

**Zeitschrift
Konzentrativer
Bewegungstherapie**



iagnostik

KBT-Diagnostik

Sonderheft 2016
des DAKBT und ÖAKBT

Impressum

KBT-Diagnostik – Sonderheft der Zeitschrift Konzentrationale Bewegungstherapie

Herausgeber: Deutscher Arbeitskreis für Konzentrationale Bewegungstherapie (DAKBT) e. V.
www.dakbt.de, Postfach 91 01 08, DE-90259 Nürnberg
Österreichischer Arbeitskreis für Konzentrationale Bewegungstherapie (ÖAKBT) e. V.
www.kbt.at, Kirchberggasse 26/4, AT-1070 Wien
Ausgabe 2016

Redaktion: Uta Mertens, Beatrix Schuck (DAKBT)
Maria Stippler-Korp, Gabriele Wopfner (ÖAKBT)
zeitschrift@dakbt.de

Titelfoto: Claus Mertens

Layout: Ilse Martina Schmidberger

Vertrieb: Geschäftsstelle des DAKBT
Postfach 91 01 08, 90259 Nürnberg
info@dakbt.de

Mitglieder des DAKBT und ÖAKBT erhalten das Heft kostenlos.
Nichtmitglieder können das Heft in der Geschäftsstelle des DAKBT beziehen.

Editorial

Seit 2008 haben sich KBT-IerInnen des DAKBT und ÖAKBT um eine Ausarbeitung von Leitlinien für eine standardisierte Eingangsdiagnostik bemüht. Das nun vorliegende Manual, dem das Sonderheft *Diagnostik* unserer Zeitschrift gewidmet ist, verdanken wir einer Arbeitsgruppe, die sich seit 2012 länderübergreifend der Entwicklung einer Diagnostik verschrieben hat. Diese KBT-Diagnostik ist an die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) anschlussfähig und in den unterschiedlichsten therapeutischen Arbeitsfeldern der KBT anwendbar.

Das Ergebnis der intensiven Entwicklungsarbeit führt theoretisch fundiert und praxisorientiert in die Systematik der OPD-2 und eine KBT-spezifische Diagnostik ein.

Dabei greifen die erarbeiteten Instrumente, die uns als TherapeutInnen nun zur Verfügung stehen, der *Leitfaden* und die *Ankerbeispiele*, so ineinander, dass damit ein wertvoller Beitrag für den therapeutischen Arbeitsprozess entstanden ist.

Zudem leistet die Arbeitsgruppe mit dem nun vorliegenden Manual einen wesentlichen Beitrag zur wissenschaftlichen Fundierung und Anerkennung der Konzentrativen Bewegungstherapie.

Wir sind überzeugt, dass dieser Leitfaden nicht nur Einzug findet in die KBT-Praxen, sondern auch ein Instrument der Diagnostik in den multiprofessionellen Teams der verschiedenen Kliniken werden wird und wünschen viel Vergnügen beim Lesen.

Uta Mertens, Beatrix Schuck (DAKBT)
Maria Stippler-Korp, Gabriel Wopfner (ÖAKBT)



Von links: Gabriele Wopfner, Uta Mertens, Beatrix Schuck, Maria Stippler-Korp

Inhalt

Editorial	_____	1
Vorwort	_____	5
1. Einführung	_____	8
2. Theoretischer Hintergrund	_____	12
2.1 Skalen zur Prozessdiagnostik in der KBT und Dokumentationsbogen	_____	12
2.2 Leibdiagnostik nach Evelyn Schmidt (2010)	_____	13
2.3 Anhaltspunkte zur gefühlshaften und körperlichen Reaktion auf Patientin oder Patient von Ulrike Schmitz (2012/2013)	_____	13
2.4 Körperbildskulpturtest nach Peter Joraschky und Angela von Arnim	_____	13
2.5 ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen	_____	14
2.6 Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik	_____	15
2.7 Die Körperbild-Liste	_____	16

3. Leitfaden mit Erläuterungen	18
3.1 Erstkontakt	18
3.2 Körperselbst und Körperphänomene	20
3.3 Fähigkeit zur Symbolisierung	22
3.4 Beziehungsdynamik	23
3.5 Strukturelle Fähigkeiten	24
3.6 Konfliktmuster	27
3.7 Zusammenfassende Arbeitshypothesen	28
4. Ankerbeispiele	30
5. Literaturhinweise	79
6. Anhang – Leitfaden zum Kopieren	80
Autorinnen	91

Vorwort

Im Jahre 2008 formulierte ein Mitgliederbeschluss im DAKBT den Auftrag, eine „standardisierte Eingangsdiagnostik der KBT in unterschiedlichen therapeutischen Anwendungsfeldern“ in Modulen zu entwickeln. Es formierte sich eine AG Diagnostik, die sich dieser Aufgabe über einige Jahre hinweg stellte. Parallel hatte sich bereits im ÖAKBT ein Arbeitskreis um Ulrike Kühnel gebildet, der sich dem gleichen Ziel verbunden fühlte und erste Ansätze in Richtung OPD-Diagnostik entwarf.

Zur Gründungsgruppe der AG-Diagnostik im DAKBT gehörten Ulrike Schmitz, Ursula Dultz, Regina Mockler-Sigle, Maria Steiner, Clara Scheepers und für den Vorstand Regina Schrack-Frank. Später stießen Brigitte Eulenesch, Kathinka Kintrup und Nina Freudenberg hinzu, einige zogen sich aus der Gruppe wieder zurück. Ab 2012 wurden die Bemühungen um eine Diagnostik im DAKBT und ÖAKBT koordiniert. Mit den beiden ÖAKBT-Mitgliedern Ulrike Kühnel und Maria Stippler-Korp sowie Brigitte Eulenesch, Kathinka Kintrup, Nina Freudenberg und Clara Scheepers-Assmus aus dem DAKBT entstand nun eine länderübergreifende Arbeitsgruppe.

In dieser Gruppe bestand der Konsens, eine Diagnostik zu entwickeln, die zum einen zur KBT passt, zum anderen sollte mit ihr eine Annäherung an die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) ermöglicht werden.

Die ersten wichtigen Schritte auf dem Weg zu einer KBT-spezifischen Diagnostik waren die Überprüfung

- der eigenen Vorstellungen und diagnostischen Praktiken,
- der Körperbild-Liste (KB-L) gemeinsam mit Joachim Küchenhoff in Bezug auf die KBT im ÖAKBT und die Entwicklung erster eigener Ankerbeispiele,
- der Kompatibilität der Körperbild-Liste (KB-L) von Joachim Küchenhoff und Puspa Agarwalla zur KBT durch die AG Diagnostik im DAKBT,
- der realen Situation bzgl. der KBT-Diagnostik im klinischen und ambulanten Sektor durch eine Fragebogenaktion,
- der Kompatibilität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) zur Konzentrativen Bewegungstherapie,
- der DAKBT-internen Diagnostik-Instrumente,
- von ersten eigenen Diagnostik-Ansätzen in Kombination zur OPD im Rahmen der Forschungswerkstatt,

- der erarbeiteten Ankerbeispiele durch namhafte ForscherInnen auf diesem Gebiet, im Besonderen durch Prof. Joachim Küchenhoff.

Die KBT als körperorientierte, psychotherapeutische Methode basiert theoretisch auf entwicklungs- und tiefenpsychologischen sowie lerntheoretischen Denkmodellen.

Daher braucht sie auch diagnostisches Handwerkszeug, das sowohl ihrer körpertherapeutischen und als auch psychodynamischen Orientierung gerecht wird.

Die OPD-Diagnostik versucht Muster des Beziehungsverhaltens, konfliktbedingte und strukturell begründete Verhaltens- und Erlebensmuster abzubilden. Als Grundlage für eine neue KBT-spezifische Diagnostik stellte sie uns vor die Herausforderung, direkte Beobachtungen aus der KBT-Einzel- oder Gruppenarbeit in entsprechende Kategorien einordnen zu lernen. Angesichts der Komplexität der OPD-2 entschieden wir uns daher, uns im Besonderen der Ermittlung der strukturellen Fähigkeiten, der Achse IV zuzuwenden. Als Ergebnis liegen nun zwei Instrumente vor, die uns sinnvoll erscheinen, sich in die Systematik der OPD und einer KBT-spezifischen Diagnostik einzufinden – *der Leitfaden und die Ankerbeispiele*.

In den *Ankerbeispielen* sind die KBT-Erfahrungen unserer AG mit dem Gerüst der Strukturachse verwoben. Bildhaft wird am Beispiel des Erfahrungsangebotes „Gehen“ das Strukturniveau eines Menschen abgeleitet. Die Entwicklung der *Ankerbeispiele* gestaltete sich zu einem eigenen Lernprozess, mit dessen Hilfe wir uns die Einschätzung

eines Integrationsniveaus verdeutlichen konnten.

Die Ankerbeispiele zu verstehen und übertragen zu können, sehen wir als Kernelement in der KBT-spezifischen Umsetzung der Achse IV (strukturelle Fähigkeiten) der OPD an.

Für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Diagnostik in der KBT, sollen sie helfen, den eigenen Blick für die strukturellen Voraussetzungen der PatientInnen zu schulen. Die Ergebnisse und Beobachtungen müssen jedoch in eine Gesamtdiagnostik einfließen.

Für die Gesamtdiagnostik kommt das zweite Instrument zum Tragen – *der Leitfaden*. Er beinhaltet das Manual zur Erhebung und Beurteilung weiterer Faktoren der OPD, aber auch zu den spezifischen Merkmalen der KBT, dem Erheben des Körper selbst und der Symbolisierungsfähigkeit.

An dieser Stelle möchten wir DANKE sagen, allen KBT-KollegInnen, die uns begleitet, unterstützt und gefördert haben. Zunächst danken wir dem Vorstand des DAKBT und ÖAKBT, den AkteurInnen der Forschungswerkstatt, die uns Raum und Möglichkeiten zur Verfügung stellten, unsere Zwischenergebnisse vorzustellen und diskutieren zu lassen. Auch die wohlwollende Unterstützung und Anregungen durch Prof. Joachim Küchenhoff und Puspa Agarwalla haben uns in unseren Bemühungen um eine Verknüpfung der KBT-spezifischen Diagnostik mit der OPD-2 motiviert.

Wie jede Diagnostik sich immer im zwischenmenschlichen Geschehen entwickelt, so ist auch die KBT-Diagnostik ein interaktives Produkt, welches noch nicht abgeschlossen ist und einer Fort-

schreibung bedarf. Wir, die aktuelle AG-Diagnostik, sind mit dieser Arbeit zusammengewachsen und stolz auf dieses Arbeitsergebnis. Wir hoffen, dass diese Instrumente eine lebendige Diskussion über die Notwendigkeit und Effektivität der Diagnostik in der KBT erzielt. Wir wünschen uns, dass dieses Instrument sowohl in die Weiterbildung des DAKBT als auch in die Ausbildung des ÖAKBT einfließt und von vielen KBT-TherapeutInnen erprobt wird. Letztlich möge sie uns alle unterstützen, die Therapie mit den PatientInnen ziel- und qualitätsorientiert zu gestalten.

1. Einführung

Die Konzentrierte Bewegungstherapie als körperpsychotherapeutische Methode braucht ein diagnostisches Handwerkszeug, welches ihrer körpertherapeutischen und psychodynamischen Orientierung gerecht wird.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) bildet eine gute Grundlage, mit der sich KBT-TherapeutInnen sprachlich und praktisch ein eigenes Bild von den Fähigkeiten und Einschränkungen ihrer PatientInnen machen können. KBT-TherapeutInnen müssen im Behandlungsteam mit anderen PsychotherapeutInnen sprachlich auf einer Ebene andocken können, d.h. sie müssen ihre Beobachtungen aus der KBT in eine gemeinsame Diagnostik-Sprache übersetzen lernen.

Um diese These zu untermauern, führte die AG-Diagnostik 2012 eine Befragung der Mitglieder im DAKBT bzgl. der OPD und der Diagnostik in der KBT im klinischen und ambulanten Setting durch. Folgende Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung 2012/2013 haben unsere Bemühungen zur Entwicklung einer KBT-spezifischen Diagnostik in Anlehnung an die OPD unterstützt:

- Die OPD wird im klinischen Setting zunehmend eingesetzt, allerdings noch wenig im KBT-Bereich.
- Eine KBT-spezifische Diagnostik wird bisher im klinischen Setting nicht umfangreich angewendet.
- Die bestehenden KBT-Dokumentationsinstrumente könnten mehr Aufwertung und Berücksichtigung erwarten.
- Kurze Diagnostik-Zeitfenster erfordern die Entwicklung kleiner überschaubarer Module.
- Die OPD-Diagnostik wird auch im ambulanten Setting von KBT-TherapeutInnen kaum angewandt.
- Für die OPD besteht hoher Weiterbildungsbedarf.

Diese Ergebnisse verstärken die berufspolitische Annahme, dass die KBT-Diagnostik auch ein Bild des KBT-Selbstverständnisses und damit eine Positionierung in der psychotherapeutischen Landschaft vermitteln hilft. Gleichzeitig verbindet sich damit der Wunsch, dass ihre Nutzung auch zur Verbesserung von qualitätsgerechter Anwendung der KBT beitragen möge.

In Anlehnung an Ausführungen des OPD-Arbeitskreises (OPD-2 2006 S. 28-34) treffen auch folgende Grundaussagen für die KBT zu:

- Der Prozess der Therapieplanung muss auf den Pfeilern Diagnostik, Zielformulierung sowie Ableitung von angemessenen therapeutischen Schritten ruhen.
- Diagnostik dient der Erfassung von kritischen Merkmalen wie auch von Ressourcen und Kompetenzen.

- Der Prozess von Diagnostik und Therapieplanung ist in ein interaktionelles Geschehen zwischen Therapeut und Patient eingebunden.
- Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik führt zur Identifizierung von dysfunktionalen Beziehungsmustern, inneren spannungsreichen Konfliktkonstellationen und strukturellen Bedingungen beim Patienten.
- Alle Befunde der jeweiligen Achsen sind lebensgeschichtlich determiniert und aufeinander bezogen zu betrachten. Sind also leidvolle Beziehungsgestaltungen eher konflikt- oder strukturbedingt ausgelöst worden?
- Die OPD-2 als klinischer Leitfaden will den Anwendern noch Spielraum für die Beurteilung lassen.
- Sie kann in der Aus- und Weiterbildung helfen, das Einüben von psychodynamischer und phänomenologischer Klassifikation zu trainieren.
- Sie kann zur Verbesserung der Kommunikation über psychodynamische Theorie wie auch die gemeinsame Anwendung im Behandlungsteam beitragen. In klinischen Arbeitssituationen liegen den KBT-TherapeutInnen manchmal OPD-2 Diagnosen vor, die für die KBT übersetzt werden müssen.
- Durch die Bestimmung von psychodynamisch relevanten Foki können die Ergebnisse zur Therapieplanung verwandt werden.
- Sie kann Grundlegendes für neue Forschungsinstrumente leisten.
- Achse I das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen
- Achse II die Beziehung mit ihren Gegenübertragungsgefühlen
- Achse III ein Konflikttrating
- Achse IV die Überprüfung der strukturellen Fähigkeiten in der Wahrnehmung, Steuerung, emotionalen Kommunikation und der Bindung zum Selbst und zu anderen
- Achse V die deskriptive Diagnose nach ICD-10

Die Sichtung der OPD-2-Manuale im Vergleich zu den KBT-Instrumenten – dem Dokumentationsbogen, den Skalen zur Prozessdiagnostik sowie dem Explorationsverhalten und der Selbstregulation – rief noch einmal unseren Respekt hervor. Die Forschungsgruppe um Klaus-Peter Seidler und Karin Schreiber-Willnow hat mit Unterstützung vieler KBT-KollegInnen wertvolle Instrumente zur Prozessdiagnostik entwickelt, die aufgrund ihrer Komplexität bisher jedoch nur in der Forschung und nicht in der Praxis genutzt werden.

Auch das Praxismanual zur klinischen Evaluation des Körpererlebens – die Körperbildliste (KB-L) (vgl. Küchenhoff/Agarwalla 2013) – lehnt sich an die OPD an und kann in der KBT eingesetzt werden. Im Wesentlichen bezieht sich diese Evaluation auf die Dimensionen: Wahrnehmen und Erleben der eigenen Körperlichkeit, der Bezugspersonen in ihrer Körperlichkeit, der körperlichen Kommunikation und Inanspruchnahme des Körpers zur psychischen Regulation. Das narrative Interview der KB-L erörtert diese Bereiche mit Fragen zu Erfahrungen aus dem alltäglichen Lebensbereich.

Insgesamt erfolgt die Diagnostik der OPD-2 über Manuale und Interviews. Die Manuale erheben in der

Die geringe Berücksichtigung des direkt beobachtbaren Körpererlebens in der OPD bildete einen Grund mehr für die AG, sich der Herausforderung zu stellen und eine KBT-Diagnostik in Anlehnung an die OPD zu wagen. Angesichts der Komplexität der gesamten OPD wurde zunächst nur die Achse IV, die Erhebung der strukturellen Fähigkeiten auf die KBT-Spezifika übertragen. Diese geben Aufschluss zur kognitiven Dimension der Selbst- und Objektwahrnehmung, zur Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezuges, zur Kommunikation nach Innen und Außen und zur Bindung an innere und äußere Objekte. Wenn die Fähigkeiten des Selbst hier ein geringes Integrationsniveau aufweist, folgt daraus eine eindeutige Konsequenz für die therapeutischen Haltung und den Behandlungsfokus.

Die Entwicklung der **Ankerbeispiele** mündete in die Kernfrage: Was lässt sich über die Beobachtung in KBT-Situationen als strukturelle Fähigkeit beschreiben im Vergleich zu den in Manualen erhobenen Selbstbeschreibungen der PatientInnen? Auf die Fragen – was sehen, hören, fühlen wir vom jeweiligen betroffenen Menschen, versuchte die AG, ein Standardangebot der KBT – *das Gehen* – im Rahmen dieser Achse durch Ankerbeispiele aufzugliedern. Der AG-interne Prozess der Ausdifferenzierung von Beobachtungen zur Selbst- und Objektwahrnehmung oder der Selbststeuerung und Regulierung beim Angebot – *Gehen im Raum* – wurde ein spannender Lernprozess. Die Einschätzung des Strukturniveaus von „gut integriert“ bis „desintegriert“ lässt sich an körperlichen und affektiven Reaktionen

in Kombination mit verbalen Äußerungen von PatientInnen vornehmen. Die nach dem Leitfaden aufgeführten Ankerbeispiele bilden demnach eine mögliche Form von Verhaltens-Schemata ab, die aber im biografischen oder aktuellen Kontext genauer interpretiert werden müssen. So bedürfen alle bedeutsamen Erfahrungen und Beobachtungen der gemeinsamen verbalen Aufarbeitung, um sie richtig einordnen zu können.

Die Auseinandersetzung mit den Ankerbeispielen im eigenen Arbeitskontext kann helfen, die eigene Beobachtung und Körperresonanz für eine Einschätzung der verschiedenen Strukturniveaus einzuordnen. Die Ergebnisse und Beobachtungen müssen jedoch in eine Gesamtdiagnostik einfließen.

Das Manual zur Erhebung und Beurteilung dieser Gesamtdiagnostik ist der **Leitfaden**. Er zeigt insbesondere den ambulant tätigen KBT-TherapeutInnen eine umfassende Liste von Fragen und Beobachtungskriterien auf und kann in dieser Form direkt in der Praxis angewandt werden. Auch in Kliniken tätige TherapeutInnen können sich entsprechend ihres Arbeitsprofils die notwendigen Teile ihrer Diagnostik herausnehmen. Der Leitfaden verbindet nach dem Erstkontakt die KBT-spezifischen Bereiche mit Elementen aus den OPD-Achsen Krankheitserleben, Beziehung, Konflikt und Struktur. Er ist wie folgt aufgebaut:

- I. [Erstkontakt mit Fragen aus der Achse I und anderen sozialanamnestischen Fragen, Ressourcen](#)
- II. [Körperselbst und Körperphänomene](#)

- III. Symbolisierungsfähigkeit
- IV. Therapeutisches Beziehungsgeschehen
- V. Strukturelle Fähigkeiten
- VI. Grundkonflikte und ihre Muster
- VII. Zusammenfassende Arbeitshypothese zur Krankheit und Problem-entwicklung, zum Konflikt und zur Beziehungsthematik

Für die Überprüfung des Körperselbst, des Körperbildes und des therapeutischen Beziehungsgeschehens liegen dem DAKBT/ÖAKBT wichtige Ausarbeitungen von Evelyn Schmidt (Leibbezogene Diagnostik) und Ulrike Schmitz (Anhaltspunkte zur gefühlshaften und körperlichen Reaktion auf PatientInnen) vor, die ergänzend in diese Überprüfung einbezogen werden können.

Im Folgenden finden Sie zunächst eine kurze Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen, die in unsere Überlegungen eingeflossen sind. Anschließend folgt eine Darstellung des *Leitfadens*, in der die Hintergründe sowie Ergänzungen zu den jeweiligen Punkten aufgeführt werden. Das nächste Kapitel umfasst die körperbezogene Umsetzung der *Ankerbeispiele* in Verbindung zu den strukturellen Fähigkeiten. Das Ende bilden eine Kopiervorlage des Leitfadens sowie Hinweise zur Literatur.

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen, die den Ausgangspunkt unserer Arbeit zur Diagnostik bilden, dargestellt. Es wird erläutert, wo sie in unseren Diagnostik-Leitfaden Eingang gefunden haben. Zunächst werden die bereits im DAKBT entwickelten Möglichkeiten zur diagnostischen Erfassung vorgestellt: die Skalen zur Prozessdiagnostik und der Dokumentationsbogen, entwickelt von Klaus-Peter Seidler, Karin Schreiber-Willnow, Anke Hamacher-Erbguth und Martin Pfäfflin (2004), die Leibbezogene Diagnostik von Evelyn Schmidt (2010) sowie die Erfassung der Gegenübertragungsreaktionen von Ulrike Schmitz (2012/2013). Nach der Darstellung des Körperbildskulpturtests von Peter Joraschky und Angela von Arnim (2009) wird der ICD-10 erläutert. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine kurze Beschreibung der OPD-2 (2006) sowie der Körperbild-Liste von Joachim Küchenhoff und Puspa Agarwalla (2013).

2.1 Skalen zur Prozessdiagnostik in der KBT und Dokumentationsbogen

Ab 2001 wandten sich Klaus-Peter Seidler, Karin Schreiber-Willnow, Anke Hamacher-Erbguth und Martin Pfäfflin im Rahmen der Forschungswerkstatt der Entwicklung einer KBT-spezifischen Prozessdiagnostik zu. Es wurden KBT-spezifische Prozess-Merkmale entwickelt, die

sich aus KBT-Therapiezielen erschlossen. Zunächst wurden sieben Skalen, später (2003) zwei weitere erarbeitet, die dem handlungsorientierten Charakter der KBT gerecht werden sollen.

1. Körperwahrnehmung
2. Bewegungsverhalten
3. Körperbegrenzung I (soziale Nähe-Distanzregulation), Körperbegrenzung II
4. körperliches Eigenerleben
5. Symbolisierungserfahrung
6. Körperbesetzung I (Zuneigung)
7. Körperbesetzung II (Kontrolle Dominanz)
8. Explorationsverhalten
9. Situative Selbstregulation.

Da es sich um Interaktionsanalysen handelt, wird auf die Notwendigkeit eines umfangreichen Beurteilungstrainings hingewiesen. Diese oben genannten Items mündeten zudem in die Entwicklung eines weiteren Instruments aus der Forschungswerkstatt – des neuen KBT-Dokumentationsbogen. Die neun Items bilden einen Handlungsleitfaden für die Behandlung. Ihre Dimensionen finden sich nun in den verschiedenen Bereichen unseres Leitfadens wieder. Sie helfen die Beobachtungen zu systematisieren, eine optionale Gewichtung und Bewertung der erreichten Ziele vorzunehmen. Im gemeinsamen Gespräch zu diesen Zielbereichen kann zu Beginn

der Therapie Bezug genommen werden auf die Selbsterfahrung im Alltag. Am Ende des Gesprächs kann ein gemeinsamer Zielfokus vereinbart werden, der wie ein roter Faden die folgenden Stunden durchzieht. Der Bogen kann auch mit den konkreten praktischen Wahrnehmungen und Erfahrungen in der Therapie am Ende zur Reflexion der Veränderung genutzt werden (vgl. Seidler, Schreiber-Willnow, Hamacher-Erbguth & Pfäfflin 2004).

2.2 Leibdiagnostik nach Evelyn Schmidt (2010)

Auf der Forschungswerkstatt 2010 stellte Evelyn Schmidt ihren Ansatz einer leibbezogenen KBT-Diagnostik vor. Sie sieht Körpererleben und Bewegungsmuster als Ausdruck von Beziehungserfahrungen. Neben den Ebenen des Symptoms, der Psychodynamik, der Struktur, des Konfliktes, den körperlich-geistig-seelischen Phänomenen werden systematisch z. B. der Körperausdruck, eine körperbezogene Biografie, die Beziehung des Körpers zum Raum, Körperschema sowie die Verkörperung von inneren Bildern und Zuständen diagnostisch erfasst. Lebensgeschichtlich wichtige Beziehungs-, Bindungs- und Körpererfahrungen werden prägend für innere Beziehungsszenen und aktuelle Erfahrungen als Substrate verkörperter Beziehungserfahrungen verstanden. Im Dialog zwischen PatientIn und TherapeutIn können diese wirksam werden und zu Arbeitshypothesen beitragen (vgl. Schmidt 2010). Aspekte ihrer Ausführungen finden sich im Punkt Körperselbst des Leitfadens wieder (siehe 3.4).

2.3 Anhaltspunkte zur gefühlshaf-ten und körperlichen Reaktion auf PatientIn oder Patient von Ulrike Schmitz (2012/2013)

Ulrike Schmitz hat für die Weiterbildung in der KBT ein Arbeitsblatt zur Fokusbildung auf die von TherapeutInnen wahrgenommene Beziehungsgestaltung und ihre körperlichen Reaktionen entwickelt. Diese Auflistung von 18 möglichen Körper- und Gefühlsreaktionen (Gegenübertragungsgefühle und Reaktionen) von TherapeutIn auf PatientIn, sowie Auffälligkeiten im Bemühen um die Angebotsgestaltung, können Orientierung geben für das Beziehungsgeschehen zwischen PatientIn und TherapeutIn (vgl. Schmitz 2012/2013). Sie kann ergänzend genutzt werden, um die sich entfaltende Beziehungsdynamik zu reflektieren und zu beschreiben. Im Leitfaden wird sie unter dem Punkt Erfassung des Beziehungserlebens (siehe 3.4) erfragt.

2.4 Körperbildskulpturtest nach Peter Joraschky und Angela von Arnim (2009)

„Der Körperbildskulpturtest wird als Verfahren zur Messung des Körperselbst, der ganzheitlichen Erfahrung des Körpers und indirekt als Maß für die Ich-Identität und Ich-Konsistenz eingesetzt“ (Joraschky & von Arnim 2009, S. 189). Im Körperbildskulpturtest modellieren die PatientInnen mit geschlossenen Augen eine menschliche Figur aus Ton oder Knete. Sie können ohne Zeitdruck so lange formen, bis sie subjektiv zu einem für sie optimalen Ergebnis gekommen sind. So fließen in das freie, spontan geschaffene Werk Empfindungen, Bilder und Konflikte zum eigenen Körperselbst ein.

Das Schließen der Augen eröffnet einen projektiven Raum, durch den unbewusste Anteile des Körpererlebens zum Ausdruck gebracht werden.

Die Auswertung erfolgt zunächst *quantitativ*; mit Hilfe eines Erfassungsbogens werden anatomische Elemente, Angaben zur Haltung, zur Körperachse oder zu Accessoires aufgelistet und unter den Dimensionen Proportionalität, Vollständigkeit oder Verbundenheit der Figur bewertet. Diese drei Dimensionen werden nach Joraschky/von Arnim (ebd., S. 187) auch als Maß für das Strukturniveau eingesetzt. Für die Körpertherapie gilt ihnen das Strukturniveau als wichtiges Indikationskriterium, da sich damit Hypothesen zum Schweregrad der Störungen im Körperselbst herleiten lassen.

Ein halbstrukturiertes Gespräch leitet die *qualitative* Analyse des Körpererlebens ein. Die Besprechung der Figur hat immer auch therapeutischen Charakter. Assoziierte Körperfantasien, Ängste und Erinnerungen, Vergleiche mit der eigenen Körperlichkeit mobilisieren unbewusste Impulse, die dann über die Besprechung einer Symbolisierung zugänglich werden. In diesem bedeutungsintensiven Dialog richten die PatientInnen den Blick und die Aufmerksamkeit auf den Körper in seiner Ganzheit. Auffälligkeiten oder fehlende Körperteile lösen häufig affektive Reaktionen, Körpergeschichten, Metaphern und Bilder aus.

Der Körperbildskulpturtest kann zu Beginn und am Ende der Therapie eingesetzt werden, um Veränderungsprozesse abzubilden. Für die Diagnostik in der KBT kann er damit wertvolle Hinweise zur Therapieplanung wie auch zur Wirksamkeit der Therapie vermitteln.

2.5 ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen

In der klinischen und ambulanten psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung stellt die Entwicklung und Anwendung diagnostischer Leitlinien einen Meilenstein in der weltweiten Klassifizierung psychischer Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten dar. Die Einführung dieses Instrumentes wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit einer umfangreichen Begleitforschung unterstützt. Aufgrund der besonderen Anforderungen bei der Klassifikation psychischer Störungen gab die WHO eine gesonderte offizielle Publikation heraus. Seit 1991 gilt die in Kapitel V des ICD-10 beschriebene Liste F0 – F9 für psychische Erkrankungen als verbindliche Kategorisierung. Die Kategorisierung umfasst z. B. alle organisch begründeten psychischen Störungen, Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, schizophrene, affektive, neurotische Störungen bis hin zu den vielfältigen Entwicklungs- sowie Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. Die OPD-2 verwendet die syndromal-deskriptiven Diagnosen des ICD-10 in ihrer Achse V (vgl. Arbeitskreis OPD 2006).

Häufig erhalten KBT-TherapeutInnen ärztliche Verordnungen von PatientInnen mit der ICD-Kennzeichnung des Krankheitsbildes. Damit erhalten sie erste Hinweise und Unterstützung für eine grobe Zuordnung des Störungsbildes oder bestimmter Auffälligkeiten. Der ICD-10 mit Kapitel V *Psychische Störungen* sollte daher zur Grundausstattung einer KBT-Praxis gehören.

2.6 Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

1992 wurde der Arbeitskreis „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ ins Leben gerufen. Das Ziel war und ist, zusätzlich zur deskriptiven Symptomdiagnose des ICD-10 noch eine psychodynamische Diagnostik zu entwickeln, die konkrete Hilfestellung zur Fokusbestimmung und Therapieplanung bietet (vgl. Arbeitskreis OPD 2006). Seit 2006 liegt das Ergebnis dieses Bestrebens als Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 vor und zählt mittlerweile in zahlreichen Kliniken im deutschsprachigen Raum zum Diagnostik-Standard.

Die OPD-2 umfasst vier psychodynamische Achsen und eine deskriptive Achse.

- Achse I „**Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen**“ dient der Erfassung der Motivation und Ressourcen sowie Beeinträchtigung der PatientInnen. Zentral ist hierbei die Frage: Welche Schwierigkeiten und welche Ressourcen liegen vor?
- Die zweite Achse „**Beziehung**“ erfasst die maladaptiven Beziehungsmuster. Basierend auf Übertragung und Gegenübertragung wird beobachtet: Wie interagiert der Patient bzw. die Patientin mit anderen?
- Die zentrale Frage von Achse III „**Konflikt**“ ist: Welche Motive bewegen die PatientInnen?
- Die vierte Achse „**Struktur**“ dient der Einschätzung der psychischen Struktur, also der „Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu den

inneren und äußeren Objekten“ (Arbeitskreis OPD 2006, S. 225).

- Die fünfte Achse stellt die **deskriptive Diagnose** im Sinne des ICD-10 oder DSM-IV dar.

Als Grundlage der Einschätzung für diese Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik dient ein teilstrukturiertes Interview (vgl. Arbeitskreis OPD 2006; Dahlbender & Tritt 2011). Damit erfasst die OPD-2 auf strukturierte Art und Weise Bereiche, die auch für uns KBT-TherapeutInnen zentral sind, und sich im **Phänomen** (Cserny & Tempfli 2006) zeigen: die Beziehungserfahrungen der PatientInnen, ihre strukturellen Fähigkeiten und Fertigkeiten und ihre inneren Konflikte.

Die psychodynamischen Achsen der OPD-2 beinhalten konkrete Hinweise zur Entwicklung des Therapiefokus, der therapeutischen Haltung und der Planung des therapeutischen Vorgehens. So gibt die Achse **Beziehung** Auskunft über Übertragungs- und Gegenübertragungsangebote der Patientin oder des Patienten – diese bewusst zu reflektieren hilft der Therapeutin oder dem Therapeuten, die Patientin oder den Patienten in der Interaktion alternative Beziehungsangebote und dadurch korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen. Aus der Diagnostik der **strukturellen Fähigkeiten** der PatientInnen lässt sich die therapeutische Haltung (z. B. unterstützend, als Hilfs-Ich, um strukturelle Fähigkeiten zu fördern oder z. B. konfrontierend, um innere Konflikte zu bearbeiten) ableiten. Sie hilft dabei, die PatientInnen weder zu über- noch zu unterfordern (vgl. Ehrental 2014; Rudolf

2009). Basierend auf dieser Diagnostik kann ein Fokus entwickelt werden, wobei zwischen konfliktorientiertem und strukturorientiertem Vorgehen unterschieden wird.

Die OPD-2 in die KBT-Diagnostik mit einzubeziehen, ist aus unserer Sicht nicht nur aufgrund der oben genannten Hilfestellungen zur Therapieplanung sinnvoll, sondern erleichtert auch die Kommunikation und den Austausch mit Angehörigen anderer Professionen, da die OPD-2 mittlerweile in vielen deutschsprachigen Kliniken zum Standard gehört.

2.7 Die Körperbild-Liste

Die von Joachim Küchenhoff und MitarbeiterInnen entwickelte Körperbild-Liste ist ein Instrument zur Analyse des Körpererlebens und der Einschätzung der strukturellen Fähigkeiten. Erste Überlegungen zur strukturierten Erfassung des Körpererlebens finden sich bereits im Anhang der OPD-2 als ergänzendes Modul. Auch in der aktuellen Fassung der Körperbild-Liste von Küchenhoff und Agarwalla (2013) zeigt sich ein starker Bezug zur Strukturachse der OPD-2. Grundlage der Einschätzung des Körpererlebens ist bei diesem Instrument ein teilstrukturiertes Interview, in dem gezielt Fragen zum Körpererleben gestellt werden. Die Einschätzung des Körpererlebens erfolgt anhand von vier Hauptdimensionen:

- Wahrnehmung und Erleben des eigenen Körpers,
- Wahrnehmung und Erleben der Bezugspersonen in ihrer Körperlichkeit,
- Körperliche Kommunikation,
- Inanspruchnahme des Körpers zur psychischen Regulation.

Wie in der OPD-2 wird das Strukturniveau als gut, mäßig, gering oder desintegriert eingeschätzt (vgl. Küchenhoff & Agarwalla 2013).

Die Arbeitsgruppe „KBT-Diagnostik“ hat sich intensiv mit der Körperbild-Liste auseinandergesetzt und auch in einem persönlichen, sehr befruchtenden Treffen mit Küchenhoff den Nutzen der Körperbild-Liste im Vergleich zu den eigenen Überlegungen, die Achsen Struktur, Konflikt und Beziehung für die KBT zu adaptieren, diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass Übereinstimmung mit ihm darin besteht, das Körpererleben (zu Beginn) in der Therapie zu erfassen. Nach unserer Einschätzung ist die Körperbild-Liste eine Ergänzung der Strukturachse der OPD-2, jedoch kein Ersatz, denn sie fördert die Dichotomie Körper-Seele/Geist. Während in der OPD-2 kognitive und affektive Inhalte erfragt werden, soll die Körperbild-Liste ergänzend körperliche Aspekte erfassen. Dies zeigt sich z. B. in der Kategorie „1.4. Toleranz für körperbezogene Affekte“. Zusätzlich zur in der Strukturachse der OPD-2 erfassten Fähigkeit, Affekte zu regulieren, sollen hier nun körperbezogene Affekte und ihre Regulation beurteilt werden. Diese Trennung in Affekte und körperbezogene Affekte erscheint uns zu einseitig. Wenig KBT-spezifisch erscheint uns außerdem das Vorgehen, das Körpererleben ausschließlich durch ein Interview, ohne Berücksichtigung des Phänomens, das sich in der Therapiesituation zeigt, zu erfassen.

Für den vorliegenden Leitfaden haben wir uns daher entschieden, uns direkt an der OPD-2 zu orientieren, da

wir davon ausgehen, dass sich über die phänomenologische Beobachtung in unseren KBT-Angeboten zahlreiche Hinweise auf die psychische Struktur der PatientInnen ergeben. Dies wird in Kapitel 4 ausführlich beschrieben.

3. Leitfaden mit Erläuterungen

In diesem Kapitel wird der Leitfaden, der von Clara Scheepers-Assmus erstellt und von der Arbeitsgruppe Diagnostik überarbeitet wurde, dargestellt. Im Anhang ist der Leitfaden als Kopiervorlage mit entsprechenden Freiräumen zum Ausfüllen zu finden.

Der Leitfaden umfasst eine ausführliche Liste von Fragen und Beobachungskriterien, die zur KBT-Diagnostik beitragen. Dieses Instrument soll sowohl ambulant tätigen KBT-TherapeutInnen als auch KBT-TherapeutInnen, die in Kliniken tätig sind, zur Unterstützung dienen. Der Leitfaden erfasst Informationen aus dem Erstkontakt, KBT-spezifische Bereiche und Elemente aus den OPD-2-Achsen Krankheitserleben, Beziehung, Konflikt und Struktur. Er ist wie folgt aufgebaut:

- I. *Daten zum Erstkontakt mit Fragen aus der Achse I und anderen sozial-anamnestischen Fragen, Ressourcen*
- II. *Körperselbst und Körperphänomene*
- III. *Symbolisierungsfähigkeit*
- IV. *Therapeutisches Beziehungsgeschehen*
- V. *Strukturelle Fähigkeiten*
- VI. *Grundkonflikte und ihre Muster*
- VII. *Zusammenfassende Arbeitshypothese zu Krankheit und Problementwicklung, zum Konflikt und zur Beziehungsthematik*

Zusätzlich zu diesen Bereichen ist es aus

unserer Sicht notwendig, biografische Daten zu erheben. Außerdem empfehlen wir im Verlauf des Behandlungsprozesses immer wieder eine Überprüfung der einzelnen Teile sowie der daraus abgeleiteten Hypothesen.

Achtung: Die blauen Abschnitte entsprechen den einzelnen Teilen aus dem Leitfaden.

3.1 Erstkontakt

Der Erstkontakt – das „Aufnahmegespräch“ – dient der Ermittlung grundlegender Daten der Patientin oder des Patienten, der Abklärung von Beschwerden, Ideen zum Krankheitskonzept, von Zielen und Wünschen an die KBT-Therapeutin bzw. an den KBT-Therapeuten und die Methode sowie der Ermittlung von Ressourcen und möglichen Veränderungswiderständen. Es wird davon ausgegangen, dass eine zusätzliche Anamneseerhebung, gesondert oder in der therapeutischen Situation, erfolgt.

Gleichermaßen ist es wichtig, klare Vereinbarungen zum Setting, zu Kosten, Therapiebeginn und gegebenenfalls probatorischen Sitzungen zu treffen. Dabei dürfen die neuen Gesetzesgrundlagen zur Transparenz von Mitteilungen über die PatientInnen nicht vergessen werden. Hier kann zum Abschluss des Gesprächs bzw. der probatorischen Sitzungen das im DAKBT entworfene Formular

„Dokumentation zur Aufklärung und Durchführung der beabsichtigten Konzentrativen Bewegungstherapie“ eingesetzt und von den PatientInnen unterschrieben werden.

Über das Gespräch hinaus kann natürlich KBT-spezifisch ein erstes Körper- oder

Symbolisierungsangebot dazu beitragen, den diagnostischen Blick für die therapeutischen Möglichkeiten mit den PatientInnen zu schärfen.

I. ERSTKONTAKT

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Telefon: Email:
Weitere Ärzte/Psychologen/Therapeuten:	
Klinikaufenthalte, Berichte:	
Vor- und Zusatzbehandlungen, Medikamente:	
Diagnosen:	
Familiäre Situation:	
Berufliche Situation/Tätigkeit:	
Krisenintervention:	
Besondere Vermerke:	
Biographische Anamnese, siehe Anlage	

- o Wie lange bestehen Beschwerden, was ist der Entschluss, jetzt in die Therapie zu kommen?
- o Krankheitserleben der Patientin/des Patienten, Ideen zum eigenen Krankheitskonzept
- o Ersteindruck: äußeres
- o Erscheinungsbild, wie verläuft der Erstkontakt, körperliche Besonderheiten, Auffälligkeiten z. B. in Atem, Haltung, Blick, Mimik, Sitzposition, Spannungszustand
- o Erste Informationen zu Zielen und Wünschen an die Therapie:
- o Wer/was könnte im Therapieprozess helfen – Ressourcen – wer/was kann trösten, unterstützen?
- o Wer/was könnte notwendige Veränderungen hemmen?
- o Ersteindruck zu Reaktionen bei einfachem KBT- Angebot: Körperwahrnehmung, Raumwahrnehmung, Selbstobjekt, Gehen im Raum, Symbolisierungsfähigkeit

Vereinbarungen: Anzahl probatorischer Sitzungen, Therapiebeginn und Setting

3.2 Körperselbst und Körperphänomene

Für das Verständnis des Körpererlebens und der Entwicklung des Körperselbst müssen sich KBT-TherapeutInnen mit den kindlichen Entwicklungsgeschichten ihrer PatientInnen befassen. Der aktuelle leibhaftige Ausdruck von aktuellen Haltungs- und Bewegungsmustern basiert auf vielschichtigen Erfahrungen mit der Umwelt und bedeutsamen Menschen. Küchenhoff und Agarwalla betonen in ihrem Buch *Körperbild und Persönlichkeit* (2013): „Die Erfahrungsbildung, also die Repräsentation von Erfahrungen, bedient sich einerseits des Körpererlebens, andererseits der Verbalsprache. Beide Formen der Erfahrungsbildung sind beim Erwachsenen gleichzeitig vorhanden. Damit sie sich ausbilden können, ist die Beziehung von Lebensbeginn an entscheidend: Wichtige Bezugspersonen helfen dabei, Erfahrungen zu integrieren und Repräsentationen von Erfahrungen miteinander

zu vernetzen“ (ebd., S. 18). Die KBT als Körperpsychotherapie kann diesen Prozess neu beleben und den PatientInnen helfen, neue Erfahrungen lebendig werden zu lassen und sie in das eigene Erfahrungsrepertoire zu integrieren und damit alte, negative Erfahrungen zu überschreiben.

Das Erleben des eigenen Körpers bedarf struktureller Grundfähigkeiten der Wahrnehmung und Kognition, der Selbstregulation, der Kommunikation sowie emotionaler Fähigkeiten, die im Leitfaden im Abschnitt V abgebildet sind. Ein gut integriertes Körperselbst bedeutet dabei nach Rudolf (2006), dass die Kommunikation nach Innen und das Körpererleben lebendig erscheinen und die Patientin bzw. der Patient den eigenen Körper in Bezug auf Alter, Geschlecht, Gesundheit, Attraktivität realitätsgerecht beschreiben kann.

Die Terminologie rund um die Grundbegriffe Körperselbst, Körpererleben,

Körperbild sind in den letzten Jahren vielfältig diskutiert und mit weiteren Begriffen untermauert worden. Diese Diskussion soll hier nicht fortgeführt werden. Für KBT-TherapeutInnen sind zentrale Diagnostik- und Therapieansätze, die Arbeit am Körperbild, die Beobachtung und Differenzierung von Körperphänomenen, die Verknüpfung von Körper selbstwahrnehmung und biografischen Erinnerungen und die Entwicklung eines Selbstverständnisses, welchen Einfluss das eigene Körperbild auf Verhalten, Persönlichkeit und Beziehungsgestaltung hat.

Im Abschnitt II des Leitfadens, der im Folgenden dargestellt ist, fokussieren wir

ergänzend zu den Beobachtungen der strukturellen und Beziehungsfähigkeiten konkret auf die *Körperphänomene*. Dabei soll hier explizit keine Trennung von leib- und seelischen Phänomenen vorgenommen werden, sondern die Körperphänomene sollen als Ausdruck leibseelischer Beziehungserfahrung beobachtet und verstanden werden.

Alternativ bzw. ergänzend kann die Leibdiagnostik nach Schmidt (2010), die Körperbild-Liste nach Küchenhoff & Agarwalla (2013) oder der Körperbildskulpturtest nach Joraschky & von Arnim (2009) genutzt werden.

II. KÖRPERSELBST UND KÖRPERPHÄNOMENE

- a. Besonderheiten aus der körperbezogenen Biografie (Berührungs-, Grenzerfahrungen u.a.)
- b. Besonderheiten aus der Krankheitsgeschichte
- c. Auffälligkeiten in der Haltung, Mimik, Gestik, Atmung und andere vitale Anzeichen
- d. Auffällige belebte und unbelebte Körper-Teile/Seiten der Patientin bzw. des Patienten
- e. Beobachtungen zu Rhythmus, Kraft, Koordination und Tempo von Bewegungsabläufen
- f. Gibt es Seitendifferenzen?
- g. Kann sich die Patientin bzw. der Patient im Raum ausdehnen, Raum nehmen? Zeigen sich zurückhaltende, vermeidende oder anspannende Bewegungen in der Haltung, im Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen?
- h. Ist die Wahrnehmung mehr nach innen oder nach außen gerichtet?
- i. Wie erlebt die Patientin bzw. der Patient die Beziehung zum Boden, zur Wand und zu Gegenständen?

- j. Zeigen sich unterschiedliche Stimmungen, Affekte auf der Körperebene?
- k. Auffälligkeiten im Körperkontakt, wird der Kontakt gesucht oder eher gemieden, Nähe-Distanz-Verhalten?
- l. Andere körperliche Auffälligkeiten und Phänomene

Zusammenfassend: Wie erlebe ich die Patientin in ihrer Körperlichkeit bzw. den Patienten in seiner Körperlichkeit? Wie erleben sich diese selbst in ihrer Körperlichkeit?

3.3 Fähigkeit zur Symbolisierung

Neben der Körperarbeit gilt der therapeutische Umgang mit Gegenständen als Symbolen als ein wesentliches Kernelement der KBT. Die Symbolisierungsarbeit dient in der KBT immer gleichzeitig diagnostischen und therapeutischen Zwecken.

Im Symbol kann Gegenwärtiges, Vergangenes und Zukünftiges gleichzeitig erfahren werden. Häufig helfen Gegenstände, einen tieferen Einstieg in den therapeutischen Prozess zu begleiten. In der KBT nimmt die symbolisierende Umsetzung von psychischen Inhalten, die den PatientInnen noch nicht bewusst zugänglich sind, großen Raum ein. Die symbolische Handlung hat eine vermittelnde Funktion zwischen unbewussten Regungen, Bedürfnissen, Affekten, Trieben und Konflikten und dem bewussten Erleben. Die Fähigkeit, symbolisieren zu können, hängt sehr von der früh erworbenen Fähigkeit der Mentalisierung ab. Diese zu fördern und zu erweitern, gehört zum therapeutischen Reifungs- und Entwicklungsprozess, den im Besonderen die KBT mit ihrer Symbolisierungsarbeit auf verschiedenen Ebenen sehr eindrücklich nachvollziehbar unterstützen kann.

- a. Symbolisierung auf der leiblichen Ebene: der symbolisierte Ausdruck von Körperphänomenen, das psychosomatische Verstehen von Erkrankungen, aber auch die leibhaftige Symbolisierung durch spontane Inszenierung von Handlungssequenzen
- b. Symbolisierung von affektbesetzten Situationen, Konflikten oder bildhaften Vorstellungen, mit verschiedenen Gegenständen
- c. Symbolisierung der Selbstwahrnehmung eigener innerer Anteile sowie die Umsetzung der Wahrnehmung bedeutsamer Menschen/Objekte mit deren Persönlichkeitsanteilen

Daher wurde für den Leitfaden die Struktur der körper-, affekt- und objektbezogenen Symbolisierung gewählt. Gegenstände können dabei konkret, leibhaftig erfahrbar werden, gleichzeitig auch eine individuelle Bedeutung zugesprochen bekommen, die mit den Sinnen nicht wahrnehmbar ist, sondern einem inneren Empfinden Ausdruck verleihen.

III. SYMBOLISIERUNGSFÄHIGKEIT

Körperbezogene Dimensionen der Symbolisierung

- o Kann ein Körperbild mit KBT-Materialien oder Knetmaterial gestaltet werden?
- o Versteht die Patientin bzw. der Patient den symbolhaften Ausdruck der eigenen Gestaltung?
- o Können eigene Körpersymptome symbolisch verstanden werden?

Affektbezogene Symbolisierung

- o Können eigene Gefühle, Affekte, Stimmungen, Bedürfnisse durch Materialien und Gegenstände symbolisiert werden?
- o Können eigene Affekte durch symbolhaftes Handeln z. B. Perspektivenwechsel/ Handeln auf Probe beeinflusst oder verändert werden?
- o Kann die Patientin bzw. der Patient im Kontakt mit Materialien innere Erfahrungen lebendig werden lassen?

Objektbezogene Symbolisierung

- o Kann die Patientin bzw. der Patient eigene innere Anteile symbolisch darstellen?
- o Kann er/sie Symbole zu den für ihn/sie bedeutsamen Menschen finden?
- o Kann er/sie Anteile dieses Menschen aufgliedern, symbolisieren und besetzen?

Zusammenfassende Beschreibung der Symbolisierungsfähigkeit:

3.4 Beziehungsdynamik

Die Überprüfung der Beziehungsdynamik nach OPD-2 (vgl. Arbeitskreis OPD 2006) umfasst vier zentrale Fragen:

- Wie erlebt die Patientin bzw. der Patient andere immer wieder?
- Wie erlebt sie/er sich selbst immer wieder?
- Wie erleben andere sie/ihn?
- Wie erleben andere (auch die oder der Untersuchende) sich selbst im Kontakt mit ihr/ihm und welche unbewusste Antwort wird ihnen nahegelegt?

Die Beantwortung dieser Fragen führt in einen Kreisschluss, das sogenannte Zircumplexmodell (vgl. Arbeitskreis

OPD 2006, S. 195ff.), an dem erkennbar wird, welche sich wiederholenden Beziehungsmuster die Patientin bzw. der Patient unbewusst immer wieder konstellierte. Während Antworten auf die ersten beiden Fragen aus dem hergeleitet werden können, was die Patientin bzw. der Patient über sich und andere äußert, zielen die letzten beiden Fragen auf die Gegenübertragung ab. Hier ist für die KBT die eigene körperliche Gegenübertragung ein unerlässliches Instrument. Hilfestellung zur Erfassung der eigenen Gegenübertragung findet sich in einem Beitrag von Ulrike Schmitz (2012/2013). Anhand eines Fragebogens können hier Gegenübertragungsreaktionen

nachvollzogen werden. Die Erfassung des Beziehungsgeschehens und der sich wiederholenden Muster ist deshalb wichtig, um auf die unbewusst erwartete Antwort

im Sinne einer korrigierenden emotionalen Erfahrung anders/neu reagieren zu können und damit das dysfunktionale Beziehungsmuster zu unterbrechen.

IV. THERAPEUTISCHES BEZIEHUNGSGESCHEHEN

- o Welche Beziehungsangebote macht der Patient/die Patientin?
- o Wie erlebt die Patientin/der Patient andere Personen im Kontakt? Wie reagiert sie/er darauf?
- o Welche Gefühle und ggf. spontanen Affekte werden von der Patientin/dem Patienten ausgedrückt und was lösen sie in mir aus?
- o Welche Beziehungsdynamik entwickelt sich?
- o Was sehe, höre, fühle ich – wie ist die eigene Körperresonanz?

Zusammenfassende Beschreibung der Beziehungsdynamik:

3.5 Strukturelle Fähigkeiten

In der OPD-2 erfolgt die Einschätzung der strukturellen Fähigkeiten anhand eines Interviews. Es ist aus unserer Sicht jedoch möglich und sogar eine wertvolle Ergänzung und Bereicherung, diese Einschätzung anhand der Phänomene, die sich in KBT-Angeboten zeigen, vorzunehmen. Hier kommt einmal mehr die Bedeutung des Gestaltkreises von Victor von Weizsäcker (modifiziert von Helmuth Stolze 1972) zum Tragen: Im Phänomen zeigt sich der Ausdruck der gesamten psychischen Repräsentanzen (symbolisierte Erfahrungen), d.h. die PatientInnen werden sowohl auf der sensomotorischen, emotionalen als auch auf der gedanklich/sprachlichen Ebene wahrgenommen (vgl. Cserny & Tempfli 2006). Alle Beobachtungen müssen jedoch im Kontext der individuellen Biografie und unter Berücksichtigung

einer Zeitachse verstanden werden. Das bedeutet z. B. dass der Rückzug einer Patientin beim Gehen im Raum einen aktuellen Grund haben kann, der im anschließenden Gespräch in seiner Bedeutung reflektiert wird und somit nicht als Hinweis auf eine strukturelle Einschränkung fehlinterpretiert werden darf.

Um (angehenden) KBT-TherapeutInnen die Auseinandersetzung mit der Strukturachse der OPD-2 zu erleichtern, wurden Ankerbeispiele ausgearbeitet, die aufzeigen sollen, wie eine Einschätzung des Strukturniveaus anhand von KBT-Angeboten und anschließender Reflexion im Gespräch möglich ist. Diese Ankerbeispiele sind im nächsten Kapitel zu finden. Sie bilden selbstverständlich keine allumfassende Liste aller möglichen Reaktionen ab, sondern sollen dazu beitragen, besser zu verstehen, was mit den einzelnen strukturellen Fähigkeiten

des OPD-2 gemeint ist und wie sich diese im Phänomen zeigen können.

Die Einschätzung der strukturellen Fähigkeiten der PatientInnen gibt wichtige Hinweise auf die notwendige therapeutische Haltung. Rudolf (2009) beschreibt hierzu vier therapeutische Grundhaltungen:

- **„sich hinter den Patienten stellen“:** Der Therapeut teilt die Sicht des Patienten, unterstützt durch Containing, stellt die eigene Wahrnehmung zur Verfügung, vermeidet Schaden durch Vorsorgen und Unterstützung.
- **„sich neben den Patienten stellen“:** Im Sinne der „geteilten Aufmerksamkeit“ nimmt die Therapeutin eine dritte Position ein, sie vermittelt zwischen dem Patienten und seinen Objekten, übt Einsicht und Reflexion mit ihm.
- **„sich dem Patienten gegenüber stellen“:** Der Therapeut gibt Rückmeldung

durch Spiegelung, konfrontiert die Patientin mit eigenen Anteilen, eigener Verantwortung und betont das Anders-Sein des Gegenübers.

- **„dem Patienten vorausgehen“:** Die Therapeutin nimmt eine antizipatorische Position ein, antizipiert anstehende Entwicklungen und Aufgaben und teilt diese mit.

Je stärker strukturelle Defizite in der Diagnostik deutlich werden, desto wichtiger ist es, jene Fähigkeiten, die sich in der Geschichte der PatientInnen noch nicht entwickeln konnten, zu fördern und eine unterstützende, nicht konfrontierende Haltung einzunehmen, um Überforderung zu vermeiden. Zu beachten ist dabei, dass die strukturellen Fähigkeiten selbstverständlich nicht unabhängig von den Achsen Konflikt und Beziehung zu betrachten sind, sondern sich wechselseitig beeinflussen.

V. STRUKTURELLE FÄHIGKEITEN

1a. Selbstwahrnehmung (kognitive Ebene)

- Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstbeschreibung
- Fähigkeit eigene Gefühle differenziert wahrzunehmen und zu beschreiben
- „Bandbreite“ an Affekten
- Konstanz und Kohärenz des Selbstbilds, der körperlichen Identität, der Rolle Mann/Frau

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

1b. Objektwahrnehmung

- o Eigene Gedanken, Bedürfnisse, Impulse von denen anderer unterscheiden können, Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich
- o Realitätsgerechte, ganzheitliche Wahrnehmung anderer Personen mit unterschiedlichen Interessen, Bedürfnissen, Eigenschaften, eigener Geschichte
- o Realitäts- und situationsangemessene Einschätzung der Interessen, Bedürfnisse und Grenzen anderer

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

2a. Selbststeuerung /Selbstregulierung (Regulationsebene)

- o Sich von Impulsen distanzieren, diese steuern und integrieren
- o Sich selbstverantwortlich als UrheberIn des eigenen Handelns erleben können
- o Steuerung eigener Affekte, sozialverträgliche Regulierung von Affekten
- o Umgang mit Kränkung, sich distanzieren können und Selbstwert regulieren können

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

2b. Regulierung der Beziehungen

- o Beziehungen vor eigenen störenden Impulsen schützen
- o Eigene Interessen in Beziehungen aufrechterhalten
- o Respekt und Achtung der Interessen anderer
- o Die Reaktion anderer einfühlsam vorausahnen können und zur Handlungssteuerung nutzen

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

3a. Emotionale Kommunikation nach innen (emotionale Ebene)

- o Fähigkeit, Affekte in sich entstehen zu lassen und zu erleben, auszudrücken
- o Fantasien entwickeln zu eigenen emotionalen Zuständen und der eigenen Leiblichkeit
- o Über Fantasien zu kreativen Lösungen und zu kommunikativen Handlungsentwürfen kommen
- o Die eigene Körperwahrnehmung bzw. das Körper selbst emotional beleben, den eigenen Körper realitätsgerecht wahrnehmen

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

3b. Emotionale Kommunikation mit anderen

- o Fähigkeit zur emotionalen Kontaktaufnahme zu anderen, Wir-Gefühl
- o Fähigkeit, ein breites Spektrum an Emotionen im Kontakt auszudrücken
- o Wahrnehmung der körperlichen Signale anderer, Fähigkeit zur Empathie

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

4a. Bindung an innere Objekte (Bindungsebene)

- o Vorhandensein von positiven Selbst- und Objektrepräsentanzen
- o Positive Introjekte nutzen: für sich sorgen, sich beruhigen, trösten, helfen, schützen, für sich eintreten
- o Variable und trianguläre Bindungen, unterschiedliche innere Objektqualitäten im Bezug zu den verschiedenen Beziehungen

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

4b. Bindung an äußere Objekte

- o Sich emotional an andere binden können (Empfinden von Dankbarkeit, Fürsorge, Schuld), Beziehungen pflegen und aufrechterhalten)
- o Fähigkeit, Hilfe anzunehmen; wohlwollende Unterstützung, Versorgung, Sorge, Anleitung, Entschuldigung von anderen annehmen können
- o Sich aus Bindungen lösen und Abschied nehmen können

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

3.6 Konfliktmuster

In Anlehnung an die dritte Achse des OPD-2 umfasst auch unser Leitfaden die Überprüfung der inneren Konfliktmuster. Anzumerken ist, dass sich die Arbeitsgruppe Diagnostik nicht im Speziellen mit dieser Achse auseinandergesetzt hat. Hier wäre es sicherlich noch möglich, KBT-spezifische Ergänzungen hinsichtlich Erfassung der Konflikte wie auch Bearbeitung der einzelnen Konflikte in KBT-Angeboten auszuarbeiten.

Unterschieden wird zwischen psychodynamischen, zeitlich überdauernden Konflikten, den sogenannten repetitiv-dysfunktionalen Konflikten und dem Aktualkonflikt.

Die **repetitiv-dysfunktionalen Konflikte** beschreiben innere Konfliktmuster, bei denen meist unbewusst gegensätzliche Motive aufeinanderprallen und so zu erhöhter Anspannung führen. Diese psychodynamischen Konflikte entstehen aus konflikthafter Beziehungserfahrungen und ungelösten Entwicklungsaufgaben. Die unbewussten Konflikte führen immer wieder zu ähnlichen maladaptiven Verhaltensmustern im Sinne einer „neurotischen Fixierung“.

In der OPD-2 werden sieben zeitlich überdauernde Konflikte beschrieben:

- Individuation versus Abhängigkeit
- Unterwerfung versus Kontrolle
- Versorgung versus Autarkie

- Selbstwertkonflikt
- Schuldkonflikt
- Ödipal-sexueller Konflikt
- Identitätskonflikt (Identität versus Dissonanz)

Als **Aktualkonflikt** werden im Gegensatz dazu innere oder äußere aktuelle konflikthafte Belastungen bezeichnet. Diese konflikthaften Belastungen sind bewusst und einer Bearbeitung

zugänglich. Sie sind oft der Auslöser für die Therapiesuche.

Das Vorhandensein innerer, unbewusster psychodynamischer Konflikte ist an bestimmte strukturelle Fähigkeiten gebunden. Liegt also eine ausgeprägte strukturelle Störung vor, können meist keine klassischen repetitiv-dysfunktionalen Konflikte beschrieben werden, sondern lediglich **Konfliktschemata**.

VI. GRUNDKONFLIKTE UND IHRE MUSTER (nach OPD-2 2006)

Welche dysfunktionalen Konflikte werden in der therapeutischen Beziehung und Arbeit deutlich?

Repetitiv dysfunktionale Konflikte:

- Individuation versus Abhängigkeit
- Unterwerfung versus Kontrolle
- Versorgung versus Autarkie
- Selbstwertkonflikt
- Schuldkonflikt
- Ödipaler Konflikt
- Identitätskonflikt

Aktualkonflikt:

Konfliktschemata und Konfliktverarbeitung

3.7 Zusammenfassende Arbeitshypothesen

Aus allem, was bis hierher zur Patientin oder zum Patienten zusammengetragen wurde, kann nun eine Hypothese entwickelt werden: wie es dazu kam, dass sie oder er im Alltag nicht mehr zurechtkam und die KBT aufsuchte, welche Stärken und Schwächen zu berücksichtigen sind und mit welcher therapeutischen

Grundhaltung dieser Prozess begleitet werden muss. Aus der Arbeitshypothese wiederum kann der Fokus abgeleitet werden.

Der implizite Fokus meint das gemeinsame Thema, das sich durch die Bereiche Symptomatik, Auslösesituation, Lebenssituation, Biografie, Körperphänomene, Symbolisierungsfähigkeit, strukturelle Fähigkeiten und damit auch

in den Beziehungserfahrungen von TherapeutIn-PatientIn widerspiegelt. Dies kann therapeutisch als hypothetische Grundannahme genutzt werden, um die Problematik der Patientin oder des Patienten zu erfassen. Nach Udo Boessmann und Arno Remmers (2010) steckt darin der implizite, unbewusste Auftrag. Demnach ist die Abstimmung von explizitem Fokus (Therapieziel PatientIn) und des impliziten Fokus (durch TherapeutIn) für die Therapie notwendig (vgl. Kühnel

2014). Bei der Formulierung des Therapieziels sollte neben der realistischen Einschätzung der möglichen Ziele auch die Zeit (voraussichtliche Anzahl der Stunden) im Ansatz formuliert werden und mit der Patientin bzw. dem Patienten besprochen werden. Es ist immer wieder möglich, dass sich die Zielsetzung verändert, daher ist die Arbeitshypothese auch wirklich als solche zu betrachten. Sie sollte regelmäßig überprüft werden.

VII. Zusammenfassende Arbeitshypothese zu Krankheit und Problementwicklung, zum Konflikt und zur Beziehungsthematik

- o Hypothese zur Entwicklungsgeschichte der Störung
- o Was sind entwicklungsbedingte Defizite und Ressourcen?
- o Welche therapeutische Grundhaltung ist notwendig (insbesondere bei strukturellen Störungen)?
- o Welche Ziele hat die Patientin bzw. der Patient; expliziter Fokus?
- o Welche Ziele habe ich als TherapeutIn; impliziter Fokus?
- o Arbeitshypothese und vorläufige Diagnose

4. Ankerbeispiele

Die Einschätzung der strukturellen Fähigkeiten und Defizite nach OPD-2 ist aus unserer Sicht anhand von KBT-Angeboten möglich.

Die vorliegende Übersicht der einzelnen strukturellen Fähigkeiten gibt hierfür für jede einzelne Kategorie ein Beispiel. Die Beispiele beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf das KBT-Angebot „Gehen im Raum“, das im Folgenden beschrieben wird.

Die einzelnen Angebotsteile verstehen sich dabei als Vorschläge, die, ähnlich einem teilstrukturierten Interview, von der KBT-Therapeutin entsprechend der therapeutischen Situation adaptiert werden können.

Mit den Ankerbeispielen sollen nicht konkrete Situationen im Sinne einer „einzig möglichen Reaktionsweisen“ wiedergegeben werden, sondern „Bilder“ der strukturellen Fähigkeit je nach Integrationsniveau erzeugt werden.

Zu beachten ist, dass es zur Veranschaulichung der einzelnen Kategorien zu einer künstlichen Trennung zwischen den einzelnen Kategorien kommt. Auch sind die strukturellen Fähigkeiten nicht unabhängig von Konflikt und Beziehung zu sehen.

Achtung! Wir betonen auch an dieser Stelle noch einmal, dass die Beobachtungen erst durch das Reflexionsgespräch

und unter Berücksichtigung von Biografie und Zeitachse annähernd objektiv und realistisch eingeordnet werden können.

Angebot: Gehen im Raum

- Schauen Sie sich im Raum um und gehen Sie durch den Raum.
- Nehmen Sie den Raum, seine Größe, den Boden, die Wände, die Gegenstände und die Personen, die mit Ihnen im Raum sind, wahr.
- Nehmen Sie sich selbst wahr. Wie haben Sie Kontakt zum Boden, wie spüren Sie sich in Ihren Füßen, Knien usw.
- Wie ist Ihre momentane Körperhaltung, gibt es Unterschiede zwischen rechts und links...
- Wie ist die Art Ihres Gehens, Ihr Tempo, Ihr Schrittmaß... Was ist das Besondere an Ihrer Gangart im Moment?
- Was hat Ihr momentanes Körperempfinden mit Ihrer Stimmung zu tun?
- Können Sie sich auf das Gehen einlassen oder sind Sie innerlich mit anderen Dingen beschäftigt?
- Probieren Sie verschiedene Orte im Raum aus. Nehmen Sie verschiedene Perspektiven ein und nehmen Sie dabei Ihre Körperresonanz wahr.
- Was weckt Ihr Interesse, was meiden Sie, was ist Ihnen vertraut, was weckt

positive oder negative Gefühle, Erinnerungen, Fantasien?

- Nehmen Sie die anderen wahr. Gehen Sie mit jemandem und lösen Sie sich wieder.
- Gehen Sie zu zweit, zu dritt, zu mehreren und dann auch wieder für sich.

Die Beschreibung der Integrationsniveaus für die einzelnen Bereiche basiert, soweit nicht gesondert angegeben, auf die OPD-2 (Arbeitskreis OPD 2006).

1. Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung

1.1 Selbstreflexion

Bei dieser Kategorie geht es um die kognitive Dimension.

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p>Welches Bild hat die Patientin von sich selbst, von ihren Fähigkeiten, von dem, was sie ausmacht?</p> <p>Kann die körperliche Erregung als Ausdruck inneren Bewegt-Seins wahr- und ernstgenommen werden?</p>	<p>Gut integriert</p> <p>„Der eigene Körper ist lebendiger und integrierter Bestandteil des Selbstlebens“ (Boesmann & Remmers 2010, S. 43).</p> <p>Die Fähigkeit, den Blick auf die eigene Person und die eigene Innenwelt zu richten, ist vorhanden. Es kann realitätsgerecht wahrgenommen werden, was für ein Mensch man ist und was in einem vorgeht. Dies kann sprachlich differenziert werden. Hierbei ist von Bedeutung, wie durchgängig verfügbar die Selbstwahrnehmung ist.</p>	<p>Auf Befragen kann Frau L. beschreiben, wie sie sich an unterschiedlichen Orten im Raum fühlt, sie kann Körperempfindungen im Gehen beschreiben und auch leibseelehmische Zusammenhänge bemerken, die im Kontext zu Veränderungen der Szene stehen, z.B. Frau L. äußert sich darüber, dass es in einer Erstsituation für sie unüblich ist, in alle Schubläden/Fächer hineinzusehen, sie freut sich beim Anblick von Gegenständen und kann das auch beschreiben.</p>
	<p>Mäßig integriert</p> <p>Der „Patient hat wenig Interesse, über sich nachzudenken. Selbstreflexion richtet sich v.a. auf das handelnde Selbst (was Patient gesagt und getan hat); das Selbstbild wirkt vergrößert. Es fällt schwer, treffende sprachliche Begriffe zu finden“ (OPD-2 2006, S. 432).</p>	<p>Frau P. nimmt beim Gehen durch den Raum, wenig Blick und/oder spürbaren Kontakt zu den Dingen im Raum auf. Die Untersucherin hat den Eindruck Frau P. bemüht sich, „richtig“ zu gehen. Sie ist schnell fertig mit dem Gehen und bemerkt, sie habe „die Übung ja gemacht“. Sie äußert wenige Assoziationen zu den Gegenständen und es fällt ihr schwer, ihre Wahrnehmung in Worte zu fassen.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Selbstreflexive Wahrnehmung ist kaum möglich. Der Patient kann auch mit Unterstützung der Therapeutin kein kohärentes Bild von sich und seiner inneren Situation entwerfen. Widersprüchliche Selbstaspekte stehen nebeneinander. Es fehlt die Begriffssprache für innere Vorgänge.</p>	<p>Herr B. steht bewegungslos mit verschränkten Armen und leerem Blick im Raum und kann trotz Unterstützung wenig Angaben machen, wie er sich in dieser Situation erlebt. Evtl. entwertet er mit Worten wie z. B. „was soll das hier?“ oder äußert, dass er nicht weiß, was er jetzt tun soll.</p>
	<p>Desintegriert Die Selbstschilderung ist unverständlich, erzeugt das Gefühl der Beliebigkeit, die Realität bezogenheit fehlt. Das „Selbstbild wirkt wenig authentisch, u.U. entliehen, abwegig. Sprachlich befremdliche widersprüchliche Formulierungen“ (vgl. <i>OPD-2 2006</i>, S. 432).</p>	<p>Frau S. beschreibt entweder ihr Gehen auf eine für die Therapeutin nicht nachvollziehbare Art und Weise, oder sie schweigt ganz oder sie ergeht sich in einer weitschweifigen Schilderung des Gehens „im Allgemeinen und Besonderen“.</p>

1.2 Affektdifferenzierung

Auch hier geht es um die kognitive Dimension. Die Kategorie „Affektdifferenzierung“ steht in enger Verbindung zur Kategorie „Affekte erleben“. Bei Affektdifferenzierung liegt der Schwerpunkt auf der Frage, welche Bandbreite an Affekten die PatientInnen wahrnehmen und benennen können, während bei „Affekte erleben“ die Intensität der erlebten Affekte im Vordergrund steht.

Während in der OPD in dieser Kategorie lediglich Affekte im engeren Sinn verstanden werden, beziehen wir in diese Kategorie auch körperliche Empfindungen, wie beispielsweise „es wird mir ganz eng“ ein, da diese für uns Ausdruck der Affekte und somit untrennbar mit ihnen verbunden sind.

In der OPD-2-Definition wird bei dieser Kategorie zwischen positiven und negativen Affekten unterschieden. Die Autorinnen lehnen diese Kategorisierung ab, da kein Affekt an sich positiv oder negativ zu bewerten ist. Die von der OPD-2 als „negative Affekte“ bezeichneten Gefühle werden hier als „schwer aushaltbar“ bezeichnet.

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Welche Gefühle werden über die Körperebene wahrgenommen und unterschieden?</i></p> <p><i>Werden Affekte körperbezogen wahrgenommen und integriert?</i></p>	<p>Gut integriert „Affekte können trotz konflikthafter Einschränkungen differenziert wahrgenommen werden und sind handlungssteuernd“ (OPD-2 2006, S. 432). Im Erleben überwiegen Affekte wie Freude, Neugier und Stolz. Schwer aushaltbare Affekte wie Angst, Verachtung, Ärger, Ekel, Trauer, Schuld und Scham haben große Variabilität.</p>	<p>Frau L. benennt Neugier und Freude beim Entdecken des Raumes der Gegenstände und kann Ekelgefühle beim Berühren eines glitschigen Gegenstandes benennen.</p>
	<p>Mäßig integriert „Affekte werden nur eingeschränkt wahrgenommen und in schwierigen Situationen zur Wahrung der Stabilität auch vermieden. Sie sind daher auch nur begrenzt handlungssteuernd. Im affektiven Erleben überwiegen schwierige Affekte wie Wut, Angst, Enttäuschung, Selbstentwertung und Depression“ (vgl. OPD-2 2006, S. 432).</p>	<p>Herrn B. fällt es schwer, unterschiedliche Empfindungen und Emotionen zu einzelnen Gegenständen zu entwickeln und zu benennen.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Affekte können nicht differenziert wahrgenommen oder nachvollziehbar geschildert werden. Sie äußern sich entweder in Erregung oder in „Entfremdung, Affektleere, Depression und manischer Gestimmtheit. Sie können von daher auch nicht zur gezielten Verhaltenssteuerung eingesetzt werden. Im affektiven Ausdruck dominieren chronische Verachtung, Ekel und Wut“ (vgl. <i>OPD-2 2006</i>, S. 432).</p>	<p>Frau S. äußert in der Gruppe heftig ihren Ärger darüber, dass „man sich hier eine Ewigkeit über einen Stein unterhält“, sie könne da nichts dran erkennen.</p>
	<p>Desintegriert „Kein innerer Abstand zu den eigenen Gefühlen und keine introspektive Wahrnehmung von Affekten. Zwischen Handlungen und Affektleben ist nur sehr wenig steuernde Instanz geschaltet. Ausgeliefertsein an heftige, nicht ausgestaltete emotionale Zustände, die nicht in Worte benannt werden können“ (<i>OPD-2 2006</i>, S. 432).</p>	<p>Schwer aushaltbare Affekte der Patientin werden über das Gehen für die Therapeutin deutlich erkennbar, können aber von der Patientin auch mit Unterstützung der Therapeutin nicht benannt werden. Z.B. drückt sich Frau P. während des gesamten Angebots dicht an der Wand entlang, es gibt keinen Blickkontakt zur Therapeutin, sie schaut in kurzen Abständen nach allen Seiten, der gesamte Körper ist angespannt (Fäuste, zusammengepresster Kiefer, hochgezogene Schultern). Sie reagiert auf Kontaktaufnahme der Therapeutin, z.B. über Ansprache, nicht.</p>

1.3 Identität

Bei dieser Kategorie braucht es das Gespräch, um die Konstanz des Erlebens der Identität über die Zeit und in anderen Kontexten zu erfragen. Hinweise auf die psychosexuelle Identität, die nach OPD-2 zentraler Bestandteil dieser Kategorie ist, können beispielsweise auch über Darstellungen des Körperbildes erfasst werden. Unsere Ausführungen beziehen sich vor allem auf die Körperidentität, die von Küchenhoff beschrieben wird (vgl. Küchenhoff & Agarwalla 2013).

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Wird der Körper über längere Zeit als vertraut und zu sich gehörig erlebt?</i></p> <p><i>Wird das körperliche Selbsterleben wechselt und unterschiedlich wahrgenommen?</i></p> <p><i>Wird die Rolle als Frau/als Mann gut angenommen?</i></p> <p><i>Wie erlebt sich der Mensch in verschiedenen Rollen, in seinem Umfeld, in der Gesellschaft?</i></p>	<p>Gut integriert</p> <p>Das Selbstbild erscheint über die Zeit hinweg konstant und kohärent und lässt eine eindeutige psychosexuelle Identität erkennen. Die Körperidentität ist intakt, d.h. es gibt eine momentane Ganzheitsvorstellung des Körpers, obwohl die Körperempfindungen im Einzelnen unterschiedlich, schnell wechselnd, widersprüchlich sein können (vgl. Küchenhoff & Agarwalla 2013).</p> <p>Mäßig integriert</p> <p>Situations- und stimmungsabhängige Wechsel im Selbstbild und der dazugehörigen Empfindungen.</p>	<p>Frau O. beschreibt differenziert ihre Körperwahrnehmung und das Selbsterleben. Ihre äußere Erscheinung, die Mimik, Gestik und das Gangbild stimmen mit der verbalen Selbsteinschätzung (Vorwissen aus der Anamnese, biografische Information) überein. Das Äußere ist gepflegt.</p>
		<p>Beim Gehen im Raum taucht bei Frau L. ein Fremd-Sein-Gefühl auf (z. B. als Gefühl von Blockiert-Sein), ohne dass es dafür einen äußerlich-konkreten Anlass gäbe. Dies kann wahrgenommen und zur Situation nicht stimmig erlebt werden. Frau L. kann sich zwar im Körper wahrnehmen, das rechte Bein fühlt sich aber wie fremd an, als nicht zugehörig.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert</p> <p>„In unterschiedlichen Zeiten und Situationen treten unterschiedliche Selbstaspekte in den Vordergrund; das Gefühl einer konstanten psychosexuellen und sozialen Ausrichtung im Sinne einer Identität ist nicht verfügbar“ (OPD-2 2006, S. 433).</p> <p>„Veränderte Körperempfindungen beeinflussen das Selbsterleben, ohne dass die Realität berücksichtigt wird. Das negative Körpererleben ist starr und zeitlich nicht variabel“ (vgl. Küchenhoff & Agarwalla 2013, S. 107).</p>	<p>Fr. S beschreibt den eigenen Körper als entwertend und ablehnend. Im Anschluss an das Gehen berichtet sie, dass sie zwar ihre Körperteile einzeln spüren könne, sie aber nicht als zusammenhängend erlebe. Dies sei immer schon so gewesen.</p>
	<p>Desintegriert</p> <p>„Weitgehendes Fehlen einer differenzierten psychosozialen und sexuellen Identität zugunsten verzerrter oder klischeehafter Eigenschaftszuschreibungen, u.U. wahnhafte Identitätsaspekte“ (vgl. OPD-2 2006, S. 433).</p> <p>„Ständig wechselnde Körperempfindungen entscheiden über das Selbsterleben. Der Körper wird als ‚falsche Realität‘ erlebt, Selbstbild und Körperbild fallen auseinander. Der Körper wird deshalb als etwas erlebt, was real verändert werden muss“ (Küchenhoff & Agarwalla 2013, S. 107).</p>	<p>Frau K. nimmt einzelne Körperteile nicht wahr oder erlebt sie als fremd und nicht zum Körper gehörig. Es sei nicht ihr Arm. Auch das Gefühl der Fremdsteuerung (evtl. wahnhafte Aspekte) ist möglich, z. B. bleibt sie beim Gehen durch den Raum vor dem Spiegel stehen und betastet ihr Gesicht. Auf Nachfragen gibt sie an, sie habe nur ein halbes Gesicht, das sei schon immer so.</p>

1.4 Selbst- Objekt-Differenzierung

Zur Beurteilung der Fähigkeit zur Selbst-Objekt-Differenzierung, also der Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich, eignen sich insbesondere KBT-Angebote mit einem klaren Bezug zu anderen Personen, wie beispielsweise gemeinsames Gehen. Zusätzlich ist das anschließende Gespräch notwendig.

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Hier geht es um die Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich.</i></p>	<p>Gut Integriert „Affekte, Impulse und Gedanken können bzgl. der Zuordnung zum Selbst oder zu den Objekten sicher auseinandergehalten werden; Patient kann sich sicher abgrenzen und den anderen von außen wahrnehmen“ (vgl. <i>OPD-2 2006</i>, S. 433). Die Patientin braucht das Objekt nicht zur Selbstwahrnehmung. „Der Körper kann als eigen und ‚zum Selbst gehörend‘ erlebt werden. Verschmelzungserlebnisse mit anderen sind möglich, werden aber nicht von Krisen oder Ängsten begleitet und sind reversibel“ (vgl. Küchenhoff & Agarwalla 2013, S. 113).</p>	<p>Frau M. geht eine Weile gemeinsam mit Frau S. durch den Raum, dann auch wieder allein. Im Anschluss beschreibt sie, dass sie die Nähe zu Frau S. sehr wohl-tuend empfunden habe, danach aber auch wieder gut für sich sein konnte. Frau S. braucht keine Erläuterung der Therapeutin, um ihre Wahrnehmung zu beschreiben. Die Patientin kann zur eigenen Wahrnehmung stehen und sich von anderen geäußerten Wahrnehmungen abgrenzen.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Mäßig integriert Die Zuordnung von Affekten, Impulsen und Gedanken bezüglich Selbst und Objekt ist unsicher. Die distanzierte Wahrnehmung des Anderen sowie die Abgrenzung vom Anderen sind erschwert.</p>	<p>Frau P. geht mit ratlosem Blick durch den Raum, während Herr S. interessiert einzelne Gegenstände in die Hände nimmt, Frau L. beschwingt durch den Raum geht und Herr M. steht. Frau P. äußert im Anschluss, die anderen seien so schnell umher gegangen, sie hätte gar nicht gewusst, was sie tun soll. Frau Z. ist in der Schilderung ihrer Wahrnehmung zögerlich und sucht nach Anzeichen der Zustimmung oder Ablehnung der Therapeutin bzw. der anderen GruppenteilnehmerInnen und schwächt ggf. dementprechend ihre Aussage ab.</p>
	<p>Gering integriert Selbst und Objekt werden miteinander verwechselt. Affekte, die für das Selbst unerträglich sind, werden dem Objekt zugeschrieben (Projektion).</p>	<p>Herr M. nimmt das Angebot „Gehen im Raum“ nicht an, bleibt an der Wand stehen, sieht sich um, blickt immer wieder zur Therapeutin und platzt dann laut heraus: „Sie ärgern sich jetzt!“</p>
	<p>Desintegriert Symptomwertige Schwierigkeiten in der Unterscheidung zwischen Selbst und Objekt. Dem Objekt werden eindeutig eigene Absichten und Empfindungen zugeschrieben.</p>	<p>Frau H. geht mit einigen Schritten Abstand hinter Frau L. Diese will den Raum verlassen, weil sie sich durch Frau H. bedroht und dazu gedrängt fühle.</p>

1.5 Ganzheitliche Objektwahrnehmung

Wie ganzheitlich das Objekt in seinen Eigenschaften und Bedürfnissen wahrgenommen werden kann, zeigt sich im Gespräch über die Angebots-Situation. Tendenzen zur Idealisierung oder Entwertung geben Hinweise auf das Strukturniveau.

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Kann das Objekt vollständig, mit seinen unterschiedlichen Interessen, Bedürfnissen und seiner eigenen Geschichte wahrgenommen werden?</i></p>	<p>Gut integriert „Andere werden als Menschen mit eigenen Interessen, Bedürfnissen, Rechten und einer eigenen Geschichte erlebt; unterschiedliche Seiten können zu einem lebendigen Bild integriert werden“ (vgl. OPD-2 2006, S. 433).</p>	<p>Herr U. und Herr J. können die eigenen Wahrnehmungen mitteilen und die mitgeteilten Wahrnehmungen von anderen, die von der eigenen Wahrnehmung abweichen, akzeptieren. Die Therapeutin gibt Rückmeldung über ihre eigene Wahrnehmung, Herr A. kann bei seiner Wahrnehmung bleiben und die Wahrnehmung des Therapeuten stehen lassen.</p>
	<p>Mäßig integriert Andere werden in ihrem Sein, ihrer Komplexität und Widersprüchlichkeit nicht wahrgenommen, sondern entsprechend der eigenen Wünsche verzerrt wahrgenommen. In belastenden Situationen oder bei Konflikten wird das Bild des Anderen verzerrt wahrgenommen, wichtige Eigenschaften werden nicht wahrgenommen. Es wird vor allem Positives oder Negatives berichtet, bei konkretem Nachfragen kann aber auch jeweils die andere Seite gesehen werden. Die Beschreibung des Anderen ist oft überzeichnet (vgl. Rudolf 2006).</p>	<p>Herr Y. beschreibt, alle anderen hätten so viel gespürt nur er nicht. Dies erlebe er auch im Kollegenkreis, andere hätten immer so viel zu erzählen, nur er habe nichts zum Gespräch beizutragen. Auf Nachfragen räumt er ein, dass es auch andere, eher stille Kollegen gäbe.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Das Bild des Anderen ist nicht kohärent, es zeigt deutliche Schwankungen. Einzelne Aspekte des Anderen werden genutzt, um ein von den eigenen Bedürfnissen geprägtes Bild vom Anderen zu zeichnen. Die Schilderungen von Anderen wirken eindimensional, andere werden oft in Extremen erlebt. Es fehlt eine angemessene Vorstellung von den Interessen anderer (vgl. Rudolf 2006).</p>	<p>Frau T. reißt beim Gehen ein Fenster auf, weil ihr offensichtlich sehr warm ist. Die anderen frieren und bitten darum, das Fenster wieder zu schließen. Frau T. kann gar nicht verstehen, dass es anderen kalt sein könnte und besteht darauf, dass das Fenster offen bleibt, weil es zweifelsfrei heiß sei.</p>
	<p>Desintegriert Objekte werden „falsch“ wahrgenommen, einzelne Eigenschaften stehen für das ganze Objekt. Schilderungen von anderen blieben schattenhaft und unrealistisch. Äußere Objekte sind häufig anmaßend, ungerecht, aggressiv und werden gefürchtet oder bekämpft (vgl. Rudolf 2006).</p>	<p>Frau N. reagiert unwirsch auf das Angebot, im Raum paarweise zu gehen, mit den Worten: „Immer wollen andere was von mir, das bin ich so leid. Dann brauche ich doch hier auch nicht mehr herkommen.“</p>

1.6 Realistische Objektwahrnehmung

Die Fähigkeit zur realistischen Objektwahrnehmung kann nur in der Interaktion mit einem anderen Menschen (z. B. in einem interaktiven KBT-Angebot) und anschließender Reflexion im Gespräch eingeschätzt werden.

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Können die Interessen, Grenzen, Wünsche, Bedürfnisse und Belastbarkeiten anderer der Situation entsprechnend realitätsangemessen eingeschätzt werden?</i></p>	<p>Gut integriert Das Bild des Anderen und die körperlichen Möglichkeiten des Anderen werden realistisch eingeschätzt (vgl. Küchenhoff & Agarwalla, 2013).</p>	<p>Beim gemeinsamen Gehen im Raum holt Herr X. für Frau F. (75 J.) einen Stuhl und bietet ihr diesen an. Er hatte zuvor beobachtet, dass diese ihre Schritte im Raum deutlich verlangsamt und schließlich sichtlich erschöpft stehen blieb.</p>
	<p>Mäßig integriert Es fällt schwer, Situationen und deren Entwicklung, Absichten und situative Verfassungen von anderen realistisch wahrzunehmen (vgl. Rudolf 2006; Küchenhoff & Agarwalla 2013). „Unter emotionaler Belastung wird der andere physisch überfordert“ (Küchenhoff & Agarwalla 2013, S. 114).</p>	<p>Beim paarweisen Gehen im Raum läuft Frau B. zügig. Frau O. versucht, das Tempo mitzuhalten. Als Frau O. dies im Nachgespräch rückmeldet, dass es ihr Mühe bereitete, das Tempo mitzuhalten, zeigt Frau B. dafür wenig Verständnis. Sie antwortet: „Das habe ich gar nicht gemerkt“. Auf Nachfrage der Therapeutin gibt es auch Parallelen zu Situationen im Alltag.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Das Bild des Anderen ist weitgehend durch eigene Projektionen bestimmt. Die Objektwelt wird aufgrund eigener Annahmen, Bedürfnisse und Befürchtungen interpretiert. Die physischen Möglichkeiten des Anderen werden dauerhaft falsch eingeschätzt (vgl. Rudolf 2006; Küchenhoff & Agarwalla 2013).</p>	<p>Frau S. geht mit raumgreifenden Bewegungen umher, so dass die anderen ihr ausweichen müssen und dies auch unwillig tun. Dies scheint sie nicht wahrzunehmen, geht in gleicher Art und Weise weiter. Die Rückmeldungen der anderen, sie habe zu viel Platz in Anspruch genommen und sie im Gehen behindert, beantwortet sie mit Achselzucken und Kopfschütteln.</p>
	<p>Desintegriert Andere können hinsichtlich ihrer inneren Situation und ihrer äußeren Gegebenheiten nicht realistisch wahrgenommen werden. Ereignisse und Situationen können nicht realitätsgerecht eingeschätzt werden (vgl. Rudolf 2006). „Das körperliche Befinden des anderen wird gar nicht oder sehr verzerrt wahrgenommen“ (vgl. Küchenhoff & Agarwalla 2013, S. 114).</p>	<p>Frau A. nimmt sich einen Ball und „knallt“ ihn mehrfach an die Wand. Das Erschrecken der anderen und deren Bitte um Rücksichtnahme ignoriert sie. In der anschließenden Reflexion gibt sie an, sie habe die Bitte nicht wahrgenommen.</p>

2. Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs

2.1 Impulssteuerung

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Kann sich die Patientin von Triebimpulsen distanzieren, sie regulieren und integrieren?</i></p> <p><i>Kann die Patientin dringende Bedürfnisse wie beispielsweise Aggressionen, Sexualität, Hunger bei sich wahrnehmen, angemessen ausdrücken?</i></p>	<p>Gut integriert Wert- und Moralvorstellungen wurden internalisiert (Über-Ich) und sind handlungsleitend. „Orale, libidinöse, aggressive und sexuelle Impulse können einerseits wahrgenommen, andererseits im Rahmen von Wert- und Moralvorstellungen sowie der geltenden Rechtsordnung aufgeschoben und schließlich sozial verträglich befriedigt und integriert werden“ (Boessmann & Remmers 2010, S. 45). Das Selbst wird als Urheber kompetenten Handelns erlebt. „Der eigene Körper wird als gute Grundlage der Aktivität und des Handelns erlebt“ (Küchenhoff & Agarwalla 2013, S. 109). Die eigene Triebhaftigkeit kann akzeptiert werden.</p>	<p>Herr X. ist in der Lage, seinen Bedürfnissen auf sozialverträgliche Art und Weise Ausdruck zu verleihen, z. B. findet er die Therapeutin attraktiv. Dies wird durch freundliche Blicke und charmante Worte deutlich, dabei ist er jedoch nicht aufdringlich, es bleibt für beide verträglich. Er hält respektvollen Abstand und kann die Aufmerksamkeit immer wieder auf den Raum lenken, nimmt die Vielfalt im Raum wahr.</p>
	<p>Mäßig integriert Die Aggression ist gehemmt oder zeigt sich in auto-aggressiven Tendenzen, die Sexualität ist ebenfalls gehemmt. Insgesamt zeigt sich eine deutliche Tendenz zur Übersteuerung, Impulsdurchbrüche sind selten möglich. Das Selbst erlebt sich im Handeln blockiert oder unter großem Druck. Das Über-Ich ist deutlich spürbar und zeigt sich in der Tendenz, sich übermäßig zu kritisieren (vgl. Rudolf, 2006).</p>	<p>Herr E. findet die Therapeutin attraktiv. Da dies jedoch nicht sein darf, vergrößert er den Abstand, bemüht sich, die Therapeutin nicht anzusehen.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Triebimpulse können kaum aufgeschoben werden. Das Verhalten wirkt impulsiv, kann nur wenig gesteuert werden und wird von der Umwelt zumeist als „unangemessen“ bewertet. Aggressive Impulse zeigen sich in selbst- und fremd aggressiven Handlungen und Fantasien. Die sexuelle Erlebnisfähigkeit ist eingeschränkt, Sexualisierung von Beziehungslosigkeit, Vermischung von libidinösen und freundschaftlichen Handlungen. Das Selbst erlebt sich nicht als handelnd – „es handelt“, z. B. durch „Anfälle“. Kein differenziertes, handlungsleitendes Wertesystem, Tendenz zur Schuldzuweisung an andere, auto-aggressive Selbstbestrafung möglich (vgl. Rudolf, 2006).</p>	<p>Herr A. nimmt beim Erkunden des Raums einen Gegenstand und versucht ihn zu zerbrechen. Dabei rutschen die Ärmel seines Pullovers hoch und frische Wunden, die auf selbstverletzendes Verhalten hindeuten, werden sichtbar. Im anschließenden Gespräch gibt er an, dass ihm der Gegenstand nicht gefallen habe.</p>
	<p>Desintegriert Das Erkennen und die Steuerung eigener Gefühle sowie Triebimpulse sind nicht möglich. Aggression erscheint als unändiger Hass, der nicht mit dem eigenen Erleben, sondern als Reaktion auf die Umwelt erlebt wird. Sexuelle Impulse sind nicht objektbezogen, sondern zeigen sich z. B. in Perversion. Ausgeprägter Steuerungsverlust in Zusammenhang mit Delinquenz, Alkohol oder Drogen. Gefühl der Fremdsteuerung und Beeinflussungsgefühl. Keine innere Bewertung des eigenen Tuns durch normative Instanzen (vgl. Rudolf, 2006).</p>	<p>Herr I. nimmt beim Gehen im Raum einen Gegenstand und versucht ihn zu zerstören. Im Gespräch gibt er an, dass das so passiert sei, es gebe dafür keinen Grund. Er kann im Gespräch keinen Bezug zu seinem Handeln herstellen.</p>

2.2 Affektregulierung

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Kann der Patient Affekte auch körperlich wahrnehmen, hierzu einen Handlungsimpuls erleben und wählen, ob dieser angemessen und in Handlung ausgedrückt werden kann?</i></p>	<p>Gut integriert Negative und ambivalente Affekte können erlebt, wahrgenommen, reguliert und (sozialverträglich) ausgedrückt werden. „Durch den körperlichen Zustand ausgelöste Affekte können gut ausgehalten und integriert werden. Die durch Affekte ausgelösten Körperzustände werden gut ertragen und integriert“ (Küchenhoff & Agarwalla 2013, S. 108).</p>	<p>Frau K. benennt beim Anblick einer Holzschlange Erschrecken und Ekel und beschreibt dazu ein Schaudern/Zucken der Schulterblätter und Zurückschrecken, gleichzeitig nimmt sie ihre Neugier wahr und geht einen Schritt näher zum Gegenstand hin. Herr Y. kann von seiner Wut auf seinen Vorgesetzten berichten und verleiht dieser auch Ausdruck, indem er lautstark schimpft: „Am liebsten würde ich ...“ und sich mit kraftvollen Schritten und ausladenden Armbewegungen durch den Raum bewegt. Nach dem Ausdruck der Gefühle kann er sich wieder selbst beruhigen.</p>
<p>Mäßig integriert Das Erleben unangenehmer, schwieriger Affekte kann wenig toleriert werden, es wird übersteuert.</p>		<p>Die Gruppe geht mit zügigem Tempo durch den Raum. Frau S. versucht mit deutlich hochgezogenen und angespannten Schultern und geballten Fäusten das Tempo mitzuhalten. Gleichzeitig lächelt sie angestrengt. Auf die Frage nach ihrem Erleben, gibt sie an, es sei alles in Ordnung und sie fühle sich wohl. Auf diesen Widerspruch angesprochen, betont sie nochmals, dass sie sich wohl und ausgeglichen fühle.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Negative Affekte können als überflutend erlebt und nur schwer toleriert werden; sie führen unter Umständen zur autoaggressiven Handlung.</p>	<p>Die Gruppe geht durch den Raum, es entsteht ein Gehen im Kreis, alle gehen hintereinander, Herr X. meint, das sei wie im Gefängnishof und rennt zur Tür raus. Zum Ende der Gruppe kommt er wieder und gibt an, es sei ihm alles zu viel geworden.</p>
	<p>Desintegriert „Unangenehme Affekte können nicht ausgehalten werden und lösen impulsives Verhalten aus; rasche Stimmungsumschwünge, keine Ambivalenzfähigkeit. Negative Affekte müssen durch Gegenhandlungen (z. B. autoaggressives/aggressives/sexuelles Agieren) abgewehrt werden“ (Rudolf 2006, S. 200). Negative Emotionen bleiben über die Zeit bestehen (z. B. permanenter Hass).</p>	<p>Die Gruppe geht durch den Raum, es entsteht ein Gehen im Kreis, einer hinter dem anderen, Herr R. meint, das sei wie im Gefängnishof und rennt zur Tür raus. Er weigert sich, weiter an der Gruppe teilzunehmen.</p>

2.3 Selbstwertregulierung

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Kann sich die Patientin von Kränkungen distanzieren und somit den Selbstwert regulieren?</i></p> <p><i>Kann die Patientin sich mit Schwächen und Stärken im Vergleich zu anderen annehmen und einordnen, vermeintliche Missverständnisse im Kontakt zu anderen ansprechen?</i></p>	<p>Gut integriert Auch bei konflikthafter Belastung kann ein positives Selbstwertgefühl aufrechterhalten oder bei Misserfolgen wiederhergestellt werden. Auch der physische Umgang mit dem eigenen Körper ist überwiegend positiv (vgl. Küchenhoff und Agarwalla 2013). „Differenzen zwischen eigenen und fremden Wünschen und Wertsetzungen können ohne Gekränktheit wahrgenommen werden“ (Rudolf 2009, S. 201).</p>	<p>Herr W. geht sogar in einer noch unvertrauten Situation (Anfangsstunde) durch den Raum und auf Gegenstände zu. Er berichtet, dass er sehr aufgeregt sei, weil er sich das erste Mal in einer solchen Situation befindet, sich aber gut auf das Angebot einlassen konnte und den Raum mit Interesse erkundet.</p>
	<p>Mäßig integriert Das Selbstwertgefühl ist störrisch und kann nur mit Hilfe der Bestätigung anderer wiedergewonnen werden. Unterschiedliche Wünsche oder Wertsetzungen des Selbst und der Anderen führen zu Gekränktheit und Rückzug.</p>	<p>Frau K. geht zögerlich durch den Raum, zieht die Pulloverärmel über die Hände, blickt immer wieder zur Therapeutin, sucht deren Blickkontakt. Im Gespräch berichtet sie von ihrer Unsicherheit und dass sie immer wieder Zweifel hatte, es „richtig zu machen“.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Das Selbstwertgefühl ist sehr brüchig. Es bestehen sowohl unrealistische Größenvorstellungen und große Kränkbarkeit. Schon bei leichter Verletzung des Selbstwertgefühls kommt es zu starken Schamgefühlen und Selbstekel. Eigene Grenzen können kaum akzeptiert werden. Unterschiedliche Wünsche oder Wertsetzungen des Selbst und der Anderen führen zu Gekränktheit und Rückzug (vgl. Rudolf 2006).</p>	<p>Frau L. beginnt beim Angebot, den Raum und den Boden wahrzunehmen, Yogaübungen zu machen. Auf Nachfrage, ob sie den Boden spüre, gibt sie an, sie verstehe die Frage nicht. Die Aufmerksamkeit der Gruppe und der Therapeutin scheint ihr unangenehm, sie wehrt diese ab und sagt: jetzt kann jemand anders weitermachen.</p>
	<p>Desintegriert Die Selbstbewertung ist deutlich verzerrt (z. B. Grandiosität). Kränkungen sind unerträglich, vernichtend und erfordern rasche Handlungen zur Abwehr.</p>	<p>Frau Z. nimmt beim Gehen durch den Raum einen Gegenstand, dabei fällt ein anderer Gegenstand aus dem Regal und zerbricht. Sie bleibt erstarrt und zitternd an Ort und Stelle stehen, dann läuft sie aus dem Raum und will nicht mehr zurückkommen.</p>

2.4 Beziehungen schützen

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Kann der Patient erkennen, dass seine Impulse Beziehungen belasten können und dementsprechend dagegen steuern? Wie viel Nähe kann der Patient zulassen und wie viel Distanz braucht er im Kontakt mit anderen?</i></p>	<p>Gut integriert Beziehungen können geschützt werden, indem eigene Impulse und Gefühle intrapsychisch verarbeitet werden. Vorstellungen und Wünsche in Bezug auf den Körper des anderen können wahrgenommen werden, sind aber nicht Grundlage der Wertschätzung (vgl. Küchenhoff & Agarwalla 2013).</p>	<p>Frau A. kann sich trotz anfänglicher Verwunderung und Widerwillen, weil sie keinen Sinn im Angebot sieht (so ihre Schilderung im Anschluss), auf das Angebot einlassen und ihre Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung des Raums lenken und Erfahrungen sammeln.</p>
<p><i>Wie kann er mit diesen Bedürfnisse angemessen im Kontakt zu anderen umgehen?</i></p> <p><i>Welche Impulse nimmt er wahr, wenn ihm jemand zu nahe kommt oder zu weit weg geht?</i></p>	<p>Mäßig integriert Störende (z. B. aggressive) Impulse können nur mühsam verarbeitet werden und belasten dadurch die Beziehung.</p>	<p>Frau K. bemerkt zu Beginn des Angebots, sie könne wenig damit anfangen. Es gelingt ihr kaum, sich auf die Wahrnehmung des Raums einzulassen, ihr Widerwillen bleibt dabei sichtbar (z. B. im Gesichtsausdruck), sie schaut immer wieder zum Fenster raus, bleibt stehen, sieht auf die Uhr.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Impulse fließen im Sinne der interpersonellen Abwehr in die Beziehung ein.</p>	<p>Frau P. stellt fest, dass sie keinen Sinn darin sehe, den Raum wahrzunehmen. Sie könne da nichts spüren. Das Angebot sei eine Zumutung.</p>
	<p>Desintegriert Beziehungen können nicht geschützt werden.</p>	<p>Auf das Angebot durch den Raum zu gehen, reagiert Frau Ü. mit verbalen Angriffen gegen den Therapeuten, das sei hier alles Kinderkram und dafür würde er auch noch bezahlt.</p>

2.5 Interessenausgleich

In dieser Kategorie spielt der Zeitfaktor eine besonders große Rolle, eine Einschätzung aufgrund eines einzelnen Angebots ist daher nicht möglich. Es braucht hier die wiederholte Beobachtung.

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Kann der Patient seine Körpersignale wahrnehmen und Emotionen ordnen, wenn er vor die Aufgabe gestellt ist zu entscheiden, was er will oder nicht will?</i></p>	<p>Gut integriert „Ein Interessenausgleich ist möglich, Unterschiede in den Interessen werden gesehen und berücksichtigt“ (vgl. Küchenhoff & Agarwalla 2013, S. 121).</p>	<p>Die Gruppe hat ein einheitliches Schrittempo gefunden, Fr. B. schert aus und geht in ihrem eigenen Tempo, konträr zur Gruppenbewegung, durch den Raum. Sie kann sich nach einiger Zeit auch wieder ins Gruppentempo einfügen.</p>
<p><i>Erkennt sie ihre Ängste, die sie hindern können, sich durchzusetzen oder eigene Grenzen zu zeigen?</i></p> <p><i>Respektiert er die Grenzen anderer?</i></p>	<p>Mäßig integriert Es erfolgt kein Interessenausgleich, es stehen entweder die eigenen Interessen oder die der anderen im Vordergrund.</p>	<p>Frau M. passt sich dem Gruppentempo an, äußert sich danach aber darüber, dass sie sich dabei nicht wohl gefühlt habe, sie wäre gerne schneller gegangen.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert „Die Beziehung ist geprägt durch das Gefühl der Bedrohtheit eigener Interessen und durch fehlende Vorstellungen von den Interessen der anderen“ (OPD-2 2006, S. 436).</p> <p>Desintegriert Eigene Interessen sind oft schwer nachvollziehbar und im Erleben existenziell oder überwertig.</p>	<p>Die Gruppe geht paarweise durch den Raum. Herr Ö. geht neben Frau F., die Anregung zum Partnerwechsel setzt Herr Ö. nicht um. Frau F. versucht immer wieder, sich anderweitig zu orientieren, aber er bleibt hartnäckig an ihrer Seite. Im Nachgespräch sagt er, er habe nicht verstehen können, dass Frau F. sich einen anderen Partner nehmen wolle.</p> <p>Herr K. folgt mit seinen Schritten dem Muster am Boden. Als ihm der Weg von einem Möbelstück versperrt wird, bleibt er stehen, kann nicht weitergehen. Er weigert sich in Folge noch weiter durch den Raum zu gehen, anderes aus zu probieren, weil das ja alles nicht möglich sei.</p>

2.6 Antizipation

Zur Einschätzung der Fähigkeit zur Antizipation sind sowohl interaktive Phänomene als auch das reflexive Gespräch darüber Voraussetzung. Es geht darum, im Umgang mit anderen vorherzusehen, wie andere aus ihrer Situation heraus handeln werden oder wie sie auf das Tun der PatientInnen reagieren werden. Wenn das innere Erleben anderer und ihr äußeres Verhalten antizipiert werden sollen, setzt das ein gewisses Maß an Empathiefähigkeit voraus (vgl. Rudolf 2006).

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Inwieweit ist die Patientin in der Lage, Situationen einfühlend vorauszuahnen und Handlungen anderer zu erkennen?</i></p>	<p>Gut integriert Die Reaktion des Verhaltens der anderen im Bezug auf das eigene Verhalten wird realitätsangemessen eingeschätzt und dient der Handlungssteuerung.</p>	<p>Herr X. geht eine Weile hinter Frau Y. durch den Raum und probiert, die ausgreifenden Armbewegungen von Frau Y. nachzuahmen. Als sich Frau Y. in Richtung eines großen Balles bewegt, überholt sie Herr X. und schnappt sich den Ball. „Diesen wollte ich mir gerade nehmen“, meinte Frau Y. überrascht. Darauf Herr X.: „Das habe ich geahnt“.</p>
<p><i>Kann sie realitätsangemessen einschätzen, wie andere auf ihre Handlungen reagieren und ihr Verhalten dementsprechend steuern?</i></p>	<p>Mäßig integriert Negative Reaktionen der Umwelt auf das Ausleben eigener Gestimmtheiten wird übertrieben vorgestellt.</p>	<p>Die Gruppe geht in gleicher Richtung durch den Raum („Gruppentrott“), Frau L. fügt sich in diesen Trott ein. Im anschließenden Gespräch berichtet sie, dass sie gerne die Richtung gewechselt hätte, dies jedoch nicht konnte, da sonst alle ärgerlich auf sie gewesen wären. Diese Situation kenne sie auch aus ihrem realen Leben.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Abweisende Umweltreaktionen können in vielen Bereichen nicht vorhergesehen und damit auch nicht zur Verhaltenskontrolle eingesetzt werden.</p>	<p>Frau O. kommt zu spät zur Gruppe. Die Gruppe geht mittlerweile wahrnehmend durch den Raum. Frau O. entschuldigt sich lautstark, wird von der Therapeutin begrüßt, bekommt von den anderen GruppenteilnehmerInnen jedoch keine Aufmerksamkeit. Im anschließenden Gespräch wird der Ärger der anderen GruppenteilnehmerInnen über das Zuspätkommen deutlich. Frau O. zeigt dafür keinerlei Verständnis und äußert, es sei ihr auch egal, was die anderen denken.</p>
	<p>Desintegriert Eigenen Triebregungen und Handlungsimpulse und deren Folgen können nicht vorhergesehen werden. Reaktionen der Umwelt werden entweder ausgeblendet oder als überwältigend erlebt.</p>	<p>Die Gruppe geht in gleicher Richtung durch den Raum („Gruppentrott“). Herr P. geht plötzlich in die andere Richtung, rempelt dabei viele an. Die Rückmeldung, das abrupte Umdrehen sei störend gewesen, kann er nicht nachvollziehen und verlässt wütend den Raum.</p>

3. Kommunikation nach innen und außen
 3.1 Affekte erleben

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Können Körpersignale erlebbar und zugelassen werden, im Sinne einer Resonanz – im Unterschied zur bloßen Wahrnehmung, dass sie „da“ sind?</i></p> <p><i>Können Zusammenhänge zwischen Körpersignal und Emotion hergestellt werden?</i></p>	<p>Gut integriert Affekte können in ihrer Vielfalt zugelassen und erlebt werden, der Patient fühlt sich dadurch lebendig. Dazu gehört das subjektive Erleben der eigenen Leiblichkeit.</p>	<p>Frau G. reagiert auf das Angebot, entsprechend ihrer aktuellen Befindlichkeit ihr eigenes Bewegungstempo zu wählen. Mit weit ausgebreiteten Armen „segelt“ sie durch den Raum, ohne jemanden zu berühren. Ihr Gesicht strahlt, sie scheint es zu genießen, sich viel Raum nehmen zu können. Im späteren Gespräch äußert sie ihre Freude, ihre Lust, sich „frei wie ein Vogel“ durch den Raum bewegen zu können.</p>
<p><i>Gibt es möglicherweise ein Zuviel an Hineinhorchen in den Körper?</i></p> <p><i>Können Körpersignale als Ausdruck eigener Affekte gesehen und verstanden werden?</i></p>	<p>Mäßig integriert „Affekte werden eingeschränkt erlebt und normativ dargestellt“ (OPD-2 2006, S. 436).</p>	<p>Frau B. geht innerhalb der Gruppe mit deutlichem Abstand und Blickvermeidung. Sie passt sich dem Gruppentempo an. Der „segelnden“ Frau G. weicht sie aus, geht weiterhin mit den meisten im Gruppentempo. Vitale Anzeichen ihrer Affekte (z. B. Scham, Angst), wie Hautrötung, flacher Atem, Einziehen der Schulter nimmt sie kaum wahr und kann sie dementsprechend nicht in Worte fassen.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Schwer aushaltbare Affekte (Panik, Wut, Ekel, Verachtung etc.) drängen sich auf und sind anhaltend.</p>	<p>Frau K. geht wenig oder stockend, bleibt im Raum stehen, kontrolliert visuell den Raum, äußert Unlust in Bezug auf gemeinsames Gehen. Als sich eine Person von hinten nähert, macht sie einen Sprung nach vorne.</p>
	<p>Desintegriert „Einzelne Affekte können befremdlich in den Vordergrund treten; alternativ dazu affektive Unbeteiligung“ (vgl. <i>OPD-2</i> 2006, S. 436).</p>	<p>Herr M. verweigert das Gehen im freien Raum, wirkt eher starr und unbeweglich, zieht sich in die Ecke zurück. Er gibt an, er „fühle nichts“. Fr. W. verweigert auch und ruft laut in den Raum: „Das ist ja alles bescheuert!“</p>

3.2 Fantasien nutzen

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p>Kann über „als-ob“ Fantasien ein Probehandeln möglich werden, was wiederum eine Veränderung des Selbsterlebens bewirkt?</p>	<p>Gut integriert Mithilfe von Fantasien können Erlebnisräume erweitert und kreative Lösungen vorbereitet werden. Fantasien gelten „als Vermittler von emotionalen Zuständen und daran anknüpfenden Handlungsentwürfen“ (OPD-2 2006, S. 266).</p>	<p>Frau R. kann sich in verschiedene rollenbezogene Gangarten – Gehen wie eine Königin, wie ein Kind, wie ein Mann u.a. einfühlend und sie leicht umsetzen. Sie äußert, dass ihr verschiedene Rollen Spaß machen, andere recht schnell ein Unlustgefühl auslösen. Sie findet Lösungen, wie sie die Rollen variieren kann, um sich anders erleben zu können und überlegt, dass sie davon etwas in ihrem Alltag ausprobieren werde.</p>
	<p>Mäßig integriert „Die Fantasietätigkeit ist deutlich eingeschränkt“ (OPD-2 2006, S. 437).</p>	<p>Frau T. bemüht sich die unterschiedlichen Rollen und Gangarten einzunehmen, orientiert sich dabei an den anderen. Sie macht scherzhafte Anspielungen, bleibt immer nur kurz in den Rollen, es wird keine Freude spürbar.</p>
	<p>Gering integriert „Negative Fantasien werden rasch zur bedrohlichen Gewissheit“ (OPD-2 2006, S. 437).</p>	<p>Frau S. probiert kurz, bricht aber rasch ab mit den Worten: „Hab ich ja gleich gesagt, das fühlt sich völlig biöd an“.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Desintegriert „Realitätsbeschreibungen und subjektive Fantasien verschwimmen ineinander“ (OPD-2 2006, S. 437).</p>	<p>Aus den Beschreibungen von Frau M. wird nicht klar, ob sie das, was sie beschreibt, tatsächlich gerade auch unmittelbar erlebt hat oder ob sich Fantasien unter die Beschreibung mischen.</p>

3.3 Körperselbst

Diese Kategorie steht in engem Bezug zur Identität. Die körperlichen Eigenschaften, Fähigkeiten und Grenzen werden im Kontext zur eigenen Biografie gesehen, während bei der Identität auch Rollenverständnis, Grundhaltungen, Werte, psycho-sexuelle Orientierung und mehr mit einbezogen sind.

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Besteht eine realitätsge- rechte Vorstellung vom eigenen Körper; ihm z. B. sicher, stabil, verlässlich und wohltuend zur Verfü- gung zu haben oder aber krank und schonungsbe- dürftig zu sein?</i></p>	<p>Gut integriert Der Körper kann in Bezug auf Alter, Geschlecht, Gesundheit, Attraktivität realitätsgerecht be- schrieben werden. Das Körpererleben ist leben- dig.</p>	<p>Frau I. kann beim Gehen ihren Körper differenziert wahrnehmen und beschreiben. Sie spürt ihren vita- len Anteilen nach, wendet sich fürsorglich der leicht schmerzenden Schulterregion zu und kann dies auch beschreiben. Sie unterscheidet, welche Körperteile ihr vertrauter, angenehmer sind, äußert klare Vor- stellungen von den Grenzen und Möglichkeiten ihrer körperlichen Fähigkeiten oder sportlichen Aktivitä- ten.</p>
	<p>Mäßig integriert „Unsicherheiten des Körperselbstbildes; Ein- schränkungen des Körpererlebens; ich-dysto- ne Körperbeschreibung im Sinne von ‚Ich und mein Körper“ (OPD-2 2006, S. 437).</p>	<p>Die Art des Gehens stimmt mit der davor geäußerten Befindlichkeit nicht überein. Frau P. gibt an, es gehe ihr sehr gut, sie sei beschwingt, während sie mühsam schleppend durch den Raum geht und anschließend äußert: „Mein Körper will nicht immer so, wie ich will!“</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert „Unklares oder fragmentiertes Körperselbstbild; Körpererleben bedrohlich und eingefroren“ (OPD-2 2006, S. 437).</p> <p>Desintegriert Körperliche Aspekte des Selbst werden als entfremdet oder als befremdlich erlebt und unter Umständen manipulativ verändert. Es sind besondere Formen des Rückzugs auf den eigenen Körper möglich: z. B. Modifizierung durch kosmetische Chirurgie.</p>	<p>Frau M. äußert, sie spüre kaum einzelne Körperteile im Gehen. Sie verschränkt fest die Arme und geht von einer Wand zur nächsten, drückt sich mit dem Rücken an die Wand. Der Blick ist beim Gehen eher auf den Boden geheftet, die Bewegungen wirken eingefroren oder mechanisch. Im Gespräch äußert sie, sie hasse ihren Körper und wolle ihn auch gar nicht spüren.</p> <p>Im Gehen wirkt Frau F. blass, schaut verstört, ängstlich um sich in den Raum, murmelt: „Ich bin das nicht wirklich, die hier geht. Was soll das Ganze und/oder was wollen die anderen von mir?“.</p>

3.4 Kontaktaufnahme

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Wie reagiert der Körper auf Berührung?</i></p> <p><i>Wie tritt er über den Körper in Kontakt mit anderen?</i></p>	<p>Gut integriert Fähigkeit zur lebendigen Kontaktaufnahme und zum Austausch, es entsteht ein Wir-Gefühl (vgl. Rudolf, 2006).</p>	<p>Frau A. achtet auf Körpersignale anderer, reagiert mit offenen, freundlichen Blicken, nimmt Impulse von anderen auf, kann auch auf angemessene Weise zum eigenen zurückkehren.</p>
<p><i>Hilft der Körper schwierige Situationen/Spannungen zu überstehen?</i></p> <p><i>Überdauert die Körperreaktion die Situation, in der sie aufgetreten ist?</i></p>	<p>Mäßig integriert „Das Interesse an Kontakt und Beziehungsaufnahme erscheint eingeschränkt und wenig persönlich“ (OPD-2 2006, S. 437).</p>	<p>Frau C. wirkt zurückhaltend. Bei der Aufforderung, paarweise zu gehen, lässt sie sich wählen (wartet bis jemand auf sie zukommt). Beim Gehen im freien Raum wirkt sie unbeteiligt, übergeht die eigene Anspannung durch sprunghafte Kontaktaufnahme.</p>
	<p>Gering integriert „Vermeidung emotionaler Kontaktaufnahme oder drängendes, übergriffig distanzloses Kontaktverhalten“ (OPD-2 2006, S. 437).</p>	<p>Frau O. reagiert beim Gehen kaum auf freundliche Kontaktaufnahme (z. B. Zulächeln) anderer TeilnehmerInnen. Ihr Gehen wirkt sehr angespannt oder unkontrolliert. Sie vermeidet Kontaktaufnahme oder verhält sich distanzlos, indem sie andere anremgelt oder unvermittelt umarmt.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Desintegriert „Emotionale Kontaktaufnahme ist nicht möglich oder erfolgt formal rollenhaft bei emotional entleerter oder angespannter Situation“ (OPD-2 2006, S. 437).</p>	<p>Herr X. geht in eine Ecke des Raumes, wo er niemandem begegnen kann und er – wie er sagt – „die Tür im Blick hat, um notfalls rausrennen zu können“. Frau H. geht steif mit minimalen Bewegungsausmaß ein paar Schritte. Sie nimmt keinerlei Kontakt zu anderen auf. Kontaktversuche durch andere werden nicht beantwortet.</p>

3.5 Affektmittelung

Bei der Affektmittelung geht es um die Frage, wie Affekte erlebt und mitgeteilt werden. Dies steht in Zusammenhang mit der Affektdifferenzierung, bei der die kognitive Reflexion der Affekte im Vordergrund steht.

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Kann im Kontakt zu anderen ein breites Spektrum an Affekten zum Ausdruck gebracht werden?</i></p> <p><i>Wie wird der Körper zur Vermittlung von Affekten eingesetzt?</i></p>	<p>Gut integriert Gefühle können gegenüber anderen zugelassen werden. „Durch affektive Beteiligung ist die Kommunikation belebend, interessant und fruchtbar. Konflikthafte Einschränkungen oder Beeinträchtigung der Kommunikation ist möglich“ (OPD-2 2006, S. 438).</p>	<p>Frau A. bringt ihren Ärger über die beim Gehen wahrgenommenen Rückenschmerzen zum Ausdruck. Sie fasst sich mit den Händen in den Rücken, ihre Gesichtsmimik spiegelt Ärger und Schmerz wider und sie äußert, dass ihr Rücken schmerze aufgrund der Stressbelastung am Arbeitsplatz. Sie bleibt stehen, lehnt sich mit ihrem Rücken an die Wand. Ihre Mimik entspannt sich. Im anschließenden Gespräch berichtet sie freudig, dass es für sie wohlthuend gewesen sei, sich zu erlauben, aus dem Gehangebot auszusteigen.</p>
<p><i>Wie eindeutig sind diese Botschaften?</i></p> <p><i>Wird Gesagtes durch Gestik, Mimik, Körpersprache verstärkt oder entsteht der Eindruck Gesagtes und Körpersprache fallen auseinander? (PatientIn sagt lächelnd, dass es ihm/ihr schlecht geht.)</i></p>	<p>Mäßig integriert „Durch reduzierte Affektdifferenzierungsfähigkeit oder durch Vorherrschen negativer Affekte (Enttäuschung, Selbstentwertung, depressive Affektlage, Kränkbarkeit) ist es schwer, sich mitzuteilen. Kommunikation ist aufgrund pedantischem, forderndem, reizbarem, vorwurfsvollem, selbstbezogenen Verhalten und einer übermäßigen Verletzbarkeit schwierig“ (OPD-2 2006, S. 438).</p>	<p>Frau T. ist deutlich übergewichtig und hat Mühe das Gangtempo der Gruppe mitzuhalten. Sie wirkt ärgerlich (sie ist kurzatmig und runzelt die Stirn). In der anschließenden Reflexion äußert sie lächelnd, dass es ihr gut gegangen sei.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Durch reduzierte Affektdifferenzierungsfähigkeit, Unbeteiligtsein, Mangel an warmen Affekten und Überwiegen von Entwertung wird die Verständigung sehr schwer. Gefühle von Verwirrung und Leere werden durch rationales Argumentieren überdeckt. Wechsel zwischen Überengagement und Resignation beim Therapeuten.</p> <p>Desintegriert Affekte können nicht kontrolliert und symbolisiert werden, so dass es zu einer Emotionalisierung der Situation kommt. Realisierung eigener defensiver und aggressiver Interessen führen zur Sprengung des Rahmens. Kommunikation wird durch Wegschauen, Ablenken auf Anderes oder Unzugänglichkeit vermieden.</p>	<p>Herr G. stellt sich breitbeinig, mit verschränkten Armen unbeteiligt in den Raum. In der anschließenden Reflexion spricht er über die Sinnlosigkeit des Angebots, auch mit zahlreichen verbalen Unterstützungsversuchen der Therapeutin kann kein Affekt benannt werden. Die Therapeutin verspürt Ratlosigkeit.</p> <p>Herr Z. geht kräftig stampfend und schimpfend durch den Raum, seine Bewegungen im Oberkörper wirken eckig, er hat die Hände in die Hüften gestemmt. Die anderen TeilnehmerInnen ziehen sich ängstlich zurück, was Herr Z. nicht zu bemerken scheint. Die Therapeutin sieht sich genötigt, das Angebot zum Schutz der anderen abzubrechen. In der an das Gehen anschließenden Reflexion beginnt Frau S. über die politische Situation in Deutschland zu sprechen.</p>

3.6 Empathie

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Werden fremde Körpersignale wahrgenommen/ beachtet?</i></p> <p><i>Werden fremde Körpersignale realitätsgerecht eingeschätzt/ beantwortet?</i></p>	<p>Gut integriert Situative Fähigkeit, sich in die Erlebniswelt anderer einzufühlen, sich vorübergehend damit zu identifizieren und auf dieser Grundlage des empathischen Verständnisses zu handeln.</p>	<p>Herr X. nimmt beim Gehen freundlichen Kontakt zu anderen TeilnehmerInnen auf. Fr. K hält zu den männlichen Gruppenteilnehmern deutlichen Abstand, Hr. X reagiert daraufhin ihr gegenüber mit Zurückhaltung. In der anschließenden Reflexion berichtet er, dass er ihr Bedürfnis nach Abstand wahrgenommen habe, sich dadurch aber nicht zurückgewiesen gefühlt habe.</p>
	<p>Mäßig integriert „Unter dem Druck eigener Wünsche und Befürchtungen wird die Empathie für das Gegenüber eingeschränkt“ (OPD-2 2006, S. 438).</p>	<p>Beim Angebot, aufeinander zu zu gehen, bleibt Frau L. sehr weit von Frau G. entfernt stehen. Als Frau G. sie anlächelt, geht Frau L. noch einen Schritt weiter auf sie zu. In der anschließenden Reflexion gibt sie an, sie habe sich nicht aufdrängen wollen und sei sehr verunsichert gewesen, da sie eigentlich gerne noch näher zu Frau G. hingehen wollte.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert „Die Erlebniswelt anderer kann schlecht nachempfunden werden. Sehr eingeschränktes Verständnis und Mitgefühl für andere Menschen“ (OPD-2 2006, S. 438).</p>	<p>Frau Q. stellt sich beim Wahrnehmen des Raums immer wieder nah zu Frau H. Diese geht daraufhin immer wieder auf Abstand. Frau C. belässt es nicht bei dem von Frau H. gewählten Abstand, sondern rückt in der Folge wiederum näher zu Frau H. In der anschließenden Reflexion berichtet Frau C., dass es schön sei, dass sie und Frau H. immer so nah zusammen gestanden hätten und dass sie sich sehr nahe seien.</p>
	<p>Desintegriert „Einfühlerndes Verstehen des anderen scheint weitgehend unmöglich“ (OPD-2 2006, S. 438).</p>	<p>Frau H. geht steif mit minimalen Bewegungsausmaß ein paar Schritte. Sie nimmt keinerlei Bezug zu anderen (keine Blicke oder körperliche Zuwendung). Kontaktversuche durch andere werden nicht beantwortet. Im sehr mühsamen Gespräch wird deutlich, dass sie sich durch die Kontaktversuche der anderen bedroht fühlte.</p>

4. Bindung an innere und äußere Objekte

4.1 Internalisierung

KBT-Angebot: „Gehen Sie wie eine Ihnen wichtige Person! Was ist an dieser Art zu Gehen anders, als an ihrer eigenen?“

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p>Können Gefühle von Zuneigung, Abneigung oder Ambivalenz im Körper wahrgenommen werden?</p> <p>Welche Bilder bestehen von wichtigen Menschen?</p>	<p>Gut integriert Fähigkeit, innere Bilder von wichtigen Menschen zu entwerfen, sie emotional positiv zu besetzen, sie zu internalisieren bzw. aufrechtzuhalten und darüber verfügen zu können; d.h. positive objektbezogene Affekte aufbauen und erhalten können.</p>	<p>Frau Sch. verändert entsprechend der KBT-Anleitung ihre Art zu gehen. Im Gespräch erzählt sie, dass dadurch die Erinnerung an die gewählte Person lebendig geworden sei.</p>
<p>Bleiben diese Bilder und Bedeutungen konstant?</p> <p>Kann die emotionale Beziehung körperlich spürbar werden?</p> <p>Wie fühlt sich die Bindung im therapeutischen Kontext an?</p>	<p>Mäßig integriert Stabile innere Bilder von Bezugspersonen zu entwerfen und somit unabhängig von ihrer äußeren Präsenz zu sein, ist erschwert.</p>	<p>Beim Angebot: „Gehen Sie wie eine Ihnen wichtige Person“ stützt Frau K., hält kurz inne, runzelt die Stirn, blickt zur Therapeutin und nimmt dann ihr Gehen erneut auf. Sie atmet tief durch und probiert zögerliche andere Arten zu gehen aus. Sie gibt an, dass sie sich kaum an Gangbilder ihrer wichtiger Menschen erinnern könne.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Innere Bilder tragen bedrohliche und verfolgende Züge. Inkonstante Bindungen mit starkem Wechsel von Nähe und Distanz.</p>	<p>Das Angebot wird von Frau L. in der Weise beantwortet, dass sie sagt: "Puh, das kann ich nicht, mir fällt nichts/niemand ein." Sie bleibt stehen oder geht zum Fenster, um dort hinauszuschauen, sich von der Gruppe abzuwenden. Frau L. beobachtet die anderen GruppenteilnehmerInnen aus sicherem Abstand, steht mit verschränkten Armen und beinahe regungslos da.</p>
	<p>Desintegriert Innere Bilder sind nicht klar abgegrenzt, sondern eher als Affektmuster und Handlungsbe-reitschaften zu erkennen. Keine länger dauernden Beziehungen zu anderen möglich. Statt Selbstregulierung eher Beunruhigung und Impulsivität.</p>	<p>Frau D. verlässt unter entwertenden Äußerungen bezüglich des Angebots plötzlich den Raum. Beim späteren Gespräch ist es für sie schwierig, ihr Erlebtes mitzuteilen. Sie wirkt weiterhin stark erregt.</p>

4.2 Introjekte nutzen

KBT-Angebot: „Gehen Sie Ihrem jetzigen Zustand entsprechend durch den Raum“

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Welche Formen der Selbstfürsorge werden getroffen?</i></p> <p><i>Welche Formen der Selbstbehauptung?</i></p>	<p>Gut integriert Positive Introjekte können genutzt werden: Für sich sorgen, sich beruhigen, sich trösten, sich helfen, sich schützen, für sich eintreten.</p>	<p>Herr O. kann seiner Tagesform entsprechend durch den Raum gehen und dies benennen: „Ich bin ganz fit aufgewacht und brauche jetzt viel Platz, um mich frei bewegen zu können“ oder Frau B. äußert „Ich habe heute kaum geschlafen und bin müde, ich möchte gerne langsam gehen, um bei mir anzukommen“.</p>
<p><i>Können eigene Grenzen erkannt werden, Überforderung vermieden werden?</i></p> <p><i>Werden Gefühle der Verbundenheit, Verantwortung, Trauer oder Schuld spürbar verkörpert?</i></p> <p><i>Kann die Sorge, Hilfe anderer gesucht und angenommen werden?</i></p>	<p>Mäßig integriert Fähigkeit, für sich zu sorgen, ist kaum vorhanden. Innere Objekte sind eher antreibend, fordernd und kritisierend, vernachlässigend.</p>	<p>Frau L. zögert oder hält im Gehen inne, das Gehen wirkt mechanisch. Die Therapeutin gibt daraufhin zur Unterstützung Anregungen für verschiedene Arten zu gehen (Kraufeinsatz, Schrittgröße, Schnelligkeit, Armeinsatz, Wege im Raum ...), damit überhaupt Verschiedenes ausprobiert wird. Im Anschluss soll die stimmigste Gangart für den Moment herausgefunden werden. Durch diese differenzierte Anregung, kann sich Frau L. allmählich darauf einlassen und findet dann die für sie stimmige Art zu gehen.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Bezug auf positive innere Objekte gelingt nicht, daher ist Selbstfürsorge nicht möglich.</p>	<p>Auch Herr Q. bekommt von dem Therapeuten differenziertere Anregungen (s. o.), kann diese jedoch nicht aufgreifen. Er reagiert mit Entwertung: „Was soll denn dieser Kindergarten?“</p>
	<p>Desintegriert Internalisierte Teilobjekte führen zu Erregung und Verwirrung.</p>	<p>Frau Ö. schaut den Therapeuten verständnislos an, sie kommt nicht ins Gehen und steht in einer erstarrten Haltung an der Wand.</p>

4.3 Variable Bindungen

KBT-Angebot: „Probieren Sie verschiedene Arten zu Gehen aus, indem Sie sich jeweils auf eine Art zu zweit einigen, wechseln Sie immer wieder die PartnerInnen.“

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Können Wünsche und Anforderungen von anderen gesehen, erfüllt oder abgegrenzt werden?</i></p> <p><i>Können verschiedene Beziehungsqualitäten gelebt werden?</i></p>	<p>Gut integriert Innere Bilder verschiedener Personen haben unterschiedliche Objektqualitäten. Zuwendung zum einen ist nicht gleichbedeutend mit Abwendung vom anderen, triadische Beziehungen sind möglich.</p>	<p>Frau W. nimmt das Angebot interessiert auf, schließt sich Frau S. an und beide experimentieren spielerisch mit verschiedenen Formen des Gehens. Im gemeinsamen Tun entstehen immer wieder neue Formen. Beide lachen miteinander, können sich nach einer Weile voneinander lösen und sich auf neue TeilnehmerInnen einlassen.</p>
<p><i>Gibt es Ängste, gute Beziehungen zu verlieren?</i></p> <p><i>Kann die Therapie nur in sehr eingegrenzten, engen Formen durchgeführt werden?</i></p>	<p>Mäßig integriert Innere Bilder wichtiger Personen unterscheiden sich wenig. Dyadische Beziehungen werden gesucht.</p>	<p>Frau Y. wartet jeweils, bis jemand auf sie zukommt und nimmt die Gangart des anderen auf. Auch nach Anregung, eigene Ideen einzubringen, verhält sie sich sehr zurückhaltend.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Innere Bilder sind vorwiegend negativ geprägt und die Beziehungen wirken funktionalisiert.</p>	<p>Herr F. kann Anregungen seines Partners wenig bis gar nicht aufgreifen. Frau B. bleibt während des Angebots am liebsten bei der gleichen Partnerin und weigert sich, mit weiteren Personen zu experimentieren. Im Nachgespräch begründet sie dies damit, dass andere Personen bestimmt nicht gut auf sie eingehen könnten.</p>
	<p>Desintegriert „Alle Objekte scheinen ähnlich; wenn Bindungen existieren, dann vorwiegend fantasiert und auf regressivem Niveau“ (OPD-2 2006, S. 439).</p>	<p>Herr L. geht zwar neben seinem Mitpatienten, löst sich dann ohne einen Blick oder Abschiedsgeste, um wieder alleine bzw. zum nächsten zu gehen. Herr Y. geht weder auf andere zu noch steigt er auf „Einladungen“ anderer ein. Er berichtet im Nachgespräch, dass er in Gedanken mit allen gehen könnte und es deswegen sinnlos sei, es auszuprobieren.</p>

4.4 Bindungsfähigkeit

KBT-Angebot: Zu dritt durch den Raum gehen.

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Kann körperliche Zuneigung gespürt werden?</i></p> <p><i>Kann der Mensch sich in der Bindung körperlich einlassen?</i></p>	<p>Gut integriert Zeigt sich in der Fähigkeit, sich in realen Beziehungen emotional an andere binden zu können. Dankbarkeit, Fürsorge, Schuld und Trauer können gegenüber anderen erlebt werden. Keine Objektabhängigkeit.</p>	<p>Frau M. findet schnell Anschluss bei einem schon gebildeten Paar. Alle drei finden schnell zu einem gemeinsamen Tun. So nehmen sie auch körperlich Kontakt auf durch Halten der Hände und kleine Drehfiguren. Auch bei räumlich größerer Distanz bleibt die Bezoogenheit durch Blickkontakt und Zulächeln der drei Personen aufeinander sichtbar.</p>
<p><i>Können auch bei Konflikten die positiven Objektbilder erhalten bleiben?</i></p> <p><i>Kann die eigene Autonomie in der Bindung bewahrt bleiben?</i></p> <p><i>Gibt es Ängste vor symbiotischer Verschmelzung und Identitätsverlust?</i></p> <p><i>Gibt es Brüche in der Beschreibung von Bindungen?</i></p>	<p>Mäßig integriert „Emotionale Bedeutung des wichtigen Anderen kann überhöht sein (deutliche Objektabhängigkeit)“ (OPD-2 2006, S. 440).</p>	<p>In einer anderen Dreierkonstellation orientiert sich Frau X. ausschließlich an den Bewegungsideen einer der Partnerinnen. Sie berichtet, wie wunderbar diese Partnerin sich bewegt hat. Sie alleine wäre nie auf diese Möglichkeiten gekommen. Die dritte Partnerin wird nicht erwähnt, sondern von Frau X. ausgeblendet.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Emotionale Bedeutung nur bei Anwesenheit des Objekts, daher wechselnde, kurzfristige Beziehung (aus dem Auge, aus dem Sinn).</p> <p>Desintegriert „Sehr symbiotische Beziehungen oder ängstliche Wahrung der Autonomie und Vermeidung von Objektbindungen“ (vgl. <i>OPD-2 2006</i>, S. 440).</p>	<p>Herr W. bleibt an der Wand stehen und schaut kopfschüttelnd den anderen zu. Er äußert, dass es ja keinen Sinn habe, sich zusammen zu tun, danach sei man ja sowieso wieder allein.</p> <p>Frau T. verlässt die Dreierkonstellation schnell, bemüht sich auch nicht um eine neue Gruppe. Es sei schnell langweilig geworden und sie brauche diese Kontakte auch nicht.</p> <p>Frau Z. gibt an, sie könne ausschließlich mit ihrer Zimmernachbarin das Angebot ausprobieren, sie lehnt eine Dreierkonstellation ab.</p>

4.5 Hilfe annehmen

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Ist es möglich, Hilfe zu suchen oder Hilfsangebote anzunehmen?</i></p> <p><i>Kann wohlwollende Unterstützung und Sorge anderer akzeptiert werden?</i></p>	<p>Gut integriert Unterstützung, Versorgung, Sorge, Anleitung kann von anderen angenommen werden.</p> <p>Mäßig integriert Auch in der Not kann Hilfe nur schwer angenommen werden. Anderen wird im Übermaß geholfen.</p>	<p>Frau F. ist neu in der Gruppe. Frau H. geht interessiert auf sie zu und bietet ihr an, ihr im Raum beim Gehen einiges zu zeigen. Frau F. nimmt dies dankbar an und geht mit Frau H. in den Raum hinein.</p> <p>Herr M. ist zum ersten Mal in der KBT, er steht abwartend an der Wand. Er kennt Frau L. aus anderen Gruppen. Nach mehrmaliger Einladung von Frau L. kann er schließlich mit ihr gemeinsam ins Gehen kommen. Frau L. gibt Herrn M. viele Gegenstände in die Hand. Sie erzählt danach, sie habe ihm alles zeigen wollen, was ihr wichtig sei.</p>
	<p>Gering integriert Hilfsbereitschaft anderer wird kategorisch zurückgewiesen. Es gibt keine Vorstellung, anderen helfen zu können.</p>	<p>Obwohl immer wieder verschiedene TeilnehmerInnen der Gruppe auf Frau K. zugehen, nimmt sie keinerlei Kontakt zu ihnen auf. Auch freundliche und bemühte Angebote, gemeinsam Gegenstände zu erkunden, nimmt sie nicht an.</p>
	<p>Desintegriert Hilfreiche Andere sind nicht vorstellbar. Die Grenzen anderer werden ignoriert, blinder Aktivismus im Helfen-Wollen.</p>	<p>Frau E. bedrängt mit einem Igelball verschiedene TeilnehmerInnen der Gruppe. Die ablehnende Reaktion dieser ignoriert sie.</p>

4.6 Bindung lösen

Beobachtung am Ende der Stunde: Wie gehen PatientInnen am Ende der Stunde oder am Ende der Therapie aus dem Raum und wie verabschieden sie sich?

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
<p><i>Kann der Mensch sich, wenn notwendig, angemessen lösen?</i></p> <p><i>Können Trennungen angemessen betrauert und erlebt werden?</i></p>	<p>Gut integriert Sich aus Bindungen lösen und Abschied nehmen können. Sich nach angemessener Zeit Neuem zuwenden können.</p> <p>Mäßig integriert Abschiede werden übergangen oder es findet ein Anklammern statt.</p>	<p>Am Ende der Gruppenstunde verabschiedet sich Frau N. mit den Worten, dass ihr diese Gruppenstunde viel gegeben habe und sie sich auf die nächste Stunde freue.</p> <p>Herr U. verlässt ohne emotionale Beteiligung und ohne Abschiedsworte oder -gesten den Raum. Er ist schnell weg.</p> <p>Frau P. verweilt am Ende jeder Gruppenstunde noch im Raum, braucht lange, um ihre Sachen zusammenzufassen, verwickelt die Therapeutin ins Gespräch über dies und das. So zögert sie den Moment des Abschieds hinaus.</p>

LEITFRAGEN	BESCHREIBUNG DER DIMENSIONEN	ANKERBEISPIEL
	<p>Gering integriert Innere Erfahrung von Abschied und Trauer existiert nicht. Trennungen können Depression oder Desorganisation auslösen.</p>	<p>Herr O. meldet sich für die letzte Gruppensitzung ab. Erst auf Drängen des Bezugstherapeuten erscheint er und äußert, dass er keinen Sinn darin sehe, noch hier zu sein. Später nutzt er jede Gelegenheit, seine bisherigen Erfahrungen in der Gruppe und mit den anderen zu entwerten.</p>
	<p>Desintegriert Trennungen werden scheinbar reaktionslos hingenommen, können aber auch massive Reaktionen auslösen.</p>	<p>Obwohl die Therapeutin schon mehrmals auf die baldige letzte Gruppenstunde von Frau P. aufmerksam gemacht hat, zeigt diese keinerlei Resonanz darauf. In der letzten Abschiedsrunde (5 Minuten vor Ende) benennt sie plötzlich ohnmächtige Wut und bodenlose Angst vor der Zeit zuhause. Sie wisse nicht, wie es weitergehen solle.</p>

5. Literaturhinweise

- Arbeitskreis OPD (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Grundlagen und Manual. Bern: Hans Huber.
- Boessman, Udo & Remmers, Arno (2010): Behandlungsfokus. Psychodynamische Therapieplanung, Ziel- und Zeitbegrenzung, Praxisgerechte Nutzung der OPD-2, Bericht an den Gutachter. Berlin: dpv.
- Cserny, Sylvia, & Tempfli, Ulrike (2006): Die Wirkung von Körperinterventionen auf das psychische Geschehen und dessen Veränderung. In: Cserny, Sylvia & Paluselli, Christa (Hrsg.): Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens. Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 11-30.
- Dahlbender, Reiner W. & Tritt, Karin (2011): Einführung in die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). In: Psychotherapie. 16 (1). S. 28-39.
- Ehrental, Johannes C. (2014): Strukturdiagnostik. Neue Ergebnisse aus der Forschung für die Praxis. In: Psychodynamische Psychotherapie. 13 (2). S. 103-14.
- Joraschky, Peter & von Arnim, Angela (2009): Der Körperbildstrukturtest. In: Joraschky, Peter; Loew, Thomas & Röhrich, Frank (Hrsg.): Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik. Stuttgart: Schattauer. S. 183-191.
- Küchenhoff, Joachim & Agarwalla, Puspa (2013): Körperbild und Persönlichkeit. Die Klinische Evaluation des Körpererlebens mit der Körperbild-Liste. 2., korrigierte Auflage. Berlin: Springer.
- Kühnel, Ulrike (2014): Konzentrative Bewegungstherapie KBT im Integrativen Konzept der Psychosomatik. In: Konzentrative Bewegungstherapie (44). S. 66-79.
- Rudolf, Gerd (2009): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 2. unveränderter Nachdruck der 2. Auflage 2006. Stuttgart: Schattauer.
- Seidler, Klaus-Peter; Schreiber-Willnow, Karin; Hamacher-Erbguth, Anke & Pfäfflin, Martin (2004): Skalen zur Prozessdiagnostik in der Konzentrativen Bewegungstherapie. In: Zeitschrift für Konzentrative Bewegungstherapie, 34, S. 67-102.
- Schmidt, Evelyn (2010): Leibbezogene Diagnostik. In: Konzentrative Bewegungstherapie (41). S. 39-43.
- Schmitz, Ulrike (2012/2013): Der Körper ist ein unsicheres Gefährt, KBT bei Somatisierungsstörungen und hypochondrischen Ängsten/Anhaltspunkte zur gefühlshaften und körperlichen Reaktion auf Patientin oder Patient. In: European Psychotherapy Scientific Journal for Psychtherapeutic Research and Practice. S. 54-64.
- Stolze, Helmuth (Hrsg.) (1989): Die Konzentrative Bewegungstherapie, Grundlagen und Erfahrungen. 2. Auflage. Berlin: Springer.

LEITFADEN ZUR DIAGNOSTIK IN DER KBT

Datum:

I. ERSTKONTAKT

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Telefon: Email:
Weitere Ärzte/Psychologen/Therapeuten:	
Klinikaufenthalte, Berichte:	
Vor- und Zusatzbehandlungen, Medikamente:	
Diagnosen:	
Familiäre Situation:	
Berufliche Situation/Tätigkeit:	
Krisenintervention:	
Besondere Vermerke:	
Biographische Anamnese, siehe Anlage	

- Wie lange bestehen Beschwerden, was ist der Entschluss, jetzt in die Therapie zu kommen?

- Krankheitserleben der Patientin/des Patienten, Ideen zum eigenen Krankheitskonzept

- Ersteindruck: äußeres Erscheinungsbild, wie verläuft der Erstkontakt, körperliche Besonderheiten, Auffälligkeiten z. B. in Atem, Haltung, Blick, Mimik, Sitzposition, Spannungszustand

- Erste Informationen zu Zielen und Wünschen an die Therapie:

- Wer/was könnte im Therapieprozess helfen – Ressourcen – wer/was kann trösten, unterstützen?

- Wer/was könnte notwendige Veränderungen hemmen?

- Ersteindruck zu Reaktionen bei einfachem KBT- Angebot: Körperwahrnehmung, Raumwahrnehmung, Selbstobjekt, Gehen im Raum, Symbolisierungsfähigkeit

Vereinbarungen: Anzahl probatorischer Sitzungen, Therapiebeginn und Setting	
---	--

II. KÖRPERSELBST UND KÖRPERPHÄNOMENE

Alternativ bzw. ergänzend kann die Leibdiagnostik (E. Schmidt), die Körperbildliste (Küchenhoff/Agarwalla), der Körperbildstrukturtest nach (Joraschky, v.Arnim) genutzt werden.

- a. Besonderheiten aus der körperbezogenen Biografie
(Berührungs-, Grenzerfahrungen u.a.)

- b. Besonderheiten aus der Krankheitsgeschichte

- c. Auffälligkeiten in der Haltung, Mimik, Gestik, Atmung und andere vitale Anzeichen

- d. Auffällige belebte und unbelebte Körper-Teile/Seiten der Patientin bzw. des Patienten

- e. Beobachtungen zu Rhythmus, Kraft, Koordination und Tempo von Bewegungsabläufen

- f. Gibt es Seitendifferenzen?

- g. Kann sich die Patientin bzw. der Patient im Raum ausdehnen, Raum nehmen? Zeigen sich zurückhaltende, vermeidende oder anspannende Bewegungen in der Haltung, im Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen?

- h. Ist die Wahrnehmung mehr nach innen oder nach außen gerichtet?

- i. Wie erlebt die Patientin bzw. der Patient die Beziehung zum Boden, zur Wand und zu Gegenständen?

- j. Zeigen sich unterschiedliche Stimmungen, Affekte auf der Körperebene?

- k. Auffälligkeiten im Körperkontakt, wird der Kontakt gesucht oder eher gemieden, Nähe-Distanz-Verhalten?

- l. Andere körperliche Auffälligkeiten und Phänomene

Zusammenfassend: Wie erlebe ich die Patientin in ihrer Körperlichkeit bzw. den Patienten in seiner Körperlichkeit? Wie erleben sich diese selbst in ihrer Körperlichkeit?

III. SYMBOLISIERUNGSFÄHIGKEIT

Körperbezogene Dimensionen der Symbolisierung

- Kann ein Körperbild mit KBT-Materialien oder Knetmaterial gestaltet werden?
- Versteht die Patientin bzw. der Patient den symbolhaften Ausdruck der eigenen Gestaltung?
- Können eigene Körpersymptome symbolisch verstanden werden?

Affektbezogene Symbolisierung

- Können eigene Gefühle, Affekte, Stimmungen, Bedürfnisse durch Materialien und Gegenstände symbolisiert werden?
- Können eigene Affekte durch symbolhaftes Handeln z. B. Perspektivenwechsel/Handeln auf Probe beeinflusst oder verändert werden?
- Kann die Patientin bzw. der Patient im Kontakt mit Materialien innere Erfahrungen lebendig werden lassen?

Objektbezogene Symbolisierung

- Kann die Patientin bzw. der Patient eigene innere Anteile symbolisch darstellen?
- Kann er/sie Symbole zu den für ihn/sie bedeutsamen Menschen finden?
- Kann er/sie Anteile dieses Menschen aufgliedern, symbolisieren und besetzen?

Zusammenfassende Beschreibung der Symbolisierungsfähigkeit:

IV. THERAPEUTISCHES BEZIEHUNGSGESCHEHEN

(Ergänzend kann hier das Blatt von U. Schmitz „Anhaltspunkte zur gefühlhaften und körperlichen Reaktion auf Patientin oder Patient“ genutzt werden)

Welche Beziehungsangebote macht der Patient/die Patientin?

- Wie erlebt die Patientin/der Patient andere Personen im Kontakt? Wie reagiert sie/er darauf?

- Welche Gefühle und ggf. spontanen Affekte werden von der Patientin/dem Patienten ausgedrückt und was lösen sie in mir aus?

- Welche Beziehungsdynamik entwickelt sich?

- Was sehe, höre, fühle ich – wie ist die eigene Körperresonanz?

Zusammenfassende Beschreibung der Beziehungsdynamik:

V. STRUKTURELLE FÄHIGKEITEN

1a. Selbstwahrnehmung (kognitive Ebene)

- Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstbeschreibung
- Fähigkeit eigene Gefühle differenziert wahrzunehmen und zu beschreiben
- „Bandbreite“ an Affekten
- Konstanz und Kohärenz des Selbstbilds, der körperlichen Identität, der Rolle Mann/Frau

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

1b. Objektwahrnehmung

- Eigene Gedanken, Bedürfnisse, Impulse von denen anderer unterscheiden können, Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich
- Realitätsgerechte, ganzheitliche Wahrnehmung anderer Personen mit unterschiedlichen Interessen, Bedürfnissen, Eigenschaften, eigener Geschichte
- Realitäts- und situationsangemessene Einschätzung der Interessen, Bedürfnisse und Grenzen anderer

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

2a. Selbststeuerung /Selbstregulierung (Regulationsebene)

- Sich von Impulsen distanzieren, diese steuern und integrieren
- Sich selbstverantwortlich als UrheberIn des eigenen Handelns erleben können
- Steuerung eigener Affekte, sozialverträgliche Regulierung von Affekten
- Umgang mit Kränkung, sich distanzieren können und Selbstwert regulieren können

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

2b. Regulierung der Beziehungen

- Beziehungen vor eigenen störenden Impulsen schützen
- Eigene Interessen in Beziehungen aufrechterhalten
- Respekt und Achtung der Interessen anderer
- Die Reaktion anderer einführend vorausahnen können und zur Handlungssteuerung nutzen

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

3a. Emotionale Kommunikation nach innen (emotionale Ebene)

- o Fähigkeit, Affekte in sich entstehen zu lassen und zu erleben, auszudrücken
- o Fantasien entwickeln zu eigenen emotionalen Zuständen und der eigenen Leiblichkeit
- o Über Fantasien zu kreativen Lösungen und zu kommunikativen Handlungsentwürfen kommen
- o Die eigene Körperwahrnehmung bzw. das Körper selbst emotional beleben, den eigenen Körper realitätsgerecht wahrnehmen

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

3b. Emotionale Kommunikation mit anderen

- o Fähigkeit zur emotionalen Kontaktaufnahme zu anderen, Wir-Gefühl
- o Fähigkeit, ein breites Spektrum an Emotionen im Kontakt auszudrücken
- o Wahrnehmung der körperlichen Signale anderer, Fähigkeit zur Empathie

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

4a. Bindung an innere Objekte (Bindungsebene)

- o Vorhandensein von positiven Selbst- und Objektrepräsentanzen
- o Positive Introjekte nutzen: für sich sorgen, sich beruhigen, trösten, helfen, schützen, für sich eintreten
- o Variable und trianguläre Bindungen, unterschiedliche innere Objektqualitäten im Bezug zu den verschiedenen Beziehungen

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

4b. Bindung an äußere Objekte

- o Sich emotional an andere binden können (Empfinden von Dankbarkeit, Fürsorge, Schuld), Beziehungen pflegen und aufrechterhalten)
- o Fähigkeit, Hilfe anzunehmen; wohlwollende Unterstützung, Versorgung, Sorge, Anleitung, Entschuldigung von anderen annehmen können
- o Sich aus Bindungen lösen und Abschied nehmen können

Integriert Mäßig integriert Gering integriert Desintegriert

VI. GRUNDKONFLIKTE UND IHRE MUSTER (nach OPD-2 2006)

Welche dysfunktionalen Konflikte werden in der therapeutischen Beziehung und Arbeit deutlich?

Repetitiv dysfunktionale Konflikte:

- Individuation versus Abhängigkeit
- Unterwerfung versus Kontrolle
- Versorgung versus Autarkie
- Selbstwertkonflikt
- Schuldkonflikt
- Ödipaler Konflikt
- Identitätskonflikt

Aktualkonflikt:

Konfliktschemata und Konfliktverarbeitung

VII. Zusammenfassende Arbeitshypothese zu Krankheit und Problementwicklung, zum Konflikt und zur Beziehungsthematik

- o Hypothese zur Entwicklungsgeschichte der Störung

- o Was sind entwicklungsbedingte Defizite und Ressourcen?

- o Welche therapeutische Grundhaltung ist notwendig (insbesondere bei strukturellen Störungen)?

- o Welche Ziele hat die Patientin bzw. der Patient; expliziter Fokus?

- o Welche Ziele habe ich als TherapeutIn; impliziter Fokus?

- o Arbeitshypothese und vorläufige Diagnose

Autorinnen



CLARA SCHEEPERS-ASSMUS
Lehrtherapeutin im DAKBT,
Ergotherapeutin,
Praxis für KBT
Abtsweg 13
69198 Schriesheim-Altenbach
clara.scheepers@t-online.de



KATHINKA KINTRUP
Physiotherapeutin,
Lehrtherapeutin für Konzentrierte
Bewegungstherapie,
Psychotherapie (HPG), ECP
Kurfürstenstr. 3
76137 Karlsruhe
kintrup@kbt-karlsruhe.de



BRIGITTE EULENPESCH
Lehrbeauftragte,
Supervisorin und Prüferin beim DAKBT
Praxis für Konzentrierte
Bewegungstherapie (KBT)
Kässbohrerstrasse 16
89077 Ulm
kbteulen@web.de



NINA FREUDENBERG
Diplom-Motologin,
KBT-Therapeutin Akutklinik Urbachtal,
Badstraße 28
88339 Bad Waldsee
ninafreudenberg@gmx.de



ULRIKE KÜHNEL
Lehrtherapeutin im ÖAKBT,
Physiotherapeutin
Psychotherapeutin ECP,
Konzentrierte Bewegungstherapie in der
Klinik St. Irmingard, Prien am Chiemsee
und in freier Praxis in Salzburg
Moosweg 20
83209 Prien am Chiemsee
ulrike.kuehnel@gmx.de



DR. MARIA STIPLER-KORP
Klinische Psychologin und
Psychotherapeutin (Konzentrierte
Bewegungstherapie) in freier Praxis,
Lehrtätigkeit an der Universität Innsbruck,
Praxis für Psychologie und Psychotherapie,
Eduard-Wallnöfer-Platz 1
A-6410 Telfs
psychotherapie@telfs.com



KBT[®]

Deutscher Arbeitskreis für
Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT) e.V.



Weiterbildung mit Zertifikatsabschluss

TherapeutIn für Konzentrierte Bewegungstherapie KBT[®]

Die Konzentrierte Bewegungstherapie KBT ist eine körperorientierte psychotherapeutische Methode, bei der Wahrnehmen und Bewegung als Grundlage des Denkens, Fühlens und Handelns diagnostisch und therapeutisch genutzt werden.

Seit über 40 Jahren gehört KBT zum Therapieprogramm psychosomatischer Kliniken.

Die Weiterbildung eignet sich als Zusatzqualifikation für PsychologInnen, PädagogInnen, ÄrztInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen und andere in Heilhilfsberufen Tätige.

Sie lernen in individuellen Schritten, die Sie berufsbegleitend absolvieren:

- :: Umfangreiche körpertherapeutische Selbsterfahrung in interdisziplinären Gruppen.
- :: Praxisnah vermittelte Theorie verknüpft körperpsychotherapeutisches Handeln mit aktuellen Erkenntnissen der Säuglings-, Bindungs- und Hirnforschung.
- :: Eigene Arbeit unter Supervision mit Augenmerk auf die körperliche Gegenübertragung.

Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie e.V.

Postfach 910108, 90259 Nürnberg

Tel. 0911 93277327, Fax: 0911 93277328

info@dakbt.de

Sie finden weitere Informationen unter

www.dakbt.de

Sonderheft 2016
des DAKBT und ÖAKBT