

# Gestaltkreis und Symbolisierung – Spezialitäten in der Konzentrativen Bewegungstherapie

Vortrag bei der 11. KBT Forschungswerkstatt Bad Honnef 06.02.2009

E. Braun

## Zusammenfassung

Um zu einem Vergleich mit anderen Methoden beizutragen, versucht die Autorin, das Spezifische der KBT herauszuarbeiten. Bestandteile, die charakteristisch sind für die KBT, wie das Arbeiten mit Metaphern, mit vielgestaltiger Symbolik, mit originärer Körperarbeit und nicht zuletzt mit der tragenden therapeutischen Beziehung, werden skizziert. Auch der Gestaltkreis wird als bedeutendes Konstrukt der theoretischen Erklärung für die Entwicklung der KBT in Erinnerung gerufen. Behandlungsbeispiele belegen und beschreiben die Methodik der KBT und die dadurch entstehenden therapeutischen Prozesse.

Als ich im Spätsommer des letzten Jahres gefragt wurde, vor KBT Kollegen einen Vortrag zu halten zu dem Thema: Das „Besondere“, das „Spezielle“ in der KBT, um zu einem Vergleich mit anderen Methoden beizutragen, habe ich diese Herausforderung schließlich mit dem Auftrag angenommen, Anregungen zur späteren Diskussion des übergeordneten Tagungsthemas zu geben. Trotzdem erschien mir die Aussicht, KBT-Therapeuten die Spezialitäten der KBT zu erläutern so, als sollte ich „Eulen nach Athen tragen“. Diese Redensart wird Aristophanes zugesprochen (um 445 – 385 v. Chr.) Man benutzt sie, um zu betonen, dass man ein Gut irgendwohin bringt, obwohl es dort schon im Überfluss vorhanden ist. In der weiteren Beschreibung der Redensart steht: „...also ein fruchtloses, sinnloses Unterfangen“. Die Eule war das Symbol der griechischen Göttin Athene. Ihr zu Ehren prägten die Athener Eulen auf die Rückseite ihrer Münzen und man ging davon aus, dass es in Athen genügend „Eulen“ gab.

### Die Verfasserin:

Elvira Braun  
Therapeutin für Konzentrativ Bewegungstherapie  
Lehrbeauftragte im DAKBT

### Anschrift:

Sylvaner Weg 6  
69198 Schriesheim

E-Mail: [elvira.braun@web.de](mailto:elvira.braun@web.de)

Im Sinne des Vortragsthemas meine ich, dass die KBT besonders identifiziert ist mit den Begriffen

des Gestaltkreises und der Symbolisierung. Ohne diese theoretischen Konstrukte, die ihren greifbaren Niederschlag im praktischen Vorgehen haben, ist KBT nicht denkbar. Darum finden Sie diese beiden Begriffe im Titel des Vortrags.

### Gedanken zu den „Spezialitäten“ im Allgemeinen und im Besonderen

In der Überschrift taucht etwas keck das Wort „Spezialitäten“ der KBT auf. Ich möchte Ihnen meine Gedanken zu diesem Begriff erläutern: Unter Spezialitäten verstehen wir im Allgemeinen etwas Außergewöhnliches, etwas, das unsere Sinne erfreut. Jedenfalls nichts Alltägliches. Wir finden Spezialitäten auf Menükarten eines Restaurants oder in feinen Geschäften. Auch in fernen Städten, Regionen oder Ländern sind Spezialitäten zu entdecken. Wenn wir eine (oder mehrere) Spezialitäten im kulinarischen Bereich anzubieten haben, dann müssen wir wissen, wie die Rezeptur ist, welche Zutaten wir brauchen und wie das Ganze gemischt wird. Wir brauchen auch eine entsprechende Küche, in der alles, was wir benötigen um gut zu kochen, vorhanden ist. Schließlich brauchen wir auch Leute, die wir bekochen können und die unsere Kreationen mit Lust verspeisen. Wenn wir etwas für Kinder zubereiten, müssen wir auf leicht verdauliche Speisen achten, damit die Kinder mit der Nahrung etwas anfangen können. Die ganz Kleinen werden gefüttert, bis sie alleine essen können.

### Was ist eben gerade geschehen?

Ich habe eine Metapher benutzt. Ich sprach von kulinarischen Spezialitäten und vom Zubereiten

der Speisen — und doch war Ihnen sicher ganz klar, dass diese Metapher Vorgänge in der KBT andeutet. Eine Metapher, das Sprechen in Bildern, die etwas verbergen und das Verborgene aufscheinen lassen, gehört originär zur KBT. Als Therapeutinnen sind wir entweder aktive Gestalter von Metaphern, oder wir nehmen Bilder rezeptiv auf und dienen als Übersetzer dessen, was wir gerade wahrnehmen und versuchen, es in einen Sinnzusammenhang zu bringen.

*„Ein Bild ist nur dann ein Symbol, wenn in ihm noch etwas mehr mitschwingt als eine bloß augenfällige und unmittelbare Bedeutung, es besitzt einen weitergehenden unbewussten Aspekt.... Wenn die Seele das Symbol erforscht, wird sie zu Vorstellungen geführt, die jenseits des Zugriffs des Verstandes liegen (C.G. Jung).“*

### Was sind nun die „Spezialitäten“ der KBT?

Das Phänomen der Polarität ist für mich ein wesentlicher Bestandteil unserer Methode. Es gibt unendlich viele Polaritäten, die wir im praktischen Vorgehen ansprechen. Wir beachten Körper und Seele; wir kommen von der Wahrnehmung zur Bewegung, von der Erfahrung, bei der wir uns etwas denken, zum Sprechen. Wir gehen mal aufdeckend, mal zudeckend mit den Themen des Patienten um; ein Gegenstand ist auf der Realebene, das was er ist; auf der Bedeutungsebene verändert er sich. Ein entsprechendes Angebot passen wir dem Befund des Patienten an. Wir entscheiden, welche Ebene der Wahrnehmung wir dem Patienten anbieten, bzw. stellen fest, welche er zu betreten in der Lage ist. Mit anderen Worten, wir müssen einschätzen, welche Nahrungsform angenommen, verwertet und verdaut werden kann. Oft steht das Entdecken von Zutaten im Vordergrund, bevor ein Gericht komponiert werden kann.

Beispiele für Polaritäten in der Körperarbeit sind:

- Bewegung und Ruhe
- Einatmen und Ausatmen
- Spannung und Entspannung
- Kontrolle behalten und loslassen

Wie wir wissen, ließe sich diese Liste endlos weiterführen. Ich möchte Ulfried Geuter zitieren, der zu folgender Überlegung kommt:

*„Vielleicht ist Körperpsychotherapie die Kunst, die Bewegung zwischen solchen Polen zu gestalten.“*

Im Vorwort zu Christine Gräffs Buch „Aus dem Tunnel der Depression“ beschreibt Horst Kächele ebenfalls das Pendeln der KBT zwischen zwei typischen Polen:

*„Der Grundgedanke der körperbezogenen Aktivität liegt m. E. in einer geplanten und absichtlich geförderten Metaphorisierung des körperlichen Erlebens, um den Anschluss an sprachlich vermittelte Symbolisierungsprozesse zu ermöglichen.“*

Zunächst ein kurzer Blick in die Literatur: Es haben sich schon viele Autoren Gedanken gemacht zu dem Thema der Abgrenzung zu, oder der Fusion mit anderen Methoden, und dies auch nicht erst in der letzten Zeit. Eine davon war Sylvia Cserny 1995 in einem Vortrag auf der Jahrestagung in Bonn. Dieser Vortrag ist lesenswert, ist er doch gespickt mit Wissen und Querverbindungen zu unterschiedlichen Therapiemethoden und Psychotherapieschulen. In großen Teilen ihres Vortrags beschäftigte sie sich mit der Abgrenzung zu anderen Methoden. Sie untersuchte die Möglichkeiten und plädierte dafür, die KBT zu einer eigenständigen Psychotherapie zu machen und aus diesem Grunde eine eigene Krankheitslehre zu entwerfen. Aber wie gesagt, das war 1995 und bezog sich letztendlich auf österreichische Möglichkeiten.

1996 erschien ein Artikel in der Zeitschrift „Integrative Bewegungstherapie“, in der Annette Höhmann-Kost von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe berichtet, die sie mit Rudolf Kost geleitet hat. In dieser Arbeitsgruppe sollte versucht werden, die Methode der Integrativen Bewegungstherapie und der Konzentrativen Bewegungstherapie miteinander zu vergleichen und deren Unterschiede zu dokumentieren. Es werden zwar „Eigenheiten“ der jeweiligen Methode beschrieben, doch zu einem richtigen signifikanten Vergleich oder Unterschied konnten die beiden Gruppenleiter nicht kommen.

Ulfried Geuter hat eine große Übersichtsarbeit mit dem Titel: „Wege zum Körper – zur Geschichte und Theorie des körperbezogenen Ansatzes in der Psychotherapie“ veröffentlicht. Er beschreibt die historischen Vorgänge, Quellen und die Entwicklungen der verschiedenen Verfahren anschaulich. Er versuchte Ordnung in die Vielfalt der Strömungen zu bringen und deutet Möglichkeiten eines Ordnungs- oder Unterscheidungssystems an, wie es an vielen anderen Stellen ebenfalls schon geschehen ist. Ebenso hat Frank Röhrich in „Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen“ eine Zusammenschau, Abgrenzung und auch Integration unterschiedlicher Methoden untersucht. Gerd Hölter hat bei dem letztjährigen Treffen seine Vision für das Jahr 2018 vorgestellt (Abb. 1). Eine einheitliche klinische Bewegungstherapie, die sich

auf unterschiedliche wissenschaftliche, historische, leibtherapeutische und physiotherapeutische Quellen beruft.

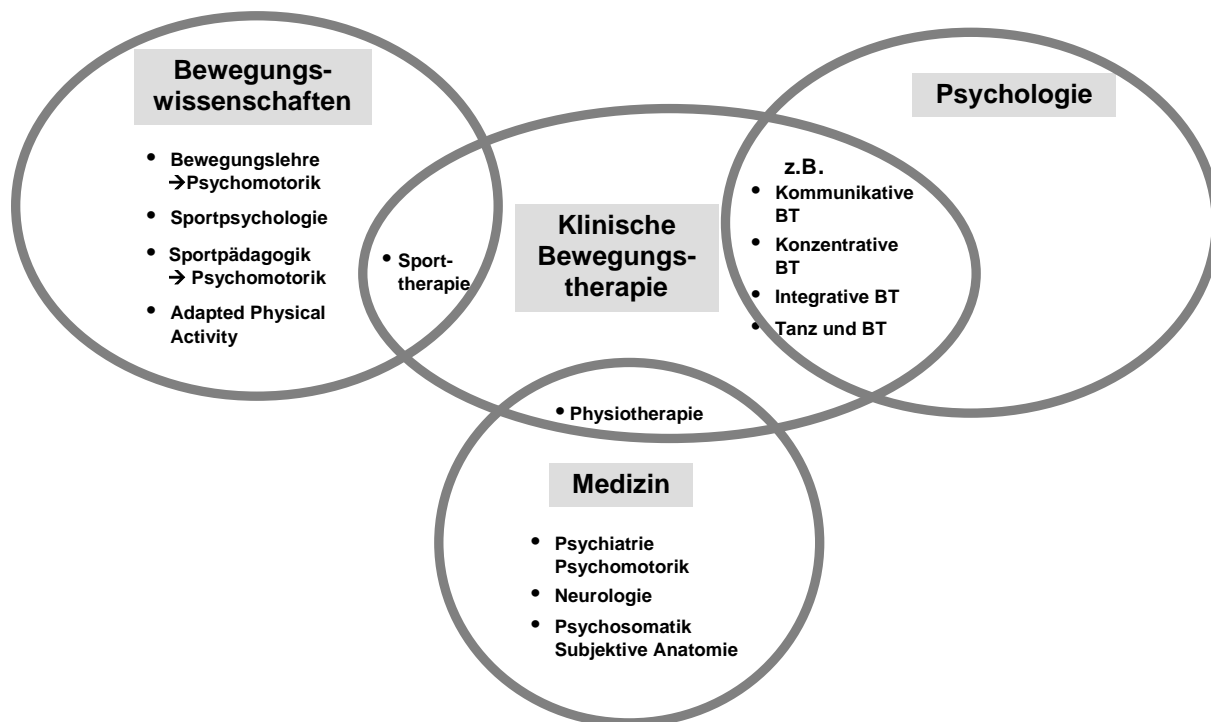


Abb. 1: Hölter, G. in Zeitschrift Konzentrierte Bewegungstherapie 2008, S. 44 - 49

Anemone Carl hat im Jahre 2000 bei der Forschungswerkstatt mit dem Titel „Therapieziele in der KBT“ die Funktionelle Entspannung, bioenergetische Analyse und die Tanztherapie in Hinblick auf deren Therapieziele mit denen der KBT verglichen. Sie konnte in der als Expertenbefragung und Literaturrecherche entstandenen Erhebung keine wirklichen Unterschiede bei den Therapiezielen erkennen. Sie bezweifelte schon damals, ob bei genaueren Untersuchungen wirklich „ganz neue andersartige Ziele als die bisher genannten gefunden werden würden“ (Carl 2003). Anemone Carl fragte am Ende ihres Vortrags, ob es wirklich darauf ankäme, „eigene, sozusagen ur-eigenste Ziele zu haben, oder ob es bei der Legitimierung des Verfahrens KBT eher um deren spezifische Mittel auf dem Weg zu solchen Zielen ginge?“ Sie regte dazu an, zu untersuchen, wie die unterschiedlichen Verfahren ihre Ziele zu erreichen versuchen. Dies wäre also eine Frage nach den Techniken, dem jeweiligen methodischen Vorgehen. Es geht um die Zutaten, die Form der Zubereitung und sicherlich auch um die Güte der Ingredienzien.

Auf der letzten Jahrestagung habe ich im Hinblick auf die heutige Fragestellung im Rahmen des

„Open Space“ das Thema eingebracht: „Was ist das Besondere an der KBT?“ Erstaunt war ich über die rege Beteiligung der Kolleginnen, die bei mir vorbeigekommen sind, um ihre jeweilige Sicht auf das Besondere in der KBT mitzuteilen und mit den Anwesenden zu besprechen. Danke noch mal an alle Beteiligten. Schon bei den damaligen Diskussionen ist aufgefallen, dass es ein bestimmtes Muster bei den Gesprächen gab. Etwas pointiert formuliert hörte sich das so an:

- „Ja, natürlich hat die KBT etwas Eigenes!“ Dann wurden einige Faktoren genannt.
- Doch später, nach genauerer Überprüfung, kam oft die Einsicht: „Na, wenn ich es recht überlege, haben das die anderen auch.“

Das Durchgängige aber war bei diesen Gesprächen die Begeisterung der Kolleginnen und Kollegen über unsere Methode. Die Freude, mit der KBT zu arbeiten und sich immer wieder von ihr überraschen zu lassen. Auch die sich immer wieder einstellende Gewissheit, dass wir damit ein wirkungsvolles Werkzeug in der Hand haben. Christine Gräff beschrieb ihre Haltung gegenüber der KBT im Jahr 2006 in ihrem Lindauer Vortrag mit den Worten: „Fast ist es eine Lebenshaltung“,

bevor sie die Facetten der Methode genauer vorstellte. Nun möchte ich kurz zu der heimischen Küche zurückkehren, um nach den ursprünglichen Zutaten für unser KBT-Gericht zu suchen:

### Die Wurzeln nicht verlieren

Vor einigen Jahren habe ich diese Folie erstellt, die andeutet, aus welchen Quellen sich die KBT gespeist hat. (Abb. 5)

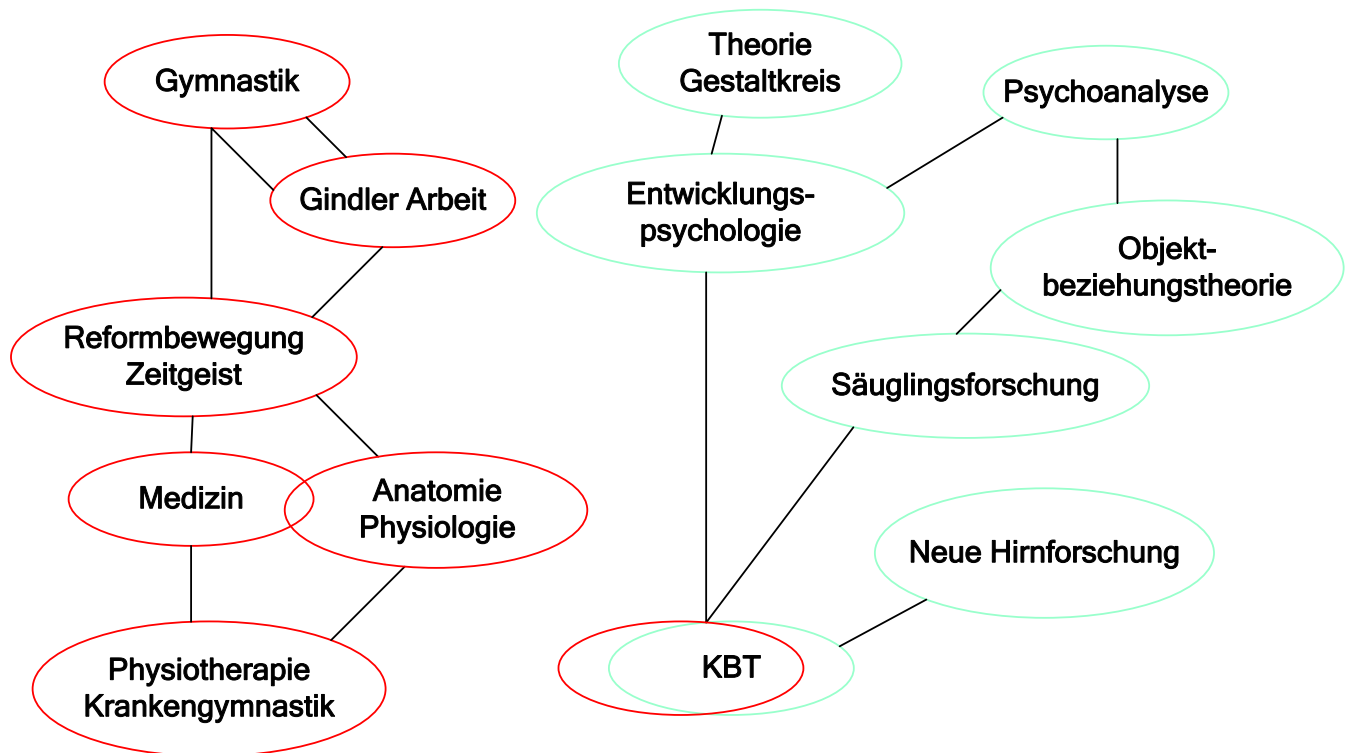


Abb. 5: Eigene Folie „Wurzeln“

Ich denke, dass ich nicht den Werdegang der KBT wiederholen muss. Doch ich kann davon berichten, wie interessant, spannend und faszinierend ich es fand, wieder in den alten Artikeln zu lesen, die sich ja nun auf einen Zeitraum von 50 Jahren beziehen. Was wurde da nicht alles schon beschrieben und festgestellt und wie viele Autoren und Autorinnen haben sich daran beteiligt. Dabei dachte ich, dass es wichtig ist, die Inhalte dieser Anfänge nicht zu vergessen bzw. sie immer wieder zu aktivieren. Zudem trifft man natürlich auf die gemeinsamen Wurzeln der verschiedenen Methoden und deren unterschiedliche Schwerpunktsetzungen, die sich im Laufe der jeweiligen Entwicklung ereignet haben. In den letzten zwei Jahren, konnte ich ermessen, welche Gedanken sich die Ahnen der jeweiligen Methoden gemacht haben, um eine bestimmte Patientengruppe zu erreichen, die wir heute mit der Diagnose Somatoforme Störung oder Somatisierungsstörung be-

zeichnen würden. Denn ich bin auf einer internistisch-psychosomatischen Station tätig mit dem wohlklingenden Namen „Station von Weizsäcker“, deren Konzept es ist, Simultandiagnostik und -therapie zu betreiben, ganz im von Weizsäcker'schen Sinne; man nennt das auch die Heidelberger Schule, aus der heraus sich übrigens die Funktionelle Entspannung entwickelte. Heute befinden sich Patienten auf dieser Station, die im eigenen schulmedizinisch orientierten Krankheitsmodell verhaftet sind, mehr oder weniger weit entfernt von der Idee einer seelischen Beteiligung an ihren Symptomen.

In diesem Sinne bin ich täglich dazu aufgefordert, meine Angebote auf das basalste Niveau herunter zu brechen. Um in dem Bild der Nahrung zu bleiben, wie ich es zu Anfang skizziert habe: ich muss ganz leichte und gut verdauliche Kost füttern. Immer wieder muss ich darauf achten, dass ich trotz aller eigener Erkenntnisse und

Verfeinerungen der Theorien nicht den Grund und Boden verlasse, auf dem die ersten Mahlzeiten des Pa-tienten zu sich genommen werden müssen: dieser Boden ist das originär Leibliche. Immer wieder muss ich mich dazu anhalten, diese leiblichen Wurzeln nicht mit Worten zu ersticken. Was mache ich dann?

Ich lenke die Aufmerksamkeit...

- auf die Atmung
- auf das einfache aktuelle Sitzen
- auf den Fuß im Schuh
- beim Gang durch den Garten auf den Wind im Gesicht
- auf die Temperatur der Hände usw.

Oft glaube ich, diese Angebote seien zu einfach. Doch dann bin ich immer wieder erstaunt über deren Wirkung. Die Patienten beschreiben auf der Körperebene ihr psychisches Problem. (Viele sind der Meinung, an einem körperlichen Problem zu leiden.)

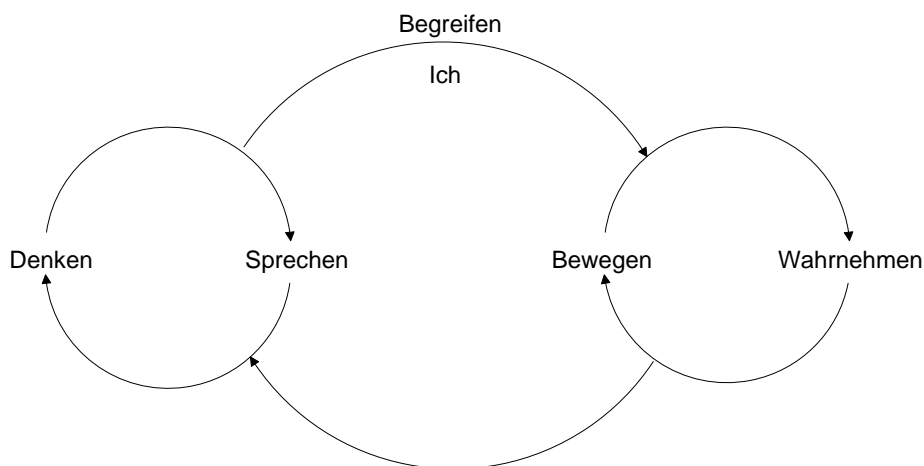
- „Ich bekomme so schlecht Luft“ sagt eine Frau, die als Kind in den Keller gesperrt, oder auch von ihrem Vater heftig verprügelt wurde (Depression, psychogenes Asthma).

- „Meine Muskeln zittern so“ sagt die Patientin, die keinen Zugang zur psychischen Komponente ihrer Angst zulässt (Angststörung, vielfältige psychosomatische Symptome).
- „Ich habe keine Kraft mehr in den Beinen“ sagt die Frau, die sich nicht traut, am Leben wirklich teilzunehmen (frühe Traumatisierung, Somatisierungsstörung).

Dann denke ich, der Anfang ist gemacht und hoffe, dass dieser Prozess weitergehen darf. Die Verführung, Prozesse zu zerreden ist groß. Christine Gräff hält uns in der Supervisionsgruppe immer wieder dazu an, Versprochenes auf die Handlungsebene zu bringen, um Erfahrungen, die dadurch ausgelöst werden, zu ermöglichen. Diese Haltung bezeichnet sie als ihr therapeutisches Glaubensbekenntnis.

### Autoren umkreisen den Gestaltkreis

In seiner Arbeit „Selbsterfahrung und Bewegung“ hat Helmuth Stolze 1972 die Verbindung der KBT zur Gestaltkreistheorie v. Weizsäckers hergestellt und diese somit als theoretische Grundlage für die KBT etabliert. Viktor v. Weizsäcker hat 1939 seine Lehre vom Gestaltkreis entworfen (Abb. 3).



Gestaltkreis nach Viktor von Weizsäcker (1940)

Abb. 3: Gestaltkreis

Helmuth Stolze: „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.“*

In ihrem Buch „Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens“ 2006 beschreiben Christa Paluselli und Sylvia Cserny: „...die KBT legitimiert ihren motorisch/bewegungsorientierten Ansatz, annehmend, dass jede Einwirkung auf der moto-rischen Ebene Folgen auf der emotionalen bzw. kognitiven Ebene zeitigt. Den wahrnehmungsorientierten Ansatz begründen wir mit Viktor von Weizsäckers Gestaltkreislehre....“ Die Autorinnen führen weiter aus, dass diese kybernetische Regelkreistheorie untermauert wird von der Entwicklungspsychologie Piagets, der mit der Entdeckung der kontinuierlichen Wechselwirkung von Assimilation und Akkommodation, beschrieb, dass sensomotorisches, emotionales und kognitives Geschehen stets zueinander in einer sich gegenseitig bedingenden Verbindung stehen. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass die erwähnten Theorien und unser praktisches Vorgehen in der KBT ihre Bestätigung durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Neurophysiologie fanden und finden.

Karin Schreiber-Willnow bemerkt in diesem Zusammenhang: „In der anthropologischen Medizin Weizsäckers steht also der Mensch als erleidendes und handelndes Subjekt im Mittelpunkt. Das Verhältnis zur Umwelt wird als kreisartiges gedacht, die Verbundenheit von Individuum und Umwelt in biologischen Akten in andauernder Wechselwirkung im Begriff des Gestaltkreises gefasst. Damit ist die Spaltung von Subjekt und Objekt im descartesschen Sinne überwunden.“

Von Weizsäcker verstand den Gestaltkreis als „eine Anweisung zur Erfahrung des Lebendigen“ (v. Weizsäcker 1946). Wir alle geben in unserer täglichen Arbeit mit der KBT immer wieder Anweisungen, um das Lebendige oder das lebendig Werden zu locken oder zu unterstützen. Dabei ist es von großer Wichtigkeit, das Lebendige, Wache, Achtsame in uns selbst wahrzunehmen und zu pflegen. Wenn wir es im Kontakt mit dem Pa-tienten als verlorengegangen empfinden, versuchen wir – im Sinne der Gegenübertragung – dem Verlust nachzuspüren und zu verstehen, wann, wie und warum es dazu gekommen ist. Somit befinden wir uns mit unserem eigenen Gestaltkreis in Verbindung mit dem des

Patienten. Beide berühren sich; es bietet sich die Chance zur Entwicklung, zum Fort-Schritt, selbst wenn das Kreissystem quietscht, holpert oder sich eine Weile sehr langsam bewegt. Die Voraussetzung dafür, dass der Prozess weitergeht, ist Bewegung und Beziehung. Lassen Sie mich ein Beispiel nennen:

*Die seit ihrem 12. Lebensjahr an Anorexia nervosa erkrankte 29-jährige Patientin bringt ein Gedicht/Gebet mit in die Therapiestunde. Sie liest es mir vor. Es handelt vom Aufgehoben-Sein in göttlicher Hand, sie beschreibt einen gütigen, treuen, tröstenden Gott. Dabei sitzt sie, knapp auf der Stuhlkante, die Lehne ist weit weg, die Sitzfläche zum großen Teil unbesetzt. Zunächst bin ich angerührt von dem Gedicht, doch dann frage ich mich, welche echten, weltlichen Hände sie berühren, halten und trösten. Um das „Abgehobene“ wieder mit dem Irdischen und Begreifbaren zu verbinden, gehe ich zur Körperarbeit mit den Händen über. Erst die eigenen, dann die unsrigen, gemeinsam anschauen und sich einander nähern lassen. Sie kann die objektive Erscheinung der Hände beschreiben, mögliche subjektive Empfindungen werden nicht gespürt oder als „neutral“ beschrieben. Mich erfasst bei dieser Spürkluft ein Schauer, ein Entsetzen über die Abspaltung des sinnlichen, spürenden, fühlenden Körpers. Danach spüre ich tiefes Mitgefühl für die Patientin, das mich verharren lässt. Ich habe keinen Einfall mehr. Die bei mir entstandene Leere verstehe ich als Gegenübertragung der Leere der Patientin. Erst über diese Einordnung kann sich bei mir ein neuer Einfall oder Gedanke formen. Nehmen wir dieses Beispiel als Überleitung zur Symbolisierung.*

### **Der Gegenstand, das Symbol und die Symbolisierung**

Der Begriff des Symbols und der Symbolisierung ist sehr weit gefasst, er ist in vielen (wissenschaftlichen, kulturellen, sozialen, technischen) Fachgebieten zu finden. Der Symbolbegriff gilt als kulturstiftend schlechthin; er steht für die universellen Tätigkeiten des Geistes, die allen kulturellen Erscheinungen, wie Sprache, Mythologien, Religion, Kunst usw. zugrunde liegen. Unser soziales Leben ist durchdrungen von Symbolisierungen und Symbolen. Mit der Bedeutung des Symbols ist verbunden, dass zwei zusammen gehörende Dinge, nachdem sie getrennt wurden, und das eine für das andere nicht mehr erreichbar war, wieder zusammenfinden und die Trennung somit aufgehoben wird. Ein Symbol ist, was es ist – also ein Realobjekt – und es ist gleichzeitig mehr als das. Es steht für Ungesagtes,

nur Gedachtes, Ungeschriebenes, Unbewusstes. Ein Symbol kann von der Geschichte einer Generation, eines Menschen oder einer Therapiestunde erzählen. Es ist Stellvertreter und Hauptakteur. Es hat immer den Charakter von einem „als ob“ und „so ist es“. Es ist zwei- oder mehrdeutig. Zum Symbol gehört der Aspekt der Verborgenheit, der Verbindung und des sich Beziehens auf etwas. Helmuth Stolze schreibt dazu: *„Es eignet dem Symbol, dass es zugleich ein konkret (leibhaftig) Wahrnehmbares und ein mit den Sinnen nicht Wahrnehmbares ist. Im Symbol kann Gegenwärtiges, Vergangenes und Zukünftiges gleichzeitig erfahren werden.“* Die therapeutische Arbeit mit Gegenständen wird in der KBT als originär zur KBT gehörig erlebt.

Im Allgemeinen beschreiben wir den Umgang mit Gegenständen in der KBT als Symbolisierungsarbeit; diese kann diagnostischen Zwecken dienen oder eine Hinführung zur Verbesserung der Symbolisierungsfähigkeit sein. Doch es kann auch bedeuten, einen tieferen Einstieg in den therapeutischen Prozess zu begleiten. Sicherlich sind die archaischen Gegenstände der frühen KBT, wie Stab, Ball, Kugel, Seil, für uns „alte“ KBT-ler unverzichtbar mit unserer Vorstellung von der basalen Körperarbeit verbunden. Bei diesen grundständigen Gegenständen kommt hinzu, wie bei den anderen natürlich auch, dass sie sowohl als reale Objekte fungieren, als auch symbolischen Charakter erwerben können. In unserer Methode nimmt die gestalterische Umsetzung von psychischen Inhalten, die dem Patienten noch nicht bewusst zugänglich sind, großen Raum ein. Für diese Gestaltungen sind alle möglichen Gegenstände in den KBT-Räumen zu finden. Inneres Befinden, das die Patienten nicht benennen können, kann mit einem Gegenstand seinen Ausdruck finden. Es wird greifbar und begreifbar, es wird sichtbar und ersichtlich.

Mit den Gegenständen können Patienten ihre Körpergeschichte gestalten, eine menschliche Figur darstellen, ihren Therapieweg noch einmal nachvollziehen oder auch symbolisch wichtige Personen ihres Lebens beschreiben. Über die Gestaltungen kann manches ersichtlich werden, was bisher verborgen oder unklar war. Eine weitere Umwandlung kommt durch die Beschreibung der Gestaltungen zustande und der damit verbundenen oder sich einstellenden emotionalen Bedeutung.



Abb. 8: Beispiel einer Gestaltung  
Gegenstände – Symbole: Ball – Stab - Seil



Abb. 9: Beispiel einer Gestaltung zu einer Neidthematik  
„Mein Bruder und ich“ – die Patientin ist unten

Bevor dies geschieht, muss sich ein therapeutischer Raum bilden, der eine innere und

eine äußere Struktur hat. Nach außen ist dieser Raum geschützt und nach innen soll ein angstfreier Spielraum entstehen. Dann kann sich, wiederum auf der symbolischen Ebene, ein Übergangsraum entfalten, der es dem Patienten erlaubt, zu spielen und auszuprobieren, was ihm in den Sinn kommt. Winnicott bezeichnet diesen Raum als potentiellen Raum. In diesem Felde können „als-ob-Handlungen“ und Beziehungen, auch Übertragungsbeziehungen stattfinden. Wir als Therapeuten geben hierzu Anregungen, Hinweise oder lediglich wohlwollend Raum und Zeit. In diesen Therapiephasen können wir diagnostisch einige Beobachtungen machen. Wir können feststellen, ob sich ein Patient in solch einem Spielraum verloren oder sicher fühlt, ob es ihm gelingt, Kontakte zu knüpfen und wie diese sich gestalten. In Verbindung mit der Biographie des Patienten können wir eventuell auf die Art der frühen Beziehungserfahrungen schließen. Im nachfolgenden Gespräch bietet sich die Gelegenheit, diese Wahrnehmungen zu prüfen. Von der Entwicklung der Sensomotorik, des Sprechens, des Denkens und weiterführender Fähigkeiten und Fertigkeiten hängt das Ausmaß der späteren Symbolisierungsfähigkeit ab. In allen Entwicklungsphasen sind Störungen der Symbolisierung möglich. Symbolbildung verläuft unbewusst, vorbewusst und im Bewusstsein ab, sie wird sowohl dem Primär- als auch dem Sekundärprozess zugeordnet. Gerade bei den psychosomatischen Störungen scheint es sich um eine fehlende oder unzureichende Mentalisierung körperlicher Vorgänge zu handeln; der Körper ist psychisch wenig repräsentiert. Es gibt einen reduzierten Zugang zu den Affekten. Diese können zudem nicht in Worte gefasst, symbolisiert und somit entschärft werden, sie wandern direkt in Körperfunktionen. Hans Becker meint, dass die therapeutischen Prozesse in der KBT die Möglichkeit der Nachreifung im Symbolisierungs-, Abstrahierungs- und damit Trennungs-, und Individuationsprozess bieten.

Hierzu ein Beispiel:

*Eine Patientin mit einer Borderline-Störung und jahrelanger Missbrauchserfahrung hat große Probleme, in der KBT „anzukommen“. Ängstlich, wortlos, schamvoll sitzt sie auf ihrem Stuhl. Meine Angebote kann sie nicht annehmen. In der Folgestunde habe ich einen Platz in einer Ecke des Raumes für sie vorbereitet. Nach hinten geschützt, nach vorne offen, aber mit bereitliegendem Material, mit dem sie den Platz mehr schließen könnte. Sie nimmt diesen Platz an. Ab diesem Zeitpunkt ist es möglich, mit ihr in Kontakt zu kommen. Sie pendelt einige Stunden zwischen diesem Platz und dem Sich-Bewegen im Raum.*

Das szenische Verstehen der Therapeutin ist dem der „ausreichend guten Mutter“ ähnlich, wenn sich dieses ‚Verstehen‘ und ‚Verstanden-Werden‘ in der Beziehung mitteilen kann. Auf diese Weise können Handlungsdialoge entstehen, die nicht mit Worten befrachtet sind. So geschieht auch die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit in der Therapie, wie oben beschrieben, durch die aufmerksame therapeutische Beziehung. Die KBT eröffnet diesen Spielraum mit ihren Möglichkeiten der Wahrnehmung von Körperbild, von Szenen, der Beachtung von Interaktionen und dem Umgang mit den Gegenständen. Die Erfahrungen finden zunächst averbal statt. In der Reflexionsphase, beim Transfer des Erfahrenen auf die verbale Ebene, gibt die Therapeutin Hilfestellung. In der Therapie erleben wir oft, dass Patienten durch die Arbeit mit einem Gegenstand etwas ent-decken, an das sie vorher nicht gedacht haben; spontan stellen sie eine Beziehung zu aktuellen Zusammenhängen her; diese müssen das Geschehen nicht immer gleich erhellen, aber sie können eine Veränderung zustande bringen.

Auch hier wieder ein Beispiel:

*Die Patientin leidet unter psychogenem Schwindel. Wenn sie sich auf den Pezzi-Ball setzt, ist ihr Schwindel vorbei. Sie wird unmittelbar nach der KBT-Stunde gebeten, mit in den Studentenunterricht zu gehen. Dazu muss sie ein ganzes Stück durch das Klinikgelände laufen. Sie klemmt sich den ziemlich großen Pezzi-Ball unter den Arm und geht damit in die Vorlesung. Der Patientin ist die Bedeutung ihres Verhaltens nicht bewusst, doch sie fühlt sich eben „sicherer“ mit dem Ball. Man könnte dies als die Nutzung eines Übergangsobjekts verstehen, mit dem die Patientin ihre Angst überbrückt. Zudem geht sie symbolisch von der mütterlichen Welt der KBT in eine väterliche Welt der Wissenschaft.*

In allen Beispielen wurde das Wechselspiel ersichtlich zwischen dem Aufscheinen von Phänomenen, die wir in bestimmter Weise wahrnehmen und auch in bestimmter Weise darauf reagieren - und zwar KBT-spezifisch.

### **Die Bewegung zwischen den Polen – die Sicht der KBT auf die Phänomene**

Anhand einer weiteren Fall-Vignette möchte ich in kleinen Sequenzen exemplarisch aufzeigen, wie ich Phänomene wahrgenommen, eingeordnet und darauf KBT-spezifisch reagiere. Dabei balanciere ich zwischen zwei Polen: auf der einen Seite sind die Phänomene der Patientin und auf der anderen Seite die Sicht der KBT darauf, die auch gleichzeitig therapeutische Reaktionen oder



Interventionen sein können. Dass ich dabei wieder Eulen nach Athen trage, kann ich nicht umgehen.

*Bei Frau T. fällt mir ihre seltsame Haltung auf: ein massiger, unförmiger Rumpf, der sich in einer leichten Rücklage befindet und in ein weites Hemd gehüllt ist, das an den Leisten endet. Sie balanciert auf dünnen, langen Beinen, die mit engen Leggings bekleidet sind. Nach einigen Stunden ergibt es sich, dass ich sie auf diese Haltung ansprechen kann. Zunächst ist sie überrascht „ich stehe immer so da“ erklärt sie. Wir probieren diese Haltung aus, auch ich versuche sie körperlich nachzuvollziehen. Wir beschreiben uns gegenseitig, was sich dabei ereignet und wie es sich anfühlt. Sie erzählt, dass*

*sie Jahrzehnte mit ihrem Vater im Schützenverein war, sie demonstriert die Haltung, wie sie beim Schießen eingenommen werden soll. Diese ähnelt sehr der Haltung, die ich bei ihr beobachtet habe. Die Patientin empfindet sie als ganz normal. Zuhause habe sie noch drei Gewehre im Schrank, die sie aber nicht mehr benutze. Hier finde ich eine latente Aggressivität angedeutet, die ich aus der Lebensgeschichte von Frau T. nachvollziehbar finde. „Da mir diese Deutung aber verfrüht erscheint, behalte ich sie für mich.“ Stattdessen bietet unsere Beziehung genug Anlass, um ihre latenten oder offen aggressiven Tendenzen zu bearbeiten.*

Phänomen	Die Sicht der KBT auf die Phänomene
Seltsame Haltung: ein massiger, unförmiger Rumpf, der sich in einer leichten Rücklage befindet, balanciert auf dünnen langen Beinen	Das Leibliche ist die Grundlage des Therapiegeschehens; es ist Ausgangspunkt und begleitet die weiteren Themen und Prozesse
Die Haltung körperlich nachvollziehen und beschreiben in Zusammenarbeit mit der Therapeutin (Haltungs- und Bewegungsanalyse)	Den Prozess der leiblichen Wahrnehmung und Erfahrung anregen, im Dialog für die Erfahrungen Worte finden
Patientin empfindet ihre Haltung als „ganz normal“	Das Körperbild der Patientin ist von inneren Repräsentanzen geprägt, die ihr nicht bewusst sind. Ihr Körper hält an dieser Körpererinnerung fest.
Patientin kann sich auf Wahrnehmungsangebote einlassen, sie wird erfahrbereit	Über die angeleitete vertiefte Wahrnehmung emotionale Wirkung erfahren Therapeutin hilft den Ursprung zu erhellen und Worte zu finden
Patientin erkennt die Haltung, als Ausgangsstellung beim Schießsport	Zusammenhang zwischen Körperhaltung, emotionaler Resonanz und Lebensgeschichte wird ersichtlich Hinweis auf aktuelle Befindlichkeit/ Konflikt/ Thema

**Die KBT - spezifische Sicht auf die Prozesse in der Fall-Vignette:**

- Das Leibliche ist die Grundlage des Therapiegeschehens und Beziehungsgeschehens
- Die therapeutische Orientierung richtet sich an den Phänomenen des Patienten aus

- Innere Repräsentanzen prägen das Körperbild, der Körper hält an Körpererinnerung fest
- Zusammenhang zwischen Körperhaltung, emotionaler Resonanz und Lebensgeschichte wird hergestellt
- Die Angeleitete Wahrnehmung, bewirkt emotionale Erfahrung
- Symbolisierung von Lebensthemen über den Körperausdruck
- Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung, insbesondere körperliche Gegenübertragung, werden verwertet
- Psychodynamische Sichtweise dient dem Verstehen der Phänomene
- Aktuelles Beziehungsgeschehen ist ebenso Thema der Therapie, wie Lebensgeschichtliches, Leibliches oder Beziehungsorientiertes

### Die therapeutische Haltung:

- Im aktuellen Beziehungsgeschehen zeichnet sich die unbewusste psychische Realität der Patientin ab:
- Konflikthafte Beziehungsgefüge werden wiederbelebt und erkannt
- Probehandeln ermöglicht neue Beziehungserfahrungen
- Therapeutin als Realperson und Übertragungsperson

### Fazit

Mein Vortragsthema hat sich mit dem Besonderen, mit den Spezialitäten der KBT, beschäftigt. Doch ich habe das Gefühl, von dem Selbstverständlichen der KBT gesprochen zu haben.

Das ist für mich die Allgegenwärtigkeit der Bewegungen des Gestaltkreises in Verbindung mit dem Symbolisierungsgeschehen, das seinerseits wieder Bewegung anregt. KBT ist verbunden mit dieser ständigen Dynamik zwischen verschiedenen Ebenen. Immer wieder müssen Transferleistungen stattfinden. Beim Patienten wie bei der Therapeutin. Innere Bewegung – äußere Bewegung, Wahrnehmen, Denken, Sprechen, Handeln. Realebene – symbolische Ebene. In diesem Spannungsfeld entfaltet sich Vitalität. Ich bin davon überzeugt, dass eine weitere Besonderheit der Methode darin besteht, Patienten mit frühen Störungen, oder anders ausgedrückt, mit niedrigem Strukturniveau, auf dieser Strukturebene abholen zu können. Bei Gesprächen mit Kolleginnen hat sich immer wieder bestätigt, dass die Behandlung dieser Klientel als

eine Domäne der KBT empfunden wird. Diese Arbeit ist, wie wir alle wissen, mühsam, geht unter die Haut, kostet Kraft. Darum genießen wir es auch, mit Menschen zu arbeiten, die auf einer höheren Strukturebene und Symbolisierungsfähigkeit angesiedelt sind. Bei denen wir lediglich einen kleinen Anstoß geben, der genügt, damit die KBT-Stunde zur wahren Freude wird. In der Menschen Lust haben, sich auszuprobieren, sich einzulassen, sich abzugrenzen, sich Beziehungen gestalten und neue Dimensionen, gespickt mit Phantasie und Mut, im KBT-Raum entstehen. Die Spezialität unseres Hauses besteht darin, dass wir unsere Gäste genau anschauen, um herauszufinden, welche Kost für sie annehmbar und verdaulich ist. Wir stellen uns auf die Befindlichkeit der Esser ein; wir kochen auch mal auf kleiner Flamme und passen auf, wann der Zeitpunkt günstig ist, neue Gerichte oder Produkte auszuprobieren. Im besten Falle lernen unsere Gäste mit der Zeit selbst kochen, damit sie uns nicht mehr brauchen. Ich denke, das ist die Stärke der KBT, das ist das Besondere an ihr! Aber, ob wir das einzige Haus sind, das diese Besonderheit auf der Speisekarte führt, ist fraglich.

### Literatur:

- Cserny, S.: Paluselli Chr. (2006): Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens; Königshausen und Neumann
- Carl, A. (2000): Körperpsychotherapie und KBT: Unterscheidet sich die KBT in ihren Therapiezielen von anderen körperpsychotherapeutischen Verfahren? Zeitschrift Konzentrative Bewegungstherapie, Heft 31, S. 25-32
- Geuter, U. (2005): Zeitschrift Integrative Bewegungstherapie, Nr. 1, S.4-27.
- Gräff Chr., L. Maria (2005): Aus dem Tunnel der Depression, Edition psychosozial
- Gräff, Chr. (2006): Greifen und Begreifen: Wesen und Wandel. Entwicklungen in der Konzentrativen Bewegungstherapie, Vortrag Lindau
- Hölter, G. (2008): Zeitschrift Konzentrative Bewegungstherapie S.44 – 49
- Röhrich, F. (2000): Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen, Hogrefe
- Schreiber-Willnow, K. (2000): Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Konzentrativen Bewegungstherapie; Psychosozial Verlag
- Stolze H. (1989): Die Konzentrative Bewegungstherapie; Grundlagen und Erfahrungen; Springer Verlag

