

Konzentrierte Bewegungstherapie: Körpererleben und symbolische Übersetzung

A. Hamacher-Erbguth; R. Schrack-Frank; R. Brückl

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

Schlüsselwörter

Konzentrierte Bewegungstherapie, Körpertherapie, körperorientierte Psychotherapie, Körperwahrnehmung

Zusammenfassung

Die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT®) ist ein körperorientiertes Psychotherapieverfahren für Gruppen- und Einzeltherapie auf der Basis entwicklungspsychologischer und tiefenpsychologischer Konzepte. Kennzeichnend für die therapeutische Arbeit ist die Verbindung von Körperwahrnehmung und Handlungserfahrung mit verbaler Bearbeitung. KBT® gehört in 110 psychosomatischen Kliniken bundesweit zum stationären Behandlungsangebot. Die Weiterbildung zum zertifizierten KBT-Therapeuten umfasst 1500 Stunden und steht Ärzten, Psychologen, Pädagogen und anderen Gesundheitsberufen offen. Forschungsergebnisse liegen u.a. zum Gruppenerleben und Erfolg stationärer KBT-Behandlung vor. Je eine Fallvignette aus der ambulanten Einzeltherapie und der stationären Gruppentherapie veranschaulichen die praktische Arbeit, ergänzt durch theoretische Anmerkungen.

Keywords

Concentrative Movement Therapy, bodypsychotherapy, bodyorientated psychotherapy, bodyperception

Summary

Concentrative Movement Therapy (in German: Konzentrierte Bewegungstherapie - KBT®) is a body orientated psychotherapy for group and individual treatment, which is based on concepts from psychodynamic psychotherapy and developmental psychology. Characteristic for the therapeutic approach is a connection of experiences of body perception and movement with therapeutic verbalization. KBT® is part of the treatment modalities in 110 psychosomatic hospital departments all over Germany. The curriculum to become a certified KBT-therapist consists of 1500 hours of lessons and is offered for medical doctors, psychologists, pedagogues and other health professionals. Empirical studies on group experience and treatment results with inpatient KBT have been published. The therapeutic practice is shown in a case report on individual therapy complemented with theoretical reflections.

Concentrative Movement Therapy: Bodyexperience and symbolization

Ärztliche Psychotherapie 2013; 8: 152–157

Die Beachtung des Körpers in der Psychotherapie hat in den letzten 15 Jahren zugenommen (13). Körperpsychotherapien, die den Körper in unterschiedlicher Weise in die Therapie einbeziehen, haben sich u.a. auf Grundlage der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie und der systemischen Therapie entwickelt.

Die Konzentrierte Bewegungstherapie (im Folgenden KBT) wurde bereits 1958 von Helmuth Stolze als körperorientierte tiefenpsychologische Psychotherapie begründet und in Lindau vorgestellt. Seit 1975 existiert die Weiterbildung zum KBT-Therapeuten. KBT ist in der psychosomatischen Krankenbehandlung fest verankert.

Beginn einer KBT-Einzelbehandlung

Ein Ausschnitt aus den ersten Stunden einer Einzelbehandlung soll verdeutlichen, wie der Zugang zum Symptom über Körperwahrnehmung und symbolische Übersetzung gelingt.

Kasuistik 1

Die 62-jährige Frau A. wird vom Internisten nach einem einwöchigen Klinikaufenthalt mit der Diagnose „Herzneu-

rose“ in die ambulante Psychotherapie verwiesen. Sie berichtet von ihrer belastenden Paarbeziehung mit Dauerstreit und seelischen Verletzungen, aus der sie ausbrechen wolle. Eingeengt von der moralischen Strenge des Partners müsse sie auf vieles verzichten. Sie sei sportlich, erlebe sich selbst als temperamentvoll und lebenshungrig. Da dies bereits ihre zweite Ehe sei, zögere sie noch, ihren Mann zu verlassen, habe aber das Gefühl, sie müsse sich bald entscheiden, da ihr die Zeit davonlaufe.

Dem Vorschlag, sich gemeinsam mit der Therapeutin ihre innere Zerrissenheit praktisch anzuschauen, stimmt sie zu. Die Therapeutin bittet sie, den Raum zu teilen in einen Bereich, der für das derzeitig gewohnte Leben stehe, und einen Teil für das, wohin sie sich gezogen fühle.

Die Patientin nimmt den Vorschlag auf und beginnt freudig, mit einem dicken Seil den Raum zu teilen. Die Therapeutin regt sie an, zwischen den Räumen hin und herzugehen und wahrzunehmen, was sie dabei körperlich von sich spüren könne. Dies nimmt sie sofort auf und wechselt auf die „neue“ Seite, als wolle sie in die Zukunft springen. Drüben angekommen erschrickt sie, wie sie sich fühlt. Entgegen ihren Erwartungen klopft ihr Herz, sie verspürt Enge in der Brust und beschreibt ihren Gang als wackelig und unsicher. Zurück im „Jetzt“-Raum werden ihre Schritte langsamer und fester - ihr Herz wird wieder ruhig, sie bekommt gut Luft, sie fühlt sich „sicher“.

Im ersten Gespräch über die Szene erfolgt die gemeinsame Übersetzung ihrer Erfahrungen. Sie kann ihre starke Ambivalenz erkennen, sie verbindet die Herzsymptomatik mit einer großen Angst vor dem Unbekannten und sie bemerkt, dass die bestehende Partnerschaft neben der Enge auch Halt für sie bedeutet.

Methodentheoretische Reflexion der Szene

Anamnestisch hat die Patientin ihre Zerrissenheit als Thema angeboten. Das Bewegungsangebot übersetzt das Problem der Patientin in körperliches Erleben. Frau A. macht eine bedeutsame Handlungs- und Körpererfahrung und benennt zunächst ihre Wahrnehmung und Empfindungen. In der verbalen Bearbeitung kann der zweite Schritt der Übersetzung vom Erleben zum Verstehen ihrer Lebenssituation erfolgen. Die sprachliche Reflexion in der KBT dient der Deutung und Verarbeitung des Erlebten und der Verankerung im Gedächtnis. Dabei wird die Integration der Körperwahrnehmung in Zusammenhänge des Fühlens und Denkens angestrebt (1). Das Erlebte bekommt Be-Deutung.

Helmuth Stolze als Begründer der KBT nannte diesen Vorgang „umfassendes Begreifen“. Unter Bezugnahme auf die Entwicklungspsychologie Piagets entwickelte er die Gestaltkreistheorie von Viktor v. Weizsäcker aus dem Jahr

1939 als theoretische Grundlage für die KBT zum „Gestaltkreis des Begreifens“ weiter: „Sensorisch-motorische Leistungen stehen also am Ursprung des Denkens, sind seine – im Wesentlichen noch vorsprachlichen – Voraussetzungen. Und auch Sprechen und Denken sind in einem Gestaltkreis aufeinander bezogen. Beide „Gestalten“, die averbale des Bewegens und Wahrnehmens und die verbale des Sprechens und Denkens, sind wiederum Teile eines größeren Gestaltkreises, dem des Begreifens“ (28).

KBT nutzt die entwicklungspsychologischen Phasen nicht nur als Erklärung für aufgetretene Störungen, sondern bezieht sie aktiv in den Entwicklungs- und Entfaltungsprozess des Patienten ein (6, 14). Dementsprechend setzen KBT-Therapeuten phasenspezifische Erfahrungsangebote ein, die den Patienten ermöglichen, frühkindliche Erfahrungen zu reinszenieren (4). Es können so einerseits verdrängte Inhalte bewusst werden, andererseits können neue Verhaltensmuster erprobt werden und emotionale Nachreifung kann geschehen (5).

Im Beziehungsgeschehen mit dem Therapeuten können biografisch bedeutsame Körper- und Handlungserinnerungen reaktiviert werden. Neurotische Konfliktlösungen werden handelnd und über den Körper neu erlebt, damit bewusst und können verbal und auf der Körper- und Handlungsebene bearbeitet werden (4, 15).

Kasuistik 1 Fortsetzung

Die Therapeutin setzt mit dem Ziel, die angstausslösenden Bedingungen auf der einen Seite und die aktuelle Situation auf der anderen Seite näher zu beleuchten, die Stunde folgendermaßen fort: Sie bittet die Patientin, beide Räume mit **Gegenständen** anzureichern. Im KBT-Praxisraum finden sich neben Holzstäben, Bällen, Seilen, Sandsäckchen, viele Naturmaterialien, Tücher, Plüschtiere. Die Patientin legt rasch in den „Jetzt“-Raum ein Kissen, ein Holzauto und einige Plüschtiere. Für den „neuen“ Raum findet sie erst gar nichts – „da sei alles leer“, dann wählt sie eine vertrocknete Kastanienschale mit sehr spitzen Stacheln, die sie ganz vorsichtig zwischen den Fingerspitzen ablegt.

Die Patientin beschreibt die Gestaltung wie folgt: Das Kissen sei weich und gemütlich, sie könne sich ausruhen, das Holzauto sei lustig, es erinnere sie an die Reisen, die sie mit dem Partner unternahme, die Plüschtiere stünden für die Enkel, die sie sehr liebe. Die Kastanie sei sehr stachelig, sie könne sie gar nicht anfassen. Nach Gefühlen befragt, äußert sie das Sicherheitsgefühl durch die Führungsrolle des Partners und den Schmerz bei der Vorstellung, in der Zukunft allein zu sein.

Die Therapeutin verzichtet in dieser Stunde darauf, tiefer auf die Problematik der Patientin einzugehen und belässt es bei der Benennung des Schmerzes.

Die KBT hat die Möglichkeit, abgestuft vorzugehen, strukturbezogen und störungsspezifisch. Für die Traumafolgestörung hat Schmitz dies differenziert ausgeführt (19). Sie benennt vier Therapiephasen: *Sich ein Bild machen, Den Weg in beide Richtungen beschreiten lernen, Sich dem Schlimmen noch einmal stellen, Mit der Tatsache leben.*

Vor der Konfrontation mit den schwierigen Themen erfolgt die Bestandsaufnahme, Klärung der Ressourcen, Aufsuchen positiver Spuren im Gefüge der Objektbeziehungen und positiver Spuren im Körper selbst.

Stabilisierung und Stärkung des Selbstbewusstseins werden in der KBT auf der Körperebene ermöglicht z.B. durch Wahrnehmungsangebote, die auf das Erspüren des knöchernen Skeletts zielen, des festen Stands, auf die Verdeutlichung der Körpergrenzen.

Zur Überprüfung erster Hypothesen zum intrapsychischen Konflikterleben sowie zur Beziehungs- und Konfliktfähigkeit dienen KBT-Angebote, in denen die Patientin z.B. ein Seil mit der Therapeutin hält, sich an einen von der Therapeutin in ihrem Rücken gehaltenen Stab anlehnt und ablöst (23).

Gegenstände in der KBT

Im Fallbeispiel dienen die Gegenstände vor allem der Symbolisierung: Über den Umgang mit dem Gegenstand wird der Patientin ihr Gefühl bewusst – vorher noch nicht Fassbares wird begreifbar und der Verbalisierung zugänglich. Gegenstände werden in der KBT in vielfältiger Weise eingesetzt (7, 15):

- Als Symbol
- Zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung: z.B. durch Abrollen der Körpergrenzen mit einem Igelball, oder das Liegen auf einem Holzstab unter der Wirbelsäule.
- Als Übergangsobjekt: z. B. kann ein Stein, der in einer Stunde bedeutsam war, mit nach Hause genommen werden und bis zur nächsten Stunde unterstützend benutzt werden.
- Zur Beziehungsgestaltung: Der Gegenstand wird Intermediärobjekt: z. B. beim Hin- und Herrollen eines Balles oder dem Miteinanderhalten eines Seiles oder eines Stabes
- In szenischen Gestaltungen

KBT in der stationären Behandlung

In Deutschland existieren ca. 190 psychosomatische Fachkliniken und Fachabteilungen mit Krankenhausstatus bei steigender Tendenz sowie etwa 370 Rehabilitationskliniken für psychosomatische und psychovegetative Erkrank-

kungen. Von 1993 bis 2003 erhöhte sich die Anzahl der klinischen Behandlungsplätze für Psychotherapeutische Medizin um 27%. In diesen Kliniken leistet die KBT einen bedeutsamen Beitrag zur Krankenversorgung: Sie ist mit 140 KBT-Therapeuten an 110 Kliniken vertreten. Der deutlich größere Teil dieser Kliniken hat Krankenhausstatus, der kleinere Teil sind Rehabilitationseinrichtungen. Die KBT ist die in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken am häufigsten angewandte körperpsychotherapeutische Methode (3). Das deutet darauf hin, dass KBT bei den Leitern der klinischen Einrichtungen anerkannt ist (26). Der Schwerpunkt liegt im klinischen Einsatz der KBT als Gruppentherapie. Es werden ca. 16 000 Patienten jährlich mit KBT behandelt. Die KBT-Therapeuten sind in den Fachkliniken fest ins therapeutische Team integriert, häufig sind die KBT-Gruppen an die Psychotherapiegruppen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten gekoppelt. Die KBT-Therapeuten sind an der Diagnosefindung beteiligt und in die Dokumentationsprozesse fest eingebunden.

Patienten stationärer Einrichtungen schätzen die KBT auch noch nach einem Katamnesezeitraum von sieben Jahren als die hilfreichste therapeutische Methode ein (12, 30). Seidler (24) weist darauf hin, dass die qualitativen Studien, die die hohe Wertschätzung der KBT durch Patienten bestätigen, zeigen, dass die Patienten wesentliche therapeutische Erfahrungen machen und Einsichten gewinnen (3). Dies illustriert die folgende Fallvignette.

Kasuistik 2

Herr D., ein 47-jähriger Handwerker, kommt aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode (F 32.1) und mehrerer somatischer Begleitdiagnosen in das psychosomatische Akutkrankenhaus. Er nimmt dort im Rahmen seines Therapieprogramms an einer KBT-Gruppe teil. Herr D. hat noch keine psychotherapeutische Vorerfahrung und verfolgt in den ersten zwei Wochen seines Aufenthalts die KBT-Gruppen interessiert, aber auch mit einer sichtbaren Skepsis. In der verbalen Bearbeitung ist er kurz angebunden.

In der dritten Woche sprechen zu Beginn mehrere Patienten an, dass sie sich sorgen würden, wie es an ihrem Arbeitsplatz weitergehe. Es geht um den Umgang mit Überlastung, dem Setzen von Grenzen und schwierigen Kollegen und Chefs.

Der KBT-Therapeut greift das Thema auf und macht dazu ein entsprechendes Angebot: Die Patienten bewegen sich im Raum und nehmen ihre aktuelle körperliche Befindlichkeit wahr, der Therapeut fordert die Patienten auf, an ihre aktuelle berufliche Situation zu denken und zu spüren, welche Reaktionen im Körper entstehen. Dann bit-

tet er die Patienten, sich aus den Gegenständen ein passendes Symbol für ihre berufliche Situation auszuwählen. Herr D. geht zielstrebig auf eine leichte Eisenhantel zu und trägt diese mit sich. Er blickt dabei sehr ernst, fast traurig. Schließlich entdeckt er eine größere Rolle aus Holz und nimmt diese in die andere Hand, sein Blick hellt sich auf. In der verbalen Bearbeitung beginnt er zum ersten Mal die Runde: Er berichtet, dass er von Beruf Zimmermann sei und seine Liebe dem Holz gehöre, er streicht dabei fast zärtlich über die Holzrolle. Durch Heirat, Familiengründung und Hausbau habe er wegen der besseren Bezahlung eine Stelle in der Metallindustrie angenommen. Er schaut nun traurig auf die Eisenhantel, sein Arm hängt leblos am Körper. Das sei nie sein Ding gewesen und sein Körper fühle sich wie in zwei Hälften geteilt, eine warme entspannte (Holz-)Seite und eine kalte, angespannte (Metall-)Seite. Er müsse wohl ernsthaft über eine berufliche Veränderung nachdenken. Die Mitpatienten reagieren empathisch und bestätigen ihn in seinem Veränderungswunsch, den er noch während des stationären Aufenthalts umzusetzen beginnt.

Herr D. hatte ein „Aha-Erlebnis“, wie es Stolze nennt. In der Fallvignette wird beschrieben, wie ein Gegenstand vom Realobjekt über die sensomotorische Erfahrung zum Symbol für eine Lebenssituation wird (18). Darüber hinaus wird deutlich, dass das bewegungstherapeutische Angebot nicht an bestimmte Übungen gebunden ist und damit über rehabilitativ übende Vorgehensweisen weit hinausgeht.

Wirkprinzipien der KBT

Komprimiert lassen sich die Wirkprinzipien der KBT in folgender Weise zusammenfassen (10, 15):

- Der konzentrierte Zustand sensibilisiert alle Sinne für die Selbst- und Fremdwahrnehmung. Motivationen, Verhaltens- und Erlebensweisen können therapeutisch bearbeitet werden.
- Die vertiefte Selbst- und Fremdwahrnehmung stärkt das Ich und aktiviert Selbstheilungspotenziale. Impulse zur aktiven Problembewältigung werden unterstützend begleitet und Lösungsschritte gezielt vorbereitet.
- Korrigierende körperliche und emotionale Erfahrungen im Bereich von Basisdefiziten bewirken Nachreifungsprozesse und führen zu Autonomiegewinn.
- Der Muskeltonus wird durch eine vertiefte Selbst- und Objektwahrnehmung reguliert und das vegetative Nervensystem positiv beeinflusst. Körperliche Funktionslust wird wieder entdeckt und die Konfliktfähigkeit verbessert.
- Ressourcen werden aktiviert durch den Umgang mit den gesunden Persönlichkeitsanteilen des Patienten.

- Das Probehandeln, die Modellfunktion des Therapeuten und der Gruppenmitglieder sowie die Arbeit an der Symbolisierung lösen Lernprozesse aus und setzen kreatives Potenzial frei.
- Unbewusstes Material wird bewusst durch die vertiefte Selbst- und Fremdwahrnehmung und das Handeln, das die Erinnerung fördert.
- Der Trennungs- und Individuationsprozess wird gefördert durch die Arbeit an der Symbolisierung und Versprachlichung.
- Der Patient wird im Umgang mit methodenspezifisch formulierten Angeboten in seiner Entscheidungsfreiheit gestärkt. Er kann das Angebot annehmen, ablehnen oder verändern.
- Das Durcharbeiten des „Materials“ im Gespräch und in neuen Handlungsabläufen in der therapeutischen Situation führen zu Einsicht und zur Reifung der Persönlichkeit.

Indikationen

Indikationen zur Krankenbehandlung mit KBT sind psychosomatische Erkrankungen, Essstörungen, Schmerzerkrankungen, neurotische Störungen, depressive Störungen, Belastungsstörungen, Traumafolgestörungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Entwicklungsstörungen (18).

Neben der Krankenbehandlung findet KBT Anwendung zur Bearbeitung von Lebenskrisen, Paarkonflikten, zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie in Supervision und Coaching (18).

KBT – Wurzeln und Entwicklungsgeschichte

„Konzentrierte Bewegungstherapie ist eine Tat-Sache.“ (16) So umreißt der Begründer und Namensgeber Helmuth Stolze diese handlungs- und körperorientierte psychotherapeutische Methode. Seit der Vorstellung auf den Lindauer Psychotherapietagen 1958 (2, 28) verbreitete sich die Methode, getragen von nationalen Verbänden in Deutschland, Österreich, der Schweiz und der Slowakei (DAKBT, ÖAKBT, CHKBT, SAKBT) in zuletzt 6 europäischen Ländern (zusätzlich Belgien und Italien). Auf europäischer Ebene vertritt der EAKBT (Europäischer Arbeitskreis für KBT) die nationalen Verbände im EAP (European Association of Psychotherapy).

Die KBT hat ihre Wurzeln in der Gymnastik-, Kunsterziehungs- und Frauenbewegung der Jahrhundertwende um 1900. In der damaligen Aufbruchstimmung propagierte Elsa Gindler (1885–1961), dass es beim Erlernen und

Ausüben von Gymnastik nicht nur um vorschriftsmäßiges mechanisches Umsetzen gehen dürfe, vielmehr sollte jeder Teilnehmer selbst seinen Weg finden, eine Übung umzusetzen, was Becker (3) rückblickend schon als „freie Körperausdrucksassoziation“ deutet.

Gertrud Heller, eine Schülerin von Elsa Gindler, und später Helmuth Stolze begannen, Leiblichkeit und Bewegung in der therapeutischen Arbeit mit psychisch Kranken einzusetzen (9). Die Patienten sollten in der Therapie die Möglichkeit zum „Begreifen“ bekommen. Damit war sowohl das körperliche Tun im Greifen (Spüren, Fühlen, Bewegen), als auch das kognitive Begreifen und Erfassen (Denken, Verstehen, Versprachlichen) gemeint.

Weitere Wegbereiter der Entwicklung der KBT als psychotherapeutisches Verfahren waren Thea Schönfelder, Hans Becker, Christine Gräff und Ursula Kost. Die KBT wurde als Behandlungsmethode in Kliniken eingeführt. Becker (2) und Gräff (8) verfassten erste Lehrbücher. 1975 begründete Ursula Kost den Deutschen Arbeitskreis für KBT (DAKBT).

Um die Methode lehr- und lernbar zu machen, wurde ein differenziertes Curriculum zur Weiterbildung ausgearbeitet, das auch Erkenntnisse der Säuglingsforschung, Bindungstheorie, Neuropsychologie und Mentalisierung berücksichtigt. In Österreich ist die KBT seit 2001 als wissenschaftlich eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren vom Bundesministerium für Gesundheit anerkannt (15).

Wissenschaft und Forschung im DAKBT

Unter der Schirmherrschaft von Horst Kächele und in Zusammenarbeit mit der Universität Ulm nahm die Forschungsgruppe des DAKBT 1999 ihre Arbeit auf und organisiert seitdem jährlich eine Forschungswerkstatt zum kollegialen Austausch zwischen renommierten Forschern und KBT-Therapeuten über die Methode. Seit 2005 findet die Werkstatt in der Rhein-Klinik Bad Honnef statt.

Als Grundlage für die Ausrichtung eigener Forschungsprojekte legte Seidler (24) eine Auswertung der bis dato vorliegenden Forschungsarbeiten zur KBT vor. In vier kontrollierten Therapiestudien zur KBT ließen sich die theoretischen Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit empirisch bestätigen. KBT entfaltet ihre Wirksamkeit zum einen im Hinblick auf das subjektive körperliche Wohlbefinden und zum anderen im Hinblick auf ein erhöhtes körperbezogenes Selbstbewusstsein, möglicherweise im Zusammenhang mit einer Über-Ich-Milderung (11, 17, 26, 29, 30).

Schreiber-Willnow (20) konnte in einer umfangreichen Prozess-Ergebnis-Studie zeigen, dass eine Besserung in der stationären Therapie mit einer Reduzierung von Kör-

pererlebensstörungen einherging. Die Verbesserungen im Körpererleben blieben katamnestic stabil (22). Um einen empirischen Zugang zu den Wirkfaktoren der KBT (21) zu erhalten, wurden bedeutsame Merkmale der Prozessdiagnostik in der KBT definiert und als Fremdratingskalen operationalisiert (25). Als Alternative zu den Fremdbeobachtungsskalen wurde der Stundenbogen zur KBT (SB-KBT) entwickelt. Dabei handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument für Patienten, das in zwei Versionen für Gruppen- und Einzeltherapie vorliegt. Der Fragebogen ist ausreichend reliabel und valide (27). Künftige Forschung zur Bedeutung von allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren für das Behandlungsergebnis mit KBT soll das spezifische Potenzial des Therapieansatzes weiter evaluieren.

Weiterbildung in KBT

Die Weiterbildung in KBT steht Ärzten, Psychologen und Angehörigen aus anderen Gesundheitsberufen sowie aus dem Bereich der Pädagogik offen, Voraussetzung sind drei Jahre Berufserfahrung. Die Weiterbildung umfasst etwa 1 500 Stunden und besteht aus einer Selbsterfahrungsgruppe, Einzelselbsterfahrung, KBT-Methodik- und Theorie-Praxis-Seminaren, Literaturstudium, einem Klinischen Praktikum, Beobachtung und Co-Leitung sowie selbständiger Arbeit mit KBT unter Supervision. Die Weiterbildung schließt mit einer Zertifikatsprüfung ab. In Österreich ist die KBT seit 2001 als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren anerkannt. Die Ausbildung im Bachelor/Masterstudium erfolgt dort in Zusammenarbeit mit der Donau-Universität Krems, führt jedoch in Deutschland nicht zur Zulassung als Vertragspsychotherapeut. Ärztliche Psychotherapeuten können in einigen Bundesländern KBT als Zweitverfahren in ihrer Weiterbildung wählen.

Ausblick

KBT ist in der Behandlung in deutschen psychosomatischen Kliniken fest verankert. Wissenschaftliche Evaluation dient der stetigen Weiterentwicklung der Theoriebildung und Praxis. Zunehmend erachten fertig ausgebildete Psychotherapeuten die KBT-Weiterbildung als wertvoll zur Erweiterung ihres therapeutischen Spektrums. Das lässt erwarten, dass die KBT als tiefenpsychologisch orientierte Körperpsychotherapie auch beim anstehenden Wandel im Vergütungssystem der Kliniken ihren Platz im stationären Behandlungssetting behält und ausbaut.

Literatur

1. Bayerl B. Arbeitsweisen in der KBT-Körperliche Selbsterfahrung. In: Schmidt E (Hrsg). Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie. Stuttgart: Schattauer 2006.
2. Becker H. Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). Stuttgart: Thieme 1989.
3. Becker H. Konzentrierte Bewegungstherapie. In: Müller-Braunschweig H, Stiller N (Hrsg). Körperorientierte Psychotherapie. Heidelberg: Springer 2010.
4. Carl A. Entwicklungstheoretische Modelle. In: Schmidt E (Hrsg). Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie. Stuttgart: Schattauer 2006.
5. Cserny S. Das Leib-Seele-Problem- Entwicklungspsychologische Grundlagen für eine körperorientierte Therapie am Beispiel der Konzentrierten Bewegungstherapie Unveröffentlichte Diss. Universität Salzburg 1989.
6. Cserny S, Paluselli C. Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens. Würzburg: Königshausen Neumann 2006.
7. Eulenpesch B. Arbeitsweisen in der Therapie-Gegenstände. In: Schmidt E (Hrsg). Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie. Stuttgart: Schattauer 2006.
8. Gräff C. Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis. Stuttgart: Verlag Leben lernen Klett Cotta 2008.
9. http://de.wikipedia.org/wiki/Konzentrierte_Bewegungstherapie, Aufruf am 03.05.13.
10. Jahresprogramm DAKBT 2013 Wirkprinzipien S. 10. www.dakbt.de
11. Kehde S. Evaluation von Konzentrierte Bewegungstherapie in Selbsterfahrungsgruppen. Unveröffentl. Diplomarbeit Universität Bielefeld 1994.
12. Kordy H et al. Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie – Die Sicht der Patienten. Psychother Psychosom Med Psychol 1990; 40: 380–387.
13. Müller-Braunschweig H, Stiller N (Hrsg). Körperorientierte Psychotherapie. Heidelberg: Springer 2010.
14. Piaget J. Psychologie der Intelligenz. München: Kindler 1976.
15. Pokorny V, Hochgerner M, Cserny S. Konzentrierte Bewegungstherapie. Wien: Facultas 2001.
16. Purschke-Heinz B, Schwarze R (Hrsg). KBT auf dem Weg. Telgte: DAKBT-Selbstverlag 2005.
17. Röper R, Schaus B, Damhorst F. KBT bei PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen: Ergebnisse der KBT-Studie der Klinik für Rehabilitation Bad Salzflun. Unveröffentl. Manuskript, Klinik für Rehabilitation, Bad Salzflun 2002.
18. Schmidt E (Hrsg). Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie. Stuttgart: Schattauer 2006.
19. Schmitz U. Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) zur Traumabewältigung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2004.
20. Schreiber-Willnow, K. Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Konzentrierten Bewegungstherapie. Gießen: Psychosozial Verlag 2010.
21. Schreiber-Willnow K, Seidler K-P. Wirkfaktoren der Konzentrierten Bewegungstherapie. PDP 2012; 11: 107–117.
22. Schreiber-Willnow K, Seidler K.-P. Katamnestiche Stabilität des Körpererlebens nach stationärer Gruppenbehandlung mit Konzentrierte Bewegungstherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 2005 55: 370–377.
23. Schwarze R. Einzeltherapie. In: Schmidt E (Hrsg). Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie. Stuttgart: Schattauer 2006.
24. Seidler K-P. Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). Ergebnisse der empirischen Forschung. Psychotherapeut 2001 46: 223–231.
25. Seidler K-P, Schreiber-Willnow K, Hamacher-Erbguth, A, Pfäfflin, M. Bedeutsame Merkmale der Prozessdiagnostik in der Konzentrierten Bewegungstherapie (KBT). Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik 2003; 39: 361–376.
26. Seidler K-P. Fragen und Beobachten- Forschung zur KBT. G1-Vortrag im Rahmen der 56. Lindauer Psychotherapiewochen 2006 (www.Lptw.de)
27. Seidler K-P, Epner A, Grützmacher S, Schreiber-Willnow K. Der Stundenbogen zur Konzentrierten Bewegungstherapie (SB-KBT). Reliabilität und Validität eines Fragenbogens für die Prozessdiagnostik in der körperorientierten Psychotherapie. Poster bei der Deutschen Psychosomatiktagung Heidelberg 06.–09.03.2013.
28. Stolze H. Selbsterfahrung und Bewegung. In: Stolze H (Hrsg). Die Konzentrierte Bewegungstherapie. Berlin: Verlag Mensch und Leben 1984.
29. Weber C, Haltendorf H, Combecher J, Blankenburg W. Bewegungstherapie bei Patienten mit psychischen Störungen: eine Verlaufsstudie. In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg). Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt a. M.: VAS 1994.
30. Wernsdorf T. Konzentrierte Bewegungstherapie und Ich-Erleben. Eine Veränderungsmessung an psychosomatischen Patientinnen. Diplomarbeit Universität Bielefeld 1998.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dipl. Psych. A. Hamacher-Erbguth
 Deutscher Arbeitskreis für
 Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT) e.V.
 Geschäftsstelle: Postfach 910108, 90259 Nürnberg
www.dakbt.de
 E-Mail: vorstand@dakbt.de

Anmerkung zum Akronym KBT für „Konzentrierte Bewegungstherapie“

Im Beitrag: Hauke W. Aktuelle Entwicklungen in der stationären Therapie von Zwangsstörungen (Ärztliche Psychotherapie 2013; 8: 19–24) wird die Methode der Kommunikativen Bewegungstherapie mit dem Akronym KBT abgekürzt. Dies könnte beim Leser irreführend wirken.

Die in psychosomatischen Kliniken der Bundesrepublik weit verbreitete Konzentrierte Bewegungstherapie (siehe oben stehender Beitrag) wird mit KBT® abgekürzt. Der Deutsche Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT) e.V. hat die Abkürzung patientenrechtlich schützen lassen.

Die Vertreterinnen der Kommunikativen Bewegungstherapie benutzen selbst in ihren Veröffentlichungen kein Akronym.

Dr. med. Dipl. Psych.
 Anke Hamacher-Erbguth
 Vorstand DAKBT e.V.
www.dakbt.de
 E-Mail: vorstand@dakbt.de