

## Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie bei akut schizophren Erkrankten

Eine Untersuchung mittels Ich-Funktionen Rating nach Bellak et al, 1973 \*

Y. A. MAURER-GROELI

Psychiatrische Klinik Sanatorium Kilchberg, CH-8802 Kilchberg bei  
Zürich, Schweiz

Eingegangen am 3. November 1975

### BODY-CENTERED GROUP PSYCHOTHERAPY IN ACUTE SCHIZOPHRENICS

Evaluation by Rating of Ego Functions (Bellak et al., 1973)

**SUMMARY.** 37 acute schizophrenic inpatients were studied in respect to the therapeutic effect of the body-centered group psychotherapy (körperzentrierte Gruppenpsychotherapie). The evaluation was made by the rating of ego functions (Bellak et al., 1973).

The acute schizophrenic patients with somatic disturbances (functional ones, body illusions and hallucinations, depersonalisation) turned out to make significantly better progress in ego functions ( $p < 0.05$ ) than the control sample.

**KEY WORDS:** Schizophrenia (Therapy) - Group Therapy (Clinical, with Schizophrenics) - Ego Functions - Depersonalisation - Hallucinations (Bodily) - Thought Processes - Sense of Reality.

**ZUSAMMENFASSUNG.** 37 akut schizophren Erkrankte wurden nach Klinik-eintritt hinsichtlich therapeutischer Wirkung der Körperzentrierten Gruppenpsychotherapie (KGT) untersucht. Die Besserungsfortschritte wurden mittels Ich-Funktionen-Beurteilung (nach Bellak et al., 1973) erfaßt.

Es zeigte sich, daß akut schizophren Erkrankte mit Leibeserlebensstörungen (funktionelle Beschwerden, körperliche Illusionen, Halluzinationen und Depersonalisationssymptome) signifikant größere Besserungsfortschritte ( $p < 0,05$ ) machten bei Behandlung mit der Körperzentrierten Gruppenpsychotherapie (nebst üblicher klinischer Behandlung) verglichen mit

---

\* Statistik durch Dr. phil. H. Berchtold, Biostatistisches Zentrum der Universität Zürich.

dem Kontrollkollektiv.

SCHLÜSSELWÖRTER: Schizophrenie (Therapie) - Gruppentherapie (klinische) (mit Schizophrenen) - Ich-Funktionen - Depersonalisation - Körperliche Halluzinationen - Gedankengang (Denken) - Realitätssinn.

## 1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Obschon bereits Freud (1923) die Wesentlichkeit des Körpers für die Ich-entwicklung darlegte und im Satz kulminieren ließ, daß das Ich vor allem ein "Körper-Ich" sei, zögerte sich die nonverbale therapeutische Anwendung dieser Erkenntnis bei ichschwachen schizophrenen Kranken bis in die späten fünfziger Jahre hinaus und steht heute erst im Anfangsstadium statistisch orientierter klinischer Forschung.

Was die Einzeltherapie betrifft, wies Federn (1956) als einer der ersten eingehend und mit einmaliger Einfühlungskraft auf die notwendigen Modifikationen in der analytischen Technik bei Schizophrenen hin.

In einem Überblick über die Gruppenpsychotherapie bei Schizophrenen in den Jahren 1956-1966 kamen Schniewind et al. (1969) zum Schluß, daß für schizophren Kranke Aufgaben, Ziele, sowie auf Anpassung hin orientierte Gruppenarbeit sich als nützlicher erwiesen als streng analytische Techniken.

Gruppentherapien können auf verschiedenen Ebenen wirksam sein, auf der sozial-kommunikativen, die eine Stärkung der noch erhaltenen gesunden Ich-Funktionen anstrebt, der psychotherapeutischen, die eine Ich-Integration mittels psychotherapeutischer Behandlung versucht, der lerntherapeutischen etc. Die erstgenannte Ebene wird heute in der Arbeits- und Beschäftigungstherapie therapeutisch nutzbar gemacht, die zweitgenannte mittels Einzel- oder Gesprächsgruppentherapien. Bezüglich letzterer wiesen Mavigle & Ferron (1967) darauf hin, daß 3 Phasen in der Gruppenpsychotherapie Schizophrener berücksichtigt werden müßten, eine praepsychotherapeutische, die gegen die Destruktion der Realität gerichtet ist, eine psychotherapeutische, in der gemeinsame Gruppenphantasien zur Sprache kommen und eine postpsychotherapeutische, die die soziale Wiedereingliederung erleichtern helfen soll.

Eine therapeutisch wirksame praepsychotherapeutische Phase (oder eine sehr sorgfältige Indikationsstellung) ist oft notwendig; Battegay (1972) z. B. machte darauf aufmerksam, daß Ich-Schwache die Gruppenpsychotherapie als überwältigend und bedrohlich erleben können und die Verstärkerwirkung der Gruppe bei unter Psychopharmaka bereits remittiert geglaubten Schizophrenen einen erneuten akuten psychotischen Schub auslösen kann.

Daß die Gefahr negativer Ergebnisse der Milieuthherapie bei hospitalisierten akut schizophren Erkrankten besteht, ist mir aus eigener klinischer Erfahrung bekannt. Auch Benedetti (1975) wies in einem die letzten Jahre umfassenden Literaturüberblick über Gruppentherapien bei Schizophrenen darauf hin. Bifokale und familientherapeutische Gruppenversuche stoßen in unseren Gegenden leider noch allzu häufig auf Widerstände bei den Angehörigen der Kranken und sind daher praktisch oft nicht durchführbar. An diesem letztgenannten Punkt, an den praktischen Schwierigkeiten scheitern lei-

der auch viele klinische Einzelpsychotherapieversuche bei schizophrenen Kranken. Schwing (1940) machte eindrücklich auf die tödlich endenden Folgen eines kleinen Mißverständnisses zwischen Therapeutin und Patientin (Frieda) aufmerksam. Wenn wir, wie durch dieses selten ehrliche Therapeutengeständnis, die genannte schizophrenen Kranke sagen hören, daß sie erneut verzweifelte, weil sie (infolge der therapeutischen Beziehung) noch einmal an Treue und Freundschaft geglaubt habe und wieder enttäuscht worden sei und wenn wir wissen, daß Federn (1956), um Frustrationen zu vermeiden, seinen schizophrenen Patienten parallel zur Psychotherapie eine mütterliche Begleitperson mitzugeben versuchte und wenn wir gleichzeitig an unsere hektische Zeit, den täglichen Klinikbetrieb, die sozialen und menschlichen Grenzen auch der Psychotherapeuten denken, gelangen wir zur bangen Frage: wo findet der schizophren Erkrankte ein zuverlässiges, lebendiges, beständiges, ihn nicht enttäuschendes und nicht verlassendes Beziehungsobjekt, das ihm in der nachholenden Ich-Integration neben der zielorientierten Gruppenarbeit zu Diensten stehen könnte.

Verschiedene klinische Untersuchungen und Berichte (Spiro & Silverman, 1969; Freedman et al., 1965; Hankoff et al., 1962; Deslauriers, 1962; May, 1963; Goertzel et al., 1965; Smith, 1970; Cramer & Bovet du Bois, 1973; Pankow, 1957, 1968; Maurer-Groeli, 1975), ferner ich-psychologische Überlegungen (Hartmann, 1950; Hoffer, 1950; Kohut, 1973) führten mich schließlich zur Entwicklung der körperzentrierten Gruppenpsychotherapie (KGT). Diese wird in der vorliegenden Arbeit untersucht. Folgende zwei Arbeitshypothesen liegen der Untersuchung zu Grunde:

1. Ich-Funktionen (insbesondere Realitätssinn, Realitätsprüfung, Gedanken-gang, Reizschutz (d. h. die Funktionen III, I, VI und IX nach Bellak et al., 1973) bessern bei akut schizophrenen Kranken deutlicher bei Behandlung mit-tels KGT (nebst der heute üblichen klinischen Behandlung) als beim Kontroll-kollektiv.
2. Auf Grund der vereinzelt gemachten klinischen Beobachtungen, daß be-sonders Patienten mit körperlicher Symptomatik raschere Fortschritte machten in der KGT (Maurer-Groeli, 1975a), wurde postuliert, daß die Bes-serung bei akut Schizophrenen mit Leibesserlebensstörungen bei Behandlung mit KGT noch deutlicher zum Ausdruck kommt, verglichen mit dem nicht KGT behandelten Kollektiv mit Leibesserlebensstörungen. (Unter Leibesserlebensstörungen werden hier funktionelle Beschwerden, körperliche Illusionen, Halluzinationen und körperliche Depersonalisationssymptome verstanden.)

## 2. METHODIK

### 2.1. Beschreibung der Stichproben

37 hospitalisierte Patienten mit akutem schizophrenem Schub (Alters-bereich 20-49 Jahre, Durchschnittsalter 33, 6 Jahre) wurden untersucht. Jeder Neueintritt mit der obigen Diagnose wurde in die Studie aufgenom-men und nach Zufallszahlen der Gruppe A oder B zugeteilt. 3 weitere, ältere Patientinnen wurden zwecks Klassierung der beiden Kollektive A und B nach dem Alter aus Gruppe B ausgeschlossen. Die Verteilung der beiden Kollektive nach Geschlecht, Alter, Schulabschluß, Zivil-

Tabelle 1. Darstellung des Krankengutes

	Gruppe A (N = 21)			Gruppe B (N = 16)			Signi- fikanz
	N <sub>1</sub>	M <sub>1</sub>	s <sub>1</sub>	N <sub>2</sub>	M <sub>2</sub>	s <sub>2</sub>	
Geschlecht:							
männlich	9			6			} n. s.
weiblich	12			10			
Alter:							
20-30 J.	7			5			} n. s.
31-40 J.	11	32,1/7,39		8	35,1/7,0		
41-50 J.	3			3			
Schulabschluß:							
Primarschule (ohne Rep.)	3			1			} n. s.
höhere Schule	16			13			
Maturaabschluß	2			2			
Zivilstand:							
ledig	8			11			} p < 0,10
verheiratet	11			4			
geschieden	2			1			
Anzahl früherer psych. Hospit.:							
0	4			3			} n. s.
1 - 2	9			7			
3 - 4	3			2			
5 - 6	3			2			
> 7	2			2			
Gesamtdauer früherer Hospit.:							
0 Mt.	4			3			} n. s.
1 - 3 Mt.	6			6			
4 - 6 Mt.	4			0			
7 - 12 Mt.	5			4			
> 12 Mt.	2			3			
Diagnostische Untergruppen:							
vorwiegende Symptomatik:							
paranoide	9			11			} p < 0,10
katatone	9			4			
hebephrene	2			1			
Mischpsychosen	1			0			
Patienten mit Leibes- erlebensstörungen (funkt. Beschwerden körperl. Illusionen oder Halluzinationen körperl. Depersonali- sationsphänomene)	11			14			p < 0,10

stand, Anzahl früherer Hospitalisationen, Gesamtdauer früherer Hospitalisationen und diagnostischer Untergruppen kann der Tabelle 1 entnommen werden. Eine depressive Symptomatik, die nicht das Ausmaß einer Mischpsychose erreichte, fand sich in Gruppe A bei 3 Patienten (20-25-jährig), in Gruppe B bei 2 Patienten 35- und 40-jährig). Die medikamentöse Behandlung der Patienten erfolgte durchwegs mittels Neuroleptika: in Gruppe A erhielten 18 Patienten (d. h. 85, 7%), in Gruppe B 13 Patienten (d. h. 81, 3%) entsprechende, intramuskuläre Spritzenkuren, deren Dosierung vorgeschrieben war. Es fand sich rückblickend folgende Verteilung der Neuroleptikawahl (Spritzenkuren) in Gruppe A: Sordinol-Phenergankuren: 5, Haldolkuren: 6, Entuminkuren: 3, Taractankuren: 2, Leponexkur: 1, Largactil- (dann Taractankur): 1 und in Gruppe B: Sordinol-Phenergankuren: 4, Haldolkuren: 4, Entuminkuren: 2, Taractankuren: 2, Leponexkur: 1.

## 2. 2. Angewandte Therapietechnik

Alle 37 Patienten besuchten täglich die Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie, sobald sie wieder einigermaßen geordnet waren, was meist spätestens einige Tage nach Klinikeintritt der Fall war. 21 Patienten (Gruppe A) des Gesamtkollektivs nahmen zusätzlich zur klinischen Behandlung dreimal wöchentlich an der knapp 1-stündigen körperzentrierten Gruppenpsychotherapie (KGT) teil, die für Gruppe A (nicht aber für das Vergleichskollektiv B (N = 16) in dieser Zeit an die Stelle der Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie trat.

Die genannte körperzentrierte Gruppenpsychotherapie wurde bereits früher eingehend beschrieben (Maurer-Groeli, 1975a). Die äußere Anordnung der Patienten entspricht derjenigen der Gesprächsgruppenpsychotherapie, d. h. die Patienten sitzen in Kreisformation. Nach einleitendem Gruppengespräch, das - kurz gesagt - auf die Frage nach den Umständen, die den Krankheitsbeginn förderten, focussiert ist, ferner auf die Wertschätzung des eigenen Körpers und die Beziehung zu demselben, werden - ebenfalls im Sitzen - die körperlichen Übungen abgeschlossen. Jeder Gruppenteilnehmer macht diese selbständig. Sie bestehen im Wesentlichen aus der Betastung der Körperoberfläche abwechselungsweise mit der rechten und der linken Hand, anschließender Lockerung des Körpers und nachfolgender Konzentration auf den entspannten Körper. Die Patienten werden ferner angehalten, die körperlichen Übungen selbständig täglich durchzuführen.

## 2. 3. Untersuchungsverfahren

Die Patienten wurden in den ersten Tagen nach Klinikeintritt vor Beginn der KGT untersucht (E. H., lic. phil., Y. M., Dr. med.), wobei der Zustand der letzten 7 Tage ins Rating aufgenommen wurde. E. H. war die Gruppenzugehörigkeit der Patienten nicht bekannt, weder bei den anfänglichen, noch bei den Re-Test-Ratings, die 8 Wochen nach dem ersten Rating vorgesehen waren, häufig jedoch wegen früherem Klinikaustritt der Patienten früher stattfanden. Es ergab sich dadurch in Gruppe A

eine durchschnittliche Untersuchungs-Intervalldauer von 6,1 Wochen ( $s = 2,5$ ), bzw. von 6,25 Wochen ( $s = 1,98$ ) in Gruppe B. Zur Erfassung des Besserungsfortschrittes wurden Ich-Funktionen gewählt, die am ehesten Veränderungen hinsichtlich körperlicher Ich-Grenzen wiederzugeben vermochten. (Auf die Wichtigkeit der körperlichen Ich-Grenzen hinsichtlich Krankheitsgrad bei akut Schizophrenen wiesen u. a. Cleveland, 1960 und Fisher, 1963 hin).

Es wurden daher die Ich-Funktionen<sup>1</sup> des Realitätssinns (III) und der Realitätsprüfung (I) ausgewählt, sowie die mit den genannten Ich-Funktionen in Zusammenhang stehende Ich-Funktion des Denkens (VI) (Cameron, 1964, cit. nach Bellak et al., 1973), sowie diejenige des Reizschutzes (IX). Nach Bellak et al. (1973, S. 27) wäre es auch möglich gewesen, die jeweiligen Teilkomponenten der genannten 4 Ich-Funktionen einzeln zu raten. Es soll der Überblickbarkeit wegen hier aber auf deren Darstellung verzichtet und jede Ich-Funktion gesamthaft untersucht werden.

#### 2.4. Statistische Auswertung der Daten

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte im Biostatistischen Zentrum der Universität Zürich. Die Interraterreliabilität der Ausgangs- und Endwerte der Ich-Funktionen wurde mittels Spearmanschem Rang Korrelationskoeffizient berechnet. Infolge guter Korrelation der Rater wurden beide Fremd-Beurteilungen verwendet. Die Differenzen von Anfangs- und Endratings wurden mittels U-Test (Wilcoxon) für 2 unabhängige Stichproben verglichen.

Die Selbstbeurteilung durch die akut schizophrenen Patienten erfolgte mittels APZ-7, einem aus 158 Daten bestehendem Fragebogen nach Dittrich (1974). Der APZ-7 wurde jedoch der geringen Rücklaufquote von auswertbaren Fragebogen (54,1%) wegen bisher nicht ausgewertet, zumal die Charakteristik der APZ-Versager noch nicht untersucht wurde und dadurch eine Auslese nicht hätte ausgeschlossen werden können.

### 3. ERGEBNISSE

In diesem ersten Untersuchungsbericht wird nicht beabsichtigt, zu einem gesamthaften, abschließenden Vergleichsergebnis zu gelangen. Dies soll hier nur im Hinblick auf die getroffene Auswahl von Ich-Funktionen geschehen, die allerdings für die Beurteilung des Besserungsfortschrittes bei schizophren Erkrankten heute als zentral betrachtet werden. Es wurde angenommen, daß sie für unsere Zielsetzung einen besonders differenzierten Raster darstellen. Tabelle 2 zeigt die hohen Korrelationen der Interraterreliabilitäten hinsichtlich Ich-Funktionen ( $p < 0,001$ ).

Beim Vergleich des Besserungsfortschrittes zwischen der Gruppe A und B hinsichtlich Ich-Funktionen (Realitätsprüfung, Realitätssinn, Gedanken-

---

<sup>1</sup> (Klinisches Interview und Bewertungsmanual nach Bellak et al., 1973).

Tabelle 2. Interraterreliabilität für das Ich-Funktionen-Rating

	Ausgangs- werte R =	Signifi- kanz p <	End- werte R =	Signifi- kanz p <
Realitätsprüfung (I)	0,71	0,001	0,63	0,001
Realitätssinn (III)	0,68	0,001	0,70	0,001
Gedankengang (VI)	0,72	0,001	0,57	0,001
Reizschutz (IX)	0,76	0,001	0,70	0,001
alle 4 Ich-Funktionen	0,85	0,001	0,77	0,001

Tabelle 3. Vergleich zwischen Gruppe A und Kontrollgruppe B hinsichtlich Besserungsfortschritt in 4 Ich-Funktionen (n. s.)

Mittelwert der Differenzen zwischen End- und Ausgangswerten bei akut Schizophrenen					
	Realitäts- prüfung (I)	Realitäts- sinn (III)	Gedanken- gang (VI)	Reiz- schutz (IX)	Ins- gesamt
Patienten der Gruppe A (N = 21)	1,86	1,51	1,55	1,29	6,23
Patienten der Gruppe B (N = 16)	1,98	1,41	1,09	1,41	5,89
Signifikanz z p <	0,28	1,07	1,10	0,11	0,87 n. s.

gang, Reizschutz) (Tabelle 3) fand sich weder beim Vergleich der einzelnen Ich-Funktionen, noch beim gesamthaften Vergleich ein signifikanter Unterschied.

Beim Vergleich der Mittelwerte der Ausgangs- bzw. der Endwerte zwischen beiden Gruppen fand sich kein statistisch signifikanter Unterschied.

Die Interraterreliabilität für die 25 Patienten mit Leibeserlebensstörungen war ebenfalls hoch ( $p < 0,001$ ); hinsichtlich Ausgangswerten betrug der Spearmansche Rangkorrelationskoeffizient  $R = 0,80$ , hinsichtlich Endwerten  $R = 0,71$ .

Beim Vergleich der akut schizophrenen Erkrankten mit Leibeserlebensstörungen zwischen Gruppe A' und Kontrollgruppe B' hinsichtlich Besserungsfortschritt in den ausgewählten Ich-Funktionen fand sich ein statistisch signifikanter Unterschied ( $p < 0,05$ ) (Ausgangs-Endwert - Differenzvergleich) (Tabelle 4).

Auch bezüglich der Patienten mit Leibeserlebensstörungen der Gruppe A' und B' interessierten die Mittelwerte der Ausgangs- bzw. Endwerte. Beim entsprechenden Gruppenvergleich zwischen A' und B' wichen weder die Ausgangs- noch die Endwerte signifikant von einander ab; interessant war allerdings festzustellen, daß der Besserungsfortschritt sich nicht wie bei den Gesamtkollektiven parallel zur Ausgangslage verschob, sondern invers dazu, so daß die Gruppe A' (verglichen mit der Kontrollgruppe B') bei niedrigeren Ausgangswerten ( $M = 11,1$ , bzw.  $12,1$  in Gruppe B') höhere Endwerte in den Ich-Funktionen erreichte ( $M = 18,2$ , bzw.  $17,0$  in Gruppe B').

Tabelle 4. Vergleich des Besserungsfortschrittes in 4 Ich-Funktionen zwischen den Patienten der Gruppe A und B hinsichtlich der Patienten mit Leibeserlebensstörungen ( $p < 0,05$ )

	Mittelwert der Differenzen zwischen End- und Ausgangswerten bei akut schizophrenen Patienten mit Leibeserlebensstörungen				
	Realitätsprüfung (I)	Realitäts-sinn (III)	Gedanken-gang (VI)	Reiz-schutz (IX)	Ins-gesamt
Patienten der Gruppe A (N = 11)	2,14	1,80	1,55	1,57	7,05
Patienten der Gruppe B (N = 14)	1,75	1,16	0,82	1,16	4,89
Signifikanz z p <	1,23	2,14	1,70	1,07	2,19 < 0,05



Hinsichtlich Vergleichs zwischen Gruppe A und B betreffs unterschiedlichem Besserungsfortschritt in Abhängigkeit von der Dauer der früheren Gesamthospitalisation, der Anzahl Hospitalisationen, Zivilstand und diagnostische Untergruppe (vorwiegend paranoide oder katatone Symptome) fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Hingegen fiel ein Trendzeichen deutlicheren Besserungsfortschrittes in den Ich-Funktionen beim Vergleich in Gruppe A nach dem Alter auf: Patienten unter 35 Jahren sprachen beim Vergleich mit älteren, ebenfalls mit KGT behandelten Patienten etwas besser an ( $p < 0,20$ ).

Beim Vergleich des Besserungsfortschritts hinsichtlich der beiden Geschlechter fand sich ein statistisch signifikanter Trend besseren Fortschrittes bei Frauen, im Vergleich zu Männern in der Gruppe A ( $p < 0,10$ ). In der Gruppe B war derselbe weniger deutlich ( $p < 0,20$ ).

Die katamnestische Untersuchung hinsichtlich Hospitalisationsdauer ist aus verschiedenen Gründen problematisch, da die Dauer der Hospitalisationszeit nicht nur von psychopathischen Befunden abhängt, sondern auch von sozialen Umständen, wie z. B. Entlassung des Patienten auf Drängen von Verwandten hin, finden einer Arbeitsstelle etc. Dennoch seien hier die vorläufigen entsprechenden Ergebnisse genannt: die durchschnittliche Hospitalisationsdauer in Wochen in Gruppe A betrug: 9,6 Wochen, diejenige der Gruppe B (1 Patient ist noch nicht entlassen, was die durchschnittliche Hospitalisationszeit noch erhöhen wird) beträgt z. Zt. gute 10,8 Wochen.

#### 4. DISKUSSION

Die erste Hypothese, wonach akut schizophrene Erkrankte deutlichere Besserungsfortschritte in den 4 ausgewählten Ich-Funktionen machen bei Behandlung mit körperzentrierter Gruppenpsychotherapie (KGT), konnte statistisch nicht bestätigt werden.

Die zweite Hypothese, wonach akut schizophrene Patienten mit Leibeserlebensstörungen deutlichere Besserungsfortschritte hinsichtlich der ausgewählten Ich-Funktionen zeigen bei klinischer Behandlung mittels KGT, wurde statistisch bestätigt ( $p < 0,05$ ).

Wenn Dittrich (1974) experimentell bei Gesunden eine Korrelation zwischen dem Entzug taktiler und propriozeptiver Reizzufuhr und Denkstörungen ( $p < 0,01$ ), bzw. Störungen des Leibeserlebens (körperl. Illusionen und Halluzinationen) ( $p < 0,005$ ), bzw. Depersonalisations- und Derealisationserscheinungen ( $p < 0,005$ ) beschrieb, fand sich in dieser klinischen Untersuchung umgekehrt bei leibeserlebensgestörten akut schizophrenen Kranken infolge Reizzufuhr durch die KGT eine deutlichere Abnahme ( $p < 0,05$ ) der Störungen in 4 Ich-Funktionen (Gedankengang, Realitätssinn (mit den Untergruppen: Depersonalisation, Derealisation, Ich-Grenzen, Selbstidentität), Realitätsprüfung und Reizschutz)<sup>2</sup> verglichen mit der Kontrollgruppe (B').

Da die Ausgangswerte zwischen den beiden Gesamtkollektiven A und B sowie zwischen den Teilkollektiven mit nur Leibeserlebensgestörten nicht signifikant abwichen, war es nicht notwendig, zur Frage Stellung zu nehmen,

---

<sup>2</sup> Geratet nach Bellak et al. (1973).

ob der Besserungsfortschritt in den ersten 6 Wochen nach akut psychotischer Dekompensation proportional zur Schwere und Akutheit der anfänglichen Symptomatik verlief und das Ergebnis der End-Ausgangsdifferenzen dadurch beeinflusst hätte. Dies hätte in dem Sinne stattfinden können, daß das Kollektiv mit niedrigeren Ausgangswerten unabhängig von der Art der Therapie höhere Endwerte und damit größere Besserungsfortschritte (Differenzen zwischen End- und Ausgangswerten) hätte erzielen können.

Was nun nicht die Besserungsfortschritte, sondern die Ergebnisse der nach 6-wöchiger Therapie erreichten absoluten Werte in den Ich-Funktionen anbetrifft, fallen die, wenn auch statistisch nicht signifikant, unterschiedlichen höheren Werte auf, die im Kollektiv A (Gesamtkollektiv und Teilkollektiv mit Leibeserlebensstörungen) erreicht wurden.

Mit der vorliegenden Untersuchung über KGT vergleichbare Untersuchungen sind mir aus der Literatur nicht bekannt. Eine im Ansatz ähnliche Behandlungsmethode, die jedoch für chronisch schizophrenen Kranke konzipiert wurde und deren klinische Untersuchungen (May et al., 1963; Goertzel et al., 1965) eine Behandlungsdauer von 6 Monaten umschloß, stellt die Körper-Ich-Technik (Body-Ego-Technique), entwickelt 1948-1960 von J. Salkin und T. Schoop (May et al., 1963) dar. Die entsprechende klinische Untersuchung an chronisch schizophrenen Kranken (Goertzel et al., 1965) zeigte eine signifikante Besserung der behandelten Patienten verglichen mit einem Kontrollkollektiv, das Musiktherapie erhielt, hinsichtlich allgemeiner Besserung, affektiven Kontakts und Beweglichkeit.

Frauen zeigten in unserer Untersuchung in Gruppe A und Kontrollgruppe B die Neigung zu deutlicheren Besserungsfortschritten als Männer ( $p < 0,10$  bzw.  $< 0,20$ ). Bei Berücksichtigung dieser Tatsache erhalten die Besserungsfortschritte in Gruppe A (mit KGT behandelte Patienten) noch mehr Gewicht wegen leichtem Überwiegen der Frauen in Gruppe B. Auch Auriol (1972) machte die klinische Erfahrung, daß schizophrene (und neurotische) Frauen mehr Gewinn aus seiner in Gruppen durchgeführten körperlichen Therapie zogen.

Hinsichtlich Alter zeigte sich eine leichte Tendenz ( $p < 0,20$ ) größeren Besserungsfortschrittes in den 4 Ich-Funktionen bei weniger als 35-jährigen Patienten in der Gruppe A, verglichen mit weniger als 35-jährigen Patienten der Gruppe B bei Betrachtung der Gesamtkollektive. Beim entsprechenden Vergleich zwischen über 34-jährigen Patienten zeigte sich keine statistisch unterschiedliche Tendenz.

Auriol (1972) machte eine ähnliche klinische Beobachtung: er stellte anläßlich seiner körperlichen Therapie bei Schizophrenen (und Neurotikern) die besten Ergebnisse bei Patienten zwischen dem 16. und 30. Altersjahr fest.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß akut schizophren Erkrankte mit Leibeserlebensstörungen bei einige Tage nach Klinikeintritt beginnender Behandlung mit körperzentrierter Gruppenpsychotherapie (nebst üblicher klinischer Behandlung)<sup>3</sup> in den 4 oben genannten Ich-Funktionen statistisch signifikant bessere Fortschritte machten als die Patienten des Kontrollkol-

---

<sup>3</sup> (Neuroleptika, Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie).

lektivs.

Die klinische Erfahrung, daß bei akut schizophren Erkrankten mit inkoherentem und inhaltlich wahnhaftem Gedankengang eine Gesprächspsychotherapie noch kaum möglich ist, und die eben beschriebenen Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin, daß die KGT eine der ersten klinischen Therapiestufen im Rehabilitationsprogramm akut schizophren Erkrankter darstellen sollte. Sie ist eine averbale Therapiestufe, der sukzessive andere, zunächst weniger intraindividuell orientierte, sondern mehr auf die Außenwelt bezogene (soziotherapeutische), bzw. stärker aktivierende Therapiestufen (Bewegungstherapie, Gesprächsgruppentherapie) folgen sollten, erst später eventuell die Einzelpsychotherapie.

Erst eine katamnestische Untersuchung wird zeigen können, ob den in der KGT erlernten Übungen (denen theoretisch betrachtet eine praeventive Funktion in der Vermeidung erneuter Ich-Desintegration zukommen könnte) auch eine praktisch relevante, praeventive Bedeutung zukommen könnten.

Eine weitere interessante Fragestellung geht dahin, ob das oben geschilderte Rehabilitationsprogramm insbesondere bei akut schizophren Erkrankten mit Leibeserlebensstörungen auch die Tendenz zur Chronifizierung verringern könnte.

Mein bester Dank geht hier an Frau E. Hartung, lic.phil. I für das zeitraubende Untersuchen der Ich-Funktionen. Herrn Dr. E. Howald, Direktor des Forschungsinstitutes der eidg. Turn- und Sportschule Magglingen, sei für die finanzielle Unterstützung und dem Team der Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Direktor Prof. Dr. J. Angst) für die Hinweise in der konkreten Realisierung dieser Untersuchung gedankt.

## LITERATUR

- Angst, J., Battegay, R., Bente, D., Berner, P., Broeren, W., Cornu, F., Dick, P., Engelmeier, M.-P., Heimann, H., Heinrich, K., Helmchen, H., Hippus, H., Poldinger, W., Schmidlin, P., Schmitt, W., Weis, P.: Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP). Arzneimittel-Forsch. (Drug Res.) 19, 399-405 (1969)
- Auriol, B.: La yogathérapie de groupe. Psychother. Psychosom. 20, 162-168 (1972)
- Battegay, R.: Der Mensch in der Gruppe. Bd. III. Bern: H. Huber 1972
- Bellak, L., Hervich, M., Gediman, H.K.: Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals. New York: J. Wiley 1973
- Benedetti, G., Rauchfleisch, U.: Die Schizophrenie in unserer Gesellschaft. Forschungen zur Schizophrenielehre 1966-1972. Stuttgart: G. Thieme 1975
- Cameron, N.: Experimental analysis of schizophrenic thinking (1944). In: J. Kasanin (ed.) Language and thought in schizophrenia. N.Y.: Norton, 1964. Cit. nach Bellak, L. (1973)
- Cleveland, S.E.: Body image changes associated with personality reorganization. J. of Consulting Psychol. 24/3, 256-261 (1960)

- Cramer, B., Bovet du Bois, N. : Régression psychotique et représentation du corps chez un garçon anorexique mental. *Rev. Neuropsychiatr. Infant.* 21, 767-73 (1973)
- Deslauriers, A. M. : The experience of reality in childhood schizophrenia. N.Y. Int. Univers. Press. (1962). (cit. aus Spiro, R.H., 1969)
- Dittrich, A. : Zusammenstellung eines Fragebogens (A P Z) zur Erfassung abnormer psychischer Zustände. *Z. f. Klin. Psychol. Psychother.* 23/1, 12-20 (1975)
- Dittrich, A. : Zum Einfluß von Körperbewegungen auf das Auftreten psychopathologischer Phänomene während kurzdauerndem Reizentzug. *Z. f. Klin. Psychol. Psychother.* 22/4, 369-375 (1974)
- Federn, P. : Ichpsychologie und die Psychosen. Bern: H. Huber 1956
- Fisher, S. : A further appraisal of the body boundary concept. *J. of Consulting Psychology* 27/1, 62-74 (1963)
- Fisher, S. : Body, Image and Psychopathology. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 10, 519-529 (1964)
- Freedman, N., Engelhardt, D., Mann, D., Margolis, R., London, S. : Communication of body complaints and paranoid symptom change under conditions of phenothiazine treatment. *J. of Personality and Social Psychology* 1/4, 310-318 (1965)
- Freud, S. : Das Ich und das Es. G.W. XIII, London Image (1923)
- Goertzel, V., May, P.R., Salkin, J., Schoop, T. : Body-Ego technique: An approach to the schizophrenic patient. *J. Neur. Ment. Dis.* 1941/1, 53-60 (1965)
- Hankoff, L.D., Rudorfer, L., Paley, H.M. : A reference study of ataraxics: a two-week double-blind outpatient evaluation. *J. of New Drugs* 2, 173-178 (1962)
- Hartmann, H. : Comments on the psychoanalytic theory of the ego. In: *Essays on Ego Psychology*. N.Y. : Int. Univ. Press 1964
- Hoffer, W. : Development of body ego. (S. 18-23) In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. V, New York: Int. Univ. Press 1950
- Kohut, H. (1971): *Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp 1973
- Maugile, D., Ferron, L.-P. : Les phases fondamentales de la psychothérapie collective des schizophrènes. *Canad. Psychiat. Ass. J.* 12/2, 205-206 (1967)
- Maurer-Groeli, Y.A. : Die Haut als Medium in der Therapie depressiv und schizophren Kranker. (Physiologische Aspekte, klin.-exp. Befunde, psychodynamische Überlegungen.) *Psychosomat. Medizin* 6, 67-78 (1975b)
- Maurer-Groeli, Y.A. : Gruppentherapie mit Schizophrenen. (Zur Einführung und Begründung der körperzentrierten Gruppenpsychotherapie mit schizophren Kranken.) *Schweizer Archiv für Neur., Neurochir. und Psychiatrie* 117/2, 309-324 (1975a)
- Maurer-Groeli, Y.A. : Libidoökonomische und ich-psychologische Aspekte der Psychosen. (Eine Studie mit Berücksichtigung neuerer klinisch-experimenteller Untersuchungen). *Dynamische Psychiatrie* (im Druck) (1976)
- May, P.R., Wexler, M., Salkin J., Schoop, T. : Non-verbal techniques in the re-establishment of body image and self identity. *Psychiatric Research Report* 16, 68-82 (1963)

- May, P. R. : Treatment of Schizophrenia. A comparative Study of five Treatment Methods. New York Science House (1968)
- Murthy, H. N. : Group therapy with schizophrenics. *Pratibha* 2, 14-19 (1959)  
- cit. aus Schniewind, H. E. (1969)
- Pankow, G. : *Gesprengte Fesseln der Psychose*. München: E. Reinhardt 1968
- Pankow, G. : *Dynamische Strukturierung in der Psychose. Beiträge zur analytischen Psychotherapie*. Bern (1957)
- Poeck, K., Orgass, B. : The concept of the body schema: critical review and some experimental results. *Cortex* 7, 254-277 (1971)
- Scharfetter, Chr. : *Das AMP-System, Manual*, 2. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972
- Schniewind, H. E., Day, M., Semrad, E. V. : Group Psychotherapy of Schizophrenics. (S. 594-666) In: *The Schizophrenic Syndrome*. Bellak, L., Loeb, L. (Ed.). N.Y. : Grune and Stratton 1969
- Schwing, G. : *Ein Weg zur Seele des Geisteskranken*. Zürich: Rascher 1940
- Smith, W. C., Figetakis, N. : Some Effects of Isometric Exercise on Muscular Strength, Body-Image, Perception, and Psychiatric Symptomatology in chronic Schizophrenics. *Americ. Corr. Ther. J.* 24/4, 100-104 (1970)
- Spiro, R. H., Silverman, L. H. : Effects of body awareness and aggressive activation on ego functioning of schizophrenics. *Percept. Mot. Skills* 28/2, 575-585 (1969)