

Vortrag „KBT im Rahmen stationärer Kurzzeittherapie“ von Roland Brückl bei der 7. Forschungswerkstatt zum Thema „KBT als Kurztherapie – (wie) geht das?“ am 21.01. und 22.01.2005 in der Rhein-Klinik Bad Honnef

Beim Schreiben dieses Vortrags hat mich ein Phänomen begleitet das gut zum Thema unserer Werkstatt passt: Zeitmangel. Es passt auch gut zur Arbeit auf einer Akutstation in einem psychotherapeutischen Krankenhaus, wo zunehmend Patientinnen und Patienten mit einer Kostenzusage über 3 Wochen eingewiesen werden. Auch wenn es in eher wenigen Fällen bei dieser engen zeitlichen Grenze bleibt, ist damit eine Marke gesetzt, mit der umzugehen ist.

Zu Beginn ein kurzer Überblick: Ich werde zuerst kurz die Klinik vorstellen in der ich arbeite und von der ich spreche. Ich werde dann den äußeren Rahmen abstecken und mich dabei beispielhaft auf das Setting der Kurzgruppenpsychotherapie der psychotherapeutischen Akutstation konzentrieren. Ich werde an dieser Stelle Ergebnisse der an der Klinik durchgeführten Qualitätssicherung der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart von Herrn Dr. Kordy einbauen.

Dann werde ich den inneren Rahmen der Arbeit mit meiner KBT-Gruppe auf dieser Station darstellen und dabei allgemeine Grundsätze der Kurzgruppentherapie zusammenfassen, sowie versuchen KBT-spezifisches Vorgehen herauszuarbeiten. Dies werde ich mit einigen Fallvignetten illustrieren.

Der äußere Rahmen

Die Schussental Klinik in Aulendorf ist eine Fachklinik für internistische Psychosomatik und Psychotherapie und untergliedert sich in den akutstationären Bereich mit den Schwerpunkten Internistische Psychosomatik und Psychotherapie mit 78 Betten sowie die Abteilung Psychosomatische Rehabilitation (82 Betten). Die Behandlung ist tiefenpsychologisch orientiert, verhaltenstherapeutische und psychoedukative Elemente werden immer mehr in die Behandlung einbezogen. Ich beziehe mich in meinem Vortrag auf die akutstationäre Behandlung der Psychotherapiestation mit 38 Betten als pars pro toto (bei allen Unterschieden, die es von Station zu Station gibt). Auf dieser Station gibt es ein für alle Patientinnen und Patienten verpflichtendes gruppentherapeutisches Angebot. Vor mehr als 10 Jahren entschied man sich die Gesprächspsychotherapiegruppen jeweils fest mit einem spezialtherapeutischen Gruppenangebot zu koppeln, d.h. auf der Station gibt es nun 4 Psychotherapiegruppen, die jeweils fest mit einer Gruppe in Konzentrativer Bewegungstherapie (KBT), einer Gruppe in Integrativer Bewegungstherapie (IBT) – unserem Schwesterverfahren – und mit zwei Kunsttherapiegruppen verbunden sind. Die Gesprächspsychotherapiegruppen finden i.d.R. ebenso wie die Kunst- und Bewegungstherapiegruppen zweimal wöchentlich statt und dauern 90 Minuten, wir haben es hier also mit einem hochfrequenten Gruppentherapieangebot zu tun. Die Zuweisung welcher Patient in welche Gruppe kommt wird nicht gesteuert, sondern entscheidet sich nach verwaltungstechnischen Gegebenheiten, also danach wo gerade ein Platz frei ist. Die Patientinnen und Patienten werden so zeitnah wie

möglich in das jeweilige Gruppenangebot eingebunden, die Gruppen werden also slow-open (halboffen) durchgeführt. Interessant ist dabei, dass wir auf dieser Station nur sehr selten mit dem Dropout-Problem zu tun haben, vorzeitige Gruppenabbrüche gibt es nach meinen Erfahrungswerten und denen meiner Kolleginnen und Kollegen selten. Auch tritt es kaum auf, dass Patienten die Teilnahme an der Gruppentherapie verweigern - trotz aller Skepsis, die fast jeder Patient mitbringt, da kaum einer Gruppenpsychotherapie kennt. Dies verwundert, wenn man die relativ hohen Dropout-Zahlen in der Literatur liest und ich denke, dies hat in unserer Einrichtung mit der relativ strikten gruppentherapeutischen Ausrichtung des ganzen Hauses zu tun. Natürlich leisten die Therapeutinnen und Therapeuten, das Pflegepersonal und die Mitpatienten wertvolle Überzeugungs- und Motivationsarbeit (also eine Art Gruppenvorbereitung), die sich nicht selten noch in der Gruppentherapie fortsetzt. Bereits hier zeigt sich, dass ein klarer Rahmen der therapeutischen Arbeit höchst zuträglich ist, wie dies Peter Fürstenau schon vor mehr als einem Jahrzehnt formulierte. Allerdings spielen auch die relativ kurzen Aufenthaltszeiten eine Rolle, da manche der weniger motivierten Patienten zwar im Rahmen der sozialen Erwünschtheit die Gruppe besuchen, ohne sich dort wirklich einzulassen. Ferner bekommen die Patienten i.d.R. ein therapeutisches Einzelgespräch pro Woche. In den Einzelgesprächen wird darauf geachtet, dass Themen in die Gruppe zurückgebracht werden, die dort zu bearbeiten sind und dass Themen Raum bekommen, die der Patient nur schwer dort einbringen kann. Hier ist das Verhandlungsgeschick des Therapeuten außerordentlich gefordert.

Neben den Kerngruppen gibt es noch verschiedene indikationsspezifische Gruppen: Depressionsgruppe, Stressbewältigungsgruppe, Schmerzgruppe, Anorexie/ Bulimiegruppe, Angstbewältigungsgruppe und eine interaktionelle Gruppe. Diese Gruppen werden individuell verordnet.

Außerordentlich wichtig sind selbstverständlich auch die engen Kontakte des Pflegepersonals mit den Patienten, wo häufig aktuelle Probleme gegenwartsbezogen besprochen und zu lösen versucht werden. Im regelmäßig stattfindenden Stationsforum werden Themen besprochen, die von eher allgemeinem Interesse sind.

Außerdem erhalten die Patienten meist noch ein ganzes Bündel an sogenannten ergänzenden Maßnahmen (ein Begriff den ich in einem integrativen Konzept nicht für glücklich halte) aus den Bereichen Entspannung, Sport, Physiotherapie und Physikalische Therapie sowie Informations- und Beratungsveranstaltungen. Ich denke die Wichtigkeit dieser Maßnahmen wird häufig unterschätzt.

Die Erkenntnisse, die im multiprofessionellen Team gewonnen werden, bündeln und diskutieren wir in 14-tägigen Oberarztvisiten an denen Oberarzt, Stationsarzt und/oder Psychotherapeut, Bewegungs- bzw. Kunsttherapeut/in und ein Mitglied des Pflorgeteams teilnimmt, sowie last but not least der Patient. Die Gruppenleiter der Kerngruppe treffen sich i.d.R. zwischen den Oberarztvisiten. Auch wenn auf den interdisziplinären Austausch viel Wert gelegt wird, besteht aufgrund der letztlich knappen Ressource Zeit immer die Gefahr, dass eine wichtige Beobachtung verloren geht.

Bevor ich zum inneren Rahmen der Behandlung komme, möchte ich noch kurz einige Auswertungen aus der Qualitätssicherung der Forschungsstelle Stuttgart von Dr. Hans Kordy darstellen (Erhebung bezieht sich auf die gesamte Klinik):

1. Durchschnittsalter: 46,7 Jahre (60% 39 – 58 Jahre);
67% Frauen – 32% Männer
2. Erstdiagnose: F 33 (rezidivierende depressive Störung) 32%
F 32 (depressive Episode) 25%
3. Probleme bei Aufnahme:
Erschöpfung/Angst/Depression 90%
zu emotionale Reaktionen 65%
geringes Selbstwertgefühl 63%
körperliches Problem 58%
4. Verweildauer: 40,9 Tage – 42,5 Tage Akut – 35,9 Tage Reha
5. Akzeptanz Therapien:
Einzelpsychotherapie: 95,7 %
Gruppenpsychotherapie: 85,2 %
Einzel – KBT/IBT: 91,5 %
KBT/IBT – Gruppe: 91%
6. Auffälligkeitsrate („Heidelberger Modell“):
sehr guter Verlauf: 8,4 %
guter Verlauf: 64,8 %
auffälliger Verlauf: 26,8 %

Das geschilderte Konzept ist eine Möglichkeit, Kurzzeittherapie an der Klinik zu betreiben. Ich denke kein Konzept lässt sich standardisieren, den es muss zu den Gegebenheiten der Institution und zu den Fähigkeiten und Vorstellungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter passen. Zentral in diesem Konzept ist die Zusammenarbeit der beiden Gruppentherapeuten, die getrennt am gemeinsamen Ziel einer erfolgreichen Behandlung arbeiten. In dieser Zusammenarbeit kommen einige Wirkprinzipien ähnlich wie in der klassischen Co-Leitung zum Tragen (Mehrperspektivität – 4 Augen sehen mehr als zwei, vier Ohren hören mehr als zwei; Möglichkeit der Spaltung und Übertragung), allerdings bietet dieses Konzept den Patienten kein sichtbares Beziehungsmodell und ist in dieser Hinsicht leider nur wenig wirksam. Diesem Nachteil steht der ökonomische Vorteil gegenüber.

Der innere Rahmen

Das eigentlich Spannende ist in unserem Alltag als KBT-Therapeutinnen und Therapeuten ist, wie wir in der Arbeit mit den Patienten den zeitlichen Rahmen „Gruppe“ gestalten. Im Schnitt haben die Patientinnen und Patienten auf unserer Station 12 Gesprächspsychotherapiegruppen und 12 KBT-Gruppenstunden. Durch das halboffene Gruppenkonzept müssen die neu hinzukommenden Gruppenmitglieder integriert, die Gruppenmitglieder, deren Aufenthalt zu Ende geht, verabschiedet werden. So sind Anfang und Ende, Kommen und Gehen, ständig ein Thema, Abschied allerdings nicht in der geballten Intensität, wie dies in einer geschlossenen Gruppe der Fall wäre. Volker Tschuschke plädiert in seinem 2003 erschienenen Buch „Kurzgruppenpsychotherapie“ stark für geschlossene Gruppen in der statio-

nären Kurzzeittherapie. Er begründet dies u.a. damit, dass jeder neu eintretende Patient das soziale System „Gruppe“ beeinflusst und eine neue Rollenverteilung unter den Patientinnen und Patienten stattfindet. Auch befürchtet er im ungünstigen Fall eine Regression der Gruppe auf frühere Themen. Diese Argumente sind nicht von der Hand zu weisen, ich muss allerdings sagen, dass ich das Prinzip der halboffenen Gruppe auch immer wieder als bereichernd erlebe und dies auch die Patienten zurückmelden. Anzumerken ist noch, dass es in unseren halboffenen Gruppen immer wieder „stabile Phasen“ von 2-3 Wochen gibt, in denen sich die Gruppenzusammensetzung nicht ändert. Erfahrungsgemäß verlaufen die Gruppen in dieser Zeit sehr produktiv. Eine heterogene Gruppenzusammensetzung, befürwortet Prof. Tschuschke.

Eine ganz besondere Verantwortung kommt in der Kurzgruppenpsychotherapie dem Gruppenleiter zu. Er hat die Rolle eines „Türwächters“ (Tschuschke), der grundlegende Gruppenregeln setzt (z.B. Verschwiegenheit nach außen, Erkennen von Grenzverletzungen) und auf ihre Einhaltung achtet, also einen klaren Rahmen vorgibt, der Vertrauen schafft und in dem sich der therapeutische Prozess entfalten kann. Dem Leiter von Kurzgruppen wird in der Literatur übereinstimmend eine aktive Rolle zugeschrieben. Er muss Struktur in die Gruppe bringen und viel Aktivität entfalten um einen produktiven Arbeitsprozess in Gang zu bringen. Er ist verantwortlich für das Entstehen von Kohäsion, dem aktiven Zusammenhalt der Gruppe, z.B. durch das Einbeziehen möglichst vieler Mitglieder in die Interaktionen. Realistisch erreichbare Behandlungsziele müssen fokussiert, die Selbstöffnung der Patienten gestützt und geschützt werden. Vom Gruppenleiter wird eine hohe Authentizität gefordert, er soll Hoffnung einflößen und so ein positives Veränderungsklima schaffen, das die Arbeit an Affekten, Kognitionen und daraus folgend an Änderungen des Verhaltens ermöglicht.

Viele dieser Grundsätze haben in die Arbeit von klinisch arbeitenden Therapeutinnen und Therapeuten Eingang gefunden und ich denke ich brauche Ihnen die praktische Umsetzung in KBT-Gruppen nicht extra darzustellen. Ich werde nun ausgehend von zwei Fallvignetten aus den letzten 3 Monaten versuchen KBT-spezifisches Vorgehen in der stationären Kurzzeittherapie herauszuarbeiten.

Ich möchte mit einem Beispiel aus der Akutpsychotherapiegruppe für ältere Menschen beginnen, die ich für eine Kollegin vertreten habe – auch Vertretungssituationen sind ja eine häufige Realität in der klinischen Arbeit. Die Gruppe setzt sich aus drei Frauen zwischen Anfang und Ende 60 und einem 80jährigen Mann zusammen.

Ich stelle mich vor und lade die Teilnehmer ein herauszufinden, was ich für sie tun könne. Ich begegne interessierter Skepsis, der 80jährige Mann beginnt ein freundlich abtastendes Gespräch mit mir, signalisiert aber auch schnell, dass er zu alt sei um sich zu bewegen. Dies respektiere ich. Allmählich tauen auch die älteren Damen auf. Sie berichten von schweren Belastungen, die sie in den letzten Jahren und Monaten erlebt haben und denen sie letztlich nicht gewachsen waren. Es geht um die mehrjährige Pflege des an Alzheimer erkrankten Mannes, der dann vor einigen Monaten gestorben ist, bei der ersten Patientin, um die schwere Arbeit auf dem Bauernhof, den der Gatte der Patientin trotz der Krankheit seiner Frau nicht aufgeben will, bei der zweiten, die dritte Patientin hat sich körperlich und seelisch

komplett verausgabt in der Unterstützung ihres über 40jährigen Sohnes, den seine Frau verlassen hat. Kommentiert werden die Mitteilungen der drei älteren Frauen immer wieder von unserem 80jährigen Teilnehmer. Ich bremsen ihn freundlich, da er zum Teil sehr deutend eingreift, was er zum Glück annehmen kann, stütze ihn aber, wenn er Empathie zeigt. Trauer wäre ein Thema, auch Ärger, aber diese Themen erscheinen mir zu gewaltig für die Vertretungssituation. Auch sehe ich die dringende Notwendigkeit eines Wechsels von der Sprach- auf die Körperebene und vom Vergangenheits- in den Gegenwartsraum. Ich biete der Gruppe an am Thema der großen Belastungen zu arbeiten, die sie alle zu tragen hatten und haben. Ich denke an ein Angebot mit großen Gymnastikbällen. Die drei älteren Damen willigen interessiert ein, der ältere Herr lächelt mich freundlich an und sagt: „Sie wissen ja, dass ich bei so was nicht mitmache.“ Ich betone, dass ich ein Angebot mache und Angebote müsse man nicht annehmen. Erst jetzt nehme ich wahr, wie weit die Zeit schon fortgeschritten ist und entscheide mich mein Angebot noch mehr zu strukturieren. Ich überreiche jeder der drei älteren Frauen einen großen Gymnastikball, der ältere Mann bedeutet mir während des Herbeiholens mit heftiger Gestik, dass er wirklich keinen Ball wolle. Es folgt eine Phase der stillen Beschäftigung mit dem Ball und ich begleite diese Zeit mit Anregungen zum Spüren dessen, wie sich der Ball anfühlt und was sich verändert hat. Bald sagt eine der Frauen: „Es ist gut, etwas in der Hand zu haben,“ die beiden anderen Patientinnen stimmen ihr zu. Schließlich bemerkt eine der Frauen, dass ihr durch den großen Ball die Sicht versperrt wird (dies ist in Tat so) und sie schaut seitlich daran vorbei. Sie fügt hinzu: „Das ist ja genauso, wie wenn man nur noch seine Probleme sieht und sonst nichts mehr.“ Eine andere Patientin lässt daraufhin den Ball sinken und sagt: „Stimmt, so ist das viel besser,“ die dritte Patientin hingegen betont, wie gerne sie den Ball halte, sie spüre aber, dass sie kaum noch Kraft dazu habe. Meine Anregung andere Möglichkeiten zu erproben, nimmt sie auf, schließlich legt sie den Ball neben sich und hält mit ihrer Hand Kontakt zu ihm (hier handelt es sich um die Patientin, die sich für ihren Sohn einsetzte). Die Patientin, die den Ball zuerst sinken ließ (es handelt sich um die Patientin deren Mann an Alzheimer erkrankt und gestorben war), lässt den Ball langsam von sich wegrollen und sagt: „Ich muss das eigentlich nicht mehr halten.“ Sie wirkt bei diesen Worten traurig, aber auch erleichtert. Die dritte Patientin deponiert den Ball vor sich in engem Kontakt zu ihren Beinen: „Die Probleme sind ja da, aber so fühle ich mich besser.“

Ich unterbreche meine Schilderung an dieser Stelle und versuche nun herauszuarbeiten, wie durch die Werkzeuge unserer Methode ein wichtiges Thema fokussiert und in Handeln übersetzt werden konnte. Ich habe in dieser Gruppe mehrfach sehr strukturierend eingegriffen, Karin Schreiber-Willnow bezeichnet die KBT in ihrem Buch über das Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Konzentrativen Bewegungstherapie mit Recht als leiterzentrierte Methode. Dies ergibt sich aus dem Auftrag des KBT-Therapeuten auf der Basis seines Verständnisses für das aktuelle Gruppenthema ein Wahrnehmungs- oder Bewegungsangebot mit Aufforderungscharakter zu formulieren. Die Auswahl und Umsetzung meines Angebotes war von mehreren Faktoren bestimmt: Der einmaligen Vertretungssituation (daher die Fokussierung auf eine Problematik, die für die Patienten in ihrem Alltag sehr aktuell ist), der fortgeschrittenen Zeit der Gruppenstunde (daher das direktive Vorgehen), dem Alter der Patienten (daher kein schwerer Gegenstand), sowie dem Erleben der Patienten, dass sie ihrem Schicksal ausgeliefert seien, keine

eigene Gestaltungsmöglichkeit mehr hätten. Von den von Karin Schreiber-Willnow in ihrem Buch benannten Leitlinien zum therapeutischen Vorgehen in der KBT, kam hier besonders die wachsame Wahrnehmung des Körpererlebens und die sprachliche Symbolisierung zum Tragen. Im therapeutischen Gespräch konnte ich die Zügel lockern, da die Patientinnen gut miteinander in Austausch kamen, der ältere Herr brachte sich zwar ein, eine wirkliche Anbindung an die Gruppe kam aber nicht zustande.

Als zweites Beispiel möchte ich Ihnen ein Angebot aus einer Gruppe vorstellen, in der sich ein guter Zusammenhalt entwickelt hatte und eine vertrauensvolle und stützende Arbeitsatmosphäre herrschte. Bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern hatte sich die Introspektionsfähigkeit verbessert, allerdings mit einem stark defizit-orientiertem Blick. Meine Bemühungen auch die Stärken mehr ins Feld der Wahrnehmung zu rücken, hatten keine nachhaltige Wirkung. „Hier wäre ja schon vieles besser, aber zu Hause wären die Probleme so groß, da würde man sicher wieder scheitern, das könne ich glauben“, bekundete die Gruppe unisono. Vor diesem Hintergrund machte ich der Gruppe das Angebot sich ein Hindernis zu bauen. Vorgeschaltet war ein strukturiertes Angebot zur Schärfung der Wahrnehmung des eigenen Körpers mit Betonung auf die Beziehung der Füße zum Boden. Zum Bau des Hindernisses gab ich anfangs einige Anregungen, so unterstützte ich verbal das Finden des Platzes an dem das Hindernis aufgebaut werden sollte, wies explizit auf die im Raum vorhandenen Gegenstände hin und ermutigte die Patientinnen und Patienten sich zu nehmen, was sie brauchten. Es folgte eine lebhaft und zugleich konzentrierte „Bauphase“ und es entstanden acht höchst unterschiedliche Hindernisse. In der „Bauphase“ war meine Leiteraktivität gering. Ich möchte Ihnen die Arbeit einer Patientin mit und an ihrem Hindernis darstellen. Frau K. ist 52 Jahre alt, verheiratet, sie hat aufgrund einer Firmenschließung ihren Arbeitsplatz verloren und leidet unter einer depressiven Symptomatik und enormen Spannungszuständen, die sie selbst nicht mehr regulieren kann. Auch das Entspannungsangebot der Klinik hilft ihr nicht weiter. Sie schloss vor Jahren ein Immobiliengeschäft ab und war dabei an eine Firma mit betrügerischen Praktiken geraten, was ihr nun großen finanziellen Druck verursacht. Diesen Fehler kann sie sich nicht verzeihen und sie landet immer wieder in der Beschreibung dieser Negativsituation. Frau K. stellt auf einen großen Kasten (etwa in der Größe einer Hundehütte) ein fast ebenso großes Sitzpolster. Auf dieses Sitzpolster plazierte sie 2 Holzklötze (etwas so groß wie ein Ziegel), dicht nebeneinander und setzt sich davor. Durch die Höhe des Hindernisses sind die Klötze direkt vor ihrem Gesicht. Auf meine Anregung, dass jeder sein momentanes Befinden beschreiben könne, berichtet sie von einer großen Spannung, die sie vor allem in Schultern und Nacken spüre. Auch könne sie außer den beiden Holzklötzen nichts sehen. Ich biete dann der ganzen Gruppe an, mit ihren Hindernissen umzugehen, d.h. Nähe und Distanz zu regulieren usw. Dabei entdeckt Frau K., dass in die Holzklötze zwei Löcher gebohrt sind, durch die sie durchschauen kann, was sie aber ebenfalls sehr anstrengt. Schließlich nimmt sie ihren Stuhl und vergrößert den Abstand zu ihrem Hindernis, nach einer Weile lehnt sie sich sogar zurück und nimmt die Stuhllehne in Anspruch. Hinterher berichtet sie, dass ihre Spannung nachgelassen habe, als sie sich wegsetzte. Sie habe jetzt gespürt, was das heißt, wenn die mehr Abstand habe. Im übrigen würde sie dem Hindernis am liebsten einen Tritt geben.

Auch hier hilft das Zusammenwirken der symbolischen Darstellung und die Wahrnehmung des Körpererlebens die für die Patientin relevante Problematik zu verdichten. Die ureigene KBT-Arbeit mit Gegenständen scheint für die Kurztherapie besonders geeignet zu sein. Im Probehandeln kann die Patientin ihre Perspektive verändern und es wird sogar ein Affekt (Wut) spürbar, der bisher nicht zugänglich war. Hätte die Patientin diesen Impuls gelebt, wäre es wohl zu einem kathartischen Erleben gekommen.

Ich greife in Klinikgruppen, wenn es die Situation erlaubt, schnell zu, wenn sich ein Fokus mit Gegenwartsbezug abzeichnet und versuche mit der Gruppe daran zu arbeiten. In der stationären Kurzzeittherapie gibt es aufgrund der vielfältigen Einflüsse häufig nur diese eine Chance zuzugreifen, eine Art „Carpe-diem-Prinzip“.

Ich möchte noch ein paar Sätze zum Thema „Regression“ anfügen, da in dieser Hinsicht meine Fallvignetten nicht ergiebig waren. Regression ist in der Klinik in den vergangenen Jahren - nicht zu Unrecht – zu einem gefürchteten Wort geworden. Man wünscht sich den aktiven, aufgeklärten Patienten, der seine Gesundheit in die Hand nimmt. Leider ist dieser Patient nicht so häufig anzutreffen. Ich glaube wir haben in der KBT durch unsere Angebote reichhaltige Möglichkeiten kontrolliert regressiven Wünsche und Bedürfnissen (die wir ja alle haben) Raum zu geben und zur gegebenen Zeit den Übergang in die Progression zu begleiten.

Auch bieten unsere Handlungsangebote viele Möglichkeiten für die Patienten eigene Ressourcen zu entdecken.

In der Beschäftigung mit diesem Thema wurde mir klar:

Kurzzeittherapie ist die Kunst des Weglassens

Einen Satz den ich bei Peter Fürstenau gefunden habe, stelle ihn an den Schluss meines Vortrages:

„Ich muss über etwas Anderes und Besseres reden, wenn ich etwas Anderes und Besseres erreichen will.“

Literatur:

1. Peter Fürstenau: Entwicklungsförderung durch Therapie, Pfeiffer Verlag, München 1994
2. Karin Schreiber-Willnow: Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Konzentrativen Bewegungstherapie, Psychosozial-Verlag, Gießen 2000
3. Volker Tschuschke: Kurzgruppenpsychotherapie, Springer-Verlag, Wien 2003
4. Qualitätssicherung in der Schussental Klinik Aulendorf, Mai 2003 – Mai 2004, Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart (nicht veröffentlicht)

Verfasser:

Roland Brückl
Erzbergerstr. 27
88214 Ravensburg
Tel.: 0751/13708
Fax: 0751/7642790
e-mail: roland-brueckl@versanet.de

Alle Rechte beim Verfasser

Der Vortrag wurde in der „Zeitschrift für Konzentriative Bewegungstherapie“, Nr. 36
S. 99 – 104, 2005 veröffentlicht.