

Greifen und Begreifen: Wesen und Wandel. Entwicklungen in der Konzentrativen Bewegungstherapie

Vorlesungsreihe in Erinnerung an den Gründer der Konzentrativen Bewegungstherapie Prof. Helmuth Stolze

Christine Gräff

G1-Vortrag, 24. April 2006, im Rahmen der
56. Lindauer Psychotherapiewochen 2006 (www.Lptw.de)

Ich darf annehmen, dass nicht alle hier Anwesenden informiert sind, was die Konz. Bew. eigentlich ist. Ist sie irgend eine von den vielen Bewegungstherapien, macht man Gymnastik oder Yoga, wird getanzt, ähnelt sie der Feldenkrais Methode oder der Eutonie?

Meine Damen und Herren, am liebsten würde ich Ihnen sagen: es ist eine Lebenshaltung! Aber wäre die Antwort nicht zu einfach? Obwohl sie in ihrer Einfachheit alles beinhaltet, ist sie doch zu wenig abgegrenzt von anderen Therapierichtungen, die sich zur gleichen Aussage hingezogen fühlen.

Bei meiner Vorbereitung zu diesem Vortrag sind mir Zweifel gekommen, ob es wirklich eine Haltung und nicht eine Bewegung ist, die wir dem Leben gegenüber einnehmen? Wenn wir Haltung als haltgebend, als ein Verhalten dem Leben gegenüber verstehen, das sich im Laufe einer Lebenszeit als geistig-seelische und körperliche Haltung entwickelt und nicht als Starre, sondern als Bewegung, die das Kontinuum von Kommen und Gehen mit vollzieht, dann trifft es zu, dass die KBT eine Lebenshaltung ist. Unserem Anliegen liegt der Anspruch auf Achtsamkeit für das Gegenwärtige zu Grunde – mit wachen Sinnen da zu sein – das zu leben was uns ausmacht und mit Leib und Seele enthalten sein indem was wir tun. Diesem Wunsch nach Gegenwärtigkeit, dem Leben unmittelbar zu begegnen, verbindet uns mit einer alten Idee, die wir aufgreifen. Den Werdegang, wie sie zu einer Methode wurde, die sich Konzentrative Bewegungstherapie nennt und die sich in der Psychotherapie als tiefenpsychologisch orientierte Körperpsychotherapie etabliert hat – das möchte ich ihnen heute vermitteln - und auch diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die noch in dieser Woche sprechen werden.

Zunächst noch ein Wort zu dem „konzentrativ“, das der Bewegungstherapie vorangestellt ist. Mit konzentrativ ist die Konzentration auf das Wahrzunehmende gemeint und damit alles andere auszugrenzen, was sich der Bewusstheit für das Gegenwärtige in den Weg stellt. Wie schwer diese Konfrontation mit dem gegenwärtigen Leben ist, erfahren wir nicht nur in der Arbeit mit Patienten, sondern auch an uns selbst, wenn wir in die Vergangenheit fliehen oder in Phantasien über Zukünftiges.

Über die Wahrnehmung soll ein Bewusstseinszustand erlangt werden, der Festgehaltenes in Bewegung bringt. Bewegung verstehen wir in der KBT als

körperliche Bewegung, die die motorische, vegetative Bewegung einschließt, aber auch als Bewegt-Sein, womit Gefühlsbewegungen und Bewegungen im geistigen Bereich verbunden werden. Sich konzentrativ bewegen meint, im momentanen Geschehen mit allen Sinnen anwesend sein.

Nach dem kurzen Einstand, den ich ihnen in die KBT gegeben habe, möchte ich sie mit auf die Reise durch ein dreiviertel Jahrhundert nehmen, in der sich die Methode zu einer körperorientierten Psychotherapie entwickelt hat. Sie werden Pionieren begegnen, Personen, die in dieser Geschichte wirkten und der zentralen Figur Helmuth Stolze, dessen liebstes geistiges Kind in dieser Woche im Mittelpunkt steht.

Dazwischen werde ich sie einladen sich an einer kurzen Sequenz von Selbsterfahrungen zu beteiligen. Und damit fange ich jetzt gleich an und bitte sie ihr Bewusstseinsfeld einzugrenzen, eventuell die Augen zu schließen, wie wir es in der KBT empfehlen, und sich konzentrativ zuzuwenden.

Anleitung: nehmen sie sich wahr wie sie sitzen? Sind ihre Füße mit dem Boden verbunden, halten sie noch an sich oder können sie sich vom Stuhl tragen lassen? Sind sie bereit sich auf meinen Körper einzulassen?

Nehmen sie jetzt wahr wie sie da sind? So sind sie jetzt da, in dieser Haltung, dieser Stimmungslage und mit diesen Gedanken. Nehmen sie sich freundlich an und verändern sie, was sie verändern möchten.

Austausch der Teilnehmer untereinander.

Mit der Präsenz für ihr DA-Sein im Hier und Jetzt haben sie etwas vom Wesen der Konzentrativen Bewegung erfahren und das hat sich auch seit den Anfängen bis heute nicht verändert. Was sich aber verändert hat ist das Vorgehen und die methodischen Schritte.

Nun ein wenig Geschichte

Zu Beginn der zwanziger Jahre lebte und wirkte in Berlin eine Frau, Elsa Gindler. Ausgebildet zur Gymnastiklehrerin von Hedwig Kallmeyer, wendete sie sich nach einer Weile von dem damaligen Bewegungsstil, der die schöne Bewegung zum Ziel hatte, ab. Nicht Harmonie oder Körperertüchtigung sollten ihr Ziel in der Bewegung sein, sondern die Wahrnehmung für das jeweils eigengesetzliche Funktionieren des Organismus und die Wachheit im Alltag. Mit der „Erfahrungsbereitschaft“, wie es E.Gindler nannte, sollten ihre Schüler sich öffnen für das lebendige Leben, das ihnen momentan gegenwärtig ist. Hier wurde ein wesentlicher Grundstein für die heutige Zielsetzung der KBT gesetzt. In ihrem kleinen Studio arbeitete E.Gindler in diesem Sinne mit ihren Schülern, Frauen und Männer, die aus verschiedenen Berufen kamen. Auch Schauspieler gehörten zu ihnen, die Lampenfieber hatten und über die Wahrnehmung der Schwerkraft und das Gespür für den Boden zu mehr Standsicherheit kommen sollten. Ist es nicht zu allen Zeiten etwas vom Elementarsten uns zu fragen, wie wir im Leben stehen, wie wir da- stehen oder etwas durchstehen können, ob wir Boden unter den Füßen haben, oder er uns gerade schwindet? Nachdem ich über mehrere Jahrzehnte an meinem eigenen Stand gearbeitet hatte, hat es

mich belustigt, als mir mein orthopädischer Arzt vor einiger Zeit erklärte, dass ich falsch stehe und er mir erst mal „das richtige Stehen“ beibringen müsste. Auch dieses neue Stehgefühl, eröffnete wieder ganz neue Seiten, wie ich auch noch im Leben stehen kann!

Zurück zur alten Meisterin nach Berlin. Gindler verstand sich selbst immer als Pädagogin und nicht als Therapeutin. Mit denen, die sich ihr anempfohlen hatten, war sie auf der Suche nach dem Wahren, d.h. dem individuell stimmigen Körpererleben, das nicht von einem richtig oder falsch geprägt sein sollte. Dieser Ansatz zur persönlichen Entscheidungsfreiheit, wann der Übende für sich etwas stimmig erachtet, weist uns auch heute noch den Weg in den Therapien, zumindest *bemühen wir uns darum ihm zu folgen*. Der Zielsetzung E.Gindlers haben sich sicher nicht alle ihrer Schülerinnen angeschlossen, denn ich habe selbst erlebt, dass einige von ihnen, Vorstellungen von Bewegungen hatten, wie sie richtig ausgeführt werden sollten. Bei einem Gindler-Treffen 1976 auf Burg Rothenfels wies mich in einer Lehrstunde eine ihrer Schülerinnen zurecht, dass eine Bewegung mit den Beinen, die ich gerade ausführte „doch wohl ein Irrtum gewesen sei“. Es war eindeutig, dass diese nicht ihren Vorstellungen entsprach. Warum sollte es unseren Vorfahren anders ergangen sein als uns heute, dass sich trotz guter Absicht anderen Freiheiten zuzugestehen manchmal Einschränkungen einschleichen? Beim Nachdenken über ein richtig oder falsch, stoße ich an die Grenzen meiner Objektivität.

Leider hat uns E. Gindler so gut wie nichts Schriftliches hinterlassen auf das wir zurückgreifen können. Festlegungen waren ihr zuwider und so waren wir meist auf die mündlichen und wenig schriftlichen Überlieferungen ihrer Schülerinnen angewiesen. In der jahrelangen Zusammenarbeit mit dem Musikpädagogen Heinrich Jacobi fand E.Gindler den Freund, der sich der gleichen Grundidee wie sie verschrieb, „den Lernenden von seinem eigenen Innengefühl an seine Aufgaben heranzuführen.“ (Achatz-Petz S.21)

Wir verlassen die zwanziger Jahre und können in den dreißiger Jahren feststellen, dass es da einen Münchner Kreis gab, dem die Psychotherapeuten Groddeck, Steger, Heyer und Lucy Heyer-Grote angehörten, die die Bewegung als körperorientierten Ansatz für die Psychotherapie nutzbar machten. Denn was wir bis dato erfuhren, war das methodische Vorgehen noch keine Psychotherapie.

Nach den Kriegswirren sollte nochmals Zeit ins Land gehen, bis der Nervenarzt und Psychotherapeut Helmuth Stolze sein therapeutisches Repertoire erweitern wollte und nach anderen leiblichen Erfahrungen, als die Entspannung im A.T. Ausschau hielt. Was ihn für die Suche nach anderen Ausrichtungen außerdem noch wach machte, lag in der ist, daran beteiligt gewesen zu sein, einer Psychotherapie – sozusagen als Vorleger! – das Tor geöffnet zu haben, ist mehr als erwähnenswert. So wollen wir heute nicht nur Helmuth Stolze ehren, sondern auch seinen Adlatus.

Unsere Zeitreise geht weiter, wir bewegen uns in den fünfziger Jahren. Es war der Neurologe J.E. Meyer, der H. Stolze 1952 erstmals auf Gertrud Heller aufmerksam machte. Nachdem H. Stolze mit Gertrud Heller, einer Schülerin

Gindlers Verbindung aufgenommen hatte und auch Kurse bei ihr belegte, arbeitete er mit Patienten und in kleinen Gruppen sich spürend wahrzunehmen und sich konzentrativ mit sich zu beschäftigen. Noch ganz im Sinne Gindlers war die Aufmerksamkeit auf das leibliche Geschehen gerichtet. In seinem Vortrag, als er die Arbeitsweise zum ersten Mal auf den Lindauer Psychotherapiewochen 1958 vorstellte, postulierte er: „Das Erspüren des Körpers, führt sowohl in Ruhe und Bewegung, zum Erlebnis des Ganzen, des menschlichen Körpers, als einer unteilbaren Einheit.“ In diesem Vortrag benennt er die Methode als „Konzentrierte Bewegungstherapie“, allerdings mit der Bemerkung, dass dies nur eine vorläufige Namensgebung sei. Aber was hat nicht so festen Bestand wie die Vorläufigkeit! Im Laufe der Jahre ist der Name der Methode auf das Kürzel „KBT“ zusammengeschrumpft.

Angetan von diesem Vortrag schickte mich mein damaliger Chef Günter Clauser, bei dem ich als junge Krankengymnastin in der psychosomatischen Abt. der Univ. Freiburg arbeitete, zu Helmuth Stolze nach München, um diese Methode zu erlernen. In einer Kleingruppe von 3 Personen erhielt ich von Helmuth Stolze meine ersten KBT-Weihen, indem ich das Liegen auf dem Boden spüren sollte, einen Ball halten, auf einem Stab liegen um mit der Nachgiebigkeit meines Körpers umzugehen, das So-Sein wahrnehmen und zu experimentieren wie sich der Organismus auf die jeweilige Situation einstellt. Diese elementaren Sinneswahrnehmungen sind heute wie damals das ABC der Konzentrierten Bewegungstherapie. Für viele Menschen, insbesondere für frühgestörte Patienten ist das Wahrnehmen des eigenen Körpers von hoher Brisanz. Einesteils die Freude darüber: „Oh, das bin ja ich, was ich da spüre, das ist ja mein Leib“. Andererseits die Ablehnung einen Körper wahrzunehmen, der weit weg ist von der Vorstellung wie er zu sein hat, oder einer Scham, einen missbrauchten oder beschädigten Körper zu haben. Die Entdeckung des Körper-Ichs braucht nicht nur die Hinwendung, sondern auch viel Zeit, um Zugang zu den Empfindungen zu bekommen, wie ich mich jetzt gerade erlebe. Uns Menschen ist es eigen, auf das Gewohnte zurückgreifen zu wollen, auf die gespeicherte Empfindung, die einer Neuerfahrung im Wege steht. Veränderung geschieht aber dann, wenn Handlungen, Haltung und Bewegung mit wacher Bewusstheit begleitet werden und so ein Gespür dafür entwickelt werden kann, was das jeweils Autarke ist.

Als ich von meinen ersten KBT-Stunden bei Stolze nach einer Woche in die Klinik zurückgekehrt bin, arbeitete ich im erlernten Sinne mit Patienten. Ja, meine Damen und Herren, das ist für sie heute sicher undenkbar, dass man jemand mit einer so geringen Ausbildung auf Patienten loslässt. Heute beträgt die Weiterbildung zum KBT-Therapeuten 1630 Stunden! Und dennoch war damals die Arbeit, mit den vor allem magersüchtigen Patienten, von großer Wichtigkeit für den gesamten Therapieprozess. Nach Jahren, als ich 1981 mein erstes Buch schrieb und die alten Protokolle aus dieser Zeit durchforstete, war ich erstaunt, dass mich meine Intuition Wege leitete, die auch noch in späterer Zeit der Reflexion Stand halten konnte. Auch hatte ich seiner Zeit noch nicht das Alter und das Wissen um zu erkennen, dass ich schwere Arbeit leistete, wenn man Menschen zu ihrem gegenwärtig-sein verhilft.

Nicht nur wir KBT-Leute waren in dieser Zeit Suchende wie der Körper in die Psychotherapie einbezogen werden konnte. Aus Amerika ist das Sensitivity Training, die Bioenergetik und Gestalttherapie zu uns herübergeschwappt und haben erste Begeisterungen ausgelöst. Da sich die KBT noch nicht als Methode etabliert hatte, haben wir ausprobiert, welche Elemente aus anderen Methoden unsere Arbeit bereicherten. Die Anfangszeit hatte das Flair eines Versuchsfeldes. Keine Richtlinien lagen bisher unserer Arbeit zu Grunde und niemand sagte mir was richtig oder falsch war. Nach dreijähriger Klinikzeit zog ich nach München um mit H. Stolze die Zusammenarbeit fortzusetzen. In ambulanten Patienten und Kollegengruppen probierten wir einfach aus „was wirkte.“

Helmuth Stolze war von 1959–1978 Leiter der Lindauer Psychotherapiewochen. In dieser Zeit sollte bis heute die KBT nie mehr im Programm fehlen. Der Weg der Konzentrativen Bewegungstherapie in die Psychotherapie wurde von ihm damit geebnet. Gertrud Heller leitete hier Kurse, ich selbst auch, und viele Jahre leitete Helmuth Stolze gemeinsam mit Miriam Goldberg die Gruppen. Der Kreis der „Angesteckten“ wurde immer größer. Zu den Namen, die den Älteren von ihnen vielleicht noch bekannt sind, gehörten Erich Franzke und Ursula Kost, die schon sehr früh bei Stolze einen Schnupperkurs gemacht hatte und später als Vereinsgründerin einen wichtigen Platz bei uns eingenommen hat.

Für Stolze kam es mit E. Gindler bis zu ihrem Tod 1962 zu zwei Begegnungen. Der Kreis der Gindleraner hatte sich bald gegenüber den KBT-Vertretern abgegrenzt. Charlotte Selver, eine Schülerin Elsa Gindlers nannte ihre Methode in Amerika Sensory Awareness und spätestens beim Gindlertreffen 1976 wurde klar, dass wir die Arbeit E. Gindlers zwar als gemeinsame Wurzel haben, die Gindler Anhänger aber wenig von einer tiefenpsychologischen Ausrichtung hielten und sich wie ihre Lehrerin als Pädagoginnen verstanden.

Der Gründerzeit und den ersten praktischen Versuchen in unterschiedlichen Gruppierungen entwachsen, sind Ende der fünfziger und Anfang der sechziger Jahre von H. Stolze und J.E. Meyer Schriften entstanden die die Methode begründeten, und später in einem Sammelband von den H. Stolze (vgl. Stolze) herausgegeben wurden. Einen wichtigen Beitrag gab Stolze 1972 mit dem Hinweis auf den Gestaltkreis von V.v. Weizsäcker.

Folie: Gestaltkreis. Erklärung Gestaltkreis.

„Das Thema des Gestaltkreises ist die Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, welche die alten psychosomatischen Begriffe der psychophysischen Wechselwirkung und Parallelität umgreift, durch eine Sichtweise, die dem Leben und seinen Phänomenen gerechter wird“, schreibt Wiesenhütter. (vgl. Gräff) Wiesenhütter berichtet von einem Gespräch mit Weizsäcker, in dem dieser den Gestaltkreis im mitmenschlichen Bereich überall verwirklicht sehe, aber bedauere, es gäbe keine Methode, diese Beziehungen auch nur in ihren wichtigsten Phänomenen adäquat zu erfassen. Er fügte aber hinzu, es könnten in Zukunft entsprechende Verfahren entwickelt werden. Wiesenhütter folgert weiter: „Ich bin überzeugt, Weizsäcker würde mir zustimmen, dass die

Konzentrativen Bewegungstherapie ein Verfahren gestaltkreishafter Verschränkungen von Mensch zu Mensch bzw. Menschen ist.“ Diese gestaltkreishaften Verschränkungen von Bewegungen und Wahrnehmungen erleben wir nicht nur von Subjekt zu Subjekt, sondern auch von Subjekt zu Objekt.

Machen wir dazu wieder einen kleinen Selbstversuch: Legen Sie sich einen Gegenstand auf den ausgestreckten Handrücken, eine Uhr oder irgend etwas aus der Handtasche. - Was tun sie um sein Gewicht wahrnehmen zu können? - Wahrscheinlich haben sie ganz unbewusst feine Bewegungen ausgeführt, um dieses Gewicht abschätzen zu können.

Lange Zeit nahm die KBT den Platz einer Hilfsmethode ein, die eine verbale Psychotherapie begleitete. Meist wurden in KBT-Gruppen nur die Erfahrungen mitgeteilt, während Erinnerungen und Assoziationen zur Lebensgeschichte mit den Therapeuten in der Einzeltherapie besprochen wurden. Mit zunehmend besserer Ausbildung der KBT-Therapeuten ist sie der Hilfsmethode entwachsen und kommt heute, vor allem in der freien Praxis als eigenständige Methode in Einzel- sowie Gruppentherapien zur Anwendung.

Folgen wir den siebziger Jahren. Nach den positiven Erfahrungen in der Praxis, entstand das Bedürfnis die Methode auch theoretisch zu erfassen. Verschiedene Gruppierungen, vor allem unter Ursula Kost, bemühten sich der Praxis eine Systematik und Theorie gegenüber zu stellen (Vgl. Achatz-Petz, S.68). Dem Ruf nach der Lehr- und Lernbarkeit der Methode folgte Ursula Kost 1976 und gründete den Deutschen Arbeitskreis für Konzentrativen Bewegungstherapie (DAKBT). Gegen den notwendig gewordenen Schritt zur Strukturierung und Reglementierung leistete H. Stolze heftigen Widerstand. Seine Befürchtungen waren, die Methode könne, wenn man sie festlege, etwas von ihrer Vielfalt und Kreativität verlieren. Hier wiederholte sich etwas in der Geschichte der Konzentrativen Bewegungstherapie, denn auch E. Gindler weigerte sich dem freien Künstlertum abzusprechen und Schriftliches niederzulegen. Trotzdem hat Stolze den eingeschlagenen Weg weiter begleitet.

Den neuen Richtlinien folgend boten wir eine Weiterbildung an, die auf einen sozialen Grundberuf aufbaute. Wer sich für die Ausbildung in der KBT interessierte, waren vorwiegend Personen aus Heilhilfsberufen, wie Krankengymnastinnen, Ergotherapeutinnen, und Sozialpädagogen. Tatsache war, dass dieser Personenkreis, der mit der KBT arbeitete zwar zu ihrer Entwicklung beitrug, aber nicht als Psychotherapeuten anerkannt wurden. Der Prozentsatz der Ärzte und Psychologen blieb gering, was für H. Stolze eine bittere Tatsache war, mit der er sich schwer abgefunden hat. Die Gründe sind damals wie heute darin zu suchen, dass die Konzentrativen Bewegungstherapie keine offizielle Anerkennung als psychotherapeutische Methode errungen hat und damit keine Kassenleistung wurde.

Den österreichischen Kollegen, die 1985 den ÖAKBT gründeten, ist es als einziges Land von den 6 Ländervereinen gelungen, für die KBT eine Anerkennung zu erlangen, indem die Ausbildungs-Anwärter zuvor ein Propädeutikum absolvieren müssen.

In Gedanken an eine Anerkennung wurde die Weiterbildung später dann auf 1630 Stunden hochgeschraubt, um dem psychotherapeutischen Standard zu entsprechen. Auf diesem Hintergrund können wir heute auf eine sehr gute Weiterbildung zurückgreifen und es ist Musik in unseren Ohren, wenn Herr Prof. Bauer seinen Vortrag auf der Tagung des DAKBT mit den Worten eröffnet, dass die Arbeit der KBT-Therapeutinnen und Therapeuten in den psychosomatischen Kliniken nicht mehr weg zu denken sei. In psychosomatischen und psychiatrischen Fachkliniken entwickelten Kolleginnen und Kollegen eine dem jeweiligen Klientel angemessene KBT-Arbeit. Mittlerweile wurden auch verkürzte berufsbezogene Weiterbildungen entwickelt, um die Arbeit einem Personenkreis wie Krankengymnastinnen, Lehrern, Theologen, Erziehern usw. näher zu bringen. In München habe ich bei der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse ein hundert Stunden Programm erarbeitet, mit dem die KBT über 20 Jahre fester Bestandteil in der psychotherapeutischen Weiterbildung wurde. Folgen wir den achziger Jahren so sehen wir, dass die KBT verstärkt ins Wort kommt.

Einen wichtigen Beitrag zur Theoriebildung lieferte 1981 Hans Becker mit seinem Buch: "Konzentrierte Bewegungstherapie, ein Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozess" (vgl. Becker). Er zeigte u.a. auf, wie die Entwicklungspsychologischen Modelle nach Erikson und Mahler die therapeutische Basis für das Geschehen in der KBT bilden. Mein eher praxisbezogenes Buch: „Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis“ (vgl. Gräff) erschien 1982 und Helmuth Stolze gab in einem Sammelband 1983 (vgl. Stolze) alle bisher erschienenen Arbeiten und Vorträge heraus.

Bindungsformen und Objektbeziehungstheorien brachten eine neue Orientierung und Struktur. Es leiteten uns nicht mehr nur die Phänomene, sondern auch die Kenntnis, wie der Patient in seiner Entwicklung gefördert werden kann. Dazu hat auch die KBT-Forschung beigetragen, über die ihnen Klaus-Peter Seidler am Freitag berichten wird Vieles fand in den letzten Jahren durch die Hirnforschung seine Bestätigung, warum etwas wirkt, wie wir in der KBT vorgehen. Grawe verwies in einem seiner letzten Artikel: „Zu wissen was im Gehirn während der Psychotherapie passiert ist nützlich, aber der Therapeut muss es in ganz konkrete Handlungsweisen übersetzen, und diese wieder und wieder überprüfen. Man muss die Lebenserfahrungen, die gegenwärtigen und die aus der Vorgeschichte in die Therapie einbeziehen. Lebenserfahrungen gewinnen ihre Bedeutung aus dem was dem Individuum zu diesem Zeitpunkt wichtig ist.“ Zit. Ende. Unser Vorgehen immer wieder überprüfen und verändern und es dem Klientel anpassen, müssen auch wir in der KBT.

Wo stehen wir nun heute? Ich möchte sie mit den Erfahrungsebenen bekannt machen, auf denen die Methode aufbaut.

Folie.

Erfahrung von Raum und Zeit
Erfahrung mit dem eigenen Leib
Erfahrung mit und über anderen Menschen
Gegenstandserfahrungen
Gespräch.

Ehe ich damit beginne ins Detail zu gehen, was damit gemeint ist, möchte ich sie wieder zu einer kurzen Raumerfahrung animieren.

Raumerfahrung anleiten. Nehmen sie wahr wie viel Raum sie in sich und um sich herum haben – in welche Richtung können sie sich ausdehnen - wo sind sie begrenzt durch Menschen, Stühle, Wände Fenster und Boden? Können sie das erproben? Wie antwortet ihr Körper auf die Bewusstwerdung der Grenzen? Ist die Erfahrung mit einer körperlichen Empfindung verbunden – sich weit oder beengt fühlen? Vielleicht wirkt auch schon die Vorstellung einengend sich unter den jetzigen Gegebenheiten auszudehnen oder auszustrecken?

Danach: Bleiben sie mal einen Moment in dem Gefühl, das gerade bei ihnen vorrangig ist.

Über die Bewegung, die sie soeben ausgeführt haben, verändert sich vielleicht ihr Gefühl für den Raum und u.U. auch ihre Emotion. Tauschen sie sich bitte kurz mit ihrem Nachbar über ihre Erfahrungen aus.

Die Methodenbeschreibung werde ich jetzt durch Fallbeispiele ergänzen.

Der Raum symbolisiert den Lebensraum, unserem Innenraum wie den Außenraum. Neben dem Bedürfnis nach Ausdehnung steht daneben das nach Abgrenzung, Schutz und Anbindung. Sich Raum nehmen für den Atem, sich Spiel- und Bewegungsräume erobern nach vorne zum Du, nach hinten zum Ausweichen, sich Lebensräume eröffnen für das Gefühl leibhaftig in der Welt zu sein.

Mit einer depressiven Patientin musste der Raum über ihr regelrecht erschlossen werden. Er war besetzt mit angstmachenden Szenen aus der Kindheit mit dem „großen“ Vater. Wir schauten den Vögeln und den Wolken nach und verfolgten Bäume bis zu ihren Wipfeln. Es war fast wie ein neu aufgeschlagenes Bilderbuch für sie. Mit einem Stab ließ ich sie an der Zimmerdecke anstoßen. Durch das Eingespannt-sein zwischen Boden und Decke bekam sie ein Gefühl für die Dimension. Nachdem der Raum über ihr nicht mehr *nur* mit dem Vater besetzt war, tat sich auch ein spiritueller Raum für sie auf. Zu dem bodenlosen Unten, den Löchern, in die sie immer wieder stimmungsmäßig fiel, gab es jetzt einen Gegenpol in den sie sich ausstrecken und ausrichten konnte. In der Bewegung entdeckte sie auch den Zwischenraum, der in jedem Augenblick eine andere Realität beinhaltete, eine andere Sicht, ein neues Gefühl. Hier kommt die Erfahrung mit der Zeit ins Spiel. Sich Zeit nehmen um wahrnehmen zu können wie Leben sich auf dem Weg vom einen zum andern Pol verändert.

Dass sie mit ihrer körperlichen Ausdehnung in die Welt auch innerlich weiter wurde, und in dieser Weise auf ihre seelische Befindlichkeit Einfluss nehmen konnte, hat ihr Sicherheit gegeben und stärkte sie in ihren Autonomieleistungen.

Unser nächster Punkt gilt der Körpererfahrung.

Sie geschieht

- durch das Einspüren in Ruhe und Bewegung
- über den Boden und Wände
- durch die Selbstberührung
- durch die Fremdbberührung, von der Therapeutin in Einzelstunden oder den anderen Teilnehmern in der Gruppe
- durch Gegenstände

Anhand einer Fallvignette möchte ich darstellen, wie ich bei einer Patientin mit einer Körperschemastörung die oben aufgezählten Erfahrungsebenen therapeutisch genutzt habe.

Frau A. suchte mich wegen multipler Beschwerden und Ängste auf. Auffallend war ihre Art zu stehen; mit dem linken Fuß stand sie auf dem rechten und auch im Sitzen verschränkte sie ihre Beine girlandenartig ineinander. Als sie in einer Stunde die Konzentration auf ihre Beine gelenkt hatte, sagte sie: „Das rechte Bein gehört zu mir, mit dem kann ich etwas tun, während das Linke eigentlich nur so ein Anhängsel ist, das geht so raus (während sie eine wegwerfende Handbewegung machte), das macht was es will und wenn ich nicht wüsste, dass es zu mir gehört, würde ich annehmen es gehört irgend jemand“. Dieses Bein ist der Körperteil der ständig krankt und in seiner Nicht-Zugehörigkeit, im nicht-wahrgenommen-werden prädestiniert ist für Verletzungen. Was sich hier im Körper symbolisiert zeigt sich auch in ihrer Abhängigkeit vom Elternhaus und der damit verbundenen Schwierigkeit sich auf die eigenen Füße zu stellen. Psychisch wie physisch ging es in der Therapie Boden unter beide Füße zu gewinnen. Das heißt, den Boden über verschiedene Materialien (= Einsatz von Gegenständen!) spürbar werden zu lassen - die Beine begreifen und vergleichen wie sich das eine anfühlt und wie das andere (=Eigenberührung) – sie belasten und sich ausbalancieren.

Über den Berührungskontakt mit meinen Händen (=Fremdbberührung) erfuhr sie die Form ihres Beines, die Beschaffenheit und Temperatur und ganz allgemein das berührt werden. Durch die Eigen-und Fremdbberührung erfolgte eine Sensibilisierung des kinästhetischen Sinnes und die Integration der Extremität. Wichtig wurde für sie ihre Wirkmächtigkeit zu erleben, dass nämlich sie es ist die Einfluss über ihr Körperbewusstsein, auf ihr Wohlfühl, bzw. auf ihre Entwicklung nehmen konnte.

Um zu verdeutlichen was es heißt auf einem oder zwei Beinen zu stehen, hat mich veranlasst mit ihr das Stehen auf einem Bein zu üben. Sie merkte, wie begrenzt sie in ihren Bewegungs-und Handlungsmöglichkeiten war, wie wacklig sie stand, so auch nicht gehen konnte, wenn sie nicht das andere Bein unter sich stellte. Also auch nicht aus dem Elternhaus gehen.

Damit etwas begriffen wird muss das Denken mit dem leiblichen Fühlen verbunden werden, eine Verbindung zwischen taktilen Greifen und geistigem Begreifen. Der Wandel vollzieht sich im psycho-physischen Erleben.

Nach Cserny/Tempfli ist *der Körper der Ort des psychischen Geschehens*. Den Zugang zu diesem Ort bekommen wir durch die Belebung der Sinne. Über den kinästhetischen Sinn, über hören, riechen, sehen und schmecken geht plötzlich eine Tür auf und eine Erinnerung aus der Lebensgeschichte teilt sich mit. Der

Zugang zum Leibgedächtnis vermittelt sich auf der Beziehungsebene nicht nur über Körpergefühle, sondern auch über Worte und Emotionen.

Ein häufiges Problem mit dem Patienten zu uns kommen und diesbezüglich auf eine Lösung hoffen, ist ihre Angst vor Körperberührungen. Das Wissen um die Ursache erhellt zwar die Umstände wie es dazu gekommen ist, hat aber noch keine Angst vor dem Berührungskontakt getilgt. Was heilt sind *neue* Erfahrungen. In der KBT ist ein behutsames Annähern über Materialien wie Bälle oder Sandsäckchen möglich. Auch gemeinsam ausgeführte Bewegungen oder ein Spiel, bei dem ganz zufällig erste Körperkontakte mit der Therapeutin oder Gruppenteilnehmern zustande kommen, helfen über die ersten Hürden hinweg. Berühre ich Patienten in der Einzelstunde, bitte ich sie wachsam zu sein was sie an dem Kontakt mögen oder ablehnen und was für Gefühle auftauchen. Mir ist wichtig, dass Patienten nicht nur von mir berührt werden – als Einbahnstraße – sondern auch die Möglichkeit bekommen auch mich zu berühren.

Der Körperpsychotherapeut ist durch die leibliche Nähe zum Patienten vermehrt Übertragungsphänomenen ausgesetzt, die Achtsamkeit für Abstand und Nähe erfordern, um einer Bedrängnis vorzubeugen oder allzu großen Distanzierung. In seinem ersten Vortrag 1958 über die KBT, signalisierte H. Stolze seinen Kollegen, keine Angst vor Übertragungen in dieser Therapie zu haben. Sie fänden nicht mehr als im psychoanalytischen Setting statt. Für das damalige Vorgehen in der KBT ist Stolzes Hinweis verständlich gewesen; das Beziehungsgeschehen stand nicht in dem

Maße im Vordergrund, wie es heute der Fall ist. Ich kann mich nicht erinnern, dass früher in unseren Patientenbesprechungen der Aspekt der Übertragung und Gegenübertragung einbezogen wurde. Zumindest haben die eigenen körperlichen und emotionalen Reaktionen auf den Patienten noch wenig Beachtung gefunden. Mittlerweile ist uns bewusst geworden, was für ein wichtiges Instrument unser Körper ist, um unser Gegenüber zu erfassen. Bezüglich der Übertragung ist unsere Rolle in der Konzentrativen Bewegungstherapie nicht mit der des Psychoanalytikers vergleichbar, denn der Dialog zwischen Therapeutin und Patientin findet nicht nur verbal statt, sondern auch auf einer handlungs- und körpersprachlichen Ebene. Evelyn Schmidt betonte: " Als KBT- Therapeutinnen begeben wir uns dabei auf ein komplexes Feld von Empfindungen, zum Teil unbewussten Körperbildern und Leiberinnerungen sowie Übertragungsphänomenen.

Wir sind dabei auf die eigene sinnliche Präsenz, die eigenen Körperempfindungen und Phantasien angewiesen, also in hohem Maße leiblich und emotional gefordert" (vgl. Achatz-Petz, S.89).

Die KBT-Methode hat stets gelebt und lebt immer noch von der Intuition derer, die sie anwenden. Die KBT muss bei jedem Patienten wieder neu erfunden werden. KBT-Therapeuten müssen mit einer ordentlichen Portion Phantasie ausgestattet sein, um gute Übersetzungsarbeit zu leisten. Damit ist gemeint, dass die Problematik des Patienten so schnell und gut wie möglich auf die Körper- und Handlungsebene geführt, um dort zur Lösung gebracht zu werden. Das ist meines Erachtens eine der wichtigsten Aufgaben.

Ehe ich zum nächsten Punkt komme und Ihnen von der Bedeutung der Gegenstände in der KBT spreche, möchte ich sie wieder zu einem kleinen Selbstversuch einladen. Lassen sie sich von ihrem rechten Nachbar etwas in die Hand geben. Ich hoffe, in ihrem Frontalhirn ist die Wahrnehmung für das mein und nicht mein ausreichend entwickelt, damit es nachher keine Schwierigkeiten mit der Zurückgabe gibt!!

Anleitung zur Selbsterfahrung.

Überprüfen nach Form, Material, Temperatur. Nicht als Begriff festlegen, sondern das Ding an sich und die Selbsterfahrung am Ding.

Neben der Vielzahl der brauchbaren Dinge sehen sie hier eine Auflistung wie sie in der KBT verwendet werden.

Folie Gegenstandsverwendung.

Der Gegenstand als reales Objekt

Der Gegenstand als Objekt über das sich der Übende erfährt

Der Gegenstand als Symbol

Der Gegenstand als Mittel zu szenischen Gestaltung

Der Gegenstand als Übergangsobjekt

Der Gegenstand als intermediäres Objekt.

Wesentlicher Bestandteil der KBT-Arbeit ist das Einbeziehen von Gegenständen. Verwendet werden neben dem symbolträchtigen Stab, Ball und Seil, auch Decken und Sandsäcke sowie Naturmaterialien, wie Steine und Muscheln. Eigentlich gibt es kein Ding, das nicht brauchbar ist, das haben Sie vielleicht soeben erfahren.

Früher habe ich vor meinem Kurs hier in Lindau mein Arbeitsmaterial an den Gestaden des Bodensees eingesammelt und mit dem Strandgut, Hölzer, Wurzeln, Federn (weil`s noch keine Vogelgrippe gab), ein Puppenarm, Büchsen, Steine und sonstige Schätze gearbeitet. Je weniger das Material mit festen Begriffen zu belegen ist, umso mehr regt es die Phantasie an und die Lust es zu erforschen.

Der Wert, der der Erfahrung des realen Gegenstandes beigemessen wird, ist die Wahrnehmung des Objektes als Nicht-Ich. Im Gegenüber können Materialien in ihrer Struktur, Form, Farbe, Temperatur und Funktion mit den Sinnen erfasst und im Vergleich zur eigenen Beschaffenheit als andersartig begriffen werden.

Eine weitere Bedeutung kommt dem Gegenstand als Mittel zur Körperwahrnehmung und zur Verdeutlichung des Umgangs zu. Vielen Patienten fällt die Entwicklung einer differenzierten Wahrnehmung über Dinge leichter, als über den eigenen Körper. Aus diesem Grund ist die Gegenstandserfahrung ein wichtiger Einstieg zur Eigenberührung, wie auch zur Fremdbberührung.

Gegenstände werden in der KBT auch als Symbole für einen Menschen, ein Gefühl oder einen inneren Zustand verwendet. Gerade weil sie auch symbolischen Charakter haben, ist es wichtig dass sie nicht nur schön anzuschauen sind, sondern auch das repräsentieren, was an Unglück zum

Ausdruck gebracht werden will. Dabei unterstützen die Scheusale aus Plastik, die kaputten Bälle oder sonstige Ruinen das Repertoire. Vor einiger Zeit wählte ein Patient für seine Mutter ein kleines Wollküken und den Vater einen großen Holzprügel als Symbol. Um einer allzu schnellen Deutung vorzubeugen, wozu seine Darstellung verführt, muss die Bedeutung, die sie für ihn hat durch Begreifen und sich mit den Symbolen befassen erarbeitet werden. Durch Aufstellungen kann man sich relativ schnell ein Bild von den Lebenssituationen oder der Familie des Patienten machen. Wie schonungslos manchmal solche Darstellungen sein können, erlebte ich in einer anderen Situation bei einer Patientin. Ich bat sie mir zu zeigen, wen es in ihrer Umgebung als Bezugspersonen gäbe. Sie stellte für sich ein kleines Schneckenhaus auf den Boden und weit davon entfernt eine blasse Murmel hin. Eine meiner Lieblingsangebote, das vielleicht auch für ihre Praxis brauchbar ist, ist die Darstellung von Teufelskreisen.

Folie Teufelskreis.

Die Aufstellung ist für Patienten deshalb so eindrücklich, weil man mit ihnen an den einzelnen Phasen des sich stets wiederholenden Kreislaufs und den Möglichkeiten ihn zu unterbrechen, arbeiten kann. Häufig tauchen dabei Erinnerungen an Uraltfallen auf. Wenn Patienten sich später dem Punkt annähern bei dem sie in Gefahr sind, wo alles wieder in die gleiche Richtung läuft, taucht der bildgewordene Teufelskreis auf, der sie auffordert es anders zu versuchen.

Übergangsobjekte geben Hilfestellung bei der Überbrückung schwieriger Situationen.

Wir geben dem Patienten dann den Gegenstand mit, wenn er in der Therapie-stunde eine wichtige Rolle spielte und zur Vertiefung des Erlebten oder als Verbindung zur Therapeutin beitragen kann. Eine Patientin nahm eine Wolldecke mit, die für sie Schutz, Hülle und Grenze wurde. Sie wickelte sich zu hause immer dann in sie ein, wenn sie sich wieder so *löchrig* vorkam. Nach etwa 6 Wochen bekam ich die Decke wieder. In der Zwischenzeit arbeiteten wir daran, wie sie sich mit ihren Hände schützen konnte. Außerdem - und das war etwas sehr wichtiges - kaufte sie sich selbst eine Decke, „die noch viel schöner war“.

In einem anderen Fall konnte eine Frau nur im Kontakt mit einem Steinchen das ich ihr mitgab, die Angst vor einer Ohnmacht in Kaufhäusern überwinden. Oft nach Monaten, wenn die Therapie schon längst zu Ende ist, bekomme ich per Post eine Muschel zugesandt, oder finde im Briefkasten eine Murmel mit Dank zurück, dass es jetzt auch ohne den Hilfsgeist ginge.

Ich glaube hier nicht sagen zu müssen, dass diese Angebote in eine frühe Zeit der Entwicklungsgeschichte hineinreichen, wenn das Kind durch ein Nuckeltuch oder einer sonstigen Habseligkeit die Abwesenheit der Mutter überstehen lernen muss. Vielleicht sind hier nur wenige Personen ohne Übergangsobjekte im Saal. Eheringe, Ketten, Medaillone, Kreuzanhänger, sie alle verbinden uns mit einer Person oder angenehmen Erinnerungen die Sicherheit geben.

Objekte als Kommunikationsmittel verwenden wir, um auf der Handlungsebene etwas zu gestalten, zu erproben oder miteinander zu spielen.“ Im Spiel ist der Mensch König“, sagt Winnicott (Vlg. Winnicott). Spielend fällt manchmal etwas leichter, was soeben noch als problematisch galt. Im Spiel wiederholt sich häufig etwas aus der Kindheit, und wird zum Schlüssel für Erinnerungen. Das was oft so schwierig ist, Menschen vom Erkennen ins Handeln zu führen, ist über den spielerischen Umgang durch die meist unbewussten Handlungen leichter möglich. Hier symbolisiert sich eine Handlungsweise, die für die Weiterarbeit von Nutzen ist.

Kommen wir zum letzten Punkt des fünf Säulen Modells und werfen einen Blick darauf was Worte, Sprache und Gespräche in der KBT für eine Rolle spielen.

Einen kurzen Sprung zurück in E. Gindlers Studio. Da sei es immer sehr still gewesen, wie uns ihre Schülerinnen übermittelten. Die Übenden konzentrierten sich auf ihre Erfahrungen im Gewahrwerden, wurden aber nicht herausgefordert sie auch zu versprachlichen. Erfahrungen mit Worten zum Ausdruck zu bringen hat sich erst später entwickelt. Aber auch da wurde in den Gruppen zunächst nur das Wahrgenommene mitgeteilt; die Reflexion über das was Eindruck machte, gehörte einer etwas späteren Zeit an. Ursula Kost verwies darauf: „Uns ist immer klarer geworden, dass das Zur-Sprache-Bringen, das verständlich und bewusst machen, das ist, was unsere Methode auszeichnet. Es durfte nicht bei der Selbstwahrnehmung bleiben, denn durch das Gespräch wurde häufig erst klar, was dadurch in Gang gesetzt wurde und welche Erinnerungen hochkamen“ (vgl. Achatz-Petz S.62). Wir erkannten, dass durch die Verbalisierung Erfahrungen bewusster wurden und im Sinne einer Neuerfahrung zur verstärkten Integration führten.

Sprache ist ein Mittel zur Kommunikation. Das Ziel ist, eine gemeinsame Verständigungsebene zu finden, die eine Beziehung zwischen Therapeut und Patient ermöglicht. In einer Methode, wie der KBT, wo die Wahrnehmung von Bewegung, Körpergeschehen und Sinneserleben entwickelt wird, sind wir bestrebt eine Sprache zu sprechen, die inhaltlich das repräsentiert, worauf sie bezogen ist. Durch das NLP wurde ich auf die Wirkung aufmerksam, die sinnesbezogene Worte auf mich ausübten. Es ist eine Sprache, die Körpergefühle, visuelle Vorstellungen, innere Gehöreindrücke, Geruchs- und Geschmacksempfindungen überträgt. Eine verbalisierte Körpersprache, die unmittelbar in das Körpererleben und in die Emotionalität führt, übernimmt für den Angesprochenen eine Art Vorreiterfunktion bei seiner eigenen Wahrnehmungsarbeit.

Der Klang der Stimme ist der andere Teil, damit das Gesagte Anklang findet. Zusammengesetzte Worte getrennt gesprochen können dem Übenden den „doppelten Sinn des Wortes“ zu Bewusstsein bringen, z.B. auf-halsen, oder hals-starrig.

Da sie morgen noch einen Vortrag von Frau Löffler über die Bedeutung der Sprache in der KBT hören werden, möchte ich es hier bei meinen Ausführungen belassen.

Zusammengefasst möchte ich sagen, dass wir auf den fünf Erfahrungsebenen, die ich im fünf Säulen-Modell aufzeigte, folgende Kompetenzen entwickeln wollen:

- das Gegenwärtig-Sein
- die Erfahrungsbereitschaft
- die Wahrnehmung und Achtsamkeit
- die Symbolisierungsfähigkeit
- die Bewegung - und Handlungsfähigkeit
- das Probehandeln und Entscheidungen treffen
- die Konfliktfähigkeit
- das Gleichgewicht
- Körperbewusstsein und ein Gefühl für Grenzen

Wenn uns dies als Begleiter gelingt mit unseren Patienten zu entwickeln, dann werden wir unserem Anspruch gerecht, von dem ich eingangs sprach, - der Vermittlung von Achtsamkeit für das Gegenwärtige - und mit Leib und Seele enthalten sein in dem was wir tun. Dann ist die KBT eine einzigartige Psychotherapie, weil sie ganz am konkreten Leben orientiert ist.

Literatur

Achatz-Petz G. (2005): Unveröffentlichte Dissertation Salzburg. S.21, 62, 68, 89

Becker H. (1997): Konzentrierte Bewegungstherapie. Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozess, Verlag edition psychosozial, Gießen

Gräff C. (2000): Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis. 3. erw. Aufl. Hippokrates Verlag, Stuttgart

Grawe K.: Interview „Ich bin kein Anhänger von Wahrheiten“. Report Fokus

Stolze H. (Hrsg.) (2002): Die Konzentrierte Bewegungstherapie Grundlagen und Erfahrungen, 3.erg.Aufl. Springer Verlag, Berlin

Winnicott D.W. (1985): Vom Spiel zur Kreativität. Klett-Cotta 3. Aufl.1985 Stuttgart

Christine Gräff
Mauerkircherstr. 94
81925 München