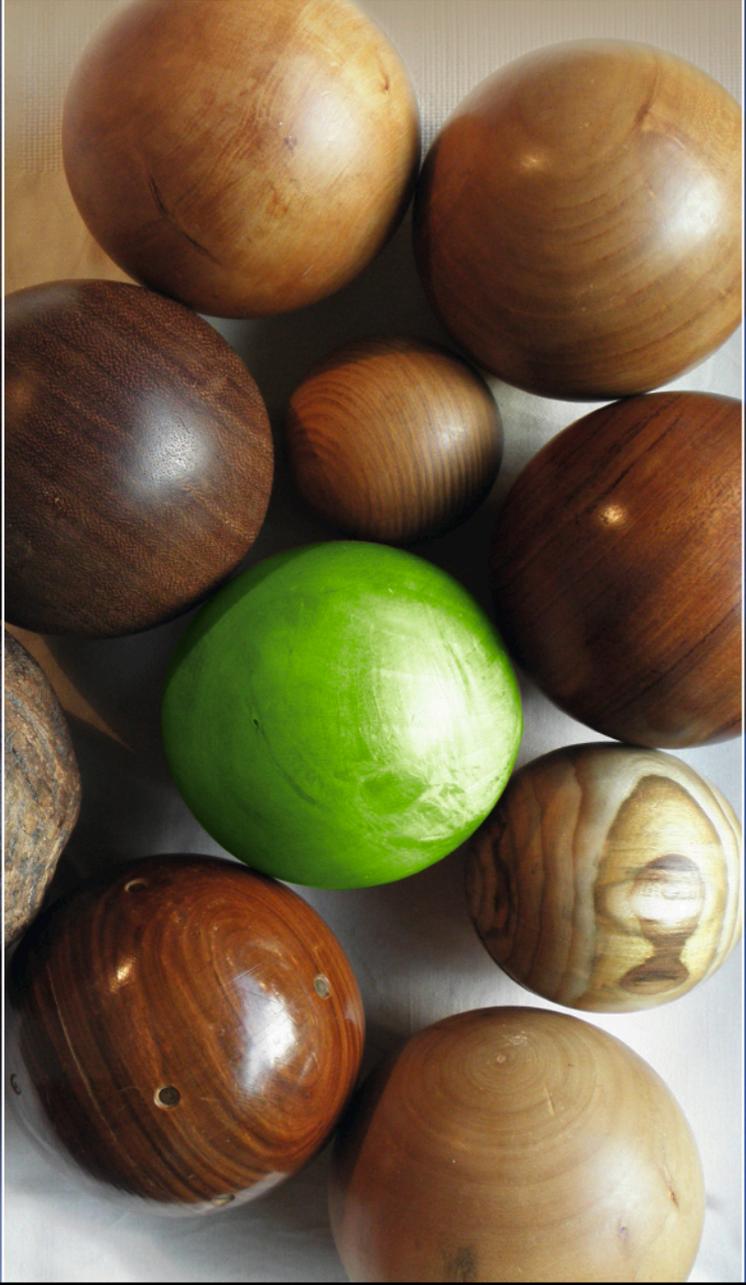


Karin Schreiber-Willnow

# Konzentrativer Bewegungstherapie

EV reinhardt

WEGE DER PSYCHOTHERAPIE



# WEGE DER PSYCHOTHERAPIE

Karin Schreiber-Willnow



# **Konzentrativ Bewegungstherapie**

Mit 6 Abbildungen und 2 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Dr. rer. medic. *Karin Schreiber-Willnow*, Dipl.-Math., Therapeutin für Konzentrierte Bewegungstherapie und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Rhein-Klinik Bad Honnef; Mitglied der Forschungsgruppe des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT).

**Hinweis:** Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

#### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-497-02531-2 (Print)

ISBN 978-3-497-60250-6 (E-Book)

© 2016 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Hohenschäftlarn

Coverfoto und Fotos im Innenteil: © Karin Schreiber-Willnow

Satz: FELSBERG Satz & Layout, Göttingen

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) E-Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

# Inhalt

## 1

<b>Einführung</b> . . . . .	9
-----------------------------	---

## 2

<b>Geschichte</b> . . . . .	11
-----------------------------	----

## 3

<b>Theorie</b> . . . . .	14
--------------------------	----

3.1 <b>Bewegen – Besinnen – Begreifen – Bedeuten</b> . . . . .	16
Vom Gestaltkreis zum Tetraeder des Begreifens 17	

3.2 <b>Leib und Körper</b> . . . . .	20
Der sprechende Körper 22 ■ Der beschriftete Körper 23 ■ Di- mensionen des Leiblichen 24 ■ Erkrankungen des Leibes 25	

3.3 <b>Das Gedächtnis des Leibes</b> . . . . .	26
--	----

3.4 <b>Somatische Marker</b> . . . . .	29
Gefühle 31 ■ Empfindungen 33 ■ Somatische Marker 34	

3.5 <b>Säuglingsforschung</b> . . . . .	35
---	----

3.6 <b>Entwicklungs- und Lernpsychologie</b> . . . . .	36
Bedeutung für die Therapie 37	

3.7 <b>Psychoanalytische Fundierung</b> . . . . .	38
Körper-Selbst 39	

3.8 Symbolisierung . . . . . 40  
Symbolische Transformation 41 ■ Anwendung in der Therapie 42

3.9 Spezifische Konzepte . . . . . 44  
Der Erfahrungsraum und der Arbeitsraum 44 ■ Spiel und Phantasia 45 ■ Das Bewegungsangebot und die freie Bewegungsassoziation 47 ■ Die Sprache in der KBT 49 ■ Die therapeutische Beziehung 51 ■ Berührung 53 ■ Körperbild 54

3.10 Vorgehensweisen . . . . . 56  
Liegen–Sitzen–Stehen–Gehen 56 ■ Arbeitsmaterialien 60 ■ Beziehungserfahrungen 66

## 4

**Der therapeutische Prozess . . . . . 74**

4.1 Phasen des Gruppenprozesses . . . . . 74  
Vertrauen (Phase 1) 75 ■ Regression (Phase 2) 75 ■ Progression (Phase 3) 76 ■ Abschied (Phase 4) 76

4.2 Aufbau einer Gruppenstunde . . . . . 77

4.3 Ebenen des KBT-Angebots . . . . . 78

4.4 Fallbeispiel: Ablauf einer KBT-Gruppe . . . . . 79  
Die Gruppe 80 ■ Gruppenstunden 81

4.5 Hinweise zu speziellen Krankheitsbildern . . . . . 125  
Indikation und Kontraindikation 126

4.6 Spezielle Settings und Anwendungsfelder . . . . . 137  
Geschlossene und halboffene Gruppen 137 ■ Einzeltherapie 138 ■ Kinder- und Jugendlichentherapie 139 ■ Erwachsenenbildung 141 ■ Prävention 141 ■ Supervision 142

4.7 Risiken und Nebenwirkungen . . . . . 143

## 5

<b>Evaluation</b> . . . . .	145
5.1 Die Anfänge der KBT-Forschung . . . . .	146
Körperliche Spannungen lösen, ohne zu erschaffen 146 ■ Konzentratione Zuwendung zu einem Körperteil führt zu messbarer Tonisierung 147 ■ Werden KBT-Gruppen und analytische Gruppen unterschiedlich erlebt? 148 ■ KBT-Gruppe und analytische Gruppe ergänzen einander 149	
5.2 Wie sieht die Praxis der KBT aus? . . . . .	150
KBT-Therapeutinnen kommen aus vielfältigen Grundberufen 151 ■ KBT- Therapeutinnen behandeln Patientinnen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen 152	
5.3 Welches Behandlungsmodell haben KBT-Therapeutinnen? . . . . .	152
Die theoretische Orientierung von KBT-Therapeutinnen 153 ■ Therapeutische Ziele 153 ■ Therapeutische Beziehungsgestaltung 154	
5.4 Die Wirksamkeit der KBT . . . . .	155
Wie unterscheiden sich die Ergebnisse von Behandlungen mit KBT von den Kontrollgruppen? 156 ■ Wie werden die Behandlungsergebnisse mit KBT beurteilt? 157	
5.5 Welche Therapieziele werden in der KBT angestrebt und wie weit werden sie erreicht? . . . . .	162
KBT-Therapiezielbereiche 162 ■ Welche Therapieziele verfolgen KBT- Therapeutinnen? 165 ■ Wie beurteilen KBT-Therapeutinnen die Behandlungsergebnisse? 165	
5.5 Welche Prozessmerkmale sind in der KBT bedeutsam? . . . . .	166
5.6 KBT bei speziellen Diagnosen oder in speziellen Settings . . . . .	168
<b>6 Ausblick</b> . . . . .	170
6.1 Ausbildung . . . . .	171
6.2 Prävention . . . . .	172

**8** Inhalt

6.3	Integration . . . . .	172
6.4	Bereiche für zukünftige Forschung . . . . .	173
6.5	Kritikpunkte . . . . .	174
6.6	Fazit . . . . .	175
	<b>Glossar . . . . .</b>	<b>176</b>
	<b>Literaturempfehlungen und andere Materialien . . . . .</b>	<b>178</b>
	<b>Zitierte Literatur . . . . .</b>	<b>181</b>
	<b>Register. . . . .</b>	<b>190</b>

## 1



## Einführung

Die Konzentriative Bewegungstherapie (KBT) ist eine leiborientierte psychotherapeutische Methode. Sie ist in mehr als 140 psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken in Deutschland und Österreich als Standard im klinischen Setting etabliert und wird auch in ambulanten therapeutischen Praxen und Beratungsstellen in der Krankenbehandlung, der Erwachsenenbildung und der Prävention angewandt. Die KBT nutzt Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage von Erfahrung und Handeln. Unmittelbare Sinneserfahrungen werden mit tiefenpsychologisch orientierter verbaler Bearbeitung verbunden.

Die KBT hat ihre Wurzeln in der Reformbewegung der 1920er Jahre, als einerseits Psychoanalytiker sich körperorientierten Ansätzen zuwandten und andererseits in der Gymnastikarbeit die Suche nach dem Erleben von Bewegung und Wahrnehmung das funktional richtige oder falsche Bewegen ablöste. Die KBT entwickelte sich fast unbemerkt in den 1960er Jahren, lange gab es keinen Namen für die Arbeit, nur eine Mund-zu-Mund-Empfehlung, auf den Psychotherapietagen in Lindau diese Kurse zu besuchen. Zeitzeugen erzählen davon, dass Menschen in diesen Kursen wie in Zeitlupe mit geschlossenen Augen durch den Raum gingen, „wie Fische im Aquarium“, und hinterher ganz beglückt aus der Stunde kamen. Aus diesen experimentellen Anfängen hat sich ein therapeutisches Konzept entwickelt, das ich im Folgenden darlegen werde.

Der Name „Konzentriative Bewegungstherapie“ stammt von Helmuth Stolze, einem der Begründer der KBT. Er war zunächst vorläufig gemeint: Bewegungstherapie weist darauf hin, dass die Bewegung im dreifachen Sinne als äußere Bewegung, als innere Bewegung und als auf dem Weg sein, gemeint ist. Konzentriativ meint eine Haltung des Spürens, ein achtsames Richten der Wahrnehmung auf eine spezielle Aufgabe, nicht im Sinne des Konzentrierten (= angespannt fokussieren) sondern des Konzentriativen (= entspannt fokussieren).

In der Klinik finden die Patientinnen viele Bedeutungen für diese Abkürzung bzw. diese Therapieform: Zwischen „Kratzen-Beißen-Treten“ und „Krabbelgruppe“ sind diverse mehr oder weniger liebevolle Umschrei-

bungen des Namens bekannt. Die KBT nutzt die menschlichen Fähigkeiten des Wahrnehmens und Spürens. Die Aufmerksamkeit wird nach innen gerichtet, um die Qualität des Erlebens zu erkunden. Damit stellt sie einen Gegenpol zu der modernen Entwicklung von Messgeräten dar, die allerlei Körperfunktionen erfassen und per App speichern, welche dann als quantitative Daten für einen selbst und für andere zur Verfügung stehen. Hier wird die Selbstwahrnehmung durch Messungen ersetzt, die niemals die Qualität einer Erfahrung beschreiben können. In diesem Sinne ist die KBT „altmodisch“, sie ist dem Menschen in seiner leibhaftigen Individualität verpflichtet.

Meine Darstellung der KBT ist in zwei Aspekten „besonders“: Ich stelle zur Erläuterung des Vorgehens einen ganzen, jedoch fiktiven Gruppenprozess einer geschlossenen Gruppe in einer psychotherapeutischen Klinik dar, der auf meiner fast 30-jährigen KBT-Erfahrung beruht. Die Erzählung ist Kondensat, Verdichtung und didaktische Zusammenschau eines prototypischen Gruppenverlaufs. So hätte eine stationäre Gruppe ablaufen können, so gab sie es in der Realität nicht. Ähnlichkeiten mit lebenden Personen sind nicht beabsichtigt; bestimmte Personen sind nicht gemeint.

Die zweite Besonderheit betrifft die sprachliche Form: Die KBT wird zu 80–90 % von Frauen durchgeführt, auch sind mindestens zwei Drittel der Menschen in Behandlung weiblich. Deshalb habe ich mich entschieden, von Therapeutinnen und Patientinnen zu sprechen, die weibliche Form schließt die Männer mit ein.

Mein Dank richtet sich an alle Patientinnen, ohne die ich dieses Buch nicht hätte schreiben können, und an meinen Mann Christian Willnow, der den Entstehungsprozess mit wohlwollender Kritik begleitet und gefördert hat.

## 2



## Geschichte

Die Ursprünge der Konzentrativen Bewegungstherapie gehen auf die Reformbewegung der 1920er Jahre zurück. Die Menschen befreiten sich von den autoritären politischen und gesellschaftlichen Strukturen nach dem Desaster des ersten Weltkrieges und dem Ende des Kaiserreiches. Die Frauen trennten sich vom Korsett, das sie in den letzten Generationen eingeengt und ihnen u. a. keine Freiheit zum Atmen gegeben hatte. In diesem Befreiungsprozess wurde natürliche Bewegung in verschiedensten Gruppierungen wie den Wandervögeln, der Reformgymnastik und des Ausdruckstanzes gesucht. Elsa Gindler (1885–1961) entwickelte in Berlin im Rahmen dieser Bestrebungen eine Methode der Gymnastik, in der es nicht um „schöne“, „richtige“ und „gekonnte“ Bewegung ging, sondern um das Erreichen von „Konzentration“ (Gindler 1926, S.227). Sie unterstützte ihre Schülerinnen darin, sich wahrzunehmen und ihren eigenen Ausdruck in Bewegungen zu finden. Sie regte die Aufmerksamkeit für körperliche Prozesse wie Bewegung, Atmung, Spannung und Entspannung an, wobei sie zwar auch die Bedeutung für das Psychische im Sinn hatte, sich aber ausdrücklich als Pädagogin verstand.

Die gymnastische Reformbewegung hatte sich im Deutschen Gymnastikbund organisiert, der 1933 von den Nazis zwangsweise aufgelöst wurde. Eine öffentliche Weiterentwicklung der Methode war damit bis zum Kriegsende blockiert, Gindler lehrte jedoch in ihrem Studio in Berlin weiter, bis zu ihrem Tod 1961. Sie unterstützte während des Krieges politisch oder rassisch Verfolgte (Hilker 1961/1991, S. 137), während viele ihrer Schülerinnen emigrieren mussten (Achatz-Petz 2008).

Gertrud Heller (1892–1984), während des Zweiten Weltkrieges nach England emigriert, arbeitete mit der „Gindler-Methode“ in einer schottischen Klinik mit psychiatrischen und neurotischen Patientinnen. Sie entwickelte aus der zunächst pädagogisch hergeleiteten Methode einen therapeutischen Ansatz, in dem sie die Wahrnehmungs- und Bewegungsarbeit mit psychodynamischen Denkansätzen verband. Auf Initiative von Helmuth Stolze stellte sie ihr Konzept zwischen 1959 und 1962 bei den Lindauer Psychotherapiewochen vor.

Helmuth Stolze (1917–2004), Arzt und Psychoanalytiker, lernte 1953 die Arbeitsweise Gertrud Hellers kennen, die für ihn „eine Lücke im psychotherapeutischen Repertoire zu schließen“ (Stolze 2006a, S. 443) schien, welche andere Verfahren (Gesprächsführung, Autogenes Training, Hypnose und Psychoanalyse) seiner Ansicht nach offen gelassen hatten. Er prägte 1958 den Namen „Konzentrierte Bewegungstherapie“ (KBT), der zunächst vorläufig gedacht war, aber schließlich so blieb.

Miriam Goldberg (1926–2000) lernte 1945 in einem Kibbuz die Gindler-Methode von Vera Jaffé, einer Schülerin Gindlers, und entwickelte daraus ihre ganz eigene bewegungstherapeutische Arbeit. Sie war 20 Jahre lang Kursleiterin für Konzentrierte Bewegungstherapie bei den Lindauer Psychotherapietagen. Sie hat sich immer gegen diesen Namen gewehrt, da sie in ihm eine Festlegung sah, die ihrer Herangehensweise fremd war. Ihr war das immer wieder im Moment Entstehende wichtig, das nicht durch einen Namen festgeschrieben werden, sondern in Bewegung bleiben sollte.

Aus der Begegnung und Auseinandersetzung mit Stolze entwickelte Christiane Gräff die KBT ab 1958 als ambulante und stationäre leibtherapeutische Behandlung weiter, wobei sie Erkenntnisse aus ihrer krankengymnastischen Praxis einbezog. Sie verfasste 1983 das erste Lehrbuch und Praxis-Handbuch, mit dem sie einen grundlegenden Rahmen für das Selbstverständnis der KBT legte (Gräff 2008).

1977 gründete die Ärztin Ursula Kost (1919–2013) den Deutschen Arbeitskreis für KBT (DAKBT), um die Methode lehr- und lernbar zu machen; er ist heute ein Fachverband mit 450 Mitgliedern unterschiedlicher Grundberufe aus der Medizin, Physiotherapie, Psychologie, Ergotherapie, Sozialarbeit oder Pädagogik. Der DAKBT organisiert eine umfangreiche Weiterbildung mit Abschlusszertifikat (Hamacher-Erbguth et al. 2013).

In den achtziger und neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts entwickelte sich die KBT rasant. Vor dem Hintergrund des neu erwachten Interesses an anderen Therapieformen als der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie schwappte aus Kalifornien die Welle der humanistischen Therapieverfahren nach Deutschland. Auch verschiedenste Körperpsychotherapien fanden ihre Anhänger, wie die Bioenergetik mit Bezug auf Wilhelm Reich oder die Gestalttherapie nach Fritz Pearls. Die Teilnehmer suchten vor allem Gruppenarbeit zur Selbsterfahrung und Therapie auf. Parallel dazu entwickelte sich in der damaligen DDR die Kommunikative Bewegungstherapie (Wilda-Kiesel et al. 2011, Schreiber-Willnow 2013). Die KBT fand in dieser Aufbruchzeit ihren Platz in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken im integrativen psychotherapeutischen Setting. So entwickelten Evelyn Schmidt und Mario Juszak das Konzept der kombinierten stationären Gruppentherapie in den 1980er Jahren (Schrei-

ber-Willnow 2010, S. 86). Im multiprofessionellen Team eröffnen KBT-Therapeutin und die verbale Gruppentherapeutin einen gemeinsamen Übertragungsraum, in dem die Behandlung wirksam wird.

Auch in der ambulanten Praxis wird KBT angeboten, dort wurden vor allem einzeltherapeutische Konzepte entwickelt.

Mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1999 wurde in Deutschland politisch festgelegt, dass als wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren nur Tiefenpsychologie/Psychoanalyse und Verhaltenstherapie gelten, die von Ärzten oder Psychologen mit entsprechender Fachweiterbildung mit Approbation durchgeführt werden. Kinder- und Jugendlichentherapie kann auch von entsprechend weitergebildeten approbierten Pädagogen durchgeführt werden. Anderen Grundberufen ist jedoch der Zugang zu psychotherapeutischen Berufen verschlossen. Die Krankenkassen bezahlen nur diese Behandlungen. Da die KBT ausdrücklich auf vielen anderen Grundberufen fußt, auch zum Teil ohne akademischen Abschluss, mussten die KBT-Therapeutinnen die Hoffnung auf Anerkennung als eigenständige Therapieform gemäß dem Psychotherapeutengesetz aufgeben. Sie können ambulant aber mit einer Zulassung nach dem Heilpraktiker-Gesetz arbeiten. Außerdem wirken KBT-Therapeutinnen an Kliniken weiterhin als „Spezial“-Therapeutinnen im Team und finden viel Anerkennung durch die Patientinnen.

In Österreich sieht der Stand anders aus: Dort ist KBT seit 2001 als wissenschaftliches Psychotherapie-Verfahren vom Gesundheitsministerium anerkannt (Pokorny et al. 2001), und es besteht die Möglichkeit, die KBT-Weiterbildung mit einem Masterabschluss zu verbinden. In der Schweiz, der Slowakei, Italien und Belgien haben sich ebenfalls KBT-Weiterbildungen etabliert.

## 3



## Theorie

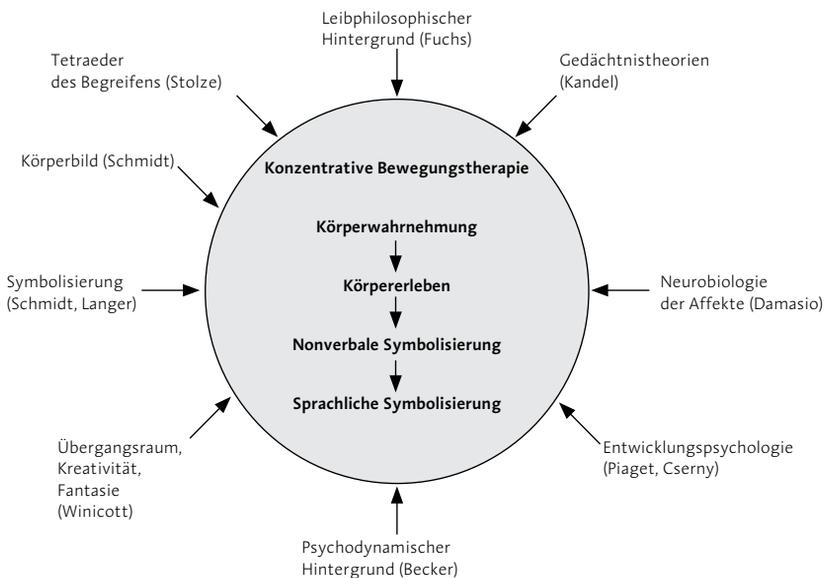
Die Konzentriative Bewegungstherapie hat sich aus der Praxis leib- und bewegungstherapeutisch arbeitender Frauen entwickelt und wurde lange auch praktisch eher wie ein Handwerk weitergegeben. Eine theoretische Fundierung konzipierte Stolze (2002), später wurden Ideen aus verschiedenen Theoriegebäuden aufgegriffen und an- oder eingebaut. Grundidee der KBT ist, über den Zusammenhang von Wahrnehmen und Bewegen, Sprechen und Denken zum Begreifen zu kommen. Der therapeutische Vorgang lässt sich in vier Schritten beschreiben (Schreiber-Willnow 2010, S. 64):

- „1. Körperwahrnehmung: KBT richtet die Aufmerksamkeit auf Körperempfindungen in Ruhe und Bewegung im Liegen, Sitzen, Stehen und Gehen.  
 2. Körpererleben: Im Erleben des eigenen Körpers sowie im handelnden Umgang mit der Welt und den anderen Gruppenmitgliedern können alte Handlungsdialoge nachvollzogen werden und verdrängte, im Körper gespeicherte Gefühle und Erinnerungen bewußt werden.  
 3. Nonverbale Symbolisierung: Über den Weg der sinnlichen Wahrnehmung von Gegenständen kann der Patient/die Patientin haptische Symbole, über die Wahrnehmung von Bewegungsabläufen und Gebärden Bewegungssymbole lebensgeschichtlich bedeutsamer Situationen finden.  
 4. Sprachliche Symbolisierung: Durch das aufmerksame konzentriative Hinspüren werden Körpersensationen dem Bewußtsein zugänglich und können im therapeutischen Gespräch ihre sprachliche Form finden und so der verbalen Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Es können aber auch neue körperliche Erfahrungen gemacht werden. Konzentriative Bewegungstherapie ermöglicht ein Gleiten durch verschiedene Symbolisierungsebenen: Körper, Bilder, Handlung und Worte.“

Der theoretische Hintergrund der KBT lässt sich in unterschiedliche Stränge aufteilen, die zusammen ein „Erklärungsknäuel“ bilden. In der Darstellung hier wird das Knäuel abgewickelt und dabei mit dem phäno-

menologischen Zugang zum Bewegen in seiner Vieldeutigkeit begonnen. Der leibphilosophische Ansatz hilft, das Verhältnis von Körper und Seele zu verstehen. Aus der Neurobiologie stammen Modelle für das Körper- oder Leibgedächtnis, das in der Theorie zentral ist. Affekte, Emotionen und Gefühle werden in der Therapie evoziert, theoretisch liegt dem Vorgehen die Affekttheorie, verbunden mit der Entwicklungspsychologie und Säuglingsbeobachtung zugrunde.

Um den Übergang vom Handeln zum Sprechen zu konzeptualisieren, wird die Theorie der Symbolisierung angewandt. Zusammengefasst wird der Ansatz in der Beschreibung des Körperbildes als einer seelischen Struktur. Nicht zuletzt basiert das Verständnis des Seelischen in der KBT auf tiefenpsychologischen Modellen, von der Bindungstheorie bis zur Theorie des Spiels und der Phantasiebildung. All diese verschiedenen Konzepte haben die Entwicklung der KBT beeinflusst und sollen im Folgenden in ihrer Bedeutung für die KBT dargestellt werden.



**Abbildung 1:** Theoretische Bezüge der Konzentrativen Bewegungstherapie

### 3.1 Bewegen – Besinnen – Begreifen – Bedeuten

Bewegung wird in der KBT in einem dreifachen Sinne als reale Bewegung im Raum, als ein In-Entwicklung-Kommen und als innere Bewegung verstanden.

Zuerst gibt es die reale Bewegung im Raum in der Therapiestunde. Die Therapeutin macht ein „Angebot“, sie übersetzt das Problem des Patienten in ein Bewegungsangebot, und der Patient lässt sich auf seine Weise darauf ein, er bewegt sich im Raum und nimmt dabei wahr, wie er geht oder steht, sitzt oder liegt. Zum Beispiel kann die Sprache „wörtlich“ genommen werden: Ein Patient berichtet, dass seine Frau ihm immer Vorwürfe macht. Die Gruppentherapeutin schlägt vor, mit einem Ball zu werfen und mit dem Ball „Vor-Würfe“ zu machen, den Ball also nicht dem anderen Gruppenmitglied zuzuspielen, sondern vor ihm aufprallen zu lassen. Der andere kann den Ball trotzdem fangen oder ihn wegrollen lassen, er kann mit ähnlichen „Vor-würfen“ antworten oder sein Gegenüber mit dem Ball treffen.

Der Patient erfährt so seine Art und Weise, mit dem Thema, mit sich und seinem Gegenüber umzugehen. Er kommt in Bewegung, er kommt – im übertragenen Sinn – auf seinen Weg, womit die zweite Bedeutung gemeint ist, nämlich in eine Entwicklung zu kommen. Schließlich ist Bewegt-Sein in seiner dritten Bedeutung nicht nur die körperliche, sondern die seelische, die innere Bewegung, die mit Empfindungen und Emotionen, Erinnerungen und Fantasien zu tun hat (Stolze 2005). Kerngedanke ist also, diese unterschiedlichen inneren und äußeren Bewegungen wahrnehmbar, erlebbar und dann auch benennbar zu machen. Dazu braucht es auf Seite des Patienten (und der Therapeutin) eine Eigenschaft, die Gindler „Erfahrungsbereitschaft“ nannte: bereit zu sein, sich nicht nur auf ein Gespräch, sondern auf Bewegung, auf sinnliche Wahrnehmung und Handlung und ihre seelische Wirkung einzulassen.

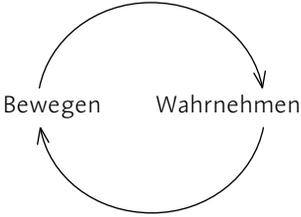
Grundsätzlich geht die KBT wie alle psychodynamischen Verfahren von der Bedeutung der therapeutischen Beziehung für einen gelingenden Therapieprozess aus. Begriffe wie Übertragung, Widerstand oder Abwehr helfen, diese Beziehung zu beschreiben. Nach Stolze (2005, S. 443) werden in der KBT die psychodynamischen Begriffe „beim Wort“ und konkret körperlich umgesetzt und erkundet. Ebenso werden die vielen Verben, die sich aus basalen Tätigkeiten ableiten (auf- stehen, ver- stehen, be- sitzen, um- setzen, um- gehen, vor- werfen usw.) wörtlich genommen und in der Bewegung erprobt. Auf diese Weise kann ihr allgemeiner und ihr persönlicher Bedeutungsgehalt erkundet werden.

## Vom Gestaltkreis zum Tetraeder des Begreifens

Bewegung in seiner körperlichen Bedeutung ist physiologisch nicht ohne Wahrnehmung möglich. Victor von Weizsäcker hat diesen Zusammenhang in seinem Buch „Der Gestaltkreis“ (1940) beschrieben, den Stolze zum „Tetraeder des Begreifens“ weiterentwickelte (Stolze 2005). Nach von Weizsäcker bilden Wahrnehmen und Bewegen eine Einheit, sie stehen in einer gestaltkreishaften Verbindung, in der sie sich gegenseitig beeinflussen und einander brauchen. Dieser Teil des Erkennens wird kinaesthetischer oder sensumotorischer Gestaltkreis genannt. Will ich etwa das Gewicht einer Holzkugel in der Hand abschätzen, so bewege ich die Hand ein wenig auf und ab, um ein Gefühl für das Gewicht zu bekommen. Wahrnehmen benötigt die Bewegung. Andersherum benötigt auch Bewegen die Wahrnehmung, etwa wenn der Fuß ertastet, wie der Boden beschaffen ist, auf dem ich laufe. Bewegen ist nur durch Mitwirkung der Sinne möglich und die Sinne sind abhängig von der Bewegung.

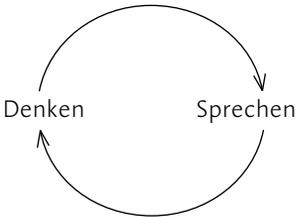
Wahrnehmen ist ein aktiver Prozess. Es ist zunächst die biologische Leistung, aus der Fülle möglicher äußerer (oder innerer) Ereignisse alles auszuschließen, was nicht interessiert, und nur das aktuell Wichtige einzuschließen. Patientinnen gelingt es gelegentlich nicht, sich etwa auf die Wahrnehmung der Atembewegung zu konzentrieren, sie hören alle Umgebungsgeräusche und werden immer unruhiger, statt zur Ruhe zu kommen. Ihnen fehlt die Möglichkeit, die Wahrnehmung aktiv zu fokussieren. In der Therapie geht es darum, den biografischen Hintergrund dafür zu entdecken. Das kann etwa eine Erfahrung aus der Kindheit sein, in der das Kind immer wachsam sein musste, ob der Vater betrunken nach Hause kam und dann gewalttätig wurde. Dann war es wichtig, alle Aufmerksamkeit nach außen zu lenken, um die Angst vor der Gefahr zu bewältigen. Mit zunehmender Sicherheit in der Therapie kann diese Patientin die korrigierende emotionale und körperliche Erfahrung machen, sich anzuvertrauen und die Wahrnehmung auf andere Vorgänge zu richten, anstatt nach möglicher drohender Gefahr zu lauschen. Jede Auswahl des Wahrnehmens und Bewegens ist somit eine subjektive Entscheidung der handelnden Person. Darüber hinaus kann ich in jeder Bewegung bewusst auf die Qualität des Bewegungserlebnisses fokussieren. Diese bewusste Wahrnehmung und die bewusste Bewegung führen dann zum Prozess von Verstehen und Begreifen.

**1. Kinaesthetischer Gestaltkreis**



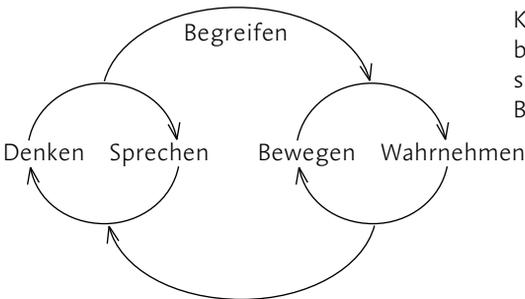
Wahrnehmen und Bewegen sind in einem „Gestaltkreis“ miteinander verbunden und wirken zusammen in übergreifenden biologischen Leistungen (v. Weizsäcker 1940).

**2. Verbaler Gestaltkreis**



Aus der Vorstufe der sensumotorischen Intelligenz entwickeln sich begriffliches Denken und Sprechen, die ebenfalls gestaltkreisartig miteinander verbunden sind (Piaget 1947).

**3. Gestaltkreis des Begreifens**

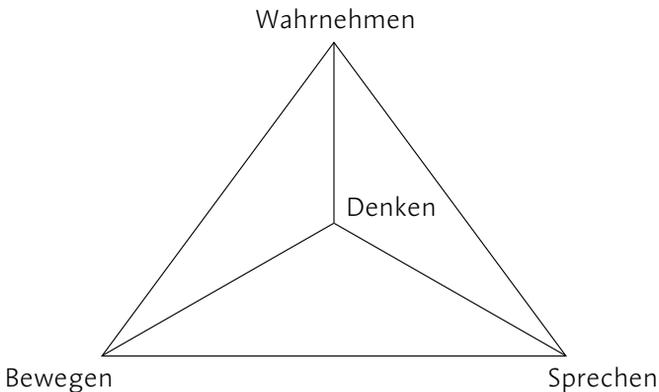


Kinaesthetischer und verbaler Gestaltkreis ergänzen sich zum Gestaltkreis des Begreifens (Stolze 1972).

**Abbildung z:** Der Gestaltkreis: kinaesthetischer Gestaltkreis, verbaler Gestaltkreis, Gestaltkreis des Begreifens (nach Stolze 2005, S. 83)

Aus dem sensumotorischen Gestaltkreis entwickeln sich Sprechen und Denken. Stolze (2005) bezieht sich hier auf Piaget (1947), der die kindliche Entwicklung der Intelligenz untersucht hat. Auf der Vorstufe der sensumotorischen Intelligenz aufbauend entwickeln sich beim Kind begriffliches Denken und Sprechen in gegenseitiger Abhängigkeit voneinander. Denken und Sprechen sind in dem „verbalen Gestaltkreis“ verbunden. Stolzes Verdienst war es, die beiden Gestaltkreise zum Tetraeder des Begreifens zu verbinden.

„In der räumlichen Anordnung eines Tetraeders wird das Ineinandergreifen der vier Funktionen anschaulich. Jede steht mit jeder in Verbindung und die Verbindungen bilden als Gestalt das Erleben als Ganzes ab. So kann anschaulich gemacht werden, wie ich an jeder „Ecke“ mit der Therapie ansetzen und sie über jede andere Ecke weiterführen kann, also z. B. vom Wahrnehmen über das Bewegen zum Sprechen (Beschreiben) und (Nach-)Denken, oder vom (Be-)Sprechen über das Bewegen zum Wahrnehmen und Denken, usw.“ (Stolze 2005, S. 84)



**Abbildung 3:** Tetraeder des Begreifens (nach Stolze 2005, S. 85)

Begreifen in diesem Sinne meint also ein ganzheitliches Geschehen, das die vier Funktionen Wahrnehmen, Handeln, Denken und Sprechen einbezieht. Die Idealfigur des Tetraeders mit gleichen Seitenlängen liefert ein Modell für einen Menschen mit gleichmäßig ausgeprägten Funktionen. Verzerrungen des Tetraeders können somit eingeschränkte Funktionen wiedergeben. Stolze bezeichnet das Begreifen auch als ein Ordnen,

„ein (Ein-)Ordnen, Bedeutung- und Sinn-Geben, und schließlich auch ein ‚Verankern‘ dieses so Geordneten, Bedeuteten in uns. Ein solches Begreifen ist das Ziel einer jeden Psychotherapie – jedenfalls wie ich sie verstehe“ (Stolze 2005, S. 86).

Diese ganzheitliche Art des Begreifens in der KBT wird von Patienten oft als „Aha-Erlebnis“ oder leibhaftige Erkenntnis geschildert, die intensiver und eindrücklicher als reines Nachdenken ist. Vor diesem Hintergrund versteht sich die KBT als Psychotherapie, die Wahrnehmen und Bewegen als Mittel zum Begreifen und damit zu verändertem Erleben und Verhalten

nutzt. Da Wahrnehmen und Bewegen körperlich oder leiblich fundiert sind, versteht sich die KBT auch als Leib- oder Körperpsychotherapie.

### 3.2 Leib und Körper

Die Leibphilosophie befasst sich mit der Polarität von „einen Körper haben“ und „ein Leib sein“ (Merleau-Ponty 1966). Joachim Küchenhoff (2012) entwickelt ein leibbasiertes psychoanalytisches Verständnis. Thomas Fuchs (2008) verbindet die Leibphilosophie mit der neurobiologischen Theorie des Gedächtnisses nach Eric Kandel (2006).

In der deutschen Sprache gibt es die Unterscheidung zwischen Leib und Körper. Das Wort „Leib“ hat etymologisch dieselbe sprachliche Wurzel wie das Wort Leben (Kluge, 1989). Die alte Bedeutung von „Leib“ meint die ganze Person: Körper, Geist und Seele sind eingeschlossen. Das Wort Leib findet sich im Sprachgebrauch noch in Leibspeise, Leibscherzen, Leibarzt oder sich etwas vom Leibe halten. Damit ist jeweils mehr gemeint als der Körper, es ist der Mensch in Anerkennung seiner lebendigen Existenz. Leibhaftige Begegnung findet in der prallen Fülle der leiblichen Existenz – nicht nur in einer geistigen Welt – statt.

Das Wort „Körper“ ist nach Kluge (1989) entlehnt aus dem Lateinischen „corpus“ und ersetzte das ältere Wort „Leiche“, was nordisch Körper, Fleisch oder Leiche bedeutete und dessen Bedeutung sich zur heutigen des toten Körpers verengt hat. Körper meint das Physische, das Materielle des Menschen.

Das Wort „leibhaftig“ betont in besonders starker Weise das lebendige Menschliche. „Der Leibhaftige“ ist im alten Sprachgebrauch eine Umschreibung für den Teufel. Die Assoziation „Leib = Teufel“ passt zu einer christlichen Strömung von Leib- (und Frauen)feindlichkeit, die über lange Jahrhunderte wirksam war.

Der Begriff „Körper“ meint den Teil von mir, den ich von außen betrachten, objektivieren, messen und wiegen kann, meinen Körper *habe ich*. Dagegen betont der Begriff „Leib“ das Subjektive, meine Empfindungen, meine Lebendigkeit, mein Leib *bin ich* (Dürckheim 1982). Philosophisch verbirgt sich hinter dieser Begriffsklärung das uralte Leib-Seele-Problem, die Frage nach der Seinsweise von Leib und Seele, von Materie und Geist, schon von Schopenhauer als „Weltknoten“ bezeichnet. Für den therapeutischen Ansatz der KBT weist Cserny (1989) auf die Beschreibung des Leib-Seele-Problems bei dem Philosophen Gabriel Marcel hin: