befähigte zu einer fundierteren Darstellung der eigenen Tätigkeit nach außen.

Zusätzlich stellt die Selbstevaluation eine ressourcenschonende Alternative dar, da sich die Evaluatoren und Evaluatorinnen nicht erst in das Projekt einarbeiten müssen und die Ergebnisse direkt dem aktuellen aber auch zukünftigen Prozess zufließen können.

Aufgrund meiner Leitungsfunktion musste jedoch das Phänomen der „sozial erwünschten Antwort“ als Form des systematischen Befragungsfehlers gesondert betrachtet werden. Die Gefahr der Selektion positiv eingestellter Interviewpartner/innen war insofern reduziert, als dass alle Teilnehmenden des Turnus zum Interview kamen. Es fand somit keine Selektion durch die Leitung statt.

Es wurde in der ersten Stunde die Arbeit kurz vorgestellt und die Möglichkeit der Teilnahme an den freiwilligen Interviews angesprochen. Eine Patientin und ein Patient fühlten sich davon zunächst überfordert, nahmen aber danach überraschenderweise dennoch teil. Ein Patient signalisierte zunächst generelle Unsicherheit betreffend seine Teilnahme, nahm aber letztlich an den Interviews teil. Inwieweit diese Entscheidungen auf Gruppendruck oder „Angst abzulehnen“ bzw. auf gegenseitiger Ermutigung oder Stolz basierten, ist nicht einschätzbar. Es ist aber durch das klinische Setting anzunehmen, dass der Druck bei befürchteter negativer Nachrede im Kontext mit der Diagnose soziale Angst vermutlich überdurchschnittlich ausgeprägt war.

Ich kannte bis auf zwei Teilnehmende keine/n andere/n Patienten/in persönlich im Sinne der Vorerfahrung durch die Einzeltherapie. Die nächste Abbildung zeigt die Maßnahmen im zeitlichen Ablauf.

Reihenfolge der Evaluationsmaßnahmen:

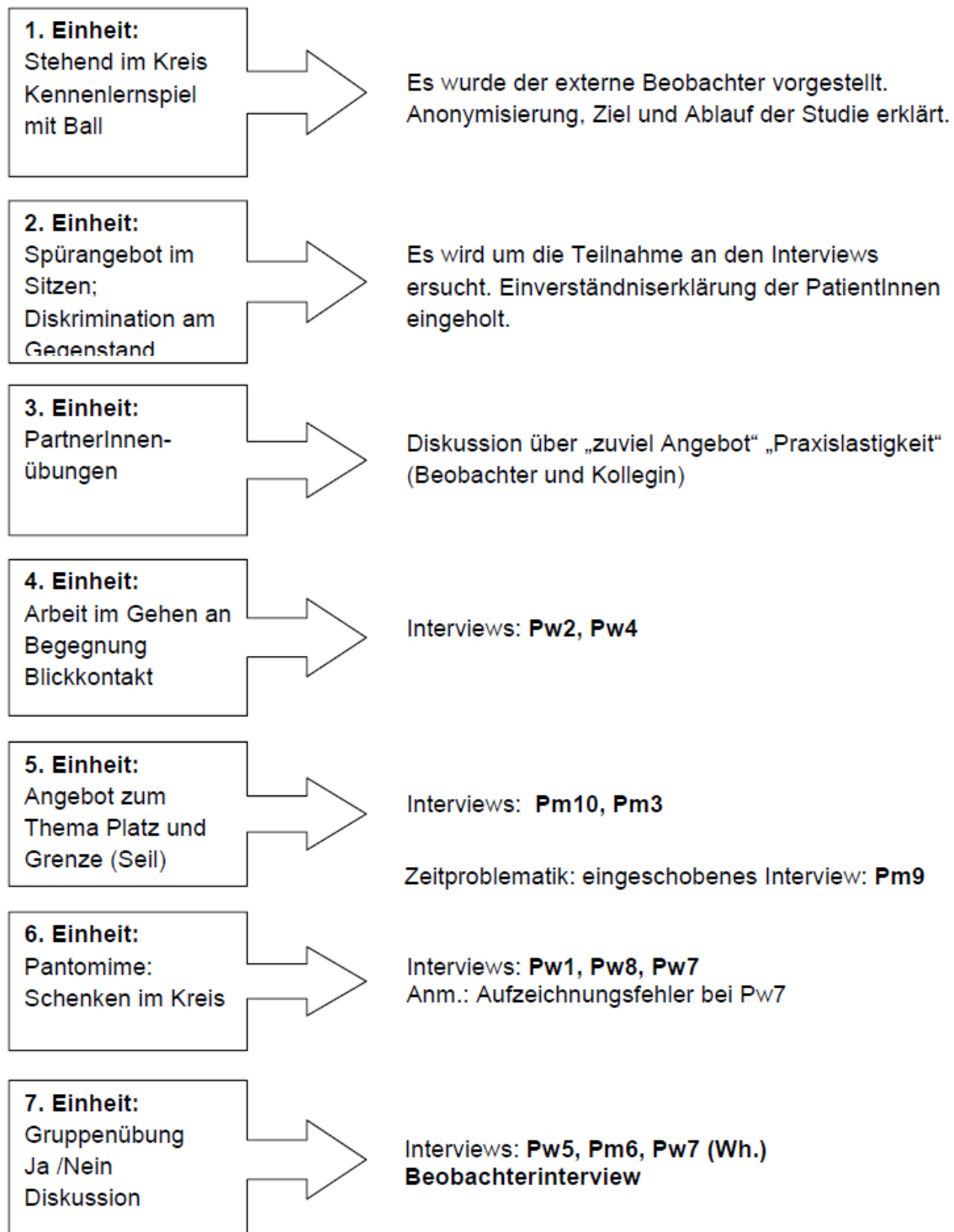


Abbildung 1: Reihenfolge der Evaluationsmaßnahmen

3.4. Zielgruppe

Die Zielgruppe waren jene Personen, die nach den oben genannten Kriterien diagnostiziert und in unsere Gruppe zugewiesen wurden. Die Patienten und Patientinnen sind freiwillig zur Klinik gekommen und hatten meist schon mindestens ein bis zwei Wochen Aufenthalt an der Station hinter sich, bevor sie der Gruppe zugeteilt wurden. Es wurden alle, die zugewiesen worden sind, auch einzelspsychotherapeutisch begleitet. Oft litt der/die Patient/in bewusst unter einer Kommunikations- bzw. Konflikt-schwäche und äußerte entsprechend den Wunsch nach Unterstützung in diesem Bereich. Offensichtliche Defizite im Sozialverhalten wurden aber auch durch das Zusammenleben im Stationsalltag deutlich. Das Pflegepersonal, welches am meisten Kontakt mit der Patientengruppe hatte, konnte dies beobachten und rückmelden. Der Arzt oder die Ärztin haben die Beobachtungen mit den Patientinnen und Patienten besprochen und letztlich in die Soziale Kompetenzgruppe zugewiesen.

Die Teilnehmer/innengruppe besteht aus zehn Personen und ist aus verschiedenen Perspektiven sehr heterogen:

- Unterschiedliche Diagnosen
- Unterschiedliche Ausprägung der sozialen Defizite
- Nicht geschlechtsgetrennt: Bei einer Anzahl von zehn Personen ergab es sich, dass fünf Frauen und fünf Männer an dem Turnus teilnahmen.
- Altersmäßig war die/der Jüngste 23 Jahre und der/die Älteste 57 Jahre alt
- Ein Mann und eine Frau kommen aus einem anderen kulturellen Kontext
- Die Dauer des Aufenthalts variiert

Die Gruppenvorerfahrungen und klinischen Vorerfahrungen sind sehr unterschiedlich: durch den aktuellen stationären Aufenthalt sind alle mit einer Gruppensituation zu Beginn des Trainings bereits vertraut.

Es wurden fünf Frauen und fünf Männer interviewt. Die Patienten und Patientinnen kamen, je nach Zeitressourcen, im Anschluss an die SKT Gruppe zum Interview. Die Interviews dauerten zwischen 15 und 30 Minuten. Die Gespräche fanden in einem Büroraum der Klinik in ruhiger Atmosphäre statt. Um den Datenschutz der Patienten und Patientinnen zu gewährleisten sind, wie in der Forschungswerkstätte der Donau-Universität Krems besprochen, die Transkriptionen der Interviews im Rahmen dieser

Arbeit nicht veröffentlicht. Die Daten wurden sorgsam anonymisiert, der Text wurde dort, wo Formulierungen in unterschiedlichen Dialekten erfolgten, belassen, um den emotionalen Bedeutungsinhalt zu erhalten. Da fragengeleitete, strukturierte Gespräche für die Patientinnen und Patienten im Kliniksetting ungewöhnlich sind, kommt es immer wieder zu längeren Passagen autobiografischer Berichte, wie es aus dem Kontext therapeutischer Gespräche allen vertraut ist. Diese Inhalte und die aus dem Erzählfluss entstehenden Prozesse fanden in der Inhaltsanalyse keine Berücksichtigung. An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass bei den Interviewten durch die Interviewsituation an sich schon großer Druck entstand. Dies wird in manchen Interviews z.B. kurze Sätze oder zeitlich kurze Interviews, deutlich. Die große Herausforderung, Informationen von Menschen erhalten zu wollen, die sich in sozialen Situationen unsicher fühlen und sich vor Bewertung ängstigen, ist meines Erachtens gut nachvollziehbar. Interviews, in denen dies deutlich wird, sind in der Gesprächsführung durch weniger offenes Fragen und durch angebotene Möglichkeiten meinerseits gekennzeichnet. In dem Zusammenhang besteht immer wieder auch die Gefahr Suggestivfragen zu stellen oder Vorwegnahmen zu treffen. Dies fand in der Auswertung Berücksichtigung.

3.4.1. Krankheitsbilder

Hier wird die Heterogenität in dieser Gruppe deutlich. Es befinden sich Menschen mit folgenden Diagnosen in der Gruppe:

- Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
- Mittelgradig depressive Episode (F32.1)
- Pathologischer Alkoholgebrauch (F10), Spielsucht (F63.0)
- Benzodiazepin Missbrauch (F13.00)
- Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (F45.9)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer ohne psychotische Symptome (F33.2)
- Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7)
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)
- Bulimia nervosa (F50.2)

- Zwangsstörung (F42)
- Paranoide Schizophrenie (F20.0)
- Schizoide Persönlichkeitsstörung (F61.0)
- Dysthymie (34.1)
- Komplexe Posttraumatische Belastungsreaktion (Traumatyp II) (F43)

3.4.2. Strukturniveau

Die Fähigkeit mit Konflikten umgehen zu können, eine innerpsychische Bühne dafür zur Verfügung zu haben, ist nicht selbstverständlich. In welchem Zustand diese innere Bühne ist, wird anhand des Strukturniveaus zu erfassen versucht. Sollen Interventionen auf fruchtbaren Boden fallen, so ist es wichtig das Strukturniveau zu berücksichtigen. Dies stellt die Kliniker/innen, die die Gruppen leiten, vor allem wegen der oben beschriebenen Heterogenität vor eine große Herausforderung.

Überblick der psychodynamischen strukturellen Einschätzung der Gruppenteilnehmer/innen durch das Behandlerteam:

Pw1 OPD: Str.:	3,5	
Pw2 OPD: Str.:	hier liegen keine Daten vor. Einschätzung. 2,5	
Pm3 OPD: Str.:	2,5	
Pw4 OPD: Str.:	3	
Pw5 OPD: Str.:	3 bis 3,5	fremdsprachig
Pm6 OPD Str.:	2	fremdsprachig
Pw7 OPD: Str.:	hier liegen keine Daten vor. Einschätzung: 2,5	
Pw8 OPD: Str.:	hier liegen keine Daten vor. Einschätzung: 3,5	
Pm9 OPD Str.:	2,5 bis 3	
Pm10 OPD Str.:	3	

Welche strukturelle Schwäche stand bei dieser Gruppe im Vordergrund?

Betrachte ich die Teilnehmer/innen nach dem Strukturniveau, so ergibt sich folgende Verteilung: zwei Personen wurden im Bereich 3,5, eine Person im Bereich 3 bis 3,5;

eine Person bei 3; eine Person zwischen 2,5 bis 3, drei Personen mit dem Niveau 2,5 und eine Person auf einem Strukturniveau von 2 eingeschätzt bzw. geratet.

Davon sind drei Personen nicht geratet sondern geschätzt; d.h. das Strukturniveau wurde nicht schriftlich erfasst, sondern im Team besprochen.

Dies entspricht nach der Einschätzung der Behandelnden einem Überwiegen der Teilnehmenden im Strukturniveau 2,5 bis 3.

Wo die Erkrankung nicht allein durch Verdrängung also im neurotischen Konfliktbereich besteht sondern auf einen Strukturschaden des Ichs durch Bindungs-, Entwicklungs- oder traumatische Störungen hinweist, braucht es eine andere Herangehensweise im therapeutischen Setting. Sensorische Empfindungen, Psychomotorik, affektive Erinnerungen sowie Wahrnehmungen haben noch keine symbolisierende Begrifflichkeit. Es braucht ein Benennen und Zuordnen und dabei eine wertschätzende spiegelnde Haltung um die Mentalisierung zu fördern (vgl. Volz-Boers Ursula in Geißler, Heisterkamp 2007: 41). „Mentalisierung meint den Erwerb der Fähigkeit, eigene affektive Zustände und innere Verfassungen anderer Menschen sowie interpersonales Verhalten zu verstehen“ (Fonagy, Target 2006: 364) und dadurch ein ausreichend stabiles und gutes Bild des eigenen Selbst entwickeln zu können.

Folgende **Konfliktschemata** innerhalb der Gruppe wurden aufgezeigt: K2 und K3; K3 und K4; K2 und K4; K2 und K5 (siehe auch Kapitel 2.2.3, S.18)

3.5. Zielformulierung

Die Hauptfragestellung, auf die die Untersuchung des ausgewählten Textmaterials eine Antwort liefern soll, lautete also: Welche Auswirkungen haben die Angebote der KBT im Kontext der Sozialen Kompetenzgruppe?

Vor dem Hintergrund auch theoretischer Überlegungen sowie des aktuellen Forschungsstandes in Bezug auf die KBT, wurde die Hauptfragestellung weiter differenziert und in evaluierbare Fragestellungen unterteilt. So entstand der Interviewleitfaden. Diese Fragestellungen betrafen die Übersetzungsfähigkeit des Erlernten in den stationären Alltag: ist es gelungen alternative Handlungsoptionen durch die Erfahrungen in den KBT Angeboten zu vermitteln? Wie weit stehen diese schon im Alltag zur Verfügung? Wurden die Wahrnehmung und das Bewusstsein durch die Angebote sensibilisiert? Wie wurden die Anleitungen und Angebote empfunden? Weiters

schien die Möglichkeit zu Ergänzungen und Wünschen wichtig. Der Interviewleitfaden wurde auf dem Hintergrund dieser Fragestellung entworfen, mit mehreren Personen diskutiert und auf seine Sinnhaftigkeit hin überdacht. Nach dem dritten Interview kam es zur Ergänzung einer Interviewfrage. Der Leitfaden befindet sich im Anhang.10.1, S.101.

Im Sinne eines theoretischen Interesses, stellten wir in einer Teamsitzung auch Überlegungen zu der Frage des Zusammenhangs von Strukturniveau und der Umsetzung der Angebote bzw. deren Auswirkung auf die Teilnehmenden. Kommt es für den/die Patienten/in zu einer subjektiven Verbesserung in einzelnen Strukturbereichen? Berichtet er/sie davon? Kann das behandelnde Team von außen im Kliniksetting eine Veränderung wahrnehmen und diese dem/der Patienten/in zurückmelden? Kommt es zu einer Verschlechterung? Was könnten unter Berücksichtigung aller anderen relevanten Faktoren die Gründe der Krise sein? Was wurde übersehen oder nicht erfasst? Darauf gehe ich im Kapitel 6, S.87 gesondert ein.

3.6. Auswertungsmethode

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurde ein Verfahren der Themenanalyse gewählt, um das subjektive Erleben der Patienten/innen in Bezug auf die Erfahrung mit Angeboten der KBT im Rahmen eines sozialen Kompetenztrainings zu erfassen. Um die Meinungen der Teilnehmenden erheben zu können, kamen teilstrukturierte Interviews zur Anwendung. Die Auswertung der Interviews bzw. Protokolle erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring.

Hierbei bleibt das Material in den Kommunikationszusammenhang eingebettet, muss jedoch durch ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen analysiert werden. Über eine systematische Reduktion des Textes und mithilfe theoretischer Vorüberlegungen werden Kategorien gebildet. Wichtig dabei ist, dass der Gegenstandsbezug nicht verloren werden darf (vgl. Mayring 2003:44). Diese Herangehensweise beinhaltet „die Stärken der quantitativen Inhaltsanalyse beizubehalten und auf ihrem Hintergrund Verfahren systematischer qualitativ orientierter Textanalyse zu entwickeln.“ (ibid., 42)

Daher scheint mir die Auswahl dieses Verfahrens für die Auswertung als geeignet.

Philipp Mayring (2003) unterscheidet beim Bestimmen des Ausgangsmaterials drei wesentliche Schritte:

- Festlegung des Materials (welche Textstellen werden analysiert, Beschreibung der Stichprobenauswahl)

Die Interviews können sehr umfangreich sein und müssen nach ihrem Bedeutungsgehalt zerlegt werden.

- Analyse der Entstehungssituation (beinhaltet genaue Bedingungs- und Umgebungsanalyse)
- Formale Charakteristika des Materials (in welcher Form liegt das Material auf)

(ibid., 47)

Wenn die Forschungsfrage einmal gestellt ist, wird aus dem erhaltenen Textmaterial eine Auswahl getroffen: das bedeutet, dass nur Textstellen in die Analyse genommen werden in denen sich die Interviewten auf die Forschungsfrage bezogen, geäußert haben. Die so ausgewählten Textabschnitte werden nach den Regeln des inhaltsanalytischen Modells durchgearbeitet. Die zuerst allgemein formulierte Fragestellung wird über Hypothesenbildungen konkretisiert und an das Textmaterial angepasst. Es entsteht dadurch eine ganz spezifische Konstruktion zur Erfassung von Information. Jeder Analyseschritt weist Material unter Berücksichtigung der Forschungsfrage Bedeutung zu (ibid., 43). Es werden Bedeutungs-Kategorien gebildet. Dabei ist es wichtig, dass andere diese Systematik, also den Weg von der Wortmeldung zur Kategorie nachvollziehen können (siehe auch Tab.3). Von Bedeutung dabei ist auch, dass der Zusammenhang in dem dieser Prozess stattfindet, nicht vernachlässigt wird. Die Inhaltsanalyse (muss), so heben auch Jürgen Kriz und Ralph Lisch hervor, „immer auch qualitative, d.h. subjektive, impressionistische Elemente beinhalten, wenn sie der Komplexität von Kommunikation auch nur annähernd gerecht werden will“. (Kriz, Lisch 1988 cit. Rex 2009:124)

Um die Nachvollziehbarkeit leichter möglich zu machen habe ich meine Vorgehensweise genauer ausgeführt. In der nächsten Abbildung zeige ich die einzelnen Datenanalyse Schritte der Interviewauswertung auf.

Die erste Spalte zeigt das anonymisierte Interview mit der geschlechtsspezifischen Zuordnung an: z.B.: **Patient weiblich 4**. Die Zeilennummer gibt die Stelle im Transkript an und dient der leichteren Nachvollziehbarkeit.

PAT	Zeile	Interview	Paraphrase1	Generalisierung	1. Reduktion	Kategorie
Pw4	52	jetzt von mia eigentlich glaub das i meine Sinne ned so guat benutz...	Empfindet mangelnde Sinnesnutzung	Erkenntnis im Bereich der sinnlichen Selbstwahrnehmung	Differenzierte Selbstwahrnehmung	Intrapsychischer Faktor
Pw4	68	...ich glaub dass i des meiste für mein Alltag verwenden kann	das Meiste ist für den Alltag verwendbar	positive Transferüberlegung	Transfer	
Pw4	91	ned den nächsten Schritt in die Panik eine... sondern ahh...das i da nochher dann mi söba a irgendwie a beruhigen tua	Nicht panisch werden sondern Selbstberuhigung	Selbstregulation durch Selbstberuhigung	Affektive Selbstregulation	Intrapsychischer Faktor

Tabelle 3: Interview Inhaltsanalyse

Nach dem Herausfiltern der wesentlichen Textpassagen (Originalzitate) - im Sinne der Fragestellung, das gemeinsam mit Kolleginnen erfolgte, kommt es bei der Paraphrasierung zur knappen inhaltlichen Wiedergabe der Kernaussage.

Im nächsten Schritt werden alle Paraphrasen verallgemeinert. Es kommt zur Generalisation unter dem angestrebten Abstraktionsniveau, welches evtl. schon durch theoretische Vorannahmen gekennzeichnet ist. (vgl. Mayring 2003: 61) Anschließend führt eine 1. Reduktion zur Selektion und Streichung bedeutungsgleicher Paraphrasen: hier wird im Beispiel „der Erkenntnis um die mangelnde Sinnesnutzung“ die „differenzierte Selbstwahrnehmung“ als abstrahierte Form, zugeteilt. Im 2. Reduktionsschritt werden alle zusammengehörigen Paraphrasen unter einer neuen Aussage zusammengefasst. Die differenzierte Selbstwahrnehmung wird auf einem höheren Abstraktionsniveau als ein „intrapsychischer Faktor“ subsumiert. Jede neue Kategorie, wie beispielsweise der „intrapsychische Faktor“ muss so konfiguriert sein, dass alle vorherigen Schritte nachvollziehbar sind und das Ausgangsmaterial (alle zugeordneten Paraphrasen) repräsentiert ist.

Dieser oben beschriebene Prozess wird mit jeder Aussage wiederholt und bei Bedarf revidiert, wenn es notwendig ist, ein neues Kategoriensystem zu bilden. So kommt es zu einer immer größeren Reduktion des Interviewmaterials. Weil es sich bei der vorliegenden Untersuchung um kleine Datenmengen handelt, konnten ich alle inhaltstragenden Textstellen paraphrasiert werden.

Die Entstehung der Kategorien entspricht einer induktiven Vorgehensweise: die Kategorienbildung erfolgte direkt aus dem vorliegenden Datenmaterial.

Durch meinen beruflichen Hintergrund - ich arbeite im klinischen Bereich-, bin ich natürlich nicht vorannahmefrei: Die Diagnoseerstellung mittels OPD und den Kriterien des ICD -10's sind mir nicht nur generell vertraut, sondern es standen diese Ergebnisse, sowie Ergebnisse aus anderen Voruntersuchungen, für die von mir untersuchte Patientengruppe zur Verfügung. Insofern gab es auch einen theoriegeleiteten Blickwinkel auf die erhobenen Daten. Dies entspricht wiederum einer deduktiven Vorgehensweise, die in die Kategorienbildung eingeflossen ist. Das heißt, dass dieses Hintergrundwissen auf die Kategorienbildung ebenfalls Einfluss hatte. Daher entspricht die gewählte Herangehensweise einer Mischvariante aus induktivem und deduktivem Zugang.

Ankerbeispiele: „Es werden konkrete Textstellen angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiele für diese Kategorie gelten sollen“. (Mayring 2003: 83) Diese Beispiele sind zu Beginn der Ergebnisse Kapitel 5., S.70 angeführt.

In diesem Zuordnungsprozess und in den Überlegungen die Kategorienbildung betreffend, wurde ich durch Gespräche mit Ausbildungskolleginnen und einem Ausbildungskollegen, meiner Masterthesen-Betreuerin sowie durch die Teilnahme an der Forschungswerkstatt unterstützt.

3.7. Gütekriterien

Die Gütekriterien betreffend, erfolgt die Orientierung an den breit angelegten Gütekriterien nach Ines Steinke (Flick 2005: 324), durch welche eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit angestrebt wird. Auf Basis dieser Angaben ist nachvollziehbar, auf welchem Datenhintergrund die Interpretationen basieren.

Dies beinhaltet die genaue **Dokumentation des Prozesses**:

- Dokumentation des Vorverständnisses des/der Forschers/in

Für die Nachvollziehbarkeit der Entstehung des Leitfadeninterviews und der subjektiven Beobachtungen während der Interviews, aber auch während der Auswertung der Interviews, habe ich ein Forschungstagebuch angelegt.

(siehe auch 1.2.Fragestellung)

- Dokumentation der Erhebungsmethoden und des Erhebungskontextes
- Dokumentation der Transkriptionsregeln

Alle Interviews wurden in Zeilenschreibweise aufgezeichnet und in literarischer Umschrift (Kowal, O`Connell 2005: 440) transkribiert.

Sprechpausen über drei Sekunden sind in Klammer vermerkt. Lautäußerungen wie Lachen, Seufzen oder bestätigendes Brummen sind beschrieben. Die Textpassagen sind in Mundart lautsprachlich verfasst worden, um den emotionalen Bedeutungsinhalt nicht zu verlieren.

Der Transkriptionstext ist durchnummeriert um die Zitate zuordnen zu können.

- Dokumentation der Daten
- Dokumentation der Auswertungsmethoden und der Texte

Die Interviews wurden von drei Kolleginnen mitanalysiert. Die gesamte Auswertung ist zur besseren Überprüfbarkeit der **empirischen Verankerung** (Steinke, Ines) in einer Excel Datei im Anhang angefügt.

- Angabe aller Informationsquellen

Zusätzlich zu den Einzelinterviews wurde eine Gruppendiskussion am Ende des Gruppenangebots mit allen Teilnehmenden und den Leiterinnen geführt. Weiters gab es gesonderte Einzelinterviews mit dem Beobachter und der zweiten Leiterin.

4. Inhaltlicher Aufbau

4.1. Setting und Curriculum

Als allgemeine Anforderung an das Training streben wir eine ungezwungene Atmosphäre an, um das Angstniveau möglichst gering zu halten. Wir haben uns bemüht das Gruppenkonzept so zu gestalten, dass für die Teilnehmenden ein gegenseitiges Lernen möglich ist. Als Sitzform wählten wir einen halboffenen Sesselkreis um Blickkontakt unter allen zu gewährleisten. Wir arbeiteten in einem, entsprechend der Gruppengröße, größer dimensionierten hellen Zimmer, da für die Bewegungsangebote entsprechender Platz notwendig ist. Die Therapeutinnen fungieren sowohl als Referentinnen als auch als Moderatorinnen; das heißt sie bringen sich einerseits persönlich aktiv ein und haben andererseits Lehrfunktion im Sinne der Psychoedukation. Dafür steht ein Flipchart und Schreibmaterial zur Verfügung.

Sieben Wochen lang wird je eine Einheit pro Woche angeboten, im Umfang von jeweils 90 Minuten Dauer mit einer zehnminütigen Pause, um Erholung zu ermöglichen. Es gibt vom Gruppenraum aus einen Zugang zur Terrasse - der vor allem von Rauchern und Raucherinnen genutzt wird; Kaffee- und Getränkeautomaten stehen ebenfalls zur Verfügung.

Im beforschten Turnus gab es insgesamt sieben Bewegungs- und Wahrnehmungsangebote: Drei Angebote davon sind kurze Wahrnehmungsspiele, eines ist ein Körperwahrnehmungsangebot. Zwei Angebote sind offen gestaltet, ein Angebot ist stark mit theoretischen Inputs verknüpft. Diese verschiedenen Angebotsformen wurden in das vorhandene Curriculum mit eingebaut. Meine Anleitung ist unter dem Punkt „Maßnahmen/Ablauf“ in kursivem Schriftsatz gekennzeichnet.

Der inhaltliche Bezugsrahmen ergab sich aus der Auswahl der Arbeitsthemen, die die Gruppenmitglieder, nach einer kurzen inhaltlichen Vorstellung unsererseits, zu Beginn des Trainings gemeinsam festlegten. Ich gehe nicht auf die inhaltlichen Details der Gruppendynamik ein um den Datenschutz zu gewährleisten.

Zum besseren Verständnis möchte ich die Herangehensweise der Implimentierung der KBT pro Einheit schildern. Einen Überblick gibt dazu auch die Abbildung 1: Reihenfolge der Evaluationsmaßnahmen, S.31.

Die zehn Teilnehmenden bekommen während des gesamten Turnus ausgewählte Folien der Arbeitsmaterialien nach Heike Alsleben ausgehändigt und werden darauf hingewiesen diese zu den nachfolgenden Terminen immer wieder mitzubringen. Die Kursunterlagen sind im Anhang Kapitel 10, S.101 abgedruckt.

4.1.1. Erste Einheit

4.1.1.1. Zielsetzung

- Eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, Rahmenbedingungen klären
- Gruppenregeln gemeinsam aufstellen
- Wissensstand der Teilnehmenden zum Begriff Soziale Kompetenz
- Vorstellung des Sozialen Kompetenztrainings
- Unterstützung der Kontaktaufnahme untereinander und mit den Leiterinnen
- Aufklärung über stattfindende Interviews und dem Beisein eines Beobachters

4.1.1.2. Maßnahmen/Ablauf

Die Leiterinnen des Curriculum stellen sich vor und erklären die Kursorganisation. Sie weisen auf die Evaluation hin und bitten um das Bewilligen der anonymisierten Datenfreigabe.

Dann beginnt eine Vorstellungsrunde, die neben der namentlichen Vorstellung auch von der Frage begleitet ist: *Was dachte ich als erstes, als ich von dieser Gruppe erfahren habe?*

Danach machen wir ein Ballspiel um unsere Namen kennenzulernen.

Das Kennenlernangebot: *Wir stellen uns im Kreis auf und werfen uns einen Ball zu. Dabei nennen wir nochmals unsere Namen. Im zweiten Schritt spielen wir den Ball weiter und rufen die Person beim Namen, die wir anspielen.*

Festlegung der Seminarregeln:

Die Teilnehmenden sollen gemeinsam die wichtigsten Gruppenregeln auflisten.

Was ist wesentlich um eine gute Zusammenarbeit zu gewährleisten?

Die von der Gruppe benannten Punkte werden auf dem Flipchart festgehalten:

1. Verschwiegenheit
2. Wertschätzung
3. Offenheit
4. Stopp Regel
5. Hilfestellung
6. Pünktlichkeit
7. ICH Botschaften

Punkt 4 und Punkt 7 wurden von den Leiterinnen eingebracht: Die Stopp Regel dient als Schutz der Gruppenmitglieder und soll an die Selbstverantwortung erinnern. Ein Stopp unterbricht das Gespräch oder die Aktivität und soll von allen respektiert werden. Wir äußern den Wunsch, dass der/die Teilnehmer/in dann nicht davon läuft sondern als Beobachter/in oder Zuhörer/in passiv teilnimmt. Der Punkt 7 „Ich-Botschaften“ dient der Reduktion von verbalen Generalisierungen.

Im nächsten Schritt wollen wir die Prioritäten der Teilnehmenden erfahren: es werden die Themen des Trainings auf dem Flipchart festgehalten und erläutert. Diese gilt es von jedem/jeder in ihrer Dringlichkeit zu bewerten.

Davor gibt es jedoch eine Pause von zehn Minuten.

Danach werden die wichtigsten Themen mit einem drei Punkte System benotet: dazu vergeben die Teilnehmenden schriftlich an dem Flipchart ihre Punkte. Es ergibt sich folgendes Ranking: am wichtigsten sind der Gruppe die Themen: Abgrenzung, Kritik und Konflikt; gefolgt von dem Thema der Durchsetzungsfähigkeit und dem Umgang (Praxis) mit sozialer Angst. Das Schlusslicht bilden die Punkte: Theorie der sozialen Angst und die Grundlagen der Kommunikation sowie die Artikulation von Wünschen und Forderungen. Zum Abschluss soll jeder/jede eine passende Situation zu ihrem/seinem gewählten Thema finden und die wichtigsten Erfahrungen schriftlich festhalten. Es besteht die Möglichkeit sich im Anschluss darüber zu auszutauschen. Diese Möglichkeit wird auch genutzt.

4.1.2. Zweite Einheit

4.1.2.1. Zielsetzung

- Wissensvermittlung zum Thema Angst und insbesondere der sozialen Angst.
- Gruppenklima, das einlädt am Diskurs teilzunehmen und Fragen zu stellen.
- Verknüpfung von Theorie und Praxis durch konkrete Angebote.
- Bewusstseinsbildung in Bezug auf Alltagssituationen.

4.1.2.2. Maßnahmen/Ablauf

Zu Beginn kommt es unsererseits zu organisatorischen Ergänzungen: es werden bedingt durch einen Feiertag, nur sieben Einheiten stattfinden.

Wir wiederholen das bereits Erarbeitete um den Wiedereinstieg zu erleichtern und beginnen mit dem Psychoedukationsmodul zum Thema soziale/irrationale Angst: Es werden die Fragen: „Wofür ist Angst sinnvoll?“ und „Woran erkenne ich Angst?“ gemeinsam mit der Gruppe am Flipchart erarbeitet. Die Teilnehmenden bringen ein Beispiel ein, anhand dessen der „Teufelskreislauf der Angst“ reflektiert wird. Es werden die Inhalte der Folie Nr. 3 und der Folie Nr. 7 (siehe Anhang 10.2 Arbeitsblätter) danach an alle in Papierform ausgeteilt.

In der Pause diskutieren die Leiterinnen die nachfolgende Vorgehensweise, da die Gruppe noch sehr zurückhaltend ist. Es scheint uns sinnvoll anhand der zurückhaltenden Stimmung die Wahrnehmung der Teilnehmenden auf sich zu lenken. Wir greifen mit dem nächsten Angebot das „An sich halten“ aktiv auf.

Wir beginnen mit einem **Angebot zur Körperwahrnehmung**. Dies kann wahlweise mit offenen oder geschlossenen Augen gemacht werden. Bei geöffneten Augen sollen die Teilnehmenden den Blick vor sich auf den Boden richten um sich entsprechend gut auf sich zu konzentrieren. Alle akzeptieren das Angebot und beteiligen sich.

Die Patienten und Patientinnen sitzen dabei auf Sesseln wobei sich der Rücken mit Unterstützung in aufrechter Haltung befindet. Es sollen die Befindlichkeit und das Körpergefühl wahrgenommen werden. Beide Beine sollen am Boden stehen. Zuerst wird das Bewusstsein auf die Atmung gelenkt:

Ich bitte Sie ihre Hände auf Ihren Bauch zu legen. Ihre Hand lauscht nun dem Heben und Senken der Bauchdecke. Ist eine Bewegung wahrnehmbar? Wie nehmen Sie diese Bewegung wahr? Groß oder klein, schnell oder langsam, sanft oder kräftig... Und wie reagiert die Atemwelle auf ihre Hände? Verschreckt oder neugierig? Lassen Sie Ihre Schultern und auch Ihre Zunge entspannt.

Dann legen Sie Ihre Arme über Kreuz seitlich an den Brustkorb. Wie ist hier die Atembewegung wahrnehmbar? Leichter oder stärker? Lassen sich Ihre Hände tragen oder halten die Hände den Brustkorb? Bevor Sie sich anstrengen, gönnen Sie sich eine Pause. Bleiben Sie im Wohlfühlbereich.

Nun legen Sie die Hände auf den Brustkorb: wie verändert sich Ihre Atmung wenn die Hände da liegen?

Dann rutschen Sie seitlich mit den Händen zum unteren Rücken. Eventuell müssen Sie sich Platz verschaffen und am Sessel vorrutschen. Vielleicht spüren Sie jetzt eine kleinere Bewegung oder einfach die Wärme Ihrer Hände.

So nun dürfen sich die Arme ausruhen.

Bewegen Sie Ihren rechten Fuß: die Zehen, das Sprunggelenk. Lassen Sie Ihre Aufmerksamkeit der Bewegung folgen. Lassen Sie den Fuß zur Ruhe kommen, behalten Sie aber ihre Aufmerksamkeit dort. Vom Fuß ausgehend soll die Achtsamkeit das rechte Bein hinauf bis zur Hüfte füllen: den Unterschenkel, das Knie und die Kniekehle, dann den Oberschenkel bis zur Hüfte. Stellen Sie sich vor, dass Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit ihr Bein von innen füllen wie wenn Sie mit Ihrer Hand in einen Handschuh schlüpfen. So schlüpfen Sie mit der Achtsamkeit in Ihr Bein. Wenn Sie jetzt Ihre Achtsamkeit zu beiden Beinen schicken und beide Beine wahrnehmen: Wie fühlt sich jetzt das rechte Bein im Vergleich zum linken Bein an: weiter, wärmer, größer? Nimmt es mehr Platz in Ihrer Wahrnehmung ein?

Dann machen wir dieselbe Übung mit dem anderen Bein.

Am Schluss beobachten wir: Wie fühlt sich der Körper jetzt an? Gibt es etwas das auffällt? Wie nehmen Sie Ihre Sitzhaltung, Ihre Atmung wahr? Sie können noch einmal die Hände auf den Bauch legen wenn Sie das unterstützt. Und wie ist Ihre Stimmung gerade? Bitte öffnen Sie langsam die Augen, kommen Sie mit ihrer Achtsamkeit von innen nach außen: schauen Sie blinzeln durch den Raum und zu den Men-

schen, die hier sitzen. Ja, dehnen und strecken Sie sich wenn Sie diesen Impuls spüren.

Die Stimmung hat sich nach dem Angebot geändert: es ist bis auf zwei Personen, die fast eingeschlafen sind, ein Austausch möglich. Einige berichten, dass sie immer wieder abgelenkt waren und sehr viel Müdigkeit wahrnehmen. Es werden Veränderungen der Wahrnehmung berichtet, speziell in den Beinen. Die Atembewegungserfahrung wird von einer Patientin angesprochen. Wir erklären den Zusammenhang Teufelskreis und die Ausstiegsmöglichkeit über den Körper wie z.B. den Einsatz der Atmung aber auch die Lenkung der Achtsamkeit am Körper. Es kommt dabei zu einer Distanzierung des angstbesetzten Moments im Außen durch eine Hinwendung zum Konkreten. Dies kann am Körper aber auch an einem Gegenstand erfahren werden.

In der Gruppe besteht der Konsens, dass jede/r Einzelne einen anderen Zugang bevorzugt, um aus der Angstspirale auszusteigen. Wir erörtern in der Gruppe welche körperlichen Vorerfahrungen mit Sport und Entspannungstechniken existieren.

In einem zweiten Schritt kommt es zur Verknüpfung von Theorie und Praxis: wir erarbeiten anhand eines Angebots den Ausstieg aus dem Teufelskreis durch den Einsatz der Sinne wie folgt:

Angebot zur Diskrimination

Dafür wurden Gegenstände unterschiedlichster Art auf dem Tisch hinter dem Sesselkreis vorbereitet: es werden alle aufgefordert sich von einem Gegenstand „ansprechen“ zu lassen. Die Teilnehmenden sind dabei auch eingeladen die Gegenstände anzugreifen und „auszuprobieren“. Alle finden einen entsprechenden Gegenstand. Damit kommen wieder alle in den Sesselkreis zurück. Die Patienten und Patientinnen kommen beim Entdecken der Gegenstände in Versuchung sich darüber auszutauschen. Ich bitte sie dies zu unterlassen und bei sich zu bleiben.

Ich bitte Sie ihren Gegenstand ganz genau zu betrachten: Wie viele Farben hat er? Wie können ihn die Finger am besten greifen? Mit den Spitzen oder mit der ganzen Handfläche? Wie ist die Beschaffenheit seiner Oberfläche und wie ist sein Gewicht? Wo liegt er besser in der Hand – rechts oder links? Wozu verlockt dieser Gegenstand noch: ladet er ein zum Werfen, zum fest Zupacken...? Gibt es eine andere Körper-

*stelle wo dieser Gegenstand gut Platz findet: am Kopf, unter der Achsel, am Knie...?
Wie nehmen Sie ihn dort wahr?*

Können Geräusche mit diesem Gegenstand produziert werden? Wie riecht dieser Gegenstand? Welchen Geschmack könnte dieser Gegenstand haben? Dann legen Sie Ihren Gegenstand ab und bringen Sie Ihre Aufmerksamkeit wieder in den Kreis zurück.

Es wird nachbesprochen wie der Gegenstand erfahren wurde und dass dies über die fünf Sinne geschehen ist.

Jetzt laden wir Sie zu einem zweiten Experiment ein: Welche Erinnerungen und welche Gefühle hat dieser Gegenstand oder eine speziellen Qualität desselben ausgelöst? Was war der Grund, dass Sie ihn gewählt haben? Weckt dieser Gegenstand eine Erinnerung in Ihnen? Wann hat sich das ereignet? Wer war daran beteiligt und welche Gefühle hat diese Erfahrung in Ihnen hinterlassen?

Wir sammeln die Geschichten und Erfahrungen ein. Die Gegenstände werden zurückgelegt. Die Patienten und Patientinnen haben die Möglichkeit sich einmal in der differenzierten Sinneswahrnehmung, dann im Bereich der Projektion und der Interpretation zu erleben.

Als Transferübung wird das Entdecken eines persönlichen Teufelskreis der Angst bis zum nächsten Mal empfohlen.

4.1.3. Dritte Einheit

4.1.3.1. Zielsetzungen

- Erhöhtes Bewusstsein im Umgang mit dem Thema "Angst" schaffen und beim Erkennen von individuellen Ursachen und Motiven unterstützen.
- Erarbeitete Ausstiegsmöglichkeiten und Handlungsoptionen aus dem Teufelskreis der Angst besprechen.
- Fortsetzen der Wissensvermittlung zur Diskriminationsfähigkeit: Thema: Grundannahmen und Grundbedürfnisse.
- Das Gruppenklima weiterhin fördern.

4.1.3.2. Maßnahmen/Ablauf

Wiederholen der Theorie des Teufelskreises, da die meisten Gruppenmitglieder die empfohlene Transferübung nicht gemacht haben. Gemeinsam werden auch die Hintergründe beleuchtet warum die Aufgabe nicht gemacht wurde. Es wird nochmals auf die Wichtigkeit des eigenständigen Arbeitens hingewiesen. Gemeinsam wird anhand einiger, von Teilnehmenden eingebrachter Beispiele, die Aufgabe nachgeholt und im nächsten Schritt sodann die dahinterstehenden Grundannahmen abgeleitet.

Danach werden am Flipchart die Grundbedürfnisse des Menschen gemeinsam erarbeitet und mögliche Grundannahmen daraus wie folgt identifiziert:

- Bindung
- Sicherheit
- Urvertrauen
- Kontrolle
- Selbstwerterhöhung
- Streben nach Lust und Vermeiden von Unlust (wurde von uns ergänzt)

Wie wirken nun diese Grundannahmen in unser Leben?

Als Vorstellungshilfe wird die Metapher der Brille angeführt: Wir kommen mit einem Brillengestell auf die Welt. Jede Erfahrung die uns im Leben begegnet ist ein kleiner bunter Glasstein. Eine wiederholt gemachte frühe Erfahrung kann eine Grundannahme bilden. Dementsprechend ist das Brillenglas farblich getönt. Wenn wir heute durchschauen, erhält die Welt eine spezielle Färbung: je nachdem welche Annahmen wir aufgrund der Erfahrungen entwickelt haben, lässt der Blick durch die getönten Glassteine die Welt freundlich oder bedenklich erscheinen. Im besten Fall haben wir ein großes Spektrum an vielen verschiedenen Farben, sodass wir zwischen mehreren Möglichkeiten der Betrachtung wählen können.

Pause.

Es folgt ein **Angebot zur Aktivierung**: das Klatschspiel: Die Leiterinnen führen dies vor:

Alle stellen sich zu zweit gegenüber auf. Zu Beginn wird wechselweise laut bis drei gezählt, dann werden die gesprochenen Zählschritte nach und nach durch Körper-

signale abgelöst: Das Klatschen ersetzt die gesprochene „Eins“; das Stampfen ersetzt die gesprochene „Zwei“ und anstelle der „Drei“ wird gemeinsam in die Hände geklatscht. Dabei passiert uns Leiterinnen ein Fehler beim Vorzeigen. Dies nutzen wir um zu betonen, dass Fehler erlaubt sind und dazugehören.

Die Stimmung wird während der Durchführung heiter und angeregt.

Wir wechseln wieder in den Sitzkreis, sammeln Erfahrungen zum Erlebten ein und setzen mit dem Thema Wahrnehmung und Diskrimination fort. Dazu werden Folien (Alsleben, 2006: Folie13a im Anhang) ausgeteilt und es kommt zu einem Betrachten und Beschreiben des Bildes: Was sehe ich auf dem Bild und was für eine Geschichte interpretiere ich in diese Szene in das Bild hinein? Als Transferübung bekommen die Teilnehmenden die Folie 13 b mit vier Szenen ausgeteilt, anhand welcher sie den Wechsel zwischen Interpretation und Wahrnehmung bis zum nächsten Treffen üben können.

4.1.4. Vierte Einheit

4.1.4.1. Zielsetzung

- Die Teilnehmenden haben Strategien zur Verfügung um aus dem „Teufelskreislauf der Angst“ aussteigen zu können.
- Modelle der ursächlichen Zusammenhänge regen die Eigenreflexion an.
- Erhöhter Wissensstand
- Praktische Erfahrungen zum Blickkontakt sammeln

4.1.4.2. Maßnahmen/Ablauf

Es kommt zur gemeinsamen Wiederholung des Konzeptes „Teufelskreislauf der Angst“ anhand der berichteten Beispielssituationen.

Es wird direkt an den Szenen mit Verbindung zu dahinterstehenden Motiven und Erfahrungen gearbeitet. Wichtige Punkte sind dabei der Einsatz von Medikamenten und der Umgang mit den Theorien über die eigenen Grundannahmen.

Im zweiten Teil der Gruppe beginnen wir mit dem **Angebot Kontakt und Abgrenzung**: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen dabei zuerst ganz mit sich sein um dann in der Folge den anderen im Gehen kurz begegnen zu können.

Ich bin während des Anleitens auch gehend:

Sie sind eingeladen in Ihrem Rhythmus ins Gehen zu kommen. Versuchen Sie ohne Worte das Zimmer wahrzunehmen. Nehmen Sie die Fenster, Türen und Plätze die zum Stehenbleiben einladen, wahr. Richten Sie die Aufmerksamkeit auf Ihre Füße: Welche Schrittlänge mache ich gerade? Kann ich die Schrittgröße variieren?

Was passiert wenn ich meine Aufmerksamkeit zu den Füßen lenke? Wie erlebe ich gerade meine Arm- und Handhaltung im Gehen? Pendeln meine Arme oder halte ich sie ruhig? Sind meine Schultern hochgezogen oder entspannt? Ich lade Sie ein zu experimentieren: Wie fühlt sich das Gehen mit steifen Armen und hochgezogenen Schultern an? Wenn Sie das machen: ändert sich dann die Kopfhaltung, die Schrittgröße? Kommen Sie wieder in eine entspannte Körperhaltung.

Kann ich die Aufmerksamkeit bei mir halten, wenn ich jemandem begegne? Wie ist es bewusst mit jemandem Blickkontakt aufzunehmen? Oder „passieren“ die Blickkontakte zufällig? Was passiert da? Wer gestaltet den Kontakt zu Beginn: ich oder die andere Person? Wer beendet den Kontakt? Kehren Sie immer wieder zu sich zurück und beobachten Sie wie dieser Kontakt nachwirkt.

Ich lade Sie ein aufeinander zuzugehen, Blickkontakt aufzunehmen und dann auszuweichen. Achten Sie darauf ob Sie bereit dafür sind oder ob Sie eine Pause brauchen.

Signalisieren Sie wenn Sie nicht bereit sind und gehen Sie wieder mehr in sich.

Nun entscheiden Sie sich für einen Weg den Sie gehen wollen: so z.B. zur Tür.

Beobachte Sie welche Möglichkeiten Sie finden wenn es zu eng oder zu dicht wird.

Kommen Sie noch einmal zu sich zurück, nehmen Sie wahr wie Ihre Stimmung gerade ist. Dann bitte ich Sie Ihre Schreibsachen zu holen und sich niederzusetzen.

Nach dem Angebot soll jeder die wichtigsten Erfahrungen für sich niederschreiben.

Ich wiederhole verbal welche Punkte von Interesse waren:

- *Ist es gelungen bei mir zu bleiben?*
- *Was ist passiert, wenn jemand auf mich zukommt?*
- *Bin ich jemand der eher ausweicht oder weitergeht?*

- *Wie habe ich mein Ziel erreicht?*
- *Wie habe ich mich dabei erfahren, was war die wichtigste Erfahrung?*

Die Teilnehmenden werden ersucht, sich in der nachfolgenden Pause nicht untereinander über die Übung zu unterhalten. Nach der Pause kommt es zu einer Aufarbeitung des Erlebten in der Gruppe.

Wir beginnen mit einem von uns überlegten und vorgeführten Rollenspiel: Die beiden Leiterinnen treffen als Professorin und Angestellte zusammen: die Professorin zitiert die Angestellte in ihr Zimmer und sagt resolut: „Das Skriptum ist zu dünn!“

Die Patienten und Patientinnen sollen nun die möglichen automatischen Gedanken der Angestellten überlegen und verbal einbringen. Es kommen die unterschiedlichsten Wortmeldungen. Ich übernehme diese und stelle eine passende Körperhaltung dazu dar. Es entstehen in der „Szene“ verschiedenste Atmosphären durch die Sätze und die Darstellung.

Im nächsten Schritt frage ich als die Angestellte bei der Professorin nach: „*Was meinen Sie mit: das Skriptum ist zu dünn?*“ Die Professorin erklärt, dass das Skript für eine Förderung benötigt wird und ein Mindestumfang von 20 Seiten dafür gefordert ist.

Es wird die veränderte Ausgangssituation anhand der gestellten Frage gemeinsam reflektiert und ein möglicher Ausgang der Situation durch die verschiedenen Kommunikationsabläufe phantasiert.

Die Transferübung: *Beobachten Sie schwierige Situationen im (Stations-)Alltag in der Interaktion und überlegen Sie wie Sie gerne reagieren möchten.*

4.1.5. Fünfte Einheit

4.1.5.1. Zielsetzung

- Transferbeobachtungen aus dem Stationsalltag nachfragen
- Erhöhen der Reflexionstätigkeit und Förderung der Motivation über eigene Ausstiegsmöglichkeiten aus dem Angstkreislauf
- Wertschätzende Kommunikation fördern, damit Fehlschläge eingebracht werden können.

- Experimentierfreude im „Sich Zeigen“ unterstützen.

4.1.5.2. Maßnahmen/Ablauf

Es werden die Erfahrungen mit den Beobachtungen eingesammelt und besprochen. Zum Teil werden schon Strategien und Erfolgserlebnisse berichtet. Zwei Teilnehmern/Teilnehmerinnen war es nicht möglich die erlebte Situation vor der Gruppe zu erzählen, sie geben aber an Änderungsstrategien zu kennen. Es werden ungelöste Situationen aus dem Alltag für ein mögliches Rollenspiel gesammelt. Einem/r Klienten/Klientin ist es nicht möglich die Transferübungen zu machen: wir gehen auf Wunsch gesondert auf die Suche nach den Grundannahmen dazu. Ein/e zweite/r Patient/in schließt sich inhaltlich an und berichtet, er/sie mache die Übungen aus Angst vor den Therapeutinnen. Es entsteht eine sehr offene Gesprächsatmosphäre.

Nach der Pause bieten wir das **Seilangebot zum Thema Abgrenzung**: Neben der gemeinsamen Reflexion über das Thema Abgrenzung gibt es das tatsächliche Angebot der räumlichen Abgrenzung mithilfe eines Seils. Es werden bunte Seile in die Mitte des Raumes gelegt und jeder kann sich so viele Seile wie benötigt, nehmen.

Jede/r legt sich ihre/seine Grenze im Raum so, dass ein eigener Platz entsteht. Durch das praktische Tun kann es zu direkten Körperwahrnehmungen in Bezug auf räumliche Grenzen zwischen sich und anderen kommen. Ich leite verbal dazu an:

Bitte nehmen Sie Ihr Seil und gehen Sie durch den Raum und finden Sie ein angenehmes Gangtempo für sich. Nehmen Sie Wand, Türen und Fenster wahr.....gibt es einen Platz an dem Sie sich wohlfühlen könnten.....Probieren Sie ihn aus, schauen Sie sich um und probieren Sie, wenn sie das wollen andere Möglichkeiten...Wenn Sie einen Platz gefunden haben, begrenzen Sie diesen mit Ihrem Seil.

Wie viel Platz brauche ich?

Wo fühle ich mich wohl und was brauche ich dazu- einen Sessel, eine Tür im Rücken?

Wie viel Platz kann ich mir nehmen, gestehe ich mir zu?

Wie gestalte ich meine Grenze?

Wie groß ist der Raum innerhalb: kann ich hier sitzen, stehen, liegen? Erfahren Sie den Raum körperlich durch Tasten, Lehnen, ... Wenn Sie einen Platz haben, schau-

en Sie sich um: wer ist mein Nachbar, meine Nachbarin? Wie ist der Abstand untereinander? Passt das für mich so? Sie sind eingeladen immer wieder etwas zu verändern, wenn es nicht passt.

Wie wirkt meine Grenze von außen betrachtet auf mich? Betrachten Sie die Grenzen der anderen. Gibt es Unterschiede zwischen den eigenen und den fremden Grenzen?

Und wenn Sie ein imaginäres Türschild hätten, was würde da darauf stehen? Vielleicht „Herzlich Willkommen“ oder „Vorsicht bissiger Hund“? Und was würde an der Innenseite stehen: was ist mir wichtig an meinem Platz?

Ist das ein Platz wo auch Gäste willkommen sind, oder ist es ein Platz für mich ganz allein? Wenn Sie Gäste einladen wollen, wie könnten Sie das signalisieren?

Wie können Sie signalisieren wenn es genug ist?

Ich bitte Sie nun Ihre Schreibsachen zu holen und sich anhand der Erlebnisse zu fragen:

Wie ist es in meinem Alltag?

Habe ich genug Platz?

Nehme ich mir meinen Platz, brauche ich viel oder wenig Platz?

Wie gehe ich mit meinem Platz um?

Bin ich mehr für mich oder mehr mit anderen?

Muss ich um meinen Platz kämpfen?

Werden meine Grenzen respektiert oder nicht?

Kann ich meine Grenze deutlich machen? Wie geht es mir dabei?

Erinnern Sie sich was am Türschild stand?

Diese Fragen stelle ich begleitend als „Anleitung“ zur Anregung differenziert wahrzunehmen. Um die Konzentration auf die eigene Wahrnehmung zu verstärken wird die Patientengruppe gebeten während der Übung keinen verbalen Austausch zu pflegen. Form und Ausmaß der Anleitungintensität variiert, abgestimmt auf die Erfordernisse des/der jeweiligen Gruppenteilnehmenden. Danach setzen wir uns wieder in einem Sesselkreis zusammen und besprechen die Erfahrungen nach. Wir bitten jeden und

jede um eine Wortmeldung, die zumindest die momentane Befindlichkeit klären soll. Es wird sehr viel berichtet, alle konnten am Angebot teilnehmen und sich persönlich einbringen.

4.1.6. Sechste Einheit

4.1.6.1. Zielsetzung

- Anwendung des Rollenspiels für schwierige Situationen
- Ermutigt sein Erlerntes umzusetzen
- Ermutigt sein Fragen zu stellen
- Verabschieden eines Gruppenmitglieds

4.1.6.2. Maßnahmen/Ablauf

Es erfolgt eine Nachbesprechung und Reflexion über die Seilübung in der fünften Einheit.

Zum Thema Wahrnehmung und Interpretation zeigen die Gruppenleiterinnen ein Rollenspiel, wobei die Gruppenteilnehmenden ihre Wahrnehmung und ihre Interpretationen sowie mögliche Verhaltensweisen ansprechen. Es ist den Teilnehmenden noch nicht möglich ein eigenständiges Rollenspiel umzusetzen. Die Angst sich vor der ganzen Gruppe zu zeigen ist noch zu groß. Aus dem Sesselkreis heraus verbal Beiträge zu liefern, wenn die Gruppenleiterinnen ein Rollenspiel vorführen, ist gut möglich. Ebenso gelingt es in den KBT Angeboten, wenn alle im Tun sind, auch einmal in der Mitte des Raumes zu stehen und von dem einen oder der anderen gesehen zu werden.

Danach gibt es das Angebot im Kreis zu stehen und einen imaginierten Gegenstand an den rechten Nachbarn, die rechte Nachbarin weiterzugeben. Das Geschenk soll gestisch empfangen werden (das pantomimische Annehmen ist wichtig) und mit einem verbalen „Danke für...(z.B. die Blume)“ auch wieder weggeräumt, eingesteckt, abgelegt werden. Vom Gebenden soll das wie auch immer benannte Geschenk als solches akzeptiert werden. Die unterschiedlichen Wahrnehmungen und Phantasien zu dem „Geschenk“ sollen stehengelassen werden.

In der zweiten Runde sollen jeweils die nebeneinander Sitzenden gemeinsam vor der Gruppe ein Gefühl darstellen. Wir wählen dazu ein Gefühl aus, das dargestellt werden soll. Die Aufgabe besteht darin mit Körperhaltung, Mimik und Gestik, aber ohne Worte das Gefühl darzustellen, so dass es die anderen erraten können.

Die Zuschauergruppe versucht dieses Gefühl zu erraten und schafft es bei allen Darstellungen nach einigen Anläufen. Danach gibt es für die Darstellenden Szenenapplaus.

Danach ist es einem/einer Teilnehmer/in möglich sich vor der Gruppe auf ein Rollenspiel mit einer Konfliktszene aus dem eigenen Leben einzulassen.

Pause

Danach bringt ein/e andere/r Teilnehmer/in eine konflikthafte Szene, die er/sie nachspielen möchte. Das Thema ist eine Konfliktsituation mit dem/der Leitenden eines Wohnheims. Der/die Darstellende verharnt in dieser Situation in einer trotzig Grundhaltung und riskiert durch seine/ihre Haltung einen Rauswurf. Erst durch den Rollentausch, indem der/die Patient/in die Wohnheimleitung selbst spielt und eine andere Person seine/ihre Rolle übernimmt, ist Selbstreflexion und eine andere Haltung in dieser Situation möglich.

4.1.7. Siebente Einheit

4.1.7.1. Zielsetzung

- Abschließende Gruppendiskussion zur Erfahrung der Angebote
- Feedback
- Verabschiedung

4.1.7.2. Maßnahmen/Ablauf

Die Einheit beginnt mit der Abfrage der Transfers, wobei ein/eine Patient/in von seinen/ihren Erfahrungen berichtet. Danach besprechen wir die noch offenen Fragen bevor die Gruppendiskussion beginnt.

Die Gruppendiskussion wird aufgezeichnet. Die Ergebnisse sind in Kapitel 7, S.92 dargestellt. Wir gehen direkt aus der Diskussion in die Pause.

Danach gibt es ein abschließendes Bewegungsangebot. Dieses soll die körperliche Erfahrung des gemeinsamen Bejahen und Verneinens, des Vorwärts (Fortschritte) und Rückwärts (Rückschritte), des „Ich mit mir“ und „Ich mit den Anderen“ auf einer kurzen gemeinsamen Wegstrecke erfahrbar werden lassen. Um nicht zusammenzustößen muss der Fokus im Außen sein. Um jedoch die Aufrichtende Bewegung und das Sinken im Körper darzustellen, muss die Aufmerksamkeit immer wieder auch im eigenen Körper sein. Das gesprochene Wort erlaubt sich zu zeigen, „laut zu werden“ und gleichzeitig hören sich die Teilnehmenden im Chor und als ein Teil des Ganzen.

Ich habe bewusst auf Angebote von Losgehen und Loslösen zum Thema Abschied verzichtet, da die Gruppe im stationären Setting noch viel Kontakt in unterschiedlichen Konstellationen haben wird. Die gemeinsame Arbeit an den genannten Themen mit uns ist dennoch beendet. Meine Kollegin und ich machen dieses Angebot in der Gruppe in der vordersten Reihe mit. Es ermöglicht im Bewegungsablauf auch Orientierung an uns.

Angebot: *Stellen Sie sich am Ende des Raumes gemeinsam zusammen und kommen Sie vom langsamen Gehen in ein schnelleres Gehen und eine Aufrichtung des Körpers mit dem sich wiederholenden Wort „Ja“. Dabei heben Sie die Arme. Alle gehen nach vor. Wie wenn es dort eine unsichtbare Grenze gäbe, stoppen Sie abrupt, weichen nach hinten zurück, senken Sie dabei die Arme und lassen Sie Ihre Haltung auch wieder sinken. Werden Sie immer kleiner mit dem Wort „Nein“ beim Rückwärtsgehen. Bleiben Sie gemeinsam in dieser „Ja – Nein“ Wellenbewegung. Das Angebot endet in der „Ja“ Bewegung.*

Alle nehmen daran teil und es entsteht eine energiegeladene Stimmung. Zum Schluss kommen alle noch einmal in den Sesselkreis für das Abschlussfeedback. Viele Teilnehmende beziehen sich auf die gerade erfahrene Übung, die als sehr lustvoll durch Lautstärke und Gemeinsamkeit erlebt wurde. Weiters wird Feedback an uns Leiterinnen gegeben. Auch wir bedanken uns bei der Gruppe für die rege Teilnahme und ich bedanke mich im speziellen beim Beobachter für das Protokollieren und bei den Patienten und Patientinnen für die erfolgten Interviews.

4.2. Definition Soziale Kompetenz

Soziale Kompetenz ist ein Oberbegriff für ältere Konzepte wie Selbstbehauptung („Assertiveness“), Durchsetzungsfähigkeit, Selbstsicherheit, soziale Fertigkeiten (social skills) oder Selbstvertrauen. Gruppenangebote zur Verbesserung der oben genannten Fertigkeiten gibt es seit 1950 und es ist eines der ältesten Konzepte der Verhaltenstherapie. Um gelingende Interaktion zu erleben braucht es Fähigkeiten und verschiedene Kompetenzen, je nach sozialer Ausgangssituation. Die soziale Kompetenz kann in drei Hauptkompetenzen eingeteilt werden:

Typ R (Recht): eigene Recht durchsetzen;

Typ B (Beziehung): eigene Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle einbringen und der Umgang mit Kritik sowie die Fähigkeit Kompromisse finden zu können.

Typ K (Kontakt): Beinhaltet die Fähigkeit mit fremden Menschen Kontakt aufnehmen und um Sympathie werben zu können.

Das heißt es braucht situationsgerechte Fähigkeiten um mit speziellen Alltagsaufgaben fertig zu werden. Manchmal lassen sich Fertigkeiten nicht auf jede Situation übertragen: Recht einfordern kann sich in einer Arbeitssituation bewähren aber um Sympathien zu gewinnen, ist es kontraproduktiv.

Es werden verschiedene Trainingsmodelle am Markt angeboten und dabei werden folgende Schwerpunkte berücksichtigt:

1. Das Verhalten ist in sozialen Situationen von Angst und Verhaltensvermeidung irritiert.
2. Unangemessenes Verhalten ist auf mangelnde soziale Fertigkeiten zurückzuführen.
3. Unangemessenes oder vermeidendes Verhalten entsteht durch ungünstige kognitive Prozesse.
4. Die vorigen drei Punkte beeinflussen sich gegenseitig ungünstig (multifaktorielle Verursachung).

(vgl. Pfingsten 2000:474)

Das für die gegenständliche Arbeit verwendete Manual des „Sozialen Kompetenztrainings“ wurde von der Diplompsychologin Heike Alsleben und Prof. Dr. med. Iver

Hand konzipiert. Dieses Konzept wurde an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf in der Verhaltenstherapie Ambulanz unter der Leitung von Prof. Dr. med. Iver Hand über mehrere Jahre entwickelt. Es handelt sich dabei um ein verhaltenstherapeutisch fundiertes Konzept, das in der Praxis durch die in sich abgeschlossenen Bausteine sehr flexibel ist. Der psychoedukative Teil ist durch Folien und Formblätter ergänzt, die die Wissensvermittlung vereinfachen. Es gibt verschiedene Modelle zur sozialen Angst: das lerntheoretische Modell, das kognitiv behaviorale Modell sowie psychoanalytische und neurobiologische Modelle. In diesem Trainingsbuch wird das Vulnerabilitäts-, Stress Modell präferiert, da es der komplexen Realität am nächsten kommt und das multifaktorielle Entstehen der sozialen Phobie am Umfassendsten beschreibt. Trotz verschiedener Modelle besteht Einigkeit über die Heterogenität der Phänomenologie (vgl. Alsleben, Hand 2006:19).

Ich nehme des Weiteren nur mehr Bezug auf die für unsere Gruppe relevanten Inhalte. Um die Schwerpunkte der jeweiligen Gruppe zu erkennen, wird am Beginn jeder Gruppe eine gemeinsame Themen Auswahl vorgenommen. Es kommt zu einer inhaltlichen Schwerpunktsetzung. Dementsprechend wählen wir die Bausteine aus dem Manual.

Verwendete und erweiterte **Bausteine** des evaluierten sozialen Kompetenztrainings:

1. Erklärungsmodelle für die Entstehung sozialer Ängste

Hier liegt der Schwerpunkt im Bereich der kognitiv behavioralen Wahrnehmungs- und Diskriminationsfähigkeit. Siehe Anhang Folie 12, Folie 13 a und Folie 13 b.

Hier kommt neben dem Üben am Bild die direkte Erfahrung der Reizentkoppelung mithilfe der Sinne mittels und am KBT Gegenstand zum Einsatz.

2. Angstmanagement

Hier liegt einerseits der Schwerpunkt in der Erklärung des kognitiv behavioralen Modells „Teufelskreis der Angst“. adaptiert von David M. Clark und Adrian Wells (Clark 2001:407, Internet). Dieses weist auf die verzerrte Selbstwahrnehmung bei sozialer Phobie hin und ist für Patienten und Patientinnen vereinfacht dargestellt. Siehe Anhang Folie 7 und Folie 3.

Die KBT ergänzt diesen Blickwinkel durch die Praxis der körperlichen Wahrnehmungsangebote: die Aufmerksamkeit kann einerseits auf körperliche Ressourcen ge-

lenkt werden und damit Angst mindern. Andererseits werden innerhalb der Angebote im Rahmen der (Körper-)Inszenierung oft erst intrapsychische Prozesse (Haltungen, Annahmen, Gefühle) bewusst und können erstmals von der intersubjektiven Ebene differenziert werden. Die eigene Angst wird im Erleben aktualisiert, spürbar, biografisch zuordenbar und liegt wieder im persönlichen Einflussbereich. Es muss nicht länger in die Interaktion projiziert werden. Dies ist für strukturschwache Patienten und Patientinnen mentalisierungsfördernd.

Neben der Erklärung der Theorie geht es bereits um individuelle Problemlösungsstrategien, die zu einem späteren Zeitpunkt im Rollenspiel weiter erarbeitet werden können.

3. Allgemeine Kommunikationsgrundlagen

Diese fließen bereits durch das Gruppensetting und dem Umgang der Teilnehmenden untereinander beim Vereinbaren der Gruppenregeln mit ein. Weiters ist das Rollenvorbild der offen dargestellten Kommunikation der Leiterinnen wesentlich. Hier bietet die KBT durch den direkten leiblichen Zugang eine Fülle an Erfahrungsmöglichkeiten. Die Kommunikation ist auch immer eine nonverbale Kommunikation. Im Angebot des Gehens sensibilisieren wir uns für die persönliche Art der Kontaktaufnahme über den Blick. Aber auch das Verabschieden oder Verweilen oder Verweigern von Blickkontakt wird erfahrbar. Dabei ist das Sich Rückbinden an die eigene Person ein wichtiger Teil: Die Teilnehmenden erleben sich kommunizierend mit sich (z.B. Was sind meine Bedürfnisse jetzt und hier im Kontakt?) und in der Zuwendung zum Körper. Dort kann Orientierung und das Bei-sich-bleiben erprobt werden. Und es gibt die Möglichkeit dieses den Anderen nonverbal durch das Blickverhalten, die Körperbewegung und die Körperhaltung zu vermitteln.

4. Spezielle Fertigkeiten der Kommunikation

Dies beinhaltet kognitive Strategien zur Erhöhung der Durchsetzungsfähigkeit, der Abgrenzungsfähigkeit und der Kritik sowie der Konfliktfähigkeit. Auch das Erlangen der Fähigkeit Lob anzunehmen kann thematisiert werden.

Ein Wunsch dieser Gruppe war das Thema Abgrenzungsfähigkeit. Dies wurde in der KBT durch das „Seilangebot“ aufgegriffen. Es wird die Möglichkeit einer persönlichen Wirklichkeits-/ Empfindungsdarstellung zum Thema „Meine Grenze“ gegeben. Erfah-

rungsniederschläge werden im Umgang mit der Gestaltung aber dann auch in der Gruppe am Verhalten sichtbar und damit der Bearbeitung zugänglich gemacht.

5. Transferübungen

Darunter versteht man Aufgabenstellungen das Erlernte und Erfahrene im Alltag bzw. vorerst im Stationsalltag eigenständig umzusetzen. Diese Transferfähigkeit schult die KBT bereits innerhalb der Gruppenstunden, da ein ständiges Wechseln der Ebenen geschieht: Nach dem aktiven Handeln und Wahrnehmen sollen die Patientinnen und Patienten die Erfahrungen aufschreiben und im Sitzkreis über die wesentlichsten Erlebnisse berichten. Es werden Selbstbeobachtung und Selbstreflexion geschult, die für die Transferfähigkeit sehr wichtig sind.

Die Bearbeitung individueller Hintergrundprobleme kann teilweise in den Stunden erfolgen, muss jedoch dann in der Einzeltherapie von den Betroffenen weiterbearbeitet werden.

Das soziale Kompetenztraining, wie wir es derzeit gestalten, wurde von uns dem Stationsteam in Vortragsform und Diskussionsrunde vorgestellt. Die Inhalte und der Aufbau sind dem therapeutischen Team und der Bezugspflege bekannt. Ebenso stehen wir auf der Station für Rückfragen zur Verfügung damit eine Weiterbearbeitung, soweit es möglich ist, gewährleistet wird.

Die im Kapitel 4.3.2 beschriebenen Angebote aus der Konzentrativen Bewegungstherapie werden als Erweiterung des Manuals von Anfang an themenspezifisch abgestimmt mit eingebracht.

4.3. Kurzbeschreibung der Konzentrativen Bewegungstherapie

4.3.1. Zur Geschichte

Die Wurzeln der Konzentrativen Bewegungstherapie liegen bei Elsa Gindler (1885-1961) Forscherin und Pädagogin: ihr war es ein Anliegen den Menschen „die in seinen sozialen Bezügen, in Bezug zur Mitwelt entwickelnden menschlichen Natur“ (Ludwig 2002: 6) zu begreifen. Denn in dieser Haltung und mit der Fähigkeit zur Ruhe zu kommen, könnten Zusammenhänge erkannt und adäquat darauf reagiert werden (vgl. ebenda).

Elsa Gindler kam aus der Gymnastikbewegung der damaligen Zeit und erkannte die Abhängigkeit von Umwelt und psychophysischem Gleichgewicht. Sie war bemüht die Entdeckungslust der Erfahrenden so anzuregen, dass sich den Teilnehmenden ein selbstständiges Weiterforschen erschloss. „Sie arbeitet in einem kommunikativen Prozess „personenzentriert“ und regte zu freier Ausdrucksassoziation an. [...] Sie beschreibt, wie Lernprozesse einsetzen, wie das Selbstbewusstsein der Klienten wächst und konkrete Situationen des alltäglichen Arbeits- und Beziehungserlebens als Themen einfließen. Individualität und Autonomiebestrebungen werden ermutigt“ (Pokorny 2001: 25).

Elsa Gindler hat ihrer Arbeit damals keinen Namen gegeben; dies tat Helmuth Stolze in den 50er Jahren, der von der Arbeit von Gertrud Heller (Mitarbeiterin Gindlers) hörte und sie nach Lindau einlud. So kam es zu regelmäßigen Fortbildungen in dieser Methode, die durch Prof. Stolze später „Konzentrierte Bewegungstherapie“ genannt wurde. Im Jahr 2001 wurde diese Methode in Österreich als wissenschaftlich eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren durch das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen anerkannt.

Gerade der Arbeit am unmittelbar Leiblichen und am Sinneserleben steht die Herausforderung der Vermittlung und Erfassung durch das Wort gegenüber.

Erst wenn die Wahrnehmung des eigenen Körpers und die Wahrnehmung der Umwelt in Worte gefasst werden kann, kann für den/die Therapeut/in das Erlebte des Patienten/der Patientin soweit es das bereits „reduzierende Wort“ erlaubt, in seiner Bedeutung nachvollziehbar werden. Dies zeigt der erweiterte Gestaltkreis nach Helmuth Stolze (1972:73, Abbildung 3): Ist es den Patientinnen und Patienten möglich anstelle des Wortes den noch nicht sprachlich übersetzbaren Erfahrungen Ausdruck zu verleihen (z.B. in einer Gestaltung mit Gegenständen oder durch eine Bewegung) so kann der/die Therapeut/in in der (Gegen-)Übertragung eine Ahnung entwickeln und sich begleitend im Forschen an die Seite des/der Patienten/in stellen: Hier ist das integrierende „Begreifen“ im Wechselspiel zwischen Denken bzw. Sprechen und Bewegen bzw. Wahrnehmen, also Erkenntnis, mithilfe des Therapeuten oder der Therapeutin das Ziel. Dass dieser Kreislauf von Lebensbeginn an in ein Umfeld eingebettet sein muss um Sinn zu machen, wird bereits beim Säugling deutlich: So findet dieses Kreismodell in der frühen Mutterkind Interaktion präverbal als tonischer Dialog statt. Dazu spricht Alfred Lorenzer „...von der bipolaren Verankerung des

symbolischen Prozesses: Jedes Symbol muss gleichzeitig in den inneren Wahrnehmungserfahrungen des Körpers und in den äußeren Wahrnehmungserfahrungen der Außenwelt verwurzelt sein“ (Lorenzer 1969 cit Pokorny, Hochgerner et. al. 2001: 60). Peter Fonagy spricht ab dem ersten Lebensjahr auch von der „Mentalisierungsfähigkeit“. Das bedeutet, dass die Sprache, logisches Denken und Phantasien eine Bewusstwerdung und Bedeutungsgabe des körperlich Erfahrenen ermöglichen und in der Folge ein Verständnis für andere Menschen und die Welt entwickeln lassen. (vgl. Fonagy, Target 2006: 370). Dies bedeutet dass, je nach Strukturniveau und persönlichem Zugang zur Innenwelt des/der Patienten/in sich der/die KBT Therapeut/in zwischen körperlichem Erleben aber auch symbolischer Gegenstandsarbeit und Verbalisation bewegen können sollte.

Die Erlebensebene kann unterschiedlich erfolgen: Die Orientierung und Aufmerksamkeit ist am Körper oder an der Körpergrenze durch Kontakt mit der Umgebung oder an einem Gegenstand ausgerichtet. Die Gegenstände für sich können in verschiedenen Funktionen verwendet werden. Sie dienen als

- Realobjekt (der Ball zum Ballspiel)
- Hilfsmittel zum Aufbau der Selbstwahrnehmung
- Symbol
- Übergangsobjekt
- Intermediärobjekt und als Mittel der Darstellung
- Bestandteil einer szenischen Gestaltung

(vgl. Eulenpesch 2006: 86)

Dies kann in Ruhe und in Bewegung, in Stille oder verbal angeleitet bzw. begleitet sein. In der Konzentrativen Bewegungstherapie kommen Gegenstände wie Bälle, Stäbe, Seile, Decken und diverse andere Utensilien - die auch haptisch gut erfahrbar sind - wie Sandsäcke, Muscheln, Holz, Steine, Wollknäuel zum Einsatz. Es wird im Kontakt mit Gegenständen und dem Boden und Raum aktuelles Erleben angeregt und aus dem Hier und Jetzt ein Zugang zur eigenen Innenwelt möglich. Dabei werden diese Erfahrungsräume als Angebote formuliert, da es keine Übungen sind und diese auch abgelehnt werden können. Diese Vorgangsweise soll die Autonomieentwicklung der Patienten und Patientinnen unterstützen. Leibliches Wahrnehmen und

Erfahren erfolgt durch die Körperwahrnehmung aber auch am Gegenstand, wodurch es zu einer Differenzierung der körperlichen Wahrnehmungsfähigkeit kommen kann. Weitere Wirkprinzipien sind daher die vertiefte Selbst- und Objektwahrnehmung, die eine Ich Stärkung bewirken können. Die Veränderung der Wahrnehmung kann Grundannahmen in Frage stellen und neue Möglichkeiten in der Selbst- und Fremdwahrnehmung eröffnen. Es kann somit auch eine Veränderung in den Abwehrmechanismen begünstigen. Die Arbeit an der Symbolisierungsfähigkeit mit Hilfe von Gegenständen aber auch am Körper fördert in der Folge den Trennungs- und Individuationsprozess (vgl. Pokorny, Hochgerner, Cserny 2001: 62).

Wie die konkreten Angebote gemacht werden, hängt also einerseits vom Zugang der Therapeutin/des Therapeuten aber auch von dem Strukturniveau (siehe OPD) der Patientin/des Patienten ab.

Helmuth Stolze (1972: 75) nennt vier Punkte als Kernstück der Bewegungstherapie:

1. Förderung des Selbstverständnisses und des Selbstbewusstseins
2. Vermittlung von Sinnhaftigkeit
3. Berücksichtigung von psychodynamischen Faktoren
4. Anregung von Lernprozessen im sozialen Feld

Ad 1. Förderung des Selbstverständnisses und des Selbstbewusstseins:

Eine Möglichkeit der KBT liegt darin sich im Spiel mit Gegenständen und den anderen im absichtslosen Tun bei voller Aufmerksamkeit selbst zu erfahren und zu einem neuen Selbstverständnis zu gelangen. Weiters wird das Selbst Bewusstsein durch die Erfahrung „ich mit meinem Körper“ und „ich mit meinem Körper in Interaktion“ gefördert, da unser erstes Selbst als ein körperliches erfahren wird, welches seinen Ausgangspunkt in physiologischen Reaktionen hat und in der Entwicklung in Richtung Symbolebenen fortschreitet. Ich beziehe mich auf die Klassifikationen nach Daniel Stern, dem Säuglingsforscher der fünf Welten des kindlichen Erlebens postuliert: das auftauchende Empfinden, das Kern-Selbstempfinden, das subjektive Empfinden, das verbale Empfinden und das narrative Empfinden. Diese Erlebenswelten rücken nacheinander in den Hintergrund. „Vielmehr werden die entscheidenden Veränderungen im sozialen Erleben auf die neuen Arten der Selbstempfindung zurückgeführt, die der Säugling nun entwickelt.“ (Stern 1992: 25). Diese organisierenden, subjekti-

ven Hintergrunderfahrungen bleiben erhalten und bilden ein präverbales, existentielles Selbst (vgl. Stern 1992: 20). Hier können die Angebote zur Selbstwahrnehmung und zur Bildung eines „Selbst“ - Verständnisses anknüpfen.

Ad 2. Vermittlung von Sinnhaftigkeit:

Hier geht es darum Sinnhaftigkeit als Prinzip überindividueller Richtigkeit zu verstehen. Unsere Sinnhaftigkeit bedeutet die Möglichkeit die Sinne zur Aufnahme von Beziehung zu nutzen. So entstehende „sinnvolle Bewegung“ und Begegnung kann helfen dem eigenen So- Geworden- Sein auf die Spur zu kommen.

Ad 3. Berücksichtigung von psychodynamischen Faktoren:

Gruppendynamische Faktoren wirken in jeder Gruppe: Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und Abwehr müssen von dem/der Therapeut/in mitberücksichtigt werden.

Ad 4. Anregung von Lernprozessen im sozialen Feld:

Wenn das Vertrauen groß genug ist, kann eine Möglichkeit für Lernprozesse entstehen. Unter diesem Aspekt erweitert sich der Gestaltkreis vom Einzelnen auch auf die Gruppe. Die Teilnehmenden bringen sich mit ihrem Bewegen, Gestalten und Sprechen in die Gruppe ein und erfahren von der Gruppe Rückmeldungen und Korrekturen des Verhaltens. Es kann im geschützten Gruppensetting ein erstes Ausprobieren des neuen Verhaltens erprobt werden.

4.3.2. KBT Angebote in der sozialen Kompetenzgruppe

Die KBT bietet verschiedene Spiel- oder Handlungsräume.

Ich formuliere hier drei Formen von Angeboten, die aufgrund des kombinierten Settings entstanden sind:

1. Das Spiel
2. Das „verknüpfte“ Angebot
3. Das offene Angebot

4.3.2.1. Das Spiel

Heidi Lechler unterscheidet zwei große KBT Spielbereiche: das absichtslose, zweckfreie Spiel und der zweite Bereich ist der Spielbereich, der Spielanweisungen und

Regeln beinhaltet. Der feste Rahmen dabei ermöglicht Ängste und Hemmung abzubauen. (vgl. Lechler 2006: 97)

Diese zwei unterschiedlichen Formen können je nach Strukturniveau und Zieldefinition zum Einsatz gebracht werden. Dabei geht es im Sinne Gindlers darum, Präsenz zu schaffen und sich erfahrungsbereit zu machen. In der Gruppe werden diese Spiele als Einstieg und als Aktivierungsmaßnahme aber auch zur Konzentrationsförderung eingesetzt. Spiele, die uns an unsere Grenzen bringen, bieten die Möglichkeit großzügiger mit Schwächen und Fehlern umzugehen. Mit unseren eigenen aber auch mit dem Scheitern der anderen. Sie sind gruppenbildend und gemeinschaftsfördernd. Das angewandte Kennenlernspiel ist stark strukturiert da es Spielregeln beinhaltet wie z.B. das Zuspielen des Balles und den Namen des Angespielten rufen. Dadurch entsteht einerseits Sicherheit im Miteinander Sein, da der Ablauf klar ist, andererseits können auch dabei, als von den Teilnehmenden wahrgenommene „Fehler“, wie beispielsweise das Fallenlassen des Balles oder das Vergessen eines Namens, zutage treten. Hier kann das Spiel schon eine Herausforderung bei Patientinnen und Patienten mit geringem Strukturniveau, großer Gruppenangst oder hohem Leistungsanspruch darstellen.

Die Spiele sind unspezifisch, d.h. dass sie in unterschiedlichsten Bereichen eingesetzt werden und nicht methodenspezifisch in ihrem Ursprung zuordenbar sind wie auch das Klatschspiel, das die Konzentrationsfähigkeit schult.

4.3.2.2. Das verknüpfte Angebot

Zum Thema Diskrimination hat sich ein „Gegenstandsangebot“ entwickelt an welchem das theoretische Modell der Diskrimination direkt erfahren werden kann. In der KBT wird durch die bewusste Wahrnehmung im Hier und jetzt die Sinnesempfindung von der damit verknüpften Erfahrung entkoppelt. (vgl. Cserny, Tempfli 2006: 14)

Am eigenen Körper ist bei noch nicht ausreichender Konzentrations- und Differenzierungsfähigkeit und bei strukturell geringer Integration die Entkoppelung sehr schwierig für Patientinnen und Patienten. Meist ist das Körpererleben negativ besetzt (oder mit traumatischen Erinnerungen verbunden). Daher kommt es zur Arbeit mit dem Realobjekt. (Hochgerner 2007: 157). Anhand eines Gegenstandes ist das Aktivieren der Wahrnehmung leichter nachzuvollziehen. So entwickelte sich das bereits etablierte Angebot der Diskrimination an einem selbst gewählten Gegenstand um daran

auch die Theorie erfahrbar zu machen. Dieses Angebot hat also eine durch das Curriculum definierte Absicht. Es existiert eine Verknüpfung mit der Theorie und wird sehr genau von mir dahingehend angeleitet.

4.3.2.3. Das offene KBT Angebot

Das von mir als „offenes“ KBT Angebot bezeichnete Angebot soll den größeren Gestaltungsfreiraum hervorheben. So ist im Angebot zum Thema „Meine Grenze“ weit mehr Selbstgestaltung möglich als beim verknüpften Angebot der Diskrimination: die Patientinnen und Patienten haben viel mehr eigenen Experimentierraum. Nach der begleiteten Platzfindung - denn die Bedeutung der Platzwahl wird erst durch das Ausprobieren verschiedener Plätze bewusst (Gräff 2000: 2) - gilt es jemanden zu kontaktieren und vielleicht jemanden auf seinen/ihren Platz einzuladen oder aber auch für sich zu bleiben und sie/ihn zurückzuweisen.

Ich orientiere mich in der Anleitung im Weiteren an dem was im Raum passiert. Es kommt zu unterschiedlichsten Interaktionen, die Gruppendynamik wird deutlicher. Die Möglichkeit der Reinszenierung ist stärker gegeben als im verknüpften Angebot oder in der Spielsituation. Es kann zu einer Reaktualisierung bzw. Aktualisierung eines Konflikts kommen, da der Fokus auf dem sozialen Umgang untereinander und mit dem Raum und der Grenze gelegt ist. Hier ist kein Gegenstand mehr Erfahrungsobjekt sondern die soziale Interaktion im selbst definierten Raum steht im Vordergrund.

Noch herausfordernder ist das Angebot „Gehen und Blickkontakt“: hier ist die Rückzugsmöglichkeit nur durch das Wenden oder Senken des Blicks gegeben. Es konnte auch in kleinem Ausmaß die Gangrichtung geändert werden. Hier erfolgt die Auseinandersetzung in der nonverbalen, direkten Begegnung über den Augenkontakt, der Körperhaltung und der Gangrichtung.

4.3.2.4. Neulernen/ Modellernen/ Probehandeln

Lernen geschieht auf vielen Ebenen. Es folgen Überlegungen zur Neurobiologie, zum verhaltensorientierten Ansatz und zu tiefenpsychologischen Annahmen.

Die Unterscheidung in einen expliziten und impliziten Funktionsmodus gilt nicht nur für das Gedächtnis sondern auch für alle Wahrnehmungen, das Lernen, die Emotionen und deren Regulation, die Handlungssteuerung, die Motivation, und das Bezie-

ungsverhalten. All diese Funktionen können ganz bewusst erlebt werden. Diese Prozesse haben dann eine andere Qualität und Auswirkung, als wenn sie im impliziten Funktionsmodus, also unbewusst, ablaufen. Implizite Prozesse brauchen kein Bewusstsein, laufen schnell und gleichzeitig ab, haben eine geringe Fehleranfälligkeit, können nicht willentlich kontrolliert werden und werden langsamer gelernt als explizite Gedächtnisinhalte. Sie können nur schwer in Worte gefasst werden und werden auch als „nicht - deklarative“ Prozesse bezeichnet. Sie sind meist an eine bestimmte Sinnesmodalität gebunden. Manche Prozesse bleiben implizit weil die Impulse zu schwach oder automatisiert sind. Wenn implizite Abläufe bewusst werden sollen, so muss die Reizintensität erhöht werden oder eine gezielte Lenkung der Aufmerksamkeit auf diese Prozesse erfolgen. Damit werden diese in den expliziten Funktionsmodus gehoben und der Bearbeitung leichter zugänglich. „Andere implizite Prozesse bleiben dagegen im Prinzip unbewusst, weil die Hirnareale, die an ihnen maßgeblich beteiligt sind, keine Verbindung zum assoziativen Cortex haben. Wieder andere Prozesse verlaufen deswegen im impliziten Funktionsmodus, weil ihnen der prinzipiell mögliche Zutritt zum Arbeitsspeicher verwehrt wird. Das ist bei solchen Problemen der Fall, die mit den aktuellen Inhalten des Arbeitsspeichers unvereinbar sind und die deswegen bei ihrer Bewusstwerdung eine scharfe Dissonanz oder Inkonsistenz im Arbeitsspeicher hervorrufen würden“ (Grawe 2004: 124). Hier wird im neurobiologischen Verständnis das Beispiel der Verdrängung angesprochen (vgl. *ibid.*).

Der explizite Funktionsmodus ist also wichtig wenn es um das Neulernen geht. Nach Auffassung von Dr. Dr. Gerhard Roth (Roth 2001 cit. Grawe 2004: 124) besteht die wichtigste Funktion des Bewusstseins sogar Neulernen zu fördern. Neulernen besteht darin dass die Verknüpfungsmuster zwischen Neuronen verändert werden und zwar in demjenigen Hirngebiet, das für die jeweilige Funktion zuständig ist.

Um etwas zu erlernen gibt es verschiedene Möglichkeiten. So gibt es auch das Modellernen, eine dem Menschen als soziales Wesen sehr naheliegende Herangehensweise. Dr. Albert Bandura definiert das Modellernen als das kognitive Übernehmen von Verhaltensweisen von anderen Menschen durch Beobachtung um das eigene Verhalten zu modifizieren oder ganz zu verändern, um damit die erwünschten Konsequenzen zu erlangen. Durch das Modellernen ist der Mensch in der Lage sich auch komplexe soziale Handlungen anzueignen.

Bandura unterscheidet zwei Abschnitte des Modellernens:

1. Aneignungsphase:

- Aufmerksamkeitszuwendung: Vorbild muss attraktiv sein
- Behaltensphase: Verhalten kann **bildhaft** oder **symbolhaft/sprachlich** abgespeichert werden. Am Beginn des Lernprozesses oder bei raum-zeitlich-strukturierten Bewegungen ist das imaginale oder visuelle Gedächtnis vorrangig.

Dies erscheint mir sehr wichtig da die schlechter strukturierten Klientinnen und Klienten immer wieder auf die Wirksamkeit des Zuschauens in den Interviews verweisen. Sie geben das Zusehen als hilfreich an, vor allem wenn die Hemmung selbst aktiv zu werden zu groß ist. Dies von einem Vermeidungsverhalten oder einem ersten Lernschritt zu differenzieren, ist nur durch die weitere Beobachtung möglich. Es folgt die

2. Ausführungsphase:

- Motorische Reproduktionsphase: konkrete Ausführung
- Verstärkungs- und Motivationsphase: Die Ausführung ist abhängig von der antizipierten Erwartungshaltung des Beobachters, die dieser an das Verhalten knüpft. Selbstansporn und Selbst Evaluation hat einen motivationsstärkenden Einfluss.

Welche Bedingungen müssen für erfolgreiches Modellernen vorhanden sein:

- Ähnlichkeit zwischen Modell und Beobachter/in
- Emotionale Beziehung zwischen Modell und Beobachter/in
- Konsequenzen des Verhaltens (Erfolgsvermutung)
- Stellvertretende Verstärkung: wenn der Erfolg am Modell beobachtbar ist verstärkt es dies nachzuahmen.
- Sozialer Status des Modells
- Macht des Modells

(vgl. Bandura cit. Stangl-Taller 2008, Internet)

Doch was ist mit den Problematiken im impliziten Funktionsmodus? Angstgefühle werden doch als unkontrollierbar und unerwünscht erlebt? Kann auch hier der/die Therapeut/in einwirken?

Implizites Wissen heißt: „Was die Einzelnen...tun, hängt von ihren intersubjektiven Zielen ab, die sie keineswegs nur verbal, sondern kinetisch einbringen - als Enactments - die zueinander passen können oder nicht“ (Buchholz 2004:51 cit. Bettighofer 2007:65). Die/der Therapeutin/Therapeut ist in seiner/ihrer Gesamtheit (physisch, psychisch) gefordert. „Der Körper ist Ort des psychischen Geschehens“(Cserny, Paluselli 2006:13) weist auf den nicht dualistischen Blickwinkel der KBT hin. Hier gestaltet der/die Therapeut/in die Atmosphäre zu gleichen Teilen wie der/die Patient /in mit. Das heißt neben den von den Patienten und Patientinnen erwähnten bewussten „Aha“ Momenten des Verstehens, gibt es daneben unzählige Momente an Mikrointeraktionen, wo die Erfahrung von einem heilsamen Umgang mit Affekten und Stimmungen der Patientin/des Patienten durch die Therapeutin/den Therapeuten möglich wird. Dieser Umgang (auch nonverbal) kann dann introjiziert werden und es kann zu emotionalen Korrekturen kommen auch wenn diese nicht auf der kognitiven Ebene bewusst erfahren werden. Dieses soll neues „implizites Beziehungswissen“ ermöglichen. Viele positive Veränderungen gehen davon aus, bleiben aber unbewusst, da es als implizites Erleben abgespeichert ist. Sie hinterlassen ein allgemeines zufriedenes Gefühl und bilden den Boden für Neuentwicklungen (vgl. Bettighofer 2007: 65).

Dies bestätigt auch die Relevanz des allgemeinen Faktors der generellen Zufriedenheit in der Auswertung der Daten.

5. Ergebnisse und Interpretation

Die hier präsentierten Ergebnisse setzen sich mit den Erfahrungen und Wahrnehmungen der Befragten auseinander. In jeder Hauptkategorie wird ein Ankerbeispiel nach Mayring angeführt.

Ich habe die Ergebnisse in vier Hauptkategorien geteilt:

1. Formale Faktoren
 - Zeitgestaltung
 - Erfahrungen zur Anleitung
2. Intrapsychische Faktoren
 - Selbstwahrnehmung
 - Reflexionsfähigkeit
 - Differenzierungsfähigkeit
 - Zufriedenheit
3. Transferfähigkeit
4. Interaktionelle Faktoren
 - Gruppendynamik
 - Modellernen

In den nächsten Kapiteln wird auf die verschiedenen Kategorien eingegangen und es werden Zitate der Teilnehmenden (Ankerbeispiele), die die gebildete Kategorie repräsentieren, beispielhaft wiedergegeben. Danach folgt die jeweilige Interpretation der Daten.

5.1. Formale Faktoren

Hier sind Antworten angeführt, die sich auf **formale** Faktoren die das Setting betreffen, beziehen. Diese Antworten beziehen sich nicht oder nur teilweise auf die konkreten KBT Angebote. Sie umfassen das gesamte Gruppenangebot, dürfen jedoch insofern nicht vernachlässigt werden, als sie Auswirkungen auf das Erleben der KBT Angebote haben.

5.1.1. Zeitgestaltung

„Bissi länger, bissi langsamer und dafür mehr Stunden“ (Pw8:158)

Hinsichtlich der zeitlichen Gestaltung des Gruppenangebotes kam unterschiedliches Feedback von den einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, wobei unterschiedliche Tendenzen, den Zeitpunkt und die Ausgestaltung der Gruppe deutlich wurden. Dies wurde nach den ersten beiden Interviews deutlich, worauf es zu einer Ergänzung mit der Frage nach der Zeitgestaltung im Interviewleitfaden kam.

Aufgrund ihres Ermüdens wünscht sich ein/e Teilnehmer/in das Gruppenangebot am Vormittag (Pw7:135-136); auch Pm3 erwähnt die Bedeutung der Müdigkeit, diesmal jedoch bezogen auf die Dauer einer Einheit. Pm10 hätte gerne, wie auch Pw8 zwei Stunden Zeit mit Pause. Im Gegensatz dazu findet sich ein/e andere/r Teilnehmer/in persönlich an der Belastungsgrenze bei 1,5 Stunden Kurs (Pw1:127). Ein/e Teilnehmer/in kann sich vorstellen auf die Zigarette zu verzichten, findet die Pause aber wichtig um sich zu sammeln.

So fand ein/e Interviewte/r, dass er/sie auf die Pause verzichten könne, während ein/e andere/r Interviewte/r meinte, dass für sie/ihn die Pause sehr wichtig sei. Hier werden die individuellen Grenzen bedingt durch die Folgen jeweiliger Erkrankungszustände und durch die unterschiedlich beeinträchtigte Verarbeitungsfähigkeit deutlich.

Weiters ist hier anzumerken, dass einige Interviewte die Zeit nach den jeweiligen Angebotssetzungen als zu kurz bezeichneten, wie Pw4, Pw2 und Pm10: Es wurde der Wunsch nach Vertiefung der Theorie durch Praxis geäußert, aber auch nach vermehrter Diskussionszeit nach den spezifischen Angeboten in der Gruppe, was dem Wunsch nach einem stärkeren Austausch entspricht. Es wird auch erwähnt, dass dies zum Teil von den Gruppenteilnehmerinnen und Gruppenteilnehmern im Anschluss an das Gruppenangebot autonom stattfand (Pw5:63).

Eine große Übereinkunft bestand bei sechs Personen (Pw4:168, Pw8:99, Pw2:150, Pw5:183, Pw4:183-193, Pw1:131) den Wunsch betreffend, dieses Gruppenangebot länger als sieben gebotenen Einheiten in Anspruch nehmen zu können: Im Schnitt existierte der Wunsch nach zehn Einheiten. Auch bei den Interviewten, die die Gruppe als bedrohlich erlebten war der Wunsch nach Verlängerung: Hier dürfte der Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung und der Gruppendynamik neben der auf-

schlussreichen Theorie und dem abwechslungsreichen Angebot stark zum Tragen kommen.

Hier ist festzuhalten, dass ein Turnus normalerweise acht Einheiten beinhaltet. Von Seiten der Teilnehmer/Teilnehmerinnen gab es bei etlichen Personen dennoch den Wunsch nach einer Verlängerung des Gruppenangebots.

Interpretation „Zeitgestaltung“:

Die unterschiedlichen Wünsche in Bezug auf die Dauer und Veränderung der Gruppenzeit korrelierten unter anderem mit der Konzentrationsfähigkeit, dem eigenen Biorhythmus, der Medikation und der intrapsychischen Verarbeitungsfähigkeit der einzelnen Patienten und Patientinnen.

Es wird jedoch mehrmals erwähnt, dass eine Verlängerung des gesamten Turnusses angenehm wäre.

Man könnte daraus schließen, dass die Klienten und Klientinnen einen hohen Benefit durch das Gruppenangebot erfahren, sprich gerne teilnehmen bzw. und auch länger kommen wollen würden. Diese Annahme würde zum Faktor der allgemeinen Zufriedenheit passen.

Die Interviewdaten wiesen aber auch darauf hin, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Fülle an Informationen zu verarbeiten hatten. Unter anderem auch die persönlichen Erfahrungen, die innerhalb dieser Angebote „angeregt“ wurden. Es lässt sich aus den Inhalten der Interviews schließen, dass aufgrund des Angebotspektrums viele, bisher eher unbewusste Themen, durch die direkten körperlichen Begegnungs- und Erfahrungsangebote "angestoßen" - bewusster gemacht werden konnten. Im Vergleich zur Exposition in vivo aus der Verhaltenstherapie, wo das Setting ein klar zielorientiertes ist, bietet der Selbstwahrnehmungsraum der KBT unterschiedlich ausgestaltbare Möglichkeiten. Dadurch entsteht ein Erfahrungsraum, der neue Erfahrungen möglich macht, wodurch aber auch Konfliktfelder aktualisiert werden können.

Wenn den Patientinnen/Patienten innerhalb der Gruppensituation eine (professionell begleitete) „Selbstorganisation“ gelingt, sei es im Gruppensetting direkt oder im Rahmen einer zusätzlich möglichen Nachbesprechung, passiert so eine zielführende Integration unbewusster Anteile der Persönlichkeit. Gelingt dies den Patientinnen/Patienten jedoch nicht in dieser wünschenswerten Form, scheitert es beispiels-

weise an der Unfähigkeit die Erfahrung in einem klar abgegrenzten Rahmen zu halten bzw. kommt es zu einer Überforderung aus anderen biographischen Gründen,, dann muss die betreffende Person diese innerlich aktualisierten oder aktuellen Konflikte bis zur nächsten Einzeltherapiestunde aushalten. Solche Erfahrungen zu verarbeiten, sie in einen biografischen Kontext zu bringen, ist aufgrund der Stundenstrukturierung und des Gruppensettings innerhalb der sozialen Kompetenzgruppe nur begrenzt möglich. Trotz der Hinweise, schwierige Erfahrungen in der Einzeltherapie zu besprechen und dort weiter zu bearbeiten, kann es zu einer vorübergehenden Überforderung kommen. Daraus könnte ebenfalls der Wunsch nach mehr Zeit resultieren. Neben der verbalen Verarbeitung wird der Wechsel zwischen Handeln und Sprechen als Regulation gegen Eintönigkeit und Müdigkeit erwähnt.

5.1.2. Erfahrungen zur Anleitung

Die verbalen Anleitungen der KBT Angebote wurden unterschiedlich empfunden und konnten auf unterschiedliche Art und Weise umgesetzt werden:

Vier Personen (Pw2, Pw7, Pw4, Pw5) schilderten ihre Zufriedenheit, in einem Interview wurde die Frage anders verstanden (Pw1). Zwei der Interviewten empfanden die Anleitung als überfordernd und zu schnell.

Pw2:123 empfand das aktive, begleitende Anleiten als angenehm. Sie bemerkte, dass es für sie/ihn angenehm sei gesagt zu bekommen, was zu tun sei. Über Nachfragen wurde erläutert, dass die Anleitungen, wegen der vereinbarten Ausstiegsmöglichkeiten und dem Wissen um die Freiwilligkeit der Teilnahme nicht als Zwang empfunden wurden.

„Für mich hat es gerade gepasst, sonst wär es fad und nicht interessant gewesen.“ (Pw7:79) Hier wurde deutlich, dass die differenzierte Anleitung als verbale Begleitung Möglichkeiten des Selbsterlebens eröffnet hat, die im verbal weniger ausdifferenzierten Bewegungsauftrag für manche Teilnehmenden nicht erfahrbar wurde.

Es wurde auch mitgeteilt, dass ohne Anleitung „überhaupt nichts möglich gewesen wäre“ und „die Anleitung war sehr wichtig, damit ich weiß worauf ich achten soll“ (Pw4:144) Die Anleitung diene insofern nicht nur der Anweisung bzw. Ausführung eines Auftrags sondern konnte auch als **Strukturierung** des eigenen Erlebens genutzt werden.

„Es war super erklärt im Vergleich zu früher wo ich nichts verstanden hab“ (Pw5:187). Eine erlebte Veränderung im biografischen Verständniskontext wurde ebenfalls genannt. Wobei zu erwähnen ist, dass der/die Patient/in nicht muttersprachig deutsch aufgewachsen ist und sich dieser Umstand in früheren klinischen Settings als problematisch dargestellt hatte. Diesmal war ein anderes Erleben möglich: „Es hat mich unterstützt und hat mir Alternativen aufgezeigt.“ (Pw5:187) Hier wurde die Anleitung für Variationen des eigenen Verhaltens genutzt.

Ein/e Patient/in (Pw1) konnte die Frage in keinen Zusammenhang bringen.

„Und bis i des verstanden hab sind sie schon ganz woanders...“ (Pw8:51) Hier führte die möglicherweise zu große Fülle und/oder die zu hohe Geschwindigkeit der Anleitung zu einer **Überforderung**, was zu Stresserleben und zur Entwicklung von Scham geführt hat, und zu einer Selbstentwertung als Reaktion führte.

Ein/e Patient/in (Pm10) hätte vor einem spezifischen Angebot (Gehen kombiniert mit Kontaktaufnahme) eine Erinnerung an die Möglichkeit jederzeit aussteigen zu können, benötigt und erklärte, dass er/sie das Angebot in seiner Intensität unterschätzt habe (Pm10:76). Er/Sie habe versucht allen Möglichkeiten, die angeleitet wurden, nachzukommen und sich dabei überfordert.

Bei völlig offener Anleitung ohne inhaltlichen Stundenbezug interpretieren die Teilnehmer/innen verschiedenste „Absichten“ in ein Angebot hinein: die „Ja/Nein“ Ausdrucksübung wurde als „Entspannung“ gedeutet und diente auch zur „Grenzerfahrung“, welche uns lehrt nicht aufzugeben (Pm6). Der/die Patient/in Pw8 deutete dieses Angebot als: „Gemeinsam sind wir stark.“

Interpretation „Anleitung“:

Auch hier spiegelte sich ein breites Erfahrungsspektrum wider: unter Bezugnahme der allgemeinen Überlegungen wurde die Anleitung, je nach Strukturniveau, Vorerfahrungen und der prinzipiellen Erwartungshaltung an die Therapeutin/den Therapeuten von den Teilnehmenden unterschiedlich genutzt. Die Rückmeldungen betreffend, wurde die Anleitung vor allem als Strukturierungshilfe und Orientierungshilfe eingesetzt. Dies spiegelt unter anderem das Strukturniveau (3) der Betroffenen wider. Es wurden die Anleitungen als verständlich empfunden, aber unterschiedlich interpretiert. Hier galt es außerdem zu berücksichtigen, dass eine große Anpassungsleistung von den Patientinnen/Patienten gefordert war, da die Therapeutinnen in un-

terschiedlichen Funktionen aufgetreten sind: als Anleitende, als Vorspielerinnen (Rollen spiel) und als Gruppenmoderatorinnen; in einzelnen Fällen sind die Therapeutinnen auch die Einzelpsychotherapeutinnen einzelner Teilnehmer/innen.

Je nach motivationaler Grundhaltung war der Wunsch nach mehr verbaler Begleitung (das Benennen dessen, was passiert) oder direkter Anleitung gegeben und beeinflusste die Interpretation der empfangenen Mitteilungen. In Situationen, in denen die Anleitung nicht optional verstanden wurde oder auch dort, wo Autoritätshörigkeit eine Rolle gespielt hat, konnte dies zu Überforderung und Frustration führen. Weiters sind andere psychodynamische Faktoren, aus dem Setting resultierend zu berücksichtigen: Pm10, der/die die Überforderung anspricht, war in Einzelpsychotherapie bei mir und im Gruppengeschehen hatte er nicht meine volle Aufmerksamkeit, wie er es aus der Einzeltherapie gewohnt war.

5.2. Intrapyschische Faktoren

„Wenn man wirklich Zusammenhänge versteht, ist man reich.“ (Pm6)

In diesem Kapitel möchte ich auf die berichteten intrapsychischen Erfahrungen der Befragten eingehen. Unter intrapsychischen Faktoren werden jene Funktionen der Psyche beschrieben, worüber sich das innere Erleben des Mensch entfaltet: dies umschließt alle Dimensionen des Selbsterlebens aber auch das innerlich rekonstruierte Erleben der Anderen.

5.2.1. Selbstwahrnehmung

„Einfach wie ich drinnen gestanden bin und das Seil rund um mich gehabt habe, habe ich das Gefühl gehabt, ich hab meinen Raum und hab mich wohlgeföhlt.“ (Pm10:50)

Durch das vermehrte Hinweisen auf die körperlichen Möglichkeiten im Rahmen der Angebote kam es zu einer Aufmerksamkeitsverschiebung hin zum Leiblichen. Dabei wurden Defizite im Bereich der Wahrnehmung und der Selbstwahrnehmung deutlich. Wo in diesen Bereichen wenig Wahrnehmung möglich war, konnte der Körper auch schwer zur Gestaltung sozialer Interaktionen oder zur Regulation von Spannung bei sozialen Interaktionen eingesetzt werden. Durch die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die eigenen Bedürfnisse, konnten diese im sozialen Kontext bewusster erlebt werden. (Pm3:19, Pw5:45, Pm10:169)

Weiters wird das Erleben vorhandener **Selbstwirksamkeit** in der Abgrenzungsfähigkeit erwähnt: es kam zum Rückbezug auf die eigene Biografie, wo diese Fähigkeit noch nicht so ausgeprägt war und auch die Grenzen anderer nicht wahrgenommen werden konnten. (Pw7:58, Pm6:60, Pw2:50)

Fähigkeit zur **Selbstregulation** von Stress anhand eines Gegenstands:

Dies wurde von einer Patientin/einem Patienten angesprochen, welche/r auch die "Skillsgruppe" (es handelt sich dabei um ein weiteres Gruppenangebot in der Klinik) besuchte. Die Patientin/der Patient hatte in der "Skillsgruppe" den direkten Umgang mit einem Igelball als Selbstberuhigungsmöglichkeit bereits erfahren. Über die Diskriminationsübung konnte die Erfahrung des beruhigenden Umgangs mit Gegenständen (es wurde auch im gegenständlichen Setting ein Igelball gewählt) aktiviert werden und es kam zu einer "zufälligen" Verstärkung neu entwickelter Ressourcen. (Pw4:131-134)

Eine weitere Erfahrung dazu wird von einer/m Patientin/en wiedergegeben, der/die anhand des veränderten Gesichtsausdrucks den hohen Stellenwert der Erfahrung einen eigenen Platz einzunehmen, zuordnen konnte. Die subjektive, zu diesem Thema gehörende Befindlichkeit konnte verstärkt wahrgenommen werden und hatte zur Reflexion angeregt. (Pm3:19-21)

Wahrnehmung als **Überforderung**: Für eine/n Patient/in hatte sich das Angebot des Gehens mit Blickkontakt als sehr anstrengend und irritierend herausgestellt. Das Durcheinander Gehen in der Gruppe sei zu viel gewesen und die begleitend gestellten Fragen waren zu schnell. Es wurde berichtet, dass er/sie „abschalten“ musste. In der Pause wurde mit einer der Leiterinnen das Gespräch gesucht und der/die Patient/in konnte sich in der Folge gut beruhigen. Die Intensität der Übung war ihm/ihr zu hoch (Pm10:13-19). Eine ähnliche Erfahrung schilderte ein/e andere/r Patient/in (Pw8): Das Zuschauen gehe, beim Mitmachen überflute sie das Schamgefühl des sich Zeigens so stark, dass keine Konzentration möglich sei. Diese Möglichkeit des Besprechens wäre für manche Teilnehmer/innen besser in einem zeitlichen Abstand zur Erfahrung, um dazwischen eine Möglichkeit zu haben, das Erlebte zu verarbeiten. Es blieb in diesem Moment auch etwas offen stehen, da keine Verbindung mit Theoretischem oder Biografischem gelungen war. (Pm10:171)

5.2.2. Differenzierungsfähigkeit

Weiters konnte die Differenzierungsfähigkeit in verschiedenen Bereichen angeregt werden.

„Ich mit mir“

Das Differenzieren der eigenen Bedürfnisse wurde angesprochen: Wann brauche ich was: „In dem Moment war mir bewusst, dass ich wirklich Platz für mich brauche. Zwar nicht sehr viel, aber eben um sich zu finden und einfach abzuschalten und mit mir zu sein.“ (Pm6:60-62). Es berichteten die Teilnehmer/innen neben der verstärkten Wahrnehmung auch über die Spezifizierung der eigenen Bedürfnisse. (Pw8:17)

Auch die Dringlichkeit der Umsetzung einzelner Bedürfnisse konnte anhand der gemachten Erfahrungen deutlich werden. Dazu musste aber differenziert werden können was Vorrang hatte.

„Ich mit den Anderen“

Für zwei Patientinnen/Patienten war es wichtig sich der Unterschiede zwischen den Menschen verstärkt bewusst zu werden

(Pw2:92): „...und jeder eine eigene Wahrnehmung hat und jeder anders empfinden kann“; Hier wurde das basale Erleben von Selbst und Objekt Differenzierung, das Erkennen der Individualität angesprochen.

5.2.3. Selbstreflexion

„...weil meine Denkweise halt negativ eingestellt ist und ich jetzt nachfrag ob das jetzt so stimmt wie ich s empfind oder wie ich s aufgenommen hab“ (Pw2:75).

Bei Pw5:66, Pw2:75, Pm6:66 wurden durch die Erfahrungen im Angebot Reflexions-tätigkeit über das eigene Verhalten angeregt. Denkmuster an sich werden hinterfragt und Denkräume als wichtig erachtet.

Das Erkennen des mangelnden Einsatzes der Sinne wies auf Selbsterkenntnisprozesse durch Überlegungen infolge der gemachten Erfahrung hin (Pw4:52).

Das direkte Erleben der Abwehr (Vermeidungsverhalten) das Angebot betreffend, wird von einem/einer Teilnehmenden angesprochen (Pw4:55); aber auch die Scham sich auf ein Angebot einzulassen, weil etwas nicht verstanden wurde (Pw8:61). Und

weitere konnte die Schwierigkeit des „Sich Wegschaltens“ bei den praktischen Angeboten im Vergleich zu beobachteten Szenen thematisiert werden. (Pm9:96)

Innere Konfliktsituationen wurden durch die szenische Gestaltung bewusster erlebt (Wunsch nach mehr Freiraum, Defizite wie das Vermeiden von Blickkontakt) und konnten angesprochen werden. (Pm10, Pw2)

Die Erinnerungsfähigkeit wurde angesprochen: „Es passiert vor mir, bin mit dabei und es bleibt länger im Kopf als das Gesehene.“ (Pm9:111) Erleben sei wichtig, nicht nur hören...(Pw5:63)

Interpretation „Intrapsychische Faktoren“:

Selbstwahrnehmung: „Kaum etwas anderes ist dem Erleben so unmittelbar präsent und von so herausragender subjektiver Bedeutung wie die Erfahrung des eigenen Körpers. Es gibt allerdings eine psychologische und wohl auch soziokulturell begründete Sprachbarriere, welche es schwer macht für das Körpererleben Worte zu finden und sich Anderen mitzuteilen. Beim Vorliegen struktureller Störungen trägt die Unfähigkeit zu introspektiver Differenzierung zusätzlich dazu bei, dass nicht nur eigene Affekte sondern auch die eigenen Körpererfahrungen nur schwer in Worte gefasst werden können“ (Rudolf 2004:62). Hier fasst Rudolf die Schwierigkeit des Übersetzens der Erfahrung in Worte zusammen.

In diesem Zusammenhang wird deutlich wie wichtig die Dosierung der Angebote im Rahmen der Sozialen Kompetenzgruppe war bzw. ist.

Die KBT spricht im aktuellen Tun alle Sinne an und ermöglicht damit Neuerfahrungen. Andererseits kann es bei strukturellen Defiziten, wie mangelnder Selbstregulation zu Überforderungen kommen: Je eingeschränkter das Spektrum an Bewältigungserfahrungen ist, das sich eine Person im Laufe ihres bisherigen Lebens aneignen konnte, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit des Scheiterns angesichts neuartiger psychosozialer Konflikte und seelischer Belastungen. Dies wurde im Kontakt mit den Behandelnden aber auch in Situationen mit Mitpatientinnen und Mitpatienten explizit sichtbar. Aber wurde es erst einmal deutlich und ausgesprochen so war es einer Bearbeitung zugänglich. Neuerfahrungen lassen sich nur dann machen wenn es zu einer Diskrepanz zwischen dem subjektiv erwarteten und dem tatsächlichen Erleben kommt. (Vgl. Cserny, Paluselli 2006: 206)

Die Bandbreite der eingeflossenen Angebote von „ich mit mir“ in der Wahrnehmungsübung bis zu den intensiven direkten Begegnungen im Gehen regte unterschiedliche psychische Funktionen an, das Erleben konnte durch das anschließende Gespräch erfasst werden. Die leiblichen Erfahrungen im KBT Angebot erforderten ein Übersetzen von der verbalen, angeleiteten Ebene auf die gestalterische Handlungsebene. Hier zeigten sich auch schon die ersten Unterschiede im Umgang mit dieser Herausforderung. Patient/innen mit geringem Strukturniveau oder einer hohen Anspruchshaltung erlebten hier Schwierigkeiten: es wurde nach „Übersetzung“ oder genauen Erklärungen gesucht. Es war manchen Teilnehmenden aus dem Selbsterleben nicht verständlich und erschließbar worum es in diesem „praktischen Erfahren“ gehen könnte. Dabei war vor allem die intrapsychische Fähigkeit der Symbolisierung, die je nach Strukturniveau und Erkrankung, bei den Teilnehmenden unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigt war notwendig. War die Diskrepanz zwischen der Aufgabenstellung und den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten diese Aufgabe zu bewältigen zu groß, so konnte es zu einer Krise kommen, weil noch zu wenig Handlungsstrategien für die neue Situation zur Verfügung standen.

Inwieweit die Krise des/der Patienten/Patientin bearbeitbar war, hing auch von den Möglichkeiten und der Erfahrung der Therapeuten/Therapeutinnen ab. Die Gefahr größerer Irritation bzw. einer Angstdynamisierung wurde möglichst vermieden. Es war bedeutend, wie weit es gelang, Destabilisierungen als Chance für den weiteren Therapieprozess nutzbar machen zu können, was großer Achtsamkeit in der Form der Hilfestellung bedurfte. Hier war immer wieder das Kliniksetting von Vorteil, weil unterschiedliche, vertraute Ansprechpersonen auch nach der Erfahrung die in der Gruppe stattfand, für die Begleitung weiterer daraus resultierender Prozesse zur Verfügung standen.

5.2.4. Zufriedenheit

Die Befragung machte deutlich, dass fünf der Befragten die Soziale Kompetenzgruppe positiv erlebt haben und drei Personen als sehr positiv.

„Weil des hob i schon beim Oberorzt gsogt, weil des gfallt ma sehr gut, es hod ma wirklich wos brocht, und i bin wirklich gern kumma.“ (Pw5:197)

Hier sprach ein/e Patient/in gemeinsam mit einer/m zweiten Patientin/en den persönlichen Nutzen an (Pw4:26-29). Woraus sich die Zufriedenheit ergab war oft nur unter

Berücksichtigung des jeweiligen Kontexts konkret erfassbar und wies verschiedenste Bezüge auf.

Es werden die formalen Kriterien erwähnt, die im Zusammenhang mit Zufriedenheit angesprochen wurden: Es wurde in diesem Kontext die Art der Leitung erwähnt. Die Mitbeteiligung der Therapeutinnen wurde einmal als witzig (konkrete Situation in der Rollenspielanleitung) und einmal als lebendig durch den Wechsel der Moderation erlebt (Pm9:220, Pw1:145-146). Weiters wurde die "Stundengestaltung der Gruppe" angesprochen: durch den Wechsel zwischen Theorie und Bewegung konnte die Konzentration leichter gehalten werden (Pm3:176-178 und Pm8:8-11).

Ein/e Patient/in empfand in der ersten Einheit die gemeinsame Erarbeitung der Gruppenregeln als zu lange dauernd und die Einleitung in das SKT Training als zu ausführlich. Ihm/ihr sei in dieser Einheit das Praktische zu kurz gekommen (Pm10:251).

Interpretation „Zufriedenheit“:

Acht Personen drückten im Interview ihre Zufriedenheit aus. Der Ausdruck der Zufriedenheit steht in unterschiedlichem Bezug zu den angeführten Categoriesystemen. Das subjektive Gefühl der Zufriedenheit bezieht sich natürlicherweise auf ganz unterschiedliche Erfahrungen und Wahrnehmungen.

Es ist bei zwei Interviewten die Bezugnahme zum stationären Setting gegeben: sie fühlen sich mit der Gesamtgestaltung des Klinikaufenthalts sehr zufrieden. Es wurde auch direkt auf die Situation der Unzufriedenheit und des Leidensdrucks im Leben vor dem Klinikaufenthalt Bezug genommen.

In Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Gruppenangebot wurde das Gefühl der persönlichen Effektivität genannt: die Theorie konnte umgesetzt werden und brachte subjektive Entlastung durch das Verständnis von Zusammenhängen. Die verbesserte Konzentrationsfähigkeit erhöhte die Motivationsbereitschaft und ermöglichte „Lernfenster“. Die Leitung zu zweit fand ebenfalls Erwähnung: die Gruppenleiterinnen waren auch Vorbilder und wurden als sich gut ergänzend wahrgenommen. Die generelle Stimmung innerhalb der Gruppenteilnehmenden war gut und hat eine Vertrauensbasis geschaffen.

Obwohl die genannten Begründungen sehr unterschiedlich waren, haben sie ein allgemeines Gefühl der Zufriedenheit gemein. Diese emotionale Grundstimmung stand in direktem Zusammenhang mit der Auseinandersetzungsbereitschaft in Bezug auf

die individuelle Angstthematik. Die prinzipielle Zufriedenheit unterstützte die Bereitschaft sich im Gruppenprozess auf Neuerfahrungen einzulassen und förderte die Lernfähigkeit. Damit die Umsetzung der KBT Angebote gelingen kann, ist neben einer grundsätzlichen Akzeptanz diese "zufriedene" Grundstimmung notwendig, damit es möglich wird, sich in einen neuen Experimentierraum einzulassen und das Gelingen dessen förderte andererseits wiederum die Zufriedenheit mit dem Angebot. Es wird die Gestaltung der Stunden angesprochen: der Wechsel zwischen körperlicher Eigenaktivität und mentaler Aufnahmefähigkeit wurde von mehreren Interviewten als positiv beschrieben. Bei Patienten und Patientinnen, wo ein geringes Strukturniveau geschätzt wurde, wurde der Wunsch nach mehr Verbindung zwischen Theorie und Praxis geäußert, mehr Zeitraum zur Diskussion.

5.3. Transferfähigkeit

(Pm3, 7-16) „...heute vor allem bin ich drauf gekommen, dass es an der Zeit ist jetzt wirklich ausziehen, weil ich gemerkt habe aufgrund des Platzes, ah, den ich mir schaffen soll, wie es bei mir im Alltag so aussieht...“

Hier entwickelte sich der Transfergedanke direkt aus dem KBT Angebot. Drei Patient/innen formulierten einen direkten Alltagsbezug aus dem Angebot heraus (Pw2:75, Pm3:7, Pw5). Den Bezug zu erkennen, bedeutet aber noch nicht, dass auch die Umsetzung selbst gelingt. Für die Umsetzung selbst sind eine starke Motivation und eine positive Grundhaltung, der Glaube ans Gelingen, hilfreich. Einige Interviewte (Pw5:161, Pw7:58, Pm6:208) konnten Beispiele von direkter Umsetzung, die im Stationsalltag bereits gelungen war, berichten: dazu benötigten sie sowohl Verständnis als auch praktische Handlungsfähigkeit, die in den Angeboten regelmäßig geübt werden konnte.

Bei den Interviews bezogen sich viele auf die, als Aufgabe zwischen den SKT Einheiten empfohlenen Transferübungen, die das Umsetzen der kognitiven Erkenntnisse in den Alltag durch einen ersten Schritt „des Beobachtens im Stationsalltag“ unterstützen sollten.

Erste Schritte gelangen im Stationsalltag über eine Verfeinerung der Wahrnehmung: diesbezüglich bezogen sich einige Interviewte auf die Theorie des Teufelskreislaufs (Pm9, Pw4, Pw5:133, Pw4:93) und der Diskrimination.

Die tatsächliche Umsetzung in den sozialen Alltag war für viele der Interviewten noch nicht möglich. So empfand es auch Pm9:122: er sagte, dass er noch gar nichts habe umsetzen können. Dabei ist anzumerken, dass die Interviews noch innerhalb des Klinikaufenthalts stattgefunden haben. Daraus resultierend, sind die tatsächlichen Übungsfelder noch sehr eingeschränkt (Wochenende, Stationsalltag). Wenn es in Alltagssituationen tatsächlich zur Umsetzung kam (z.B. weil ein Amtsweg zu tätigen war) oder sich konkrete Situationen vorgestellt wurden, wurde die Affektkaskade von Angst und Spannung deutlicher und der Umgang damit konnte berichtet werden (Pw4:93, Pm3:112).

Durch die verschiedenen anderen Gruppenangebote an der Station wurden auch andere Inhalte, anderes Erlerntes von Patienten und Patientinnen in die SKT Gruppe hineingetragen. Es kam zu stationsinternen Transfers. Wie berichtet wird bei der Umsetzung von Fertigkeiten zur Stressreduktion aus dem "Skillstraining" die Diskriminationsübung in der SKT zu einem weiteren Übungsfeld für in einem anderen Kontext Erlerntes. (die Gruppe bietet Transfermöglichkeit). (Pw7:53)

Als Hilfestellung beim Umsetzen des Neuerlernten wurde folgendes genannt (Pm8:123; Pm10):

Es werde mehr Zeit benötigt und hilfreich wären mehr schriftliche Unterlagen. Da ja bereits zu Beginn die inhaltlichen Schwerpunkte im Rahmen dieses Gruppenangebots gewählt wurden, könnte es von Vorteil sein, Themen die zu kurz gekommen sind, in schriftlichen Unterlagen nachlesen zu können. Auch die Überlegung sich gemeinsam ein Video zu den Themen anzusehen, wurde geäußert. Über Nachfragen wird hier ergänzt, dass dies die praktische Erfahrung jedoch nicht ersetzen könne. Die Beispiele, die die Teilnehmenden aus dem Alltag bringen, streuen zu wenig, meint Pm9. Es wurde der Wunsch nach allgemeineren Beispielen geäußert. Und der Wunsch nach mehr Erklärung der Leitung zu den Angeboten, um mehr Verbindung zum Eigenen herstellen zu können.

Hier wurde nach einer Übersetzung gefragt, damit die Erfahrung emotional zuordenbar wird.

Das KBT Angebot bietet die Möglichkeit, das in der Theorie Gehörte in einer direkten sozialen Interaktion einzubringen und mit Mitpatienten oder Mitpatientinnen oder den Leiterinnen in ein Probehandeln zu gehen. Siehe auch Kapitel 4.3.2.4, S. 66.

„Und ich hab teilweise versucht den Blickkontakt selber einzugehen“ (Pw2:51).

Es wurden neue Handlungsmöglichkeiten ausprobiert. Somit bestand die Möglichkeit einer Erweiterung des Handlungsspielraums und der Möglichkeit für Neuerfahrungen. (Pw5:207)

Interpretation „Transferfähigkeit“:

Transfer meint die Übertragung eines erarbeiteten Erkenntnisgewinns (im Bereich Selbstwahrnehmung, Kognition) in ein neues Verhaltensmuster, welches im Alltag praktisch angewendet werden kann. Die Transferleistung ist eine der entscheidendsten Leistungen, wenn das Leben danach besser gelingen soll.

In den Interviews beziehen sich die Patienten und Patientinnen auf das Gelingen schwieriger Situationen generell und auf die aufgegebenen Transferübungen:

1. Durch das kombinierte Setting ist die Transferfähigkeit - Übergang zu konkreten Handlungen - innerhalb der Angebote schon innerhalb des Gruppensettings ange-regt: die Theorie wird in der Gruppenstunde bereits durch das KBT Angebote er-probt und überprüft. Schwierigkeiten (z.B. das Empfinden von Schamgefühlen) die der/die Patient/in auch im Alltag hat, bildeten sich in der Szene ab und konnten aufgegriffen werden. Die offenen KBT Angebote ermöglichten ein freies Assoziie-ren und in der Folge ein Probehandeln ähnlich wie in Rollenspielen. Die „Rolle“ und der „Inhalt“ der erfahrenen Szene im KBT Angebot konnte völlig frei ausgestaltet werden. Der Bedeutungskontext musste in der Szene selbst erschlossen werden. Damit konnte das Angebot sehr realitätsnah erlebt werden: es konnte zu einem individuellen Probehandeln im geschützten Raum kommen.
2. Über KBT- Angebote wird auch ein Transfer in die andere Richtung ermöglicht: so konnten theoretische Inhalte, die kognitiv für manche Teilnehmer/innen schwer zu verstehen waren, durch einfaches praktisches Handeln (wie z.B. am Gegenstand) verständlicher vermittelt werden: in diesem verknüpften Angebot unter dem Ein-satz eines Gegenstandes, konnte Unterstützung für den Erkenntnisprozess der Diskrimination gefunden werden. Damit erhöhte sich die, wie oben definierte, Fä-higkeit zur Transferleistung: In den Interviews bezogen sich die Aussagen häufig auf die Diskrimination.
3. Die dritte Form einer Transferleistung bestand in der Umsetzung des Erlernten, Erfahrenen in den Stationsalltag oder nach der Entlassung aus der Klinik, in den

Lebensalltag. „Eines der größten Probleme ist die mangelnde Möglichkeit einer Transferleistung in den Alltag“ (Pfungsten in Markgraf: 2000: 478). Es sind oftmals gezielte Anstrengungen nötig um das Gelernte im Alltag umzusetzen. Das wurde durch die Rückmeldungen bestätigt. Es machte auch den Wunsch nach Unterstützung durch schriftliche Unterlagen bzw. Videos etc. verständlich.

5.4. Interaktionelle Faktoren

„Da ist so eine Gruppe wichtig, weil sonst kann man`s gar nicht so erkennen.“ (Pw7:79)

5.4.1. Gruppendynamik

Die Interviewten weisen darauf hin, dass manche Erfahrungen nur in einer Gruppe möglich sind.

Die Gruppe wurde als **Unterstützung** erlebt - einerseits für Erfahrungsaustausch und andererseits wegen der Möglichkeit "gemeinsam Geteiltes" zu erleben: es wurde beschrieben, dass die Gruppenteilnehmenden auch nach der Stunde noch weiterdiskutiert hätten (Pw5:70-72). Durch die Angebote wurde die Gruppe auch als sinnstiftend erfahren (Pw2:15-21, Pw7:44), da sie Möglichkeit zur Empathieentwicklung bot und reale Begegnungs(neu-)erfahrungen ermöglichte. Das Gruppensetting unterstützte die Differenzierungsfähigkeit zwischen sich und den anderen durch die unterschiedlichen Rückmeldungen und gemeinsamen Erfahrungen des Erlebten.

Die Gruppe bot auch **Rückzugsmöglichkeit**, da sich der/die Einzelne, wenn Angst aufkam, in der Gruppe verbergen konnte. So konnten/wollten alle (Pw1, Pm10) bei vorgeschlagenen Kreisübungen mitmachen, nicht jedoch beim Rollenspiel. Es kam nach einem positiv erlebten Gruppenangebot in einem Interview der Vorschlag ein „Gruppenrollenspiel“ zu Beginn zu machen, da es wohl leichter sei als das Rollenspiel (Pw7:134)

Die **Empathiefähigkeit** wurde durch das Erleben der anderen Teilnehmer/innen angeregt (Pw2:108): es wurde vom Erleben der anderen Teilnehmenden in den Interviews berichtet und dabei überlegt wie das empfunden wurde bzw. wurde es mit dem eigenen Verhalten verglichen.

5.4.2. Modellernen

„.....man hat das dann wirklich... gesehen, wie´ s auch die anderen machen und wie man sich wirklich gut abgrenzen kann.“ (Pw7:44)

In vielen Interviews wurde das Sich Aneignen von Verhaltensalternativen auf die anderen Mitglieder der Gruppe und das gemeinsame Erfahren zurückgeführt. Je größer die soziale Angst beschrieben wurde, desto öfter wurde die Gruppe als Schutz erlebt, als Raum, um von dort aus zu beobachten und Sicherheit generieren zu können. (Pw1:20-24) Dies wird in unterschiedlichen Varianten geschildert: Im Erleben wurde in dieser Phase auch das **Zuschauen** als wichtig genannt

„da man sich hier auch von der Praxis was mitnehme, wenn die Hemmungen zum Mitmachen noch zu groß seien“(Pm9:30). Dass dies ein Anfangsstadium für das Modellernen ist, wird in Kapitel 4.3.2.4, S. 66 ausführlicher beschrieben.

In dieser Form des Angebots konnte und durfte von den anderen Teilnehmenden das Tun abgeschaut werden, beispielsweise wenn es darum ging einen Platz für sich zu gestalten. (Pw7)

Außerdem brachten sich die Gruppenleiterinnen - im Sinn des Modellernens - partiell in die Angebotsumsetzung und dem Rollenspiel, um beobachtet werden zu können, ein. Dies wurde von drei Personen als hilfreich in Bezug auf Angstabbau erwähnt. (Pw2:126, Pw4:28, Pw7:133)

Erst ein gewisses Maß an Sicherheit und freier Entscheidungsfähigkeit ermöglicht das Experimentieren und Lernen. (Pw2:144). Dafür wurden die Gruppenregeln als wichtig erklärt. Ein Ausstieg war jederzeit möglich.

Die KBT Angebote konfrontieren noch einmal intensiver mit der eigenen Angst gleichsam einer Exposition in vivo bei sozialer Angst und fordern die Auseinandersetzungsfähigkeit. Pw8:134:“... weil da bin dann zu viel beschäftigt, dass ich mich genier, ob ich eh alles richtig mach und ob ich nicht blöd rüberkomme...”

Hier ist dann der Wechsel in die Theorie zur Verständnisbildung als wichtig erlebt worden.

Ebenso sei auch noch erwähnt, dass zwei Interviewte betonten, dass sie sehr viel durch die Erzählungen der Mitpatientinnen und Mitpatienten profitiert hätten: dies betrifft in einem Fall die hohe Erkenntnisrelevanz und im zweiten Fall ein Wiedererken-

nen der therapeutischen Technik, welche eine autobiografische Erinnerung angestoßen hatte. (Pw1:64, Pm6:94)

Da dieses Gruppenangebot im Kliniksetting stattgefunden hat, sei an dieser Stelle nochmals daran erinnert, dass ähnliche Formen des Lernens auch noch durch zahlreiche andere Therapieangebote stattgefunden haben und dass viele Facetten, die die Patienten und Patientinnen in die Erfahrungsangebote im Rahmen der sozialen Kompetenzgruppe mit eingebracht haben, mitwirkten. (Pm10:131, Pm6:242)

Als ein Nachteil des Gruppenangebots wurde auch die Gruppengröße angesprochen, da aufgrund dessen die Nachbearbeitung nur begrenzt möglich war. (Pm10).

Interpretation „Interaktionelle Faktoren“:

Bis auf eine anders lautende Rückmeldung, wurde die Gruppe von den Teilnehmenden als Arbeitsgruppe empfunden. Es wurde von „Nacharbeit“ gesprochen und erst in der Gruppendiskussion wurde die Gruppendynamik deutlich.

Durch die Gestaltung der eigenen Plätze im Raum werden Dynamiken sichtbar, die darüber Auskunft geben, wer sich mit wem wie versteht. Ein Pairing ergab sich zwischen den jungen männlichen Teilnehmern. Weiters konnten sich zwei Teilnehmer/innen verbal viel Raum nehmen. Im gesamten wurde die Gruppe als unterstützend und fördernd in der Form wie Feedback gegeben wurde, untereinander wahrgenommen. Auch in den Interviews wurde in drei Fällen das „wie viel Platz nehme ich mir“, in unterschiedlichen Kontexten angesprochen. Dies spiegelte sich auch in der Gruppendiskussion wider.

Der Vorschlag des „Gruppenrollenspiels“ spricht für die kurzen Gruppenübungen die bereits im Training einfließen (Pw7) Im Vergleich zum Rollenspiel, in dem eine Situation nachgestellt und rekonstruiert wird, steht im KBT Angebot die unmittelbare Begegnung im Mittelpunkt. Es wird die Situation nicht vorbesprochen wie beim Rollenspiel und keiner nimmt eine „Rolle“ ein. Die Anpassungsleistung erfolgt in der Situation. Durch verbale Anleitung, Tempo und wiederholter Einladung Variationen auszuprobieren, gibt es die Möglichkeit von sich aus in ein spielerisches Experimentieren zu gehen. Dies setzt aber bereits eine gewisse Regulationsfähigkeit der Angst voraus. Das Sich Zeigen im Handeln bedeutet dann auch die Konfrontation mit den Ängsten im sozialen Kontext.

6. Ergebnisse und Strukturniveau

Ich beziehe mich in diesem Kapitel auf die Auswertung der OPD Bögen von sieben Teilnehmenden und reflektiere die Ergebnisse im Zusammenhang mit dem geschätzten Strukturniveau.

Nach der Auswertung, die vom im Team geschätzten Strukturitems der Patienten und Patientinnen wird sich auf ein Strukturniveau und eine Hauptkonfliktachse geeinigt: Diese Einschätzung entsteht im Laufe des Aufenthalts und steht zu Beginn der Sozialen Kompetenz Gruppe nicht oder nur teilweise zur Verfügung. Die Auflistung ist auch im Rückblick nicht vollständig, da das Erstellen eines OPD Bogens einen koordinatorischen klinischen Mehraufwand bedeutet, der im Klinik Alltag zeittechnisch und personell nicht immer gewährleistet sein kann.

In diesem Kapitel sind aus den 24 Items (siehe Kapitel 2.2.4, S.19 „Struktur“) die wichtigsten strukturellen Integrationsmängel von sieben Personen nach Schweregrad betrachtet. Die genannten Strukturniveaus beziehen sich auf das jeweilig genannte Haupt-Item.

In dieser Gruppe zeigt sich das größte Defizit im Bereich der **Objektregulation** mit dem Thema Beziehungsschutz. Hier liegt das Strukturniveau bei drei Teilnehmenden bei 3,5, bei zwei Personen bei 2,5 und bei einer Person bei 4: d.h. es gab Teilnehmende mit einem ausgeprägten Mangel ihre Beziehungen vor eigenen störenden Impulsen zu schützen. Diese Fähigkeit bedeutet einerseits die Wahrung der eigenen Interessen im Kontakt mit anderen aber auch die eigene Impulse und Affekte intrapsychisch verwalten zu können, damit die Beziehung nicht belastet wird. Anstelle interpersonell in die Abwehr zu gehen sollte die Fähigkeit entwickelt werden das Geschehene intrapsychisch zu verarbeiten: sich distanzieren, hinsehen und neu entscheiden.

Weiters zeigt sich in diesem Strukturfokus die Selbstwertregulation als defizitär. Die Regulation des Selbstwertes gehört zur Selbststeuerung. Hier liegt der Akzent auf der aktiven regulativen Leistung. Je niedriger das Strukturniveau ist, umso weniger ist diese Funktion verfügbar und umso ausgelieferter und passiver fühlt sich der/die Patient/in. Hier haben vier Teilnehmende Strukturniveau 3 bis 3,5, zwei Niveau 2,5 und eine/r Niveau 2.

Die nächste Gewichtung liegt dreifach im Bereich der Kommunikation: Emotionale **Kommunikation nach innen**: da steht die Fähigkeit Affekte erleben zu können im Vordergrund (fünf Personen mit Niveau 3 bis 3,5 und zwei mit Niveau 2,5): Die Fähigkeit von Affektgenerierung wurzelt in einer lebendigen Körperlichkeit. Die Affekte innerlich entstehen zu lassen und zu erleben bilden die Voraussetzung intrapsychisch innere Dialoge zu führen und sich selber dabei zu verstehen. Durch die inneren emotionalen Zustände werden in der Folge Handlungsentwürfe angeregt.

Neben dem Affekterleben steht die Fähigkeit als **Kommunikation nach außen** die emotionale Kontaktaufnahme: das bedeutet Besetzungen zuzulassen und die Fähigkeit ein „Wir“ Gefühl erspüren zu können.

Als dritte schwächste Fähigkeit wurde die Affektmitteilung (vier Personen mit Strukturniveau 3 bis 3,5 ein/e Patient/in mit Niveau 4 und ein/e Patient/in mit Niveau 2) eingeschätzt: dies beinhaltet eigene Gefühle ausdrücken und sich von den Gefühlen anderer erreichen lassen zu können.

Gleichen Stellenwert wie die Items der Kommunikation hat das Item der Selbst- und Objekt Differenzierungsfähigkeit. Dabei geht es um die realistische Entwicklung eines Bildes vom Gegenüber, das individuelle Fähigkeiten und Wahrnehmungen hat. Dies gilt auch für die Selbstwahrnehmung. Hier wurden drei Personen mit 2 bis 2,5 und zwei Personen auf 2,5; eine Person auf 4 und eine Person auf 3 eingeschätzt.

Als gut integriert stand die Fähigkeit zur Impulsregulation: diese war bei allen Patienten und Patientinnen als gut bis maximal 2,5 eingeschätzt. Die Fähigkeit Hilfe anzunehmen und die Empathiefähigkeit war in dieser Gruppe als mäßig vom Behandlungsteam eingeschätzt. (vgl.OPD-2, 2006:255-279)

Im nächsten Absatz beziehe ich mich auf das Gesamtstrukturniveau, d.h. wenn alle 24 Struktur Items schriftlich bewertet wurden erfolgte die Einschätzung des Gesamtstrukturniveaus der/des Patientin/Patienten. Es werden die wesentlichsten Aussagen der Interviewten zusammengefasst und diese mit dem Blick auf das geschätzte Strukturniveau nachvollzogen:

Angaben aus der Gruppe mit dem Strukturniveau 3,5:

Für drei Patientinnen (Pw8, Pw5, Pw1) mit dem geschätzten Strukturniveau 3,5 wurden folgende Punkte im Erleben der KBT im Rahmen des Gruppensettings als wesentlich erlebt:

Die Bewegungsangebote lockerten die Stunde auf: wenn die Konzentration nicht ausgereicht hat, wurden die Angebote als hilfreiche Abwechslung empfunden.

Die Angebote machten nicht Verstandenes verständlicher: wobei hier anzufügen ist, dass ein/e Patient/in fremdsprachig ist.

Die Gruppe wurde als wichtiges Element oftmals angesprochen (Modellernen, Schutzfunktion). Ebenso wurde hier das Gruppenspiel als positiv, vermutlich als haltgebend durch die gemeinsame Erfahrung erwähnt. Emotionale Kontaktaufnahme und das Wir Gefühl wurden durch die strukturierten Spielangebote unterstützt.

Zwei Teilnehmende konnten die Angst und die Scham des Sich Zeigens im Handeln beschreiben. Das Zuschauen wurde hier vorgezogen. Dies betraf sowohl die KBT Angebote als auch das Rollenspiel.

Weiters wurde es von einer/einem Teilnehmenden als befremdend erlebt sich innerhalb der Gruppe mit einem Gegenstand zu befassen (Pw4:55). „Für die Gegenstandsverwendung bei strukturell geringer Integration sind die Einschränkung der Wahrnehmungsfähigkeit, die negativen Selbst- und Fremderwartungen im Umgang mit Gegenständen bzw. die misstrauisch abwertende und widerstandhafte Haltung bezüglich ungewohnter Erfahrungen oder Unterwerfung im gehorsamen Befolgen von als „Befehlen/Aufträgen“ zum Umgang mit Gegenständen erlebten Angeboten mit zu berücksichtigen“ (Hochgerner, 2007: 156).

Das Tun am konkreten Gegenstand konnte dennoch besser zugeordnet und mitgemacht werden als die Teilnahme bei den offenen Angeboten. Hier war die Angst sehr groß und es konnte kaum eine andere Erfahrung durch den entstehenden Stress antizipiert werden. Um dennoch an dem Angebot teilnehmen zu können, wurde die verbale Anleitung als sehr wichtig eingestuft. Es konnte im Interview nicht genauer exploriert werden was noch hilfreich hätte sein können.

Pw4: „Aba des, wie gsagt, des is für mi innerhalb der kurzen Zeit sehr vü, weu eben diese Übung da mit diesem dem Gehen und Selbstding beobachtn und dann nachher woar wieda was ganz anderes – des irgendwie owa a nur so kurz....und dann des mit m Rollenspiel...des is dann für mi so...da neig i dann wieda dazu, dass sie bei mir da oben alles so verknotet...Net? Des is!“

Auffallend ist dass sich ein/e Teilnehmende/r mit einem Strukturniveau 3,5 beim offenen Angebot nicht gestresst gefühlt hat. Es konnte das offene Angebot laut. eige-

nen Angaben gut genutzt werden. Hier ist zu bemerken, dass die Therapie nicht in der Muttersprache war und dies eventuell einen speziellen Umgang mit der verbalen Anleitung beinhalten könnte. Oder aber es weist auf eine spezielle Abwehrstrategie wie beispielsweise eine gute Dissoziationsfähigkeit in schwierigen Momenten zum Schutz hin.

Die Themen, die in diesem Bereich dominieren sind Selbstregulation und Sicherheit in der Gruppe.

Angaben aus der Gruppe mit dem Strukturniveau 3:

Zwei Patienten/Patientinnen (Pm10, Pm9) konnten genau artikulieren, was Ihnen fehlt: es fehlte die Aufarbeitung und Verbindung zum Alltag. Dies wurde in dem Bedürfnis nach mehr Zeit zum Diskutieren nach dem Angebot und einem langsameren Tempo bei der Anleitung eingebracht.

Das gemeinsam in der Gruppe Spielen (alle tun das gleiche) wird als stärkend erfahren. Bei Pm10 gab es aufgrund der Trauma- Anamnese im Angebot des Gehens eine starke Belastungssituation, die gesondert nachbearbeitet werden musste.

Angaben aus der Gruppe mit dem Strukturniveau 2 bis 2,5:

Im Vergleich dazu konnten die zwei Patientinnen/Patienten mit dem Niveau 2 bis 3 unterschiedlichere Erfahrungen differenzierter berichten. In dieser Gruppe ist der/die Jüngste der SKT- Gruppe (20) und das äußerte sich auch im berichteten Erleben. Hier ist die Struktur als mäßig geratet, es muss aber das junge Alter mitberücksichtigt werden.

Ebenso hat ein/e Patient/in auch in dieser Gruppe einen soziokulturellen anderen Hintergrund, der deutlich wurde. Er/Sie hat eine Trauma- Anamnese. Auch dies wurde bei der Interpretation der Angebote deutlich.

Die Patientinnen und Patienten können die Angebote anders nutzen da die Angst deutlich geringer bleibt als in der Gruppe des Niveaus 3,5.

Zusammenfassung:

Der Wechsel zwischen dem tatsächlichen Gestalten, dem Angebot und dem nachfolgenden Umstieg in die Theorie oder in das Rollenspiel wird für drei Personen dieser SKT- Gruppe als sehr anstrengend bzw. überfordernd geschildert. Dabei beziehen sich die Patientinnen und Patienten eindeutig auf die offenen Angebote (siehe auch Kapitel 4.3.2.3, S.66).

Die Gruppenspiele konnten von allen partizipiert und verarbeitet werden. Sie wurden unterschiedlich positiv und als machbar erwähnt. Das verknüpfte Angebot konnte schon für Teilnehmende im Strukturbereich 3,5 als große Herausforderung erlebt werden, war aber mit Hilfe gut bewältigbar. Die offenen Angebote boten für viele gut strukturierte Teilnehmende einen Pool an Erfahrungsmöglichkeiten, konnten aber von schlechter strukturierten Teilnehmenden im Rahmen der Sozialen Kompetenzgruppe laut eigenen Angaben innerhalb der Gruppe nicht genügend nachbearbeitet werden. Dies hatte dann im Rahmen der psychotherapeutischen Einzeltherapie oder in Gesprächen mit der Bezugspflege - also im Rahmen des klinischen Settings - zu erfolgen.

7. Gruppendiskussion

In der letzten Einheit gab es eine Gruppendiskussion. Ein/e Gruppenteilnehmer/in war schon entlassen, eine Person verspätete sich. Die Gruppendiskussion stand in keinem Widerspruch zu den Ergebnissen der qualitativen Inhaltsanalyse.

Hier wurde vor allem das Thema des Transfers von fünf Patientinnen und Patienten in unterschiedlicher Art noch einmal aufgegriffen: Zwei berichteten von direkten Transfererlebnissen in den privaten Alltag (Platzangebot und Freizeitgestaltung, Amtsweg). Es wurde die Möglichkeit geschildert sich auf belastende Situationen besser einstellen zu können: dabei wurde das Durchatmen als Mittel genannt und die Fähigkeit Hilfe und Unterstützung im Außen organisieren zu können. Körpersignale wie Haltung und Mimik wurden als für die Interaktionen wichtig erklärt. Es kam zwischen zwei Teilnehmenden zu gegenseitigen Rückmeldungen wie sich das soziale Verhalten beobachtbar verändert habe. Dabei kam es zu einer Prozessbegleitung unsererseits, da das Validieren von Veränderungen für den/die Betroffene/n schwierig war. Das Zuschauen wurde im Zusammenhang mit dem Rollenspiel nochmals als hilfreich erwähnt. Dabei empfand ein/e Patient/in die Elemente Haltung und Tonfall als sehr wichtig. Es wurde zweimal der Kreislauf der Angst und der Block Wahrnehmung und Interpretation als hilfreich erwähnt.

Bezüglich der Erhöhung der Stundenanzahl in der Woche entstand eine Diskussion: sie spannte sich zwischen zweimal pro Woche ist zu viel („zu wenig Zeit zu verarbeiten“) und dem Standpunkt, dass wenn die Abstände kürzer wären, die erlernten Inhalte nicht so schnell vergessen werden könnten. Es wären mehr Wiederholungen bevorzugt. Vier Personen waren für eine Erhöhung der Frequenz (zweimal pro Woche) aber einer Verkürzung der Dauer auf eine Stunde. Dies äußerten vor allem die Patienten und Patientinnen mit geringem Strukturniveau und ein junger Patient. Fünf Personen gaben an mit den Inhalten der Gruppe außerhalb des Settings in der Einzeltherapie und mit der Pflege noch weitergearbeitet zu haben. Es wurde auch untereinander nach den Gruppenstunden noch oft diskutiert. Das Gruppenverhalten wurde als hilfreich empfunden: einerseits als Erinnerung für die Transferübungen andererseits für die Motivation der Gruppe: diese wurde von den Teilnehmenden selbst als hoch eingeschätzt. Weiters habe die Gruppe Schutz geboten.

8. Überlegungen

Die Elemente aus der Konzentrativen Bewegungstherapie mit dem Fokus auf Wahrnehmungsdifferenzierung ergänzen das vorliegende Instrumentarium der Verhaltenstherapie zielführend. Die Bewegungsangebote wirken in Ergänzung zum Rollenspiel, aktivitätsfördernd und vermehren Handlungsoptionen. Weitere Angebote aus der KBT dienen dazu, einen größeren Experimentierraum im Umgang mit sozialen Ängsten zu ermöglichen:

Die Daten der Patienten und Patientinnen zeigen dass die KBT in der sozialen Kompetenzgruppe intrapsychische Veränderungen unterstützt und fördert. In dieser Gruppe wurden die Möglichkeiten zur Selbstwahrnehmung (Selbstreflexion, Affektdifferenzierung) der Handlungsspielraum und teilweise auch die Transferfähigkeit unterstützt. Die Selbst Objekt Differenzierung wurde in der Struktureinschätzung durch das Team als behandlungsrelevant eingeschätzt. Dazu gab es bezogen auf die KBT viele positive Rückmeldungen.

Weiters konnten durch die Spiele das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe gefördert werden.

Die Methode ist gut integrierbar: ein wesentlicher Aspekt ist die Berücksichtigung der Verarbeitungsfähigkeit, also dem Strukturniveau der Teilnehmenden. Es eignen sich verknüpfte Angebote und Spiele besser da aufgrund des Curriculums die Nachbearbeitungszeit bei strukturell schwächeren Teilnehmenden innerhalb der Gruppe nicht gewährleistet ist. Bei offenen Angeboten ist das Strukturniveau verstärkt zu berücksichtigen, es muss Integrationsarbeit gewährleistet sein.

Es besteht nach Bernhard Strauß (Strauß 1996 cit. Schreiber Willnow 2010: 77) in der Ergebnisforschung von Gruppentherapien mittlerweile Konsens, dass bei der Erfassung von Behandlungsergebnissen mindestens nach der symptomatischen, der interpersonalen und der intrapsychischen Ebene unterschieden werden sollte. Die angeführten Unterschiede weisen auf die oben genannten Punkte der Auswertung hin: wobei anstelle der symptomatischen Beurteilung die Kategorie der Transferüberlegungen entstanden ist. Aber auch eine gelungene Transferfähigkeit belegt eine Symptomverbesserung. In den Daten der Interviews bilden sich überraschenderwei-

se diese Kategorien ebenso ab, wobei ich keine Behandlungsergebnisse erzielen wollte, sondern prozessorientiert gearbeitet habe.

Eine weitere Studie zu den langfristigen Auswirkungen und zur Nachhaltigkeit der Erfahrungen der kombinierten Sozialen Kompetenzgruppe wäre wünschenswert.

Praxisschlussfolgerung

Da diese Arbeit mit dem Schwerpunkt der Prozessüberlegung und weniger an einer Ergebnisevaluation orientiert war, gehe ich hier noch im Gesonderten auf die Veränderungen an der Klinik durch diese Arbeit ein:

Es gab nach den ersten Ergebnissen eine kurze Vorstellung der Arbeit an der Station vor dem gesamten Stationsteam. Bei der Präsentation der ersten Ergebnisse wurde als Diskussionsinput die Frage der Nachbetreuung bei Konfliktaktualisierung und Gruppendynamisierung innerhalb der Station angesprochen. Hier gab es den Wunsch nach mehr Theoriewissen (Pflege). Es wurde auch auf die Unrealisierbarkeit immer alle Informationen zur Verfügung zu haben durch die hohe Zusammenarbeitskomplexität hingewiesen. Weiters kam die Rückmeldung dass die Einzelpsychotherapie viel profitiere durch die angestoßenen Auseinandersetzungen innerhalb des Gruppenangebots. Bezüglich der Intensität der offenen Angebote war zu bedenken, dass bei zu viel Aktualisierung im Sinne einer Aggressivierung bei speziellen Patientinnen und Patienten ohne sofortige Nachbearbeitung auch die Gruppe in ihrem Lernprozess behindert sein kann. Dies müsse laufend von den Leiterinnen eingeschätzt und auf ein Neues entschieden werden.

Es wurde weiters eine reine KBT Gruppe fünf Wochen lang (da es zu einem Ausfall der Musiktherapie kam) meinerseits geleitet, um bei offenen Angeboten mehr Nachbearbeitungszeit zu haben. Dabei konnte ich die Grenzen des Nachbesprechens auch bei offenen Angeboten erleben. Entwicklung und Wachstum sowie Erkenntnis sind nicht intendierbar.

In den Osterferien wurde eine an interaktiven Übungen (Übungen aus dem Theaterbereich) orientierte Gruppe von meiner Kollegin angeboten. Der Erfahrungsbericht steht noch aus.

Mittlerweile haben wir ein eigenes Manual für die soziale Kompetenzgruppe gestaltet. Es wurde der Wunsch der Patientinnen und Patienten nach mehr Verschriftlichung umgesetzt. Es greift die durch die Kurse wiederkehrenden Fragen der Patien-

tinnen und Patienten auf und gibt ausführlichere Antworten. Es kann nicht als Ersatz für die Teilnahme dienen. Dies ist zum Nachlesen und als Begleitmaterial bei Bedarf für alle Soziale Kompetenz Gruppenteilnehmenden gedacht. Ebenso hat das Behandlungsteam Zugriff und kann sich informieren. Dabei ist auch ein KBT Angebot zur Achtsamkeit exemplarisch beschrieben. Zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Arbeit beginnt eine Revision der Unterlagen.

Einige Patientinnen und Patienten der hier beschriebenen Gruppe treffen sich auch heute noch regelmäßig: sie haben nach dem Klinik Aufenthalt eine eigenständige Gruppe gebildet.

9. Literaturverzeichnis

- Alsleben Heike, Hand Iver (2006) (Hg.): Soziales Kompetenztraining. Gruppentherapie bei sozialen Ängsten und Defiziten. München: Urban & Fischer Verlag
- Cserny Sylvia, Paluselli Christa (2006) (Hg.): Der Körper ist Ort des psychischen Geschehens. Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Cserny Sylvia, Tempfli Ulrike (1999): Die Wirkungen von Körperinterventionen auf das psychische Geschehen und dessen Veränderung. In: Cserny Sylvia, Paluselli Christa (2006) (Hg.), 14
- Corrigan Patrick W., Schade Mark L., Liberman Robert Paul (1992): Social skills Training. In: Liberman Robert Paul (1992) (Hg.), 95-126
- Beck Aaron T., Emery Gary, Greenberg R. L. (1985): Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press
- Beck Ulrich, Bonß Wolfgang (1984) (Hg.): Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Bettighofer Siegfried (2007): Die interaktionelle Übertragungs-Analyse. In Geißler Peter, Heisterkamp Günter (2007) (Hg.), 65
- Bortz Jürgen, Döring Nicola (2006, 4. Auflage): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Dulz Birger (2001): Der Formenkreis der Borderline Störungen: Versuch einer deskriptiven Systematik. In: Kernberg Otto, Dulz Birger, Sachsse Ulrich (2001) (Hg.), 65
- Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen -Textrevision- DSM-IV.TR (2003, übersetzt nach der 4. Auflage): Göttingen: Hogrefe Verlag
- Eulenpesch Brigitte (2006): Gegenstände. In: Schmidt Evelyn (2006) (Hg.), 86
- Flick Uwe (2005, 3. überarbeitete Auflage) (Hg.): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag

- Flick Uwe (2006) (Hg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag
- Flick Uwe, Von Kardorff Ernst, Steinke Ines (2005, 4. Auflage) (Hg.): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag
- Fonagy Peter, Target Mary (2006, übersetzt nach der 1. Auflage 2003): Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Geißler Peter, Heisterkamp Günter (2007) (Hg.): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Wien: Springer Verlag
- Grawe Klaus, Donati Ruth, Bernauer Friederike (1994): Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Grawe Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Gräff Christine (2000, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage): Konzentrative Bewegungstherapie in der Praxis. Stuttgart: Hippokrates Verlag
- Guba Egon G., Lincoln Yvonna S. (1989) Fourth Generation Evaluation. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications, Inc.
- Hochgerner Markus (2007): Die Verwendung von Gegenständen in der Psychotherapie Erwachsener. Masterthese an der Donau-Universität Krems
- Hollin Clive R., Trower Peter (1986) (Hg.): Handbook of Social skills Training. New York: Pergamon Press
- Kernberg Otto, Dulz Birger, Sachsse Ulrich (2001) (Hg.): Handbuch der Borderline Störungen. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Kowal Sabine, O`Connell Daniel (2005): Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick Uwe (2005, 3. Auflage) (Hg.), 440
- Kriz Jürgen, Lisch Ralf (1998): Methodenlexikon für Mediziner, Psychologen, Soziologen. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Knoll Michael (2011): Dewey, Kilpatrick und „progressive“ Erziehung. Kritische Studien zur Projektpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag
- Lechler Heidi (2006): Spiel. In: Schmidt Evelyn (2006) (Hg.), 97

- Liberman Robert Paul (1992) (Hg.): Handbook of psychiatric rehabilitation. New York: Macmillan
- Ludwig Sophie (2002): Elsa Gindler – von ihrem Leben und Wirken. Bearbeitung von Marianne Haag. Hamburg: Hans Christians Verlag
- Margraf Jürgen (2000) (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Heidelberg: Springer Verlag
- Mayring Philipp (2003, 8. Auflage): Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz UTB
- OPD Arbeitskreis (2006): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD2. Bern: Verlag Hans Huber
- Paulitsch Klaus (2004): Praxis der ICD-10-Diagnostik. Ein Leitfaden für PsychotherapeutInnen und PsychologInnen. Wien: Facultas Verlag
- Pfingsten Ulrich (2000): Training sozialer Kompetenz. In: Margraf Jürgen (2000) (Hg.), 473
- Pokorny Verena, Hochgerner Markus, Cserny Sylvia (2001, 2. Auflage): Konzentrative Bewegungstherapie. Wien: Facultas Verlag
- Rex Annette (2009): Auf der Suche nach dem verlorenen Sinn. Über den Nutzen des Schreibens als Instrument der Bewältigung von Traumata und Krisen. Berlin: Literaturverlag Dr. W. Hopf.
- Rudolf Gerd (2004): Strukturbezogene Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Schischkoff Georgi (1982, 21. Auflage) (Hg.): Philosophisches Wörterbuch. Stuttgart: Kröner Verlag
- Schmidt Evelyn (2006) (Hg.): Lehrbuch Konzentrative Bewegungstherapie. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Schreiber Willnow Karin (2010, 3. Auflage): Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial Verlag
- Seidler Klaus-Peter, Schreiber Willnow Karin, Grützmaker Swantje (2010): Wie erleben Patienten die KBT Stunde? Ergebnisse der Untersuchung zum revidierten KBT Stundenbogen. Zeitschrift für DAKBT und ÖAKBT Konzentrative Bewegungstherapie, 32. Jahrgang, Heft 41, 32

- Seidler Klaus-Peter (1995): Das Gruppenerleben in der Konzentrativen Bewegungstherapie. Ergebnisse der empirischen Forschung. Psychotherapeut; Heft 46, 223-231
- Steinke Ines (2005): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick Uwe, Von Kardorff Ernst, Steinke Ines (2005, 4. Auflage) (Hg.), 319
- Stern Daniel (1992, 2. Auflage): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett Cotta Verlag
- Stolze Helmuth (2002, 3. ergänzte Auflage) (Hg.): Die Konzentrativ Bewegungstherapie. Grundlage und Erfahrungen. Heidelberg: Springer Verlag
- Stolze Helmuth (1972): Selbsterfahrung und Bewegung. In: Stolze Helmuth (2002, 3. ergänzte Auflage) (Hg.), 73-75
- Strauß Bernhard, Eckert Jochen (1994): Dimensionen des Gruppenerlebens: Zur Skalenbildung des Gruppenerfahrungsbogens. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, Heft 23, 188-201
- Volz-Boers Ursula (2007): Psychoanalyse mit Leib und Seele. In: Geißler Peter, Heisterkamp Günter (2007) (Hg.), 41
- Von Kardorff Ernst (2005): Qualitative Evaluationsforschung. In: Flick Uwe (2005, 3. Auflage) (Hg.), 238
- WHO; Dilling Horst, Freyberger Harald J., Cooper John E. (2008, 4. überarbeitete Auflage) (Hg.): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10, DCR-10. Bern: Huber Verlag

Internetquellen

Bandura Albert (s. a.): In Stangl-Taller Werner`s Arbeitsblätter (2008)

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/Modelllernen.shtml> (01.07.2011)

Gesellschaft für Evaluation, e.V., (s. a.)

<http://www.alt.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=19074> (27.07.2011)

Von Ungar Hella, Block Martina, Wright Michael T. (2007): Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht:

<http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2007/i07-303.pdf> (06.08.2011)

David M. Clark (2001): A cognitive perspective on social phobia. In: Crozier Ray W., Alden Lynn E. (2001) (Hg.): International Handbook of social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness. West Sussex: John Wiley Sons Ltd.

<http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/class/psy394U/Bower/12%20Anxiety%20Disorders%20/CLARK-SOCIAL%20PHOBIA.pdf> (06.08.2011)

10. Anhang

10.1. Interviewleitfaden

Einleitung im Rahmen der Gruppe und vor den Einzelinterviews. Ich sammle diese Interviews, die dann anonymisiert werden, für eine Abschlussarbeit über KBT im Rahmen der Sozialen Kompetenzgruppe um die Wirksamkeit dieser Methode in diesem speziellen Kontext zu erfassen und möchte Ihnen dazu sieben Fragen stellen:

1. Wie erleben Sie die Bewegungs- und Wahrnehmungsangebote im Rahmen der Sozialen Kompetenzgruppe?
2. Wie erleben Sie diese Bewegungs- und Wahrnehmungsangebote in Bezug auf Ihre persönliche Problemstellung derentwegen Sie hier an die Klinik gekommen sind?
3. Welches praktische Angebot, welche Übung fällt Ihnen im speziellen ein?
 - 3a. Was war das Wesentliche daran?
 - 3b. Was war die größte Herausforderung im Training aber auch Alltag?
4. Wenn Sie sich zurückerinnern, hat es Situationen in Ihrem Alltag gegeben, in denen Sie sich an bestimmte Angebote erinnern und was und wie war das?
5. Wie verständlich waren für Sie die Anleitungen zu den praktischen Angeboten?
6. Was hätten Sie noch gebraucht? Was hat Sie irritiert?
7. Gibt es noch Anmerkungen von Ihrer Seite, bzw. Anregungen, die in meinen Fragen keine Berücksichtigung fanden?
8. Ergänzungsfrage: Wie ist es Ihnen mit der Zeiteinteilung ergangen?

10.2. Arbeitsblätter

Hier folgt das ausgeteilte Informationsmaterial aus dem Manual soziales Kompetenztraining nach Heike Alsleben und Iver Hand (Hrsg.):

10.2.1. Folie 3

FOLIE 3

Angst ist sinnvoll und notwendig als ...



... Alarmsignal



... Vorbereitung
des Körpers

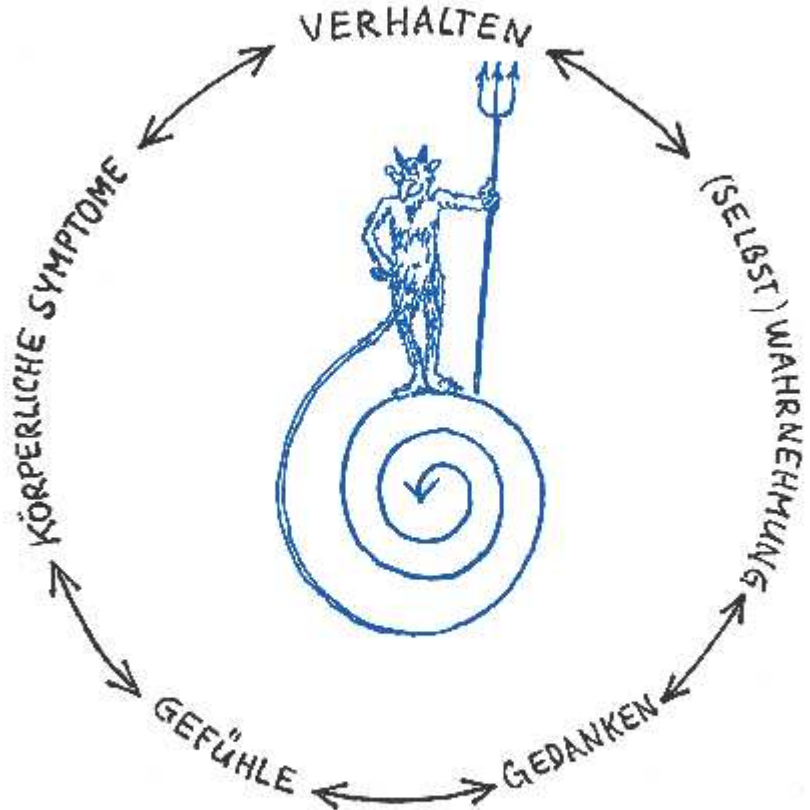


... Alarmreaktion
auf schnelles
Handeln

10.2.2. Folie 7

FOLIE 7

Der Teufelskreis der sozialen Angst

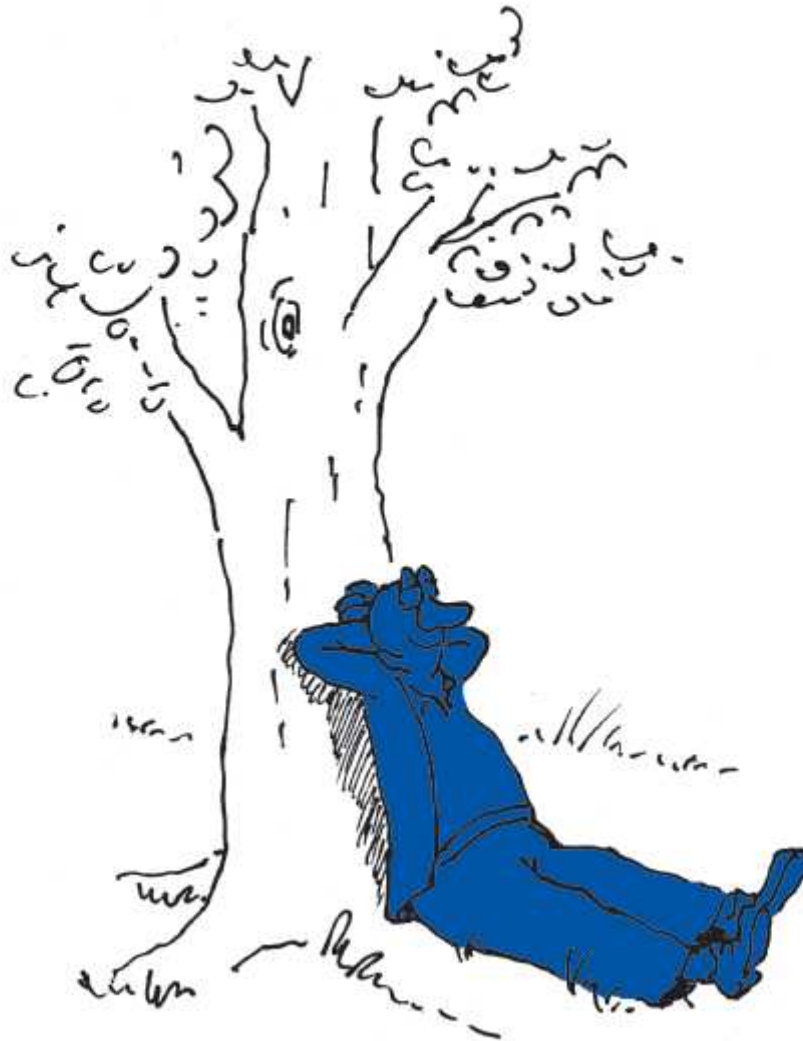


© 2006 Elsevier GmbH

10.2.3. Folie 13a

FOLIE 13a

Wahrnehmen statt interpretieren



Beschreibung 1

10.2.4. Folie 13b

FOLIE 13b (Fortsetzung)

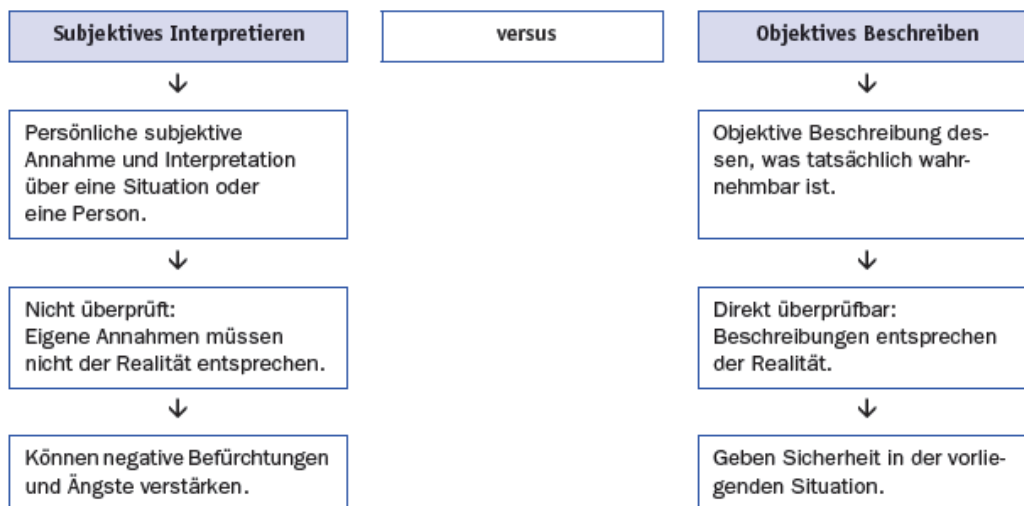
Wahrnehmen statt Interpretieren



10.2.5. Folie 12

FOLIE 12

Wahrnehmungs- und Diskriminationsfähigkeit In sozialen Situationen



10.2.6. OPD Erhebungsbogen

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) Erhebungsbogen

Achse I (Basismodul) Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzungen	nicht/ kaum	①	mittel	②	③	sehr hoch	④	nicht beur- teilbar	⑤
	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
Objektivierende Bewertung der Erkrankung /des Problems									
1. <i>Gegenwärtige Schwere der Störung /des Problems</i>									
1.1. Schwere der Symptomatik	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
1.2. GAF: Maximalwert der letzten 7 Tage		→	_____						⑨
1.3. EQ5 D Summe: _____ Itemwerte →	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____				⑨
2. <i>Dauer der Störung /des Problems</i>									
2.1. Dauer der Störung	< 6 Monate	6-24 Monate	2-5 Jahre	5-10 Jahre	> 10 Jahre				⑨
2.2. Alter bei Erstmanifestation der Störung	in Jahren	→	_____						⑨
Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten									
3. <i>Krankheitserleben und -darstellung</i>									
3.1. Leidensdruck	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
3.2. Darstellung körperlicher Beschwerden u. Probleme	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
3.3. Darstellung psychischer Beschwerden u. Probleme	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
3.4. Darstellung sozialer Probleme	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
4. <i>Krankheitskonzepte des Patienten</i>									
4.1. An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
4.2. An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
4.3. An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
5. <i>Veränderungskonzepte des Patienten</i>									
5.1. Gewünschte Behandlungsform: körperliche Behandlung	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
5.2. Gewünschte Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
5.3. Gewünschte Behandlungsform: sozialer Bereich	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse									
6. <i>Veränderungsressourcen</i>									
6.1. persönliche Ressourcen	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
6.2. (psycho)soziale Unterstützung	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
7. <i>Veränderungshemmnisse</i>									
7.1. äußere Veränderungshemmnisse	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
7.2. innere Veränderungshemmnisse	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

Achse I (Psychotherapiemodul)	nicht/ kaum		mittel		sehr hoch	nicht beur- teilbar
(optional)	①	②	③	④	⑤	⑥

Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten

5. Veränderungskonzepte des Patienten						
5.P1. Symptomreduktion	①	②	③	④	⑤	⑥
5.P2. reflektierend-motivklärend /konfliktorientiert	①	②	③	④	⑤	⑥
5.P3. emotional-supportiv	①	②	③	④	⑤	⑥
5.P4. aktiv-anleitend	①	②	③	④	⑤	⑥

Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse

6. Veränderungsressourcen						
6.P1. Offenheit	①	②	③	④	⑤	⑥
7. Veränderungshemmnisse						
7.P1. sekundärer Krankheitsgewinn /problemaufrechterhaltende Bedingungen	①	②	③	④	⑤	⑥

Achse II Beziehung

Perspektive A: Das Erleben des Patienten					
<i>Patient erlebt sich</i>			<i>Patient erlebt andere</i>		
	<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>		<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	
Perspektive B: Das Erleben der anderen (auch des Untersuchers)					
<i>Andere erleben den Patient</i>			<i>Andere erleben sich</i>		
	<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>		<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	

Beziehungsdynamische Formulierung:

Beschreiben Sie bitte,	
... wie der Pat. andere immer wieder erlebt: ↓
... wie er in seinem Erleben darauf reagiert: ↓
... welches Beziehungsangebot er anderen mit dieser Reaktion (unbewusst) macht: ↓
... welche Antwort er anderen damit (unbewusst) nahe legt: ↓
... wie es der Patient erlebt, wenn andere so wie ihnen nahe gelegt antworten:

Achse III Konflikt

Fragen zur Abklärung der Voraussetzungen der Konfliktbeurteilung

A) Konflikte sind <u>nicht</u> zu raten, diagnostische Sicherheit fehlt.	ja = ① nein = ②
B) Aufgrund geringer struktureller Integration handelt es sich bei den erkennbaren Konfliktthemen nicht um distinkte dysfunktionale Konfliktmuster als vielmehr um Konfliktschemata.	ja = ① nein = ②
C) Wegen abgewehrter Konflikt- und Gefühlswahrnehmung ist die Konfliktachse nicht beurteilbar.	ja = ① nein = ②
D) Konflikthafte Belastung (Aktualkonflikt) ohne wesentliche dysfunktionale repetitive Konfliktmuster.	ja = ① nein = ②

repetitiv-dysfunktionale Konflikte	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1. Individuation versus Abhängigkeit	①	②	③	④	⑤
2. Unterwerfung versus Kontrolle	①	②	③	④	⑤
3. Versorgung versus Autarkie	①	②	③	④	⑤
4. Selbstwertkonflikt	①	②	③	④	⑤
5. Schuldkonflikt	①	②	③	④	⑤
6. Ödipaler Konflikt	①	②	③	④	⑤
7. Identitätskonflikt	①	②	③	④	⑤

Hauptkonflikt: _____

Zweitwichtigster Konflikt: _____

Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
	①	②	③	④	⑤

Achse IV Struktur	gut ①	1,5	mäßig ②	2,5	gering ③	3,5	desintegriert ④	nicht beurteilbar
1a Selbstwahrnehmung	①		②		③		④	⑤
1b Objektwahrnehmung	①		②		③		④	⑤
2a Selbstregulierung	①		②		③		④	⑤
2b Regulierung d. Objektbezugs	①		②		③		④	⑤
3a Kommunikation nach innen	①		②		③		④	⑤
3b Kommunikation nach außen	①		②		③		④	⑤
4a Bindung an innere Objekte	①		②		③		④	⑤
4b Bindung an äußere Objekte	①		②		③		④	⑤
5 Struktur gesamt	①		②		③		④	⑤

Achse V: Psychische und Psychosomatische Störungen

Va: Psychische Störungen: ICD 10 (Forschungskriterien) DSM-IV (optional)

Hauptdiagnose: F _____. _____. _____.

weitere Diagnose 1: F _____. _____. _____.

weitere Diagnose 2: F _____. _____. _____.

weitere Diagnose 3: F _____. _____. _____.

Vb: Persönlichkeitsstörungen: ICD 10 (F60xx oder F61.x) DSM-IV (optional)

Hauptdiagnose: F _____. _____. _____.

weitere Diagnose 1: F _____. _____. _____.

Bei Diagnosen sowohl auf Achse Va als auch Vb: ①=Achse Va
Welche Störung steht klinisch im Vordergrund? ②=Achse Vb
 Bei Diagnosen nach DSM-IV sowohl psy. St. als auch Pers.: ①=psychische St.
Welche Störung steht klinisch im Vordergrund? ②=Persönlichkeitsst.

Vc: Körperliche Erkrankungen: ICD 10 (nicht Kapitel V (F!))

Hauptdiagnose: _____.

weitere Diagnose 1: _____.

weitere Diagnose 2: _____.

weitere Diagnose 3: _____.

Patient: Code: _____ Alter: _____ Geschlecht: Erhebungsdatum:
 ① =weiblich _____ 20____
 ② =männlich _____

Diagnostiker: Code: _____ Alter: _____ Geschlecht: Zentrum:
 ① =weiblich _____
 ② =männlich _____