

KONZENTRATIVE BEWEGUNGSTHERAPIE BEI ICH-STRUKTURELLEN FRÜHEN SCHÄDIGUNGEN

CONCENTRATIVE MOVEMENT THERAPY (KINESIOTHERAPY) FOR EARLY EGO-STRUCTURAL DAMAGES

Renate Schwarze

Zusammenfassung

Die Konzentrierte Bewegungstherapie ist eine leiborientierte psychotherapeutische Methode auf der Basis entwicklungspsychologischer und tiefenpsychologischer Denkmodelle. Durch die konzentrierte Beschäftigung mit frühen Erfahrungsebenen (einführend und handelnd) werden Erinnerungen belebt. Sie erscheinen im körperlichen Ausdruck als Haltung, Bewegung und Verhalten und können bis in die vorverbale Zeit zurückreichen. In den Angeboten zur Wahrnehmung und Bewegung wird ein Erfahrungsraum im Hier und Jetzt geschaffen. Durch Sprechen wird das Erlebte bewusst verfügbar. Menschen mit frühen Schädigungen sind durch Sprache schwer zu erreichen. Die KBT bietet mit ihrer Möglichkeit des „Körperdialoges“ und der Arbeit mit Gegenständen als Realobjekte oder Symbole zum szenischen Gestalten Erfahrungsmöglichkeiten an. Speziell bei frühen Störungen leistet die Therapeutin Übersetzungsarbeit der entstandenen Bilder. Die Beziehung Therapeutin – Patientin im bewussten und unbewussten Gestalten der therapeutischen Situation ist ein wesentlicher Wirkfaktor. Speziell bei der frühen Störung leistet der Therapeut Übersetzungsarbeit der entstandenen Bilder. Korrigierende Erfahrung im Bereich der Basisdefizite ist ein Schwerpunkt.

Schlüsselwörter Begreifen: sensomotorisch und verbal - Nachreifung – Selbstempfinden – Wahrnehmungsfunktionen – Körperdialog – szenisches Gestalten und entschlüsseln

Summary

Concentrative movement therapy (kinesiotherapy) is a body-oriented psychotherapeutic method based on developmental psychologic and depth psychologic theoretical models. Through the concentrative engagement with early levels of experience (empathic and in behaviour), memories will be animated empathic and in behaviour. In physical expression they appear as posture, movement and behaviour and can go back into the preverbal period. In offering perception and movement, a space of experience in the here and now is being created. Through speech, the experienced becomes consciously available. People with early damages are hard to reach by speech. With its possibility of „body dialogue“ and the work with objects as reality objects or symbols for scenic creation, the KBT (concentrative movement therapy) offers experiential possibilities. Especially with early disorders, the therapist performs translation work of emerged images. The relationship therapist – patient in the conscious and unconscious creation of the therapeutic situation is a major effective factor. Corrective experience in the area of basis deficiency is a main focus.

Keywords borderline personality – etiology - constitutional factors – microtrauma - macrotrauma

Zusammenfassung und Eingrenzung des Themas

Einführend wird die Methode und Geschichte der Konzentrierten Bewegungstherapie beschrieben und die Theorie des Gestaltkreises erläutert. Es wird eine Verbindung hergestellt zwischen einem missglückten „frühen Dialog“ (R. Spitz) und Basisdefiziten der Patienten. Anhand von Beispielen aus der Praxis wird die Behandlung von Patienten mit geringem und mäßigem Strukturniveau vorgestellt. Es folgt eine Darstellung der methodischen Aspekte der KBT und der Therapieziele. Auch bei Psychosen wird diese Methode angewendet, darauf gehe ich hier nicht ein. Abschließend wird über Forschungsergebnisse berichtet.

Die Methode

Konzentrierte Bewegungstherapie ist eine leiborientierte psychotherapeutische Methode, bei der Wahrnehmung

und Bewegung als Grundlage von Erfahrung und Handeln genutzt werden. Auf der Basis entwicklungs- und tiefenpsychologischer sowie lerntheoretischer Denkmodelle werden unmittelbare Sinneserfahrungen verbunden mit psychoanalytisch orientierter Bearbeitung.

Heute ist die Konzentrierte Bewegungstherapie in rund 100, meist psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken – verteilt über das ganze Bundesgebiet – als körperorientiertes therapeutisches Verfahren fest etabliert.

Neben den klinischen Feldern findet die Konzentrierte Bewegungstherapie Anwendung in therapeutischen Praxen, in Beratungsstellen, in der Erwachsenenbildung und in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (aus Jahresprogramm des DAKBT 2004).

Historische Wurzeln der KBT

In den 20er Jahren befassten sich Ärzte und Psychotherapeuten (z.B. Ferenczi) mit den leib-seelischen Zusammenhängen, d.h. der heilenden Wirkung von Handlungs- und Bewegungsangeboten. C.G. Heyer schrieb das Buch „Der Organismus der Seele“, Groddeck berührte und massierte seine Patienten. Freud hatte 1923 in seiner Schrift „Das Ich und das Es“ postuliert: „Das Ich ist vor allem ein körperliches.“ In dieser Zeit erforschte Elsa Gindler Lebensprozesse, organische Veränderungen und leib-seelische Zusammenhänge. Sie arbeitete heraus, dass körperliche Bewegung auch mit innerem Bewegtsein in Verbindung steht. Sie experimentierte mit einer Gruppe von Schülerinnen und am eigenen Leib. Ihr Ziel war dabei, die „Erfahrbereitschaft“ des Menschen zu wecken, um so in angemessener Weise auf Anforderungen von außen reagieren zu können. Statt „Gymnastik“ sagte sie zu ihrer Form der Bewegungsarbeit 1931 in einem Vortrag: „Die Auseinandersetzung mit dem Körper, im Hinblick auf die akuten Probleme des Lebens, wurde immer mehr zum Ziel meiner Arbeit.“ Gertrud Heller, eine ihrer Schülerinnen, arbeitete in Schottland am Crichton Royal Hospital mit Männern und Frauen, die unter Psychosen, Neurosen, Asthma und Traumata litten. Helmuth Stolze wurde durch J.E. Meyer auf Gertrud Heller aufmerksam, er lud sie zu Kursen nach München ein. Die Anregungen, die er durch Gertrud Heller bekommen hatte, wandte er in seiner psychotherapeutischen Praxis an. Der Erfolg ermutigte ihn, sich mit dieser Arbeit auseinander zu setzen. 1958 führte Stolze die Konzentrierte Bewegungstherapie

unter dieser Bezeichnung in Lindau bei den Psychotherapietagen ein. Dabei ist im Wortsinn von Konzentration gemeint: Mitten in das Zentrum einer Situation zu kommen. „Der Übende ist vom Geschehen so ‚ergriffen‘, dass er konzentriert wird und in eine erhöht wache ‚erfahrbereite Bewusstseinslage‘ gerät“ (Stolze, 1989, S. 222).

Seit dem Vortrag von H. Stolze 1958 und der Gründung des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrierte Bewegungstherapie von Ursula Kost 1973 haben unterschiedliche theoretische Sichtweisen der Methode wichtige Orientierung gegeben. Zu den Entwicklungstheorien und tiefenpsychologischen Denkmodellen (insbesondere die Objektbeziehungstheorien) kam in den letzten Jahren die Säuglingsforschung (Stern, Lichtenberg, Sanders) und in neuester Zeit die Forschung auf dem Gebiet der Neurobiologie (Bauer, Damasio, Hüther, Roth.)

Helmuth Stolze führte als erstes Theoriemodell den Gestaltkreis nach Viktor von Weizsäcker in die KBT ein. Markus Hochgerner zeigte in seiner Abschlussarbeit zur Lehrbeauftragung ausführlich die Anwendung des Gestaltkreises auf die Therapie früher Störungen.

Der Gestaltkreis

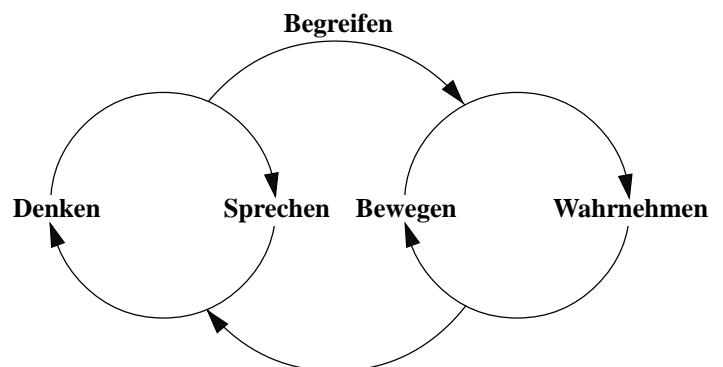
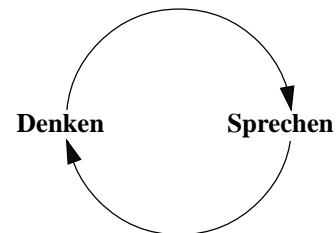
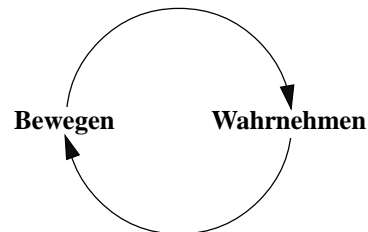
Er besteht aus drei Regelkreisen, die gemeinsam eine Gestalt bilden. „Bewegung und Wahrnehmung existieren niemals als gesonderte Vorgänge.“ Viktor von Weizsäcker zeigte dies schon 1939 in seiner Lehre vom Gestaltkreis.

Der kinaesthetische Gestalt- (oder Regel-) Kreis (V. Weizsäcker)

und

der verbale Gestalt- (Regel-) Kreis (Piaget)

Beide sind in der KBT verbunden im umfassenden Gestalt- (Regel-) Kreis des Begreifens. (Stolze 1972)



Die Lehre schließt den verbalen und nonverbalen Fluss des Erlebens im umfassenden Gestaltkreis zusammen. Die Entwicklung eines erlebensfähigen, lernfähigen, denkenden und handlungsfähigen Menschen ist abhängig vom Begreifen im sensomotorischen und verbalen Wortsinn. Dieses "Begreifen" fördert die Entwicklung der Struktur des Ich.

Im **Regelkreis Bewegen und Wahrnehmen** zeigt v. Weizsäcker die Wechselwirkung zwischen Bewegen und Wahrnehmen. Der Mensch wird geboren mit den Fähigkeiten zu atmen, zu schlucken, zu saugen und sich zu bewegen. Um wahrzunehmen, ist der aktive Einsatz der Sinne (Riechen, Schmecken, Hören, Tasten) und der Motorik, beim Säugling (Strecken, Strampeln, Drehen), nötig. Diese Bewegungen entwickeln sich und werden von uns Erwachsenen im Alltagsleben von morgens bis abends ausgeführt, im Liegen, Sitzen, Stehen, Gehen. In der gesunden Entwicklung kann ein Kind durch diese Fähigkeiten innere Impulse und Einflüsse von außen angemessen steuern.

„Subjektives drückt sich im Körpergeschehen und Körperliches im Seelischen aus. Es herrscht hier kein eindimensionales Kausalschema, auch kein psychophysischer Parallelismus, sondern ein fortlaufendes und gegenseitig sich erhellendes, in sich geschlossenes, körperlich-seelisches Hin und Her in kreisartiger Verbundenheit.“ Dafür hat Victor von Weizsäcker den Ausdruck „Gestaltkreis“ geprägt (Christian, 1987, S. 73).

In der Verbindung zum **Regelkreis Denken und Sprechen** zeigt sich das Entwicklungsmodell von Piaget, der als Erster die motorischen Fähigkeiten in der frühen Kindheitsentwicklung gleichsetzte mit der Entwicklung der seelisch-emotionalen und kognitiven Fähigkeit des heranwachsenden Kindes.

Je nach Strukturniveau und Fähigkeiten der Patienten kann mehr im Regelkreis Bewegen -Wahrnehmen oder im Regelkreis Denken – Sprechen angesetzt werden. In jedem Fall wird im therapeutischen Prozess ein ganzheitliches "Begreifen" angestrebt. Die Beziehungsdynamik zwischen Patient/-in und Therapeut/-in ist dabei das tragende und verbindende Element

Der frühe Dialog und Spiel-Raum

Um diese sensomotorische Intelligenz (Piaget) zu fördern, braucht das Kind ein Umfeld, das mit ihm in einen Dialog tritt. In diesem Dialog antwortet das Kind mit Bewegung, Mimik, Lauten. Die Bezugspersonen verwenden zu dieser „nonverbalen Gesprächsform“ auch Worte, die dem Kind gemäß sind. Hier findet in der gelungenen Entwicklung die Verbindung zwischen der sensomotorischen Intelligenz und der Sprachentwicklung statt. Die Mutter „begreift“ und fördert das Kind im „tonischen Dialog“ und ist selbst in der körperlichen Berührung mit dem Kind in einem verbindenden „Gespräch“. Dadurch wird das Selbstempfinden und das Empfinden für die nahe Bezugsperson, das Fremdempfinden, gebildet, gefestigt und erweitert. Das geschieht auf präverbaler Ebene. Hier entsteht ein erstes Körper-Ich als Basis des späteren Körperselbst. Die Körperbesetzung des Kindes entsteht durch Variationen von unterschiedlichen Körperkontakten, die

auf die Tiefensensibilität wirken. Rene Spitz (1988) untersuchte diese besondere Form von Gegenseitigkeit zwischen Mutter und Kind. Er prägte die Bezeichnung „Dialog“ als Grundlage der Objektbeziehungen und des Verhaltens im späteren Leben.

Aus der Säuglingsforschung kennen wir den Begriff des „affekt attunement“ (Stern) Gemeint ist damit die Begleitung der Bewegungen des Säuglings etwa durch Töne oder Laute, um sich dadurch auf die Affekte einzustellen, sie zu beantworten. Die Mutter ist Hilfs-Ich, sie stellt dem Kind ihr begreifendes, empfindendes, fühlendes Ich zur Verfügung. Sie regt das Kind dadurch an und wird von dem kleinen Gegenüber angeregt, dies ist die Grundlage für später gelingende Beziehungen. Zunehmend nimmt der Austausch auch über Worte Raum ein. Das Kind lernt dann durch die Bezugspersonen über Sprech-Denk-Prozesse, sich und die Umwelt zu begreifen. Dies ist ein ganzheitlicher Prozess. Ebenso wichtig ist der Begriff des „shared awareness“ (Sander). In dem „geteilten Gewahrsein“ teilt das Kind seine inneren Gefühle mit. Diese bekommen erst Realität, wenn sie von der Mutter oder einer nahen Bezugsperson bestätigt und „für wahrgenommen“ (Köhler) werden .

K.D. Grothe (Zeitschrift des DAKBT, Nr.20/ 91) schreibt: „Durch die von der Mutter geteilte Wahrnehmung der inneren Gefühle wird erstmals eine Selbstwahrnehmung und die Wahrnehmung eines selbstorganisierten Kernes im eigenen Inneren möglich. Damit wird die Grundlage für ein Gefühl von Kontinuität gelegt, d. h., das Kind kann sich mit diesem geteilten, Ur-Wissen' wieder der weiteren Umwelt zuwenden.“

„Dann gibt es Zeiten in denen das Bedürfnis des Kindes und der Mutter nach Kontakt gestillt ist. Das Kind ist wach, die Mutter ist in der Nähe und wendet sich anderen Dingen zu. In dieser Zeit sieht Sander die Grundlage der Entwicklung des eigenen Selbst: die Möglichkeit eigenen Interessen nachzugehen z.B. mit der Rassel zu spielen oder mit den eigenen Händen. Sander zitiert in diesem Zusammenhang Winnicott: „Nur wenn er allein ist, d.h. in Gegenwart eines anderen Menschen, kann der Säugling sein eigenes personales Leben entdecken.“ Die Grundlage der Fähigkeit allein zu sein, ist ein Paradoxon. Es ist die Erfahrung, allein zu sein, während jemand da ist“ (Hochgerner, 1991/2004).

Frühe Defizite und struktureller Mangel

Struktur betrifft das Selbst in der Beziehung zu den anderen (Rudolf, 1996; Rudolf et al., 2002a).

Helmuth Stolze nannte Schädigungen, die in dieser frühen Zeit des Lebens erfolgen nach Balint „Grundstörungen“. Es fehlt den Patienten die Basis für Eigenwahrnehmung durch Selbstempfinden und damit spätere Abgrenzungsmöglichkeit und Impulskontrolle. Auch wenn sich durch veränderte Lebens- und Umweltbedingungen die Störungsbilder verändern, ist jedoch gesichert, dass der Anfang eines Lebens alles beeinflusst, was folgt. Die Struktur des Menschen bildet sich im Laufe des Entwicklungsprozesses, die Grundlage jedoch wird in den ersten zwei bis drei Lebensjahren gelegt. Allan Shore und andere Hirn- und Bindungsforscher betonen, dass

Erfahrungen aus den Bindungsbeziehungen sich im Rechts- und im Linkshirn bilden, das sich früher als das Linkshirn entwickelt. Die Kommunikation zwischen Pflegeperson und Kind findet im Säuglingsstadium zwischen deren rechten Hirnhälften statt (Shore, 2002).

Störungen der Struktur in der Bildung der Persönlichkeit setzen also in frühem Entwicklungsalter an und erfordern Nachreifungsmöglichkeiten im zwischenpersönlichen therapeutischen Prozess.

Hier setzt die Methode KBT an. Sie nimmt direkten Bezug auf entwicklungspsychologische Phasen und bezieht diese Entwicklungsphasen direkt in den therapeutischen Prozess ein.

Beispiel:

Eine junge magersüchtige Patientin war einer verbalen Therapie nicht zugänglich, sie wurde zur KBT empfohlen. Ich lud sie dazu ein, sich in meinem Raum einen Platz zu nehmen, zeigte ihr die Decken, die in unterschiedlichen Farben auf einem Stapel liegen. Sie wählte einen Platz, nahm sich in unterschiedlichen Stunden manchmal eine dunkle oder eine gelbe Decke, sie kauerte sitzend auf der Decke und sah mich unverwandt an. Ich sprach die Farben der Decken an und über die Bezeichnung „hell und dunkel“, wurde deutlich, dass sie Dunkles mit ihrer Traurigkeit verband und Helles mit heiteren Stimmungslagen. Ich regte sie auch dazu an, ihre Körperhaltung wahrzunehmen. So war zu Beginn einer Stunde ihre emotionale Verfassung durch die Wahl der Decke, die sie nahm, und durch ihre Sitzhaltung deutlich. Nach der ersten Begegnung hatte sie ein Auge gemalt, das sie mir kommentarlos zeigte, nach Haus nahm und über ihr Bett heftete. Nach 30 Stunden sagte sie, der Blick bei unserer ersten Begegnung sei für sie ausschlaggebend gewesen; sie habe sich gesehen gefühlt und dieses „Auge“ mit nach Hause genommen.

Diese junge Frau war in einer emotionsarmen Umgebung aufgewachsen, Gefühle wurden nicht gezeigt und schon gar nicht in Worte gefasst. In einem therapeutischen Dialog, in dem sie noch schweigen durfte, konnte sie, wie wir es in der KBT ausdrücken, „nachreifen“, ihre Gefühle differenzieren und schließlich benennen. Dabei war es wesentlich, dass ich neben dem Handeln und Gestalten eine Sprachbrücke baute. Nach der Theorie des Gestaltkreises ist der Ansatz hier beim Regelkreis „Bewegen und Wahrnehmen“ durch die Übersetzung der Therapeutin in die Verbindung zum Regelkreis „Denken und Sprechen“ gekommen.

Strukturelle Störungen, insbesondere Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörungen

„Ich-strukturell früh geschädigte Patienten leiden vor allem an ihren Mangel- oder Nichterfahrungen im zwischenmenschlichen Zusammensein. Solche Kranke leiden entweder an mangelnder Daseinsgewissheit oder an mangelnder Selbstgewissheit. Mangel an Daseinsgewissheit bedeutet existenzielle Verneinung seiner Selbst, das subjektive Erleben ist abgespalten; es ist, als hätten diese Patienten keinen Platz auf dieser Welt. Ihr Defizit liegt in einer frühen Phase des Gehalten-Werdens bzw. in der Entwicklung des Kernselbstempfindens (Stern, 1994)“ (Schwarzmann und Hochgerner, 2000).

Im therapeutischen Prozess müssen die Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit die Therapeutin als Selbstobjekt verwenden. Durch die wertschätzende Gestaltung der Beziehung kann die karge innere Landschaft neu belebt, erlebt und entwickelt werden.

Beispiel:

Frau B. wurde von einer Kollegin zu mir empfohlen. Sie ist 32 Jahre und in einem sozialen Beruf tätig. Unruhig geht sie in meinem Raum hin und her, setzen will sie sich zu Beginn nicht. Mit ihrem Körper kommt sie „nicht klar“ und wählte deshalb eine körperorientierte Therapie, obwohl sie diese selber bezahlen muss. Ich fühle mich beklommen im Brustkorb. Die Patientin geht mit hochgezogenen Schultern und verschränkt schließlich die Arme fest ineinander. Ich gehe im Abstand ebenfalls durch den Raum und nehme ihre Körperhaltung an, dadurch spüre ich, wie stark mein Atem beeinträchtigt wird. Aus dieser Haltung löse ich mich und schlage der Patientin vor, den Boden unter ihren Füßen wahrzunehmen. Sie entdeckt einen Teppich, der weich ist, dort nimmt sie ihren Platz ein. Misstrauisch schaut sie mich an. In einem Abstand von ca. 1,5 m sitze ich auf einem Sitzkissen und frage sie, ob dieser Zwischenraum für sie stimmt, ihr ist es „egal“, jedoch findet sie schließlich heraus, dass es ihr lieber ist, wenn ich ca. 2 m entfernt sitze. Dadurch, dass ich meine Abstände zu ihr verändere, gebe ich ihr die Gelegenheit, selbst zu empfinden und dadurch wahrzunehmen, was sie wirklich erlebt. Sie klagt über vielerlei körperliche Beschwerden, sei jedoch „gesund“. Es entwickelt sich ein Gespräch darüber, dass ihr „alles und alle auf den Pelz rücken, und dann werde ich sauer“. Ihre Wut Arbeitskollegen gegenüber, die Unfähigkeit, fest ihre Meinung zu vertreten, brachte sie in einen Leidensdruck. Freundschaften brechen nach kurzer Zeit auseinander. „Ich habe niemanden“, sagte sie. Aus meinem Praxisinventar nahm sie als Gegenstand, der ihr gefiel, im Laufe der ersten 5 Std. eine Baby-Puppe. Danach fiel ihr ein haariger großer Affe auf, den sie weit entfernt von der Puppe platzierte. In diesem Bild zeigte sie mir gegenständlich ihre Angst und die Bedrohung. Der Affe wurde von ihr lange in die hinterste Ecke verfrachtet. Die Puppe bekam einen „gemütlichen Platz“. In der Szene wurde mir deutlich, dass die Puppe die Bedürftigkeit der Patientin verkörperte. Wir fanden gemeinsam heraus, was die Puppe braucht. Dies half ihr, sich zu einer langfristigen Therapie zu entscheiden.

In der ersten Phase der Therapie stand das Thema des eigenen Platzes und die Wahrnehmung ihres Körpers im Vordergrund. Neben anderen „Angeboten“, die ich ihr vorschlug, rollte sie selber ihre Körperkontur mit einer Kugel und Bällen in verschiedenen Qualitäten ab. Ich saß ihr in einem Abstand, den sie wählte, gegenüber und war ebenfalls befasst mit dem Abrollen meines Körpers, Frau B. schaute mich aufmerksam an. Es dauerte Monate, bis sie erlaubte, dass ich ihr ihren Rücken durch Berührung mit einem Gegenstand und später auch unmittelbar mit den Händen bewusst machen durfte. Sie betonte immer wieder, dass sie nicht wisse, „was das bringt“. Anfangs erklärte ich ihr, dass dies eine der Möglichkeiten sei, sich selber zu spüren. Dabei ließ sie mich immer wieder wissen, dass ich mich nicht genügend um sie kümme-

re, manchmal beschimpfte sie mich gründlich, um mir dann auf dem Anrufbeantworter mitzuteilen, wie sehr sie unsere Stunden herbeisehnte.

Als fassbares KBT-Beziehungsangebot nahm ich ein Seil, das sie am einen und ich am anderen Ende in die Hand nahm. Sie zog und zerrte daran, und es war ihr wichtig, dass das Seil stark genug war und hielt. Wir probierten aus, wie viel Zug wir beide „aushalten“ konnten. Ich empfand häufig ein Gefühl der Leere in ihrer Gegenwart. Nach einer Stunde, in der ich ihr mitteilte, dass ich in 3 Wochen in Urlaub gehen würde, fand ich einen Holzast vor meiner Praxistüre. Sie rief mich am selben Tag in meiner Sprechzeit an und fragte, ob es mir gut ginge, sie habe mir eine Giftschlange vor die Türe gelegt. Ich antwortete, ich hätte einen Ast gefunden. In der Stunde darauf befassten wir uns mit diesem Ast aus Holz, und sie ließ verbal ihr „Gift“ ab. Sie war wütend und verzweifelt darüber, dass ich so lange nicht erreichbar für sie sei. Während des Urlaubs spielte sie meinen Anrufbeantworter mit Musik voll. Daraufhin zeigte ich ihr meinen Ärger, erklärte ihn und machte deutlich, dass sie hier Grenzen übertreten hatte. In der Intervention und Supervision holte ich mir Unterstützung und Klarheit. Am Ende der Therapie, nach 120 Stunden war die Patientin dazu in der Lage, Freundschaften besser zu halten, und fand hinreichende Befriedigung an ihrer Arbeit und einigen Hobbys. Sie konnte liebevoller mit ihrem Körper umgehen. Ihr Wunsch nach einer partnerschaftlichen Beziehung ging bis dahin nicht in Erfüllung.

Diese Frau hatte nur mangelhafte Resonanzenerfahrung in der Kindheit gemacht. Der Vater war während der Schwangerschaft ihrer Mutter verschollen, sie konnte ihn auch später real nicht finden. Schwerwiegende Missbrauchserfahrungen hatten sie verstört, eine tiefe Scham erfüllte sie darüber, wie unwürdig ihre Kindheit verlaufen war. Sie konnte keine ausreichend positiven Objekt- und Selbstrepräsentanzen und keine genügend guten Beziehungsrepräsentanzen entwickeln.

„Die psychodiagnostische Unterscheidung – mangelnde Daseinsgewissheit und mangelnde Selbstgewissheit bei ich-strukturellen frühen Schädigungen-, erweist sich in der psychotherapeutischen Praxis als hilfreich, weil vor allem Patienten mit mangelnder Daseinsgewissheit eine mehr stützende, weniger aufdeckende Arbeit verlangen, als Patienten mit mangelnder Selbstgewissheit (Schwarzmann und Hochgerne, 2000).

KBT bei Patienten mit Borderline Persönlichkeits- Organisation (geringes Strukturniveau OPD)

In dem vorgestellten Beispiel nimmt die Patientin einen selbst gewählten Platz ein. Die Qualität „weich“ konnte die Patientin von „hart“ unterscheiden, „angenehm“ und „unangenehm“ konnte sie differenzieren. Statt Fragen zu stellen, beschreibt die Therapeutin etwa: „Es gibt hier unterschiedliche Bodenqualitäten, probieren Sie beide aus“. Die Wahl der Gegenstände entstand durch einen gemeinsamen „Rundgang“ im Praxisraum, dort fielen ihr die Gegenstände „Babypuppe“ und „Affe“ auf. Sie gab den Gegenständen ebenfalls einen Platz.

Die Handlungen entstanden im Gespräch.

„Sein am eigenen Platz“ und das „Dasein“ einer verlässlichen Bezugsperson sind die Voraussetzungen dafür, dass die Patienten neue Erfahrungen machen, die ihnen „Daseins-erlaubnis“ geben. In der Wahl der Gegenstände zeigte mir die Patientin durch diese Szene, in welcher Gefahr sie war und sich innerlich noch befindet. Der Affe wurde immer wieder in eine Ecke des Raumes verfrachtet und manchmal auch verdeckt. Er war da, jedoch befassten wir uns erst nach langer Zeit mit ihm und damit auch mit den gefährlichen Ereignissen und Erlebnissen ihrer Geschichte.

Es ging vornehmlich um sie selbst. So gab ich ihr eine Kugel und andere Gegenstände, mit denen sie ihre Körperkontur berührte. Durch diese Handlungsangebote, die von der Therapeutin begleitet werden, kann die Entwicklung des Körperbildes und Körperschemas gefördert werden, ebenso ist es möglich, den Bezug zum Sprechen herzustellen. Meistens fehlt ich-strukturell früh geschädigten Patienten die Fähigkeit, ihre Not zu formulieren. Sie zeigt sich etwa in körperlichen Symptomen, Selbstschädigungen und Suchtproblemen.

Diese Patienten brauchen auch eine spezielle Vorgehensweise im Gespräch. Es ist sinnvoll, auf Fragen eine direkte Antwort zu geben. Konkrete Wahrnehmungen sind hilfreich. Mit dem Ast befasste sich Frau B. auf meine Anregung hin, sie empfand ihn hart und rau. Danach konnte sie unterscheiden, dass das Bild der Giftschlange eine Phantasie war, die ihrer Wut entsprach. Auch stellte sie Fragen über die Herkunft und Bezeichnungen der Steine und Pflanzen in meinem Raum, und ich antwortete direkt.

Das Verhalten der Therapeutin ist stützend, sie stellt sich als Hilfs-Ich zur Verfügung (Milch, 2001). Die Patienten sind darauf angewiesen, dass das fehlende Grundvertrauen entwickelt wird. Zu Beginn der Therapie begleitet die Therapeutin die Patientin bestätigend, setzt jedoch auch Grenzen, wenn es nötig ist. Frau B. blockierte meinen Anrufbeantworter und ich wies sie darauf hin, dass dieser Ausdruck ihrer Wut zwar einfallreich, jedoch unangemessen ist.

„Was diese Patienten vor allem brauchen, sind gute heilsame leibliche Erfahrungen, die ihnen zeigen, dass die Intimität mit sich selber und das Zusammensein mit anderen angenehm sein kann.“ Die Patienten brauchen „Daseinserlaubnis, Mut sich auszudrücken und Möglichkeiten zu intersubjektivem Austausch, die ihnen die Versagens- und Katastrophenangst überwinden hilft“ (Schwarzmann und Hochgerner, 2000).

Dabei ist zwar ein aufnehmendes Umfeld, eine wärmender Umgang wichtig, allerdings kann zu viel Empathie für die Patienten bedrohlich werden. Klare Sachlichkeit im Miteinander ist die Voraussetzung für die Vertrauensbasis.

KBT bei Patienten mit narzisstischer Persönlichkeits-Organisation (mäßiges Strukturniveau OPD)

Für die Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen ist die Resonanz durch die Therapeutin als Gegenüber und

ihre Empathie wesentlich. Kohut prägte den Begriff der „Spiegelübertragung“. Die Bewunderung der Therapeutin wird von den Patienten herausgefordert und gewünscht, um alte Defizite aufzufüllen. Die Idealisierung der Therapeutin verhilft anfangs dazu, das eigene Ich zu stärken, jedoch können im therapeutischen Prozess kritische Phasen eintreten, wenn die Idealisierung umkippt in die Entwertung und dadurch ein Abbruch droht.

Wir Therapeuten sind herausgefordert, die Beziehung neu auszubalancieren. Den Patienten gelingt es, mich auch außerhalb der Therapiestunden zu beschäftigen.

Die frühen Defizite sind durch hohe Anforderungen an die Umwelt und auch sich selbst gegenüber kompensiert.

Beispiel:

Herr G. setzte sich in der ersten Stunde auf einen Stuhl mir gegenüber und sagte, er fühle sich einsam, Frauen enttäuschten ihn, er ziehe sich immer mehr zurück, fühle sich wertlos, obwohl er im Beruf sehr gute Leistungen brächte und Aufstiegsmöglichkeiten habe. Seine Eltern besaßen ein Hotel, dort wuchs er als „Vorführkind“ auf, seine Eltern hatten kaum Zeit für ihn. Nach der ersten Begegnung im Sitzen, stand er zu Beginn der Stunden am selben Platz im Raum und sah mich erwartungsvoll an. Es war ihm lieb, wenn ich weit entfernt war. Er hätte gehört, in dieser Therapieform „könne man auch etwas tun“, „reden könne er gut“. Ich fühlte mich immer wieder unter Leistungsdruck und verstand dadurch, wie es ihm wohl als „Vorführkind“ gegangen war. Ich holte zwei Holzrollen für ihn und zwei für mich und schlug ihm vor, sich auf diese Rollen zu stellen. Das hört sich schwierig an, ist jedoch nach meiner Erfahrung für die meisten Patienten einfach. Dadurch, dass ich mich ebenfalls auf diese Hölzer stellte, standen wir uns erhöht gegenüber. Er war verblüfft darüber, dass es „so einfach war“ und er seine Fußsohlen deutlich spüren konnte. Anschließend nahm er den Boden fest wahr und begann im Raum zu gehen. Herr G. wirkte erstaunt, ich teilte ihm meine Wahrnehmung mit. Er sagte daraufhin, das Gute sei der Garten gewesen am Hotel, und er sei alleine barfuß über die Wiese gegangen. Wir belegten den Boden mit allerhand Materialien, und er ertastete die Gegenstände mit Füßen und Händen.

Es war ihm wichtig, von mir zu erfahren, ob das, was er wahrnahm, „richtig sei“. Ich bestätigte seine Empfindungen. Wir probierten aus, wie er selber Abstand und Nähe im Stehen und Gehen mit mir regulieren konnte. In einer weiteren Stunde beklagte er sich über seine neue Freundin. Mit ihr stritt er häufig. Ich holte einen ca. 2 m langen Stab, gab ihm ein Ende und nahm das gegenüberliegende selber in die Hand. Zuerst setzte er Kraft ein, so dass es fast zu einem Machtkampf kam, ich hatte jedoch den Impuls, mich nicht gegen diese Kraft zu stemmen, sondern einfach festzuhalten, daraufhin wanderte er mit seinen Händen am Stab entlang zu mir. Wir standen schließlich nah nebeneinander. Ihm wurde bewusst, dass er die Nähe sucht, sie allerdings vermeidet durch destruktiven Kräfteinsatz, indem er eher den Abstand hervorruft. Übersetzt auf die Beziehung zu seiner Freundin hieß das, er kritisiere ständig an ihr herum, während er ihr eigentlich nah sein wolle. Nach dieser Stunde war es ihm im weiteren Prozess möglich, seine Bedürftigkeit mehr zuzulassen und eigene Wün-

sche klarer zu artikulieren.

Nach ca. 50 Stunden enttäuschte ich ihn, als ich verspätet zu seiner Therapiestunde kam. Er wollte darüber hinweggehen. Ich forderte ihn dazu heraus, mir mitzuteilen, wie es ihm vor der verschlossenen Tür gegangen war. „Frauen sind nicht verlässlich“ war seine Antwort; er schwieg. Ich nahm einen Ball und warf ihm den Ball zu, es entstand ein „Ballgespräch“, in dem er mir durch immer heftigeres Werfen seinen Zorn übermittelte. Einige Bälle konnte ich nicht fangen, und zum Schluss bat ich ihn, die Bälle so zu werfen, dass ich sie gerade noch fangen könne. Es erfolgte ein kraftvoller direkter Ballaustausch, indem wir uns gegenseitig zumuteten, was für uns beide möglich war. Bisher hatte er mich idealisiert, jetzt war ich fehlerhaft für ihn geworden. Am Schluss der Therapie sagte er, das sei eine wichtige Stunde gewesen, die ihm dazu verholpen habe, direkter in eine Konfrontation zu gehen.

Ähnlich wie bei den Patienten mit geringem Strukturniveau ist es auch bei mäßigem Strukturniveau, wie bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, nötig, in der aktuellen therapeutischen Situation Nähe und Distanz einzuüben und das Selbstempfinden durch die Wahrnehmung des Körpers zu wecken. Dies habe ich bei Herrn G. dargestellt durch die Arbeit mit den Füßen, dem Boden und den Gegenständen. In ähnlicher Weise „sorgten“ wir gemeinsam für seinen Körper; zu Beginn mehr aus dem Abstand mit Bewegungsangeboten und später auch mit Berührungen. Er idealisierte mich. „Sie sind anders als die anderen Frauen.“ Die Idealisierung fand jedoch ein jähes Ende, als ich ihn enttäuschte. In dem Ballgespräch konnte ich seine Wut aufnehmen, und er gestand mir zu, dass auch ich ein fehlerhafter Mensch bin. Das Idealbild wird im Gegenüber als spannungsminderndes Regulativ in der Übertragung verwendet und benötigt. Das Umfeld, in dem dieser Patient aufwuchs, schützte ihn nicht vor Über- oder Unterstimulierung. Indem er vor der Tür auf mich wartete, tauchte die Erinnerung an Szenen der Kindheit auf, in denen er allein gelassen wurde. Neu war, dass dies zur Sprache kam und seine Wut Ausdruck und Aufnahme fand in dem Balldialog.

Herr G. teilte mir zu Beginn mit, dass er „reden könne“: Hier ist der Ansatz nach der Theorie des Gestaltkreises im Regelkreis „Denken und Sprechen“. Er konnte seine Beziehungsschwierigkeiten und Einsamkeit formulieren. Durch mein KBT-Angebot, die Holzrollen unter seinen Füßen wahrzunehmen, ermöglichte ich den Zugang zu dem Regelkreis „Bewegen und Wahrnehmen“. In weiteren Stunden, z.B. mit dem Seil, übersetzten wir seine Worte in eine gemeinsame Handlung, die wiederum besprochen wurde. Die Resonanz des Gegenübers ist für die Patienten mit mäßigem Strukturniveau wesentlich.

Nach Kohut wiederholen Patienten mittels narzisstischer Wut ein hilfloses Abgetrennt Sein vom Selbstobjekt. Erst der Zugang zur Verletzung, das Eingeständnis der Hilflosigkeit, ermöglicht auch die Integration des Selbstobjekts. Die Verbindung zum Selbstobjekt ist wiederum Voraussetzung für den intersubjektiven Austausch (Kohut, 1992).

Methodische Aspekte bei der Behandlung von ich-strukturellen Schädigungen in der KBT

KBT-Raum

Der KBT-Raum bietet eine „abwechslungsreiche Umwelt“ (Bauer, 2002).

Es gibt Stäbe, Bälle, Steine, Sandsäckchen, Stofftiere unterschiedlicher Art. Jede KBT-Therapeutin richtet ihren Raum mit den Grundmaterialien ein, im Laufe der Jahre kommen Geschenke von Patienten hinzu.

Eine Patientin schenkte mir zum Abschied der Therapie, sie war 35 Stunden bei mir, einen Korb mit 35 unterschiedlichen Steinen, für jede Stunde einen. Ein gut gekleideter Mann in gehobener Stellung, wertete den Raum sofort als „Spielzimmer“ ab, in dem man nicht „ernsthaft arbeiten könne“, er blieb dennoch und entdeckte neue Möglichkeiten, die ihm dazu verhalfen, seinen „Schreibkrampf“ aufzulösen. Er schenkte mir zum Abschied ein Spielzeugauto. „Das fehlt in Ihrem Inventar“, sagte er dazu. Eine Frau fragte: „Sammeln Sie Steine“? Wir konnten über die Steine Kontakt aufnehmen.

In der vorangegangenen Fallbeschreibung wählte sich eine Patientin eine Puppe und einen zerzausten Affen als Symbole, mit denen wir handelnd arbeiten konnten.

So werden Gegenstände als Symbole verwendet. Sie können ebenfalls als Realobjekte eingesetzt werden, wie z.B. Holzrollen, die auf dem Boden liegend als Gegenüber einen Kontakt durch festen Widerstand vermitteln. Bei Herrn G. nahm ich den Stab und verwendete es als „intermediäres Objekt“ (Winnicott). Wenn ein Gegenstand in einer Stunde Bedeutung gewinnt, kann die Therapeutin ihn als „Übergangsobjekt“ mitgeben, dabei ist darauf zu achten, dass diese Gegenstände wieder mitgebracht und nicht geschenkt werden. Eine Patientin setzte sich lange mit zwei Persönlichkeitsanteilen auseinander. Für den „bedürftigen“ Teil nahm sie eine kleine Stoffente, für ihre „starken“ Seiten eine Holzkugel.

Nach meiner Erfahrung ist die Holzkugel bei Menschen mit frühen Defiziten beliebt. Sie gibt Halt, wenn sie in den Händen liegt. Wenn sie mit den Händen an den Körperkonturen abgerollt wird, kann die feste Struktur der Knochen entdeckt und „das Haltende“ am eigenen Körper deutlich werden.

Kissen, Decken, meistens ein oder mehrere Teppiche können von den Patienten zur persönlichen Platzgestaltung verwendet werden. Es gibt eine Grundordnung im Raum. In einer Therapiestunde steht dieser Raum den Patienten zur Verfügung. Bei aggressiven Handlungen, z. B. heftigem Ballwerfen, wird von der Therapeutin auf die Grenzen hingewiesen. Zerbricht ein Gegenstand so, wird besprochen, wie er wieder ersetzt werden kann. Die in einer Stunde als Symbole verwendeten Gegenstände werden am Ende der Stunde „entsymbolisiert“, d.h., der Gegenstand wird wieder als das Ding, das er ist, wahrgenommen und „aufgeräumt“.

Raumerfahrung

Sein im Raum ist zu Beginn durch den Platz definiert. Es können unterschiedliche Plätze eingenommen werden, das Emp-

finden an dem jeweiligen Platz schafft auch eine neue Empfindung für den Raum. Die Gestaltung des eigenen Raumes auch in der Abgrenzung ermöglicht die Definition „mein Raum“. In der Gruppe, wenn andere Menschen sich ebenfalls ihre Räume gestalten, wird der gemeinsame Raum unterteilt, und die Patienten nehmen wahr, wie viel oder wenig Raum sie sich in einer Gemeinschaft mit anderen nehmen. Diese Erlebnisse werden besprochen und in den Alltag übersetzt. Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen verändern die Wahrnehmung vom Raum. Ebenfalls können die eigenen Körpermaße in der Beziehung zum Raum erfahren werden.

Fallskizze aus einer Gruppenarbeit Brigitte Urban DAKBT Zeitschrift 1988 Nr.16

Herr A., ein Student mit Arbeitsschwierigkeiten und Studien-Abbruchtendenzen, jetzt in der Tagesklinik, hat seinen Vater nur fernstehend und als Versager der Familie erlebt. In einer der ersten Sitzungen lässt er sich nur widerstrebend auf einen Gang durch den Raum ein, „das kenne ich doch schon alles, sehe es mit einem Blick“. Beim Ausschreiten der Raumlänge von 10 Metern glaubt er, mit wenigen Schritten den Raum durchmessen zu können, was real nur zwei Drittel des Raumes ausmacht. Ebenfalls schätzt er seine Körpergröße zur Raumhöhe zu gering ein. Bei der Besprechung dieser Erfahrung wurde ihm deutlich, welch übertriebene Größenvorstellung er in Bezug auf seine Leistung und dem dazu erforderlichen Arbeitseinsatz hat. Er misst sich nicht an den realen Gegebenheiten, sondern an seinen Wunschvorstellungen.

Wahrnehmungsfunktionen

Sehen: Von einem sicheren Platz aus Ausschau zu halten, Überblick zu gewinnen, sich ein Bild zu machen, gibt Sicherheit durch Kontrolle und kann Neugier wecken. Im Alltag ist das üblich, und so werden die Patienten eingeladen, sich umzusehen, „wie man das sonst auch in einer neuen Umgebung macht“. Wenn sie an einem Gegenstand interessiert sind, wird er auch gemeinsam angesehen. Es ist meistens eine Entlastung für die Patienten, wenn gemeinsam „etwas“ angesehen wird, da sie sich häufig beobachtet fühlen. Beim Anschauen die Distanz zu verändern und dadurch eine andere Sicht zu bekommen, ist eine Möglichkeit der Regulierung durch Bewegung, um dadurch mehr Sicherheit in der Realität zu ermöglichen.

Bei Patienten, deren Abwehr vorwiegend durch Verleugnung charakterisiert ist, beschreiben Roscho und Jakobsen die auffallende Verschiebung der Energie auf den visuellen Wahrnehmungsbereich. Die Verleugnung ist also nicht nur ein einfaches Vergessen im Sinne einer nachträglichen Auslöschung des Erlebten, sondern schon während des Ereignisses wurde die Aufmerksamkeit teilweise abgezogen. Es wurde gar nicht erlebt! Das Nicht-erleben-Können im Hier und Jetzt wird häufig durch phantastische Bilder, Verschiebungen in Traumbilder oder Tagträume verdeckt (Urban, 1988).

Tastsinn: Häufig scheuen sich Patienten mit frühen Schädigungen überhaupt, etwas anzufassen, die Arme und Hän-

de sind verschränkt oder auf dem Rücken. Die Therapeutin ermutigt auch hier, Gegenstände in die Hand zu nehmen. Häufig reagieren die Patienten überrascht, weil das Ding aus größerer Distanz anders auf sie wirkte und sich ihre Vorstellung davon auch im „Begreifen“ verändert. Berühren und Berührtwerden sind Themen, die mit Vorsicht und Einfühlung von der Therapeutin „behandelt“ werden. Durch Gegenstände kann der Tastsinn in den Händen und dadurch die Funktionslust geweckt werden. Häufig sind Geduld und Einfallsreichtum notwendig, um herauszufinden, wie das Körperempfinden belebt werden kann. Die Angst vor auftretenden Gefühlen und davon überschwemmt zu werden ist groß. Der Hinweis darauf, was hier und jetzt gespürt wird, ist immer wieder wesentlich, um neue Erfahrungen zu ermöglichen.

Berührung (aus Sicht der Konzentrierten Bewegungstherapie). „Die wesentlichste Sinnesempfindung unseres Körpers ist die Berührung. Sie ist wahrscheinlich die wichtigste Wahrnehmung im Prozess des Schlafens und Wachseins, sie vermittelt uns das Wissen von Tiefe, Struktur und Form; wir fühlen, wir lieben und hassen, sind empfindlich und empfinden durch die Tastkörperchen unserer Haut“ (Tayler, 1921; zit. nach Montagu, 1974). Ein tonischer Dialog (Spitz, 1976) zwischen Therapeut und Patient entsteht durch stimulierende taktile Kontaktaufnahme in den Körperschichten auf unterschiedliche Weise: streichen, klopfen, reiben, umfassen, halten, drücken in verschiedenen Qualitäten (kräftig oder sanft). Wesentlich ist, dass der Therapeut dazu in der Lage ist, den Patienten zu erfassen, wenn er ihn anfasst. Angemessene Abstinenz ist dabei Voraussetzung. Diese Phänomene können auch, indem der Patient sich selbst berührt, hervorgerufen werden. Der Therapeut begleitet ihn dabei mit hinweisenden Worten; seine teilnehmende, einführende Präsenz ist wesentlich. Berühren ermöglicht durch libidinöse Besetzung: Funktionslust, differenziertes Selbsterleben, Regression im Dienste des Ichs, Bildung des Körper-Selbst. Durch das interaktionelle Geschehen kommt es auch zu kathartischen Reaktionen. Leiberinnerungen treten ins Bewusstsein und werden im Körperdialog unmittelbar sensorisch-motorisch-affektiv erlebt und auf kognitiver Ebene bearbeitet. Es entsteht ein differenzierteres, bezogeneres Selbst- und Fremderlebnis (Schwarze, 2000).

Mit den eigenen Händen Körperschichten zu entdecken (Haut, Gewebe, Bänder, Muskeln, Knochen) ist Neuland. Dabei ist es sinnvoll, mit den Bereichen zu beginnen, die „neutralere“ sind. Eine Patientin, die sich durchgehend ablehnte, entdeckte eine Vorliebe für ihre Schienbeine („Die sind so schön hart und kantig“). Dadurch konnte sie auch ihre eigenen „kantigen“ Seiten mehr erkennen und schätzen. Mit der Wand als Lehne können im Sitzen die weichen und härteren Stellen des Rückens erfahren werden. In späteren Stunden, wenn die Patienten auch liegen möchten, kann die Therapeutin anregen, durch Kontakt zum Boden die rechte, linke, die Vorderseite und die Rückseite des Körpers wahrzunehmen.

Bewegungssinn (Propriozeption): Der Physiologe C.S. Sherrington prägte den Begriff Propriozeption im Jahre 1906. Er beschreibt den ständigen Fluss an Informationen über die Muskeln, Sehnen und Gelenke, der für unsere Wahrnehmung ausschlaggebend ist.

Die Patienten werden dazu angeregt, dieses Zusammenspiel und ebenso die Blockaden im Körper wahrzunehmen. Dabei weist die Therapeutin z.B. auf die Bewegungsmöglichkeiten in den Gelenken hin. Es kann speziell an einzelnen Gelenken gearbeitet werden. Im Stehen bemerken die Patienten manchmal, wie sich die Kniegelenke versteifen.

Ein Patient entdeckte, dass er sich in diesem Gelenk hält, weil er dem Halt des Bodens nicht traut, die hohe Anspannung im eigenen Knie gab ihm Sicherheit. Dadurch, dass er mehr Bewegung im Knie zuließ, konnte er seinen Trotz spüren und schließlich auch seinen Zorn, der sich im Knie eingekapselt hatte.

Ebenso wesentlich ist zu entdecken, wann, wo, wie die Zustände im Körper sich verändern, in diesem Beispiel, in welcher Lebenssituation sich die Knie bei dem Patienten versteifen. Das sind Schritte in die Autonomie durch den Dialog mit sich selbst, in der Beziehung zur Umwelt, dem Boden, dem Raum, der Luft. Zu diesem Dialog werden die Patienten im interpersonellen Austausch mit der Therapeutin hingeführt und ermutigt.

Hören: Durch Geräusche fühlen sich Patienten, die sich vor den Einflüssen der Außenwelt nicht schützen können, gestört.

Ein Patient nahm mir persönlich übel, dass meine Heizung gluckerte. Er startete selber einen Versuch, sie zu entlüften, nichts half. Ich schlug ihm vor, sich einen Gegenstand zu wählen, mit dem er selber ein Geräusch erzeugen konnte. Es war ein „rainmaker“, ein Bambusrohr, gefüllt mit Steinchen, die bei Bewegung ein Wassergeräusch erzeugen. Es war ihm dadurch möglich, etwas dageganzusetzen. Jedoch zeigte er mir deutlich seine Empörung darüber, dass ich ihm an dem Tag nicht den ruhigen Raum zur Verfügung stellen konnte, den er gewohnt war. Er erkannte ärgerlich, dass ich ihm auch keine ungestörte Umwelt bieten konnte. Diese Erfahrung war wesentlich für den weiteren Therapieverlauf.

Geräusche, Töne selber mit Gegenständen zu erzeugen und dadurch einen „Tonraum“ zu schaffen, kann ermutigend sein.

Riechen und Schmecken: Hören wie auch Riechen thematisiere ich, wenn der Hinweis von Patienten kommt.

Das kann eine Bemerkung über den Geruch auf der Straße oder im Therapieraum sein. Dadurch wird ein Bereich erschlossen, in dem die „Innenräume“ angesprochen werden. Anhand dieses Themas kann der Bezug zu sich selbst in der Abgrenzung zur Umwelt bewusst gemacht werden. Eine Patientin kaufte sich die für sie gut riechende Creme, durch den Geruch kam sie wieder in Kontakt mit sich selber. Es gibt auch die Möglichkeit mit unterschiedlichen Gerüchen, wie z.B. Erde aus dem Blumentopf,

Gewürzen, Blüten, Hölzern, zu riechen, um zu unterscheiden: „Das riecht gut, das kann ich nicht riechen.“

Riechen und Schmecken stehen in Verbindung.

Ich habe meistens ein paar Früchte in meiner Praxis, die ich ab und zu in den Therapiestunden einsetze. Eine Mandarine achtsam zu schälen, zu riechen, zu schmecken oder in ein Apfelstück zu beißen ist für die Patienten eine zwar bekannte, jedoch mit Bewusstsein neu erlebte Sinneserfahrung. Der gesamte Vorgang, zu kauen, zu schlucken, zu atmen, wird dabei häufig erstaunt und intensiv erlebt. Riechen und Schmecken vitalisieren auch die Atmung.

Atmung: Der Atem ist ein autonomer Vorgang. Durch natürliche Bewegungen wie Räkeln und Dehnen kann ein spontaner Atemreiz geweckt werden. In der KBT verzichten wir darauf, die Atmung zu forcieren. Löst sich „etwas“ und Gefühle finden Ausdruck, wird auch der Atem freier, ebenso wirkt sich das Interesse an eigener Bewegung und an der Umwelt aus. Wir üben mit den Patienten herauszufinden, wie der Atem auf Impulse von innen, Ereignisse von außen, auf Gefühle und Handlungen reagiert. Die „Antwort des Atems“ zu empfinden fördert die Fähigkeit, vertrauter zu werden mit dem eigenen Zustand und es als Zeichen innerer Reaktionen zu erkennen, wenn der Atem stockt oder diese Energiequelle wieder fließt.

An der Wahrnehmung sind immer mehrere Sinne beteiligt. Es ist unterschiedlich, wie ein Kind mit dieser „sensomotorischen Intelligenz“ (Piaget) ausgestattet ist. Hier können Defizite angeboren sein, die ebenso zu Mängeln führen, ebenso wie „reizarme Umweltbedingungen“ (Bauer, 2002) oder andere Schädigungen.

Die „Angebote“ in der Konzentrierten Bewegungstherapie richten sich nach dem strukturellen Niveau der Patienten, ihrer Fähigkeiten und Defizite.

Wenn Patienten Zugang haben zu Gegenständen, geht die Therapeutin darauf ein und arbeitet mit den Gegenständen als Realobjekte und mit ihrer Symbolik.

Steht die Bewegung im Vordergrund, wird mit dem Bewegungsangebot der Patientin gearbeitet. Situationen können so „verkörpert“ werden. So hat die KBT-Therapeutin zwar ein Konzept im Hintergrund, dieses wird variabel, je nach Persönlichkeit der Patientin, angewendet.

Dabei orientiert sie sich an den zugrunde liegenden Zielen:

Therapieziele

- Förderung der Eigenwahrnehmung und der Fremdwahrnehmung (dadurch verbesserter Realitätsbezug und Nachreifung)
- Aufspüren und Bestätigen von Ressourcen
- „Wiederholen“ verloren gegangener Erlebnisqualitäten
- Entwicklung der Fähigkeit, Impulse zu kontrollieren, Grenzen zu setzen, durch Strukturieren den Alltag zu bewältigen, zwischenmenschliche Kontakte zu halten
- Konfrontation mit verleugneten Inhalten (z.B. auch Gefahren)

- Erkennen eigener Muster
- Übernahme eigener Verantwortung
- Bewältigung von Konflikte und Schwierigkeiten

Die Vorgehensweisen in der KBT, um sich diesen Zielen anzunähern, sind:

- der Raum
- die Gegenstände
- Angebote zur Bewegung und Berührung
- Sinneserfahrungen
- Konkretisieren, Benennen
- **Die Beziehungserfahrung im therapeutischen Prozess als Möglichkeit neuer interpersoneller Erfahrung mit einer Bezugsperson ist die Grundlage auch dieser Methode**
- Wesentlich ist, Szenen im therapeutischen Prozess zu erkennen und zu verstehen (Beispiel Frau B.)

Seit 30 Jahren praktiziere ich die Konzentrierte Bewegungstherapie in der freien Praxis. Die Patienten kommen maximal einmal in der Woche; dies hat meistens finanzielle Gründe, da diese Therapieform nicht bei der Kasse zugelassen ist. Die Patienten müssen mit den Anforderungen ihrer Berufswelt und dem privaten Umfeld umgehen. Daher ist eine behutsame Vorgehensweise entscheidend für den Verlauf der Behandlung. Kleine Schritte sind nötig, um die Patienten in das handelnde Erleben zu begleiten. Viele Schritte werden wiederholt, bis ein neues Empfinden entwickelt werden kann. In meinen Fall-darstellungen habe ich auch einschneidende Erlebnisse beschrieben. Der Weg dorthin ist intensive Arbeit, auch über Zeiten, in denen sich scheinbar „nichts tut“. Wirkungen geschehen in der Tiefe der Persönlichkeit und können nicht immer benannt werden. Es gibt „Fortschritte“, „Rückschritte“ und wieder „Fortschritte“. Es besteht auch manchmal eine Scheu und Scham davor, konstruktive Erfahrungen aus dem Alltagsleben zu berichten.

Abschließende Zusammenfassung: Weshalb Konzentrierte Bewegungstherapie bei ich-strukturellen Schädigungen?

In einem der ersten Abschnitte habe ich beschrieben, wie Wahrnehmen und Bewegen im Zusammenwirken von Denken und Sprechen strukturfördernd eingesetzt werden.

Die Fallbeispiele zeigen, wie Basisdefizite durch korrigierende körperliche und emotionale Erfahrung einen Prozess der Nachreifung in Gang setzen können.

In der therapeutischen Beziehung und mit Gegenständen als Symbolen gestalten sich Szenen, die im Handeln und im Gespräch entschlüsselt werden. Ebenfalls zeigen sich Konflikte durch Handlungen greifbar und sind dadurch einer Klärung und Bearbeitung zugänglich. Die leibliche Erinnerung und die damit verbundenen Gefühle ins Bewusstsein zu holen, wird durch Bewegungsangebote, Berührungen mit und ohne Gegenstände, begrenzt möglich. Diese Wahrnehmungen zuzulassen und in Sprache zu übersetzen, erfordert eine vertrauensvolle Beziehung. Mit der Therapeutin als Bezugsperson können neue interpersonelle Erfahrungen heilsam wirken.

Forschung

Seit Beginn der Methode wird Forschung betrieben. In den letzten Jahren hat ein Forscherteam (K.P. Seidler, K. Schreiber-Willnow, A. Hamacher Erbguth) Forschungsergebnisse veröffentlicht.

Karin Schreiber-Willnow hat in ihrem Buch „Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Konzentrierten Bewegungstherapie“ (2000) die Wirksamkeit der Methode bei 72 Patient(inn)en (25% neurotische Störungen, 40% Persönlichkeitsstörungen, 17% körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs) untersucht.

Im Behandlungsprozess in der KBT werden drei Dimensionen des therapeutisch bedeutsamen Erlebens (Lernerfahrung/ Einsicht, Zuversicht und Zugang zum eigenen Körper) als Wirkfaktoren der KBT gefunden. Die spezifische Wirksamkeit der Konzentrierten Bewegungstherapie findet darin ihre empirische Bestätigung.

Literaturverzeichnis zum Artikel

- Bauer J (2002): Das Gedächtnis des Körpers. Frankfurt/M: Eichborn
- Christian P (1987): Der Gestaltkreis von Victor von Weizsäcker. In: Hahn P, Jakob W (Hrsg.): Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 73
- Grothe KD (1991): Weder Autismus noch Symbiose. Zeitschrift des DABT, Heft 20, S. 19
- Hochgerner M (1991/2004): Abschlußarbeit zur Graduierung zum Gestalttherapeuten in Fachsektion Integrative Gestalttherapie des ÖAGG: Anmerkungen zur Verwendung von Gegenständen als Übergangsobjekte in der Psychotherapie früher Schädigungen mit erwachsenen Patienten. Adresse des Verfassers: Hütteldorferstr 173/5, A-1140 Wien
- Kohut H (1992): Narzißmus, eine Theorie der psychoanalytischen Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Milch W (2001): Lehrbuch der Selbstpsychologie. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Rudolf G, Grande T, Henningsen P (2002): Die Struktur der Persönlichkeit. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 6
- Schreiber-Willnow K (2000): Körper- Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Konzentrierten Bewegungstherapie. Gießen: Psychosozialverlag
- Schwarze R (2000): Berührung in der Konzentrierten Bewegungstherapie. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien, New York. Springer
- Schwarze R (2003): Wurzeln und Flügel? Von der „Arbeit am Menschen“ zur Wirksamkeitsforschung der Konzentrierten Bewegungstherapie. Vortrag auf der internationalen Fachtagung des DAKBT in Berlin. Zeitschrift „Konzentrierte Bewegungstherapie“ des DAKBT Heft 33: S. 41
- Schwarzmann M, Hochgerner M (2000): Seinsangst oder mangelnde Selbstgewissheit. Psychotherapieforum 8/4: 136-146
- Shore A (2002): Bindung, Rechtshirn und Lebensbewältigung. Aus Zist Programm 2004, Druckerei Jenz, Penzberg
- Spitz RA (1988): Vom Dialog. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stern D (1994): Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 14
- Stolze H (Hrsg.) (1989): Die Konzentrierte Bewegungstherapie. 2., ergänzte Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer
- Taylor J (1921): The Stage of Human Life. Aus Mantague A (1980) Körperkontakt, Klett Cotta S. 7

Urban B (1988): KBT-Arbeit und deren methodische Aspekte bei der Behandlung von Borderline-Patienten. Zeitschrift des DAKBT 16: Seite 1

KBT-Literatur zum Thema

- Bayerl B (2002): Konzentrierte Bewegungstherapie bei der Behandlung schizophrener Ich-Störungen. Versuch der Verbindung phänomenologischer Sicht mit objektbeziehungstheoretischen Erkenntnissen. Zulassungsarbeit zur Lehrbeauftragung für Konzentrierte Bewegungstherapie. (Barbara Bayerl, Klosterheiderweg 5 a, 13467 Berlin)
- Schmitz U (2004): Vom Opfer der Umstände zur aktiven Bewältigung. Konzentrierte Bewegungstherapie als handlungsorientierter Ansatz zur Bewältigung traumatischer Erfahrungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Weitere KBT-Literatur

- Becker H (1997): Konzentrierte Bewegungstherapie. Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozess. Gießen. Psychosozial Verlag
- Gräff Ch (2002): Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis. Stuttgart: Hippokrates-Verlag
- Pokorny V, Hochgerner M, Czerny S (2001): Konzentrierte Bewegungstherapie. Von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren. Wien: Facultas Verlag

Allgemeine Literatur

- Dornes M (2002): Die frühe Kindheit. Frankfurt/M: Fischer
- Haag M (2002): Bearbeitet von der Heinrich-Jakobi-/Elsa-Gindler-Stiftung: Elsa Gindler – von ihrem Leben und Wirken. Berlin: Verlag Christians

Renate Schwarze

Lehrbeauftragte und Therapeutin für
Konzentrierte Bewegungstherapie
Maria-Theresia-Str. 1 • 81675 München