Evelyn Schmidt

2. Auflage

Konzentrative Bewegungstherapie

Grundlagen und störungsspezifische Anwendung

Schattauer

Evelyn Schmidt

Konzentrative Bewegungstherapie

2. Auflage

This page intentionally left blank

Konzentrative Bewegungstherapie

Grundlagen und störungsspezifische Anwendung

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Herausgegeben von **Evelyn Schmidt**

Mit Beiträgen von Barbara Bayerl, Waltraut Betker, Elvira Braun, Christine Breitenborn, Anemone Carl, Katrin Damhorst, Margit Eberl, Brigitte Eulenpesch, Anita M. Franz, Nina Freudenberg, Kathinka Kintrup, Birgit Kluck-Puttendörfer, Ulrike Kühnel, Heidi Lechler, Christine Möller, Marina Müller, Degenhard Offergeld, Christa Paluselli-Mortier, Andrea Plank-Matias, Clara Scheepers-Assmus, Evelyn Schmidt, Ulrike Schmitz, Karin Schreiber-Willnow, Renate Schwarze, Maria Stippler-Korp und Helmuth Stolze

Mit 21 Abbildungen
und 5 Tabellen

Schattauer

Dipl.-Päd. Evelyn Schmidt
Berliner Straße 34
53340 Meckenheim
eve.schmidt@t-online.de

Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig! Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback oder direkt über QR-Code.

Hinweis zur Schreibweise
Die Konzentrative Bewegungstherapie wird überwiegend von Frauen ausgeübt, sowohl als Therapeutin wie auch als Patientin. Aus diesem Grund wird im Folgenden die weibliche Form verwendet, wo es um allgemeine Nennungen geht. Wenn also in den Texten überwiegend die weibliche Form benutzt wird, sind doch immer beide Geschlechter gemeint.

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.

Besonderer Hinweis:
Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.
In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.
Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2006, 2016 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany
E-Mail: info@schattauer.de
Internet: www.schattauer.de
Printed in Germany

Projektleitung: Claudia Ganter
Lektorat: Sonja Steinert
Umschlagabbildung: © Ernst Fesseler, mit freundlicher Genehmigung der SINOVA Klinik Ravensburg
Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Kulmbacher Straße 16½, 95445 Bayreuth
Druck und Einband: Westermann Druck Zwickau GmbH, Crimmitschauer Straße 43, 08058 Zwickau

Auch als E-Book erhältlich:
ISBN 978-3-7945-6925-0

ISBN 978-3-7945-3110-3

Vorwort zur 2. Auflage

Die Neuauflage der »Konzentrativen Bewegungstherapie« erforderte eine Überarbeitung der bisherigen Kapitel sowie die Ergänzung durch neue Beiträge. Die KBT hat sich in den vergangenen Jahren weiterentwickelt: Zum einen sind neue Arbeitsfelder hinzugekommen, zum anderen galt es, neue wissenschaftliche Erkenntnisse miteinzubeziehen. Alle Autorinnen und Autoren haben ihre Beiträge aktualisiert. Die theoretischen Grundlagen wurden um zwei Kapitel erweitert. Christa Paluselli-Mortier hat sich mit den Ergebnissen der Neurowissenschaften auseinandergesetzt und sie auf die Wirkungsweise der KBT angewendet. Die Arbeitsgruppe Diagnostik gibt einen Überblick ihrer Bemühungen, angelehnt an die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) eine KBT-spezifische Eingangsdiagnostik zu entwickeln. Im Bereich der Behandlung spezifischer Krankheitsbilder berichtet Clara Scheepers-Assmus über die Arbeit mit depressiven Patienten. Marina Müller und Andrea Plank-Matias beschreiben ihre Arbeit mit früh traumatisierten Kindern und die daraus entwickelte Behandlungsform.

Als Herausgeberin danke ich allen Autorinnen und Autoren für die Bereitschaft, ihre Erkenntnisse zur Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen und dabei entweder einen komplett neuen Beitrag zu verfassen oder die bisherigen Artikel durchzusehen und auf den neuesten Stand zu bringen. Dem Verlag danke ich für die Ermöglichung dieses Projekts und den Lektorinnen Frau Ganter und Frau Steinert für die Durchsicht und das engagierte Mitdenken.

Meckenheim,
im Dezember 2015 **Evelyn Schmidt**

Vorwort zur 1. Auflage

Die Konzentrative Bewegungstherapie ist ein seit vielen Jahren anerkanntes leiborientiertes psychotherapeutisches Verfahren. Ausgehend von aufmerksamem Wahrnehmen und Bewegen können Erlebens- und Verhaltensmuster deutlich werden. Emotionale Erfahrungen und Erinnerungen, die mit dem leiblichen Ausdrucksgeschehen verbunden sind, werden durch das konzentrative Spüren angeregt und dadurch der bewussten Reflexion zugänglich. Das Verfahren hat seine Wurzeln in frühen körperorientierten Ansätzen der Psychotherapie etwa bei Groddeck, Heyer und Heyer-Grote sowie in der mit dem Namen von Elsa Gindler verbundenen Gymnastikarbeit. Durch Gertrud Heller, eine Schülerin Gindlers, lernte Helmuth Stolze den Wert der Spür- und Bewegungsarbeit kennen. Er verband die damals noch neuen Erfahrungen mit Haltung, Bewegung, Atem und spielerischer Gestaltung von Interaktionen mit seinem psychotherapeutischen Wissen und gab der Methode ihren Namen: *Konzentrative Bewegungstherapie* (KBT). Ab 1959 stellte er sie zunächst mit Gertrud Heller, dann mit Miriam Goldberg bei den Lindauer Psychotherapietagen vor. Seither hat sich die Methode durch vielfältige therapeutische Erfahrungen mit unterschiedlichen Gruppen als Selbsterfahrungsmöglichkeit für Gesunde und körperorientierte Behandlung für Patienten entwickelt. Das Engagement von Ursula Kost, deren besonderes Anliegen es war, die Methode der Konzentrativen Bewegungstherapie lehr- und lernbar zu machen, führte 1977 zur Gründung des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT). In kollegialem Austausch und Diskussionen entstand eine Weiterbildungsordnung, die in den folgenden Jahren kontinuierlich weiterentwickelt wurde. Dies war immer ein gemeinsames Werk, in das unterschiedliche persönliche und theoretische Sichtweisen einflossen. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass im DAKBT die unterschiedlichen Berufsgruppen eine gemeinsame Ausbildung durchlaufen. Krankengymnastinnen, Ärzte, Psychologinnen, Pädagogen, Krankenschwestern, Ergotherapeutinnen und Theologinnen u. a. wenden die Konzentrative Bewegungstherapie in ihren jeweiligen Berufsfeldern an. Gleichzeitig ist aber auch ein eigenes Berufsbild entstanden. Konzentrative Bewegungstherapie ist in vielen Fachkrankenhäusern und Rehabilitationkliniken für psychische und psychosomatische Erkrankungen ein anerkannter und integrierter Behandlungsbestandteil, der von ausgebildeten Therapeutinnen für Konzentrative Bewegungstherapie durchgeführt wird.

Die Lehrbeauftragten im DAKBT sind zuständig für die Durchführung der Weiterbildung und die Weiterentwicklung und Anpassung der Ausbildungsordnung an neue therapeutische Anforderungen und theoretische Erkenntnisse. Sie begannen im Herbst 1995 mit der Ausarbeitung des aktuellen Ausbildungscurriculums. In einem mehrjährigen Diskussionsprozess verständigten sie sich auf die in der Ausbildung wesentlichen Lehrinhalte. Was sollten zukünftige KBT-Therapeutinnen theoretisch und methodisch wissen, um sich in der Arbeit mit den Patienten zurechtzufinden. In diesem Zusammenhang entstand die Idee, dem seit 2001 gültigen Curriculum ein Lehrbuch folgen zu lassen. Etwa zwanzig Autorinnen und Autoren beteiligten sich an dem gemeinsamen Projekt. Dadurch können viele individuelle Sichtweisen und therapeutische Erfahrungen dargestellt werden; aber auch das allen gemeinsame Spezifische der Konzentrativen Bewegungstherapie wird deutlich. Die Ausführungen zeigen, wie KBT-Therapeutinnen denken, wie sie leib-seelische Phänomene verstehen und wie sie mit Pa-

tientinnen arbeiten. Das vorliegende Buch soll sowohl für die Weiterbildungskandidaten und -kandidatinnen als auch für Interessierte aus anderen therapeutischen Verfahren eine Orientierung und Anregung für die eigene Arbeit mit Patienten sein.

In den einzelnen Kapiteln gibt es eine Fülle von praktischen Beispielen. Das zeigt: KBT entsteht von Fall zu Fall. Es gibt keinen festgelegten Kanon von Übungen, sondern eine Vorgehensweise: achtsames Spüren, Wahrnehmen und Bewegen. Verbunden mit differenzierter Reflexion kann sich die Konzentrative Bewegungstherapie auf sehr unterschiedliche Erfordernisse und Nöte einstellen. Es ist ein Verfahren, das mit einfachen Mitteln arbeitet und sich in der Arbeit mit kranken wie gesunden Menschen immer wieder neu erfindet.

Die Kapitel im ersten Teil widmen sich den für die bewegungstherapeutische Arbeit grundlegenden Denkmodellen. Anemone Carl und ich zeigen, wie sich Bewegungs- und Ausdrucksgeschehen auf dem Hintergrund analytischer und entwicklungspsychologischer Modelle verstehen lässt.

Die Konzentrative Bewegungstherapie ist eine phänomenologische Methode, die das therapeutische Geschehen, wie es sich unmittelbar in Ausdruck, Bewegung, Haltung und Verhalten zeigt, durch eine genaue Beschreibung zu erfassen sucht. Von da aus lassen sich dann Bezüge zur Lebenssituation oder Biografie herstellen, Bewegungen und Szenen erhalten symbolische Bedeutung. Helmuth Stolze entwickelte in einer seiner letzten Schriften exemplarisch die Zusammenhänge. Der im Dezember 2004 verstorbene Pionier der KBT kann die Veröffentlichung leider nicht mehr erleben.

Noch neu ist die Beschäftigung von KBT-Therapeutinnen mit den Neurowissenschaften, die unser Verständnis von Psychotherapie durch neue Aspekte beeinflussen wird. Eine Einschätzung des aktuellen Kenntnisstands und seiner Bedeutung für die Psychotherapie übernahm Ralph Blunk.

Die empirische Überprüfung und Erforschung der Arbeitsweise der KBT ist seit vielen Jahren ein Anliegen der Forschungsgruppe im DAKBT. Karin Schreiber-Willnow versteht Forschung als notwendige begleitende Reflexion der Arbeit und stellt dar, wie die therapeutische Arbeit durch die Forschung bereichert werden kann.

Die Methode der KBT lässt sich sicher am ehesten am eigenen Leib erfahren. Von daher enthält die Ausbildung einen hohen Anteil an Selbsterfahrung. Diese Erfahrungen sind individuell und an den je besonderen Moment der Erfahrung gebunden. Gleichwohl lassen sich die wichtigsten methodischen Elemente wie die Arbeit mit Haltung und Bewegung, Berührung, Sinneswahrnehmung, Umgang mit Gegenständen, Spiel, Umgang mit Raum und Zeit zusammenfassend beschreiben und die Möglichkeiten ihres Einsatzes in bestimmten therapeutischen Situationen reflektieren. Einen Überblick über die methodischen Grundelemente geben die Autorinnen: Waltraut Betker, Barbara Bayerl, Christine Möller, Brigitte Eulenpesch, Ulrike Schmitz, Katrin Damhorst, Heidi Lechler und Renate Schwarze.

Das Hauptanliegen des Buches ist die Beschreibung und Reflexion der therapeutischen Arbeit. Viele Kolleginnen und Kollegen arbeiten in psychosomatischen Kliniken und in psychiatrischen Einrichtungen. In ihren Praxen behandeln sie oft Menschen mit strukturellen Störungen und/oder psychosomatischen Erkrankungen.

Renate Schwarze und Anemone Carl schildern das Vorgehen in der Einzel- und Gruppenbehandlung.

Anschließend werden Behandlungswege bei verschiedenen Krankheitsbildern vorgestellt. Die KBT hat sich bei der Behandlung unterschiedlicher Erkrankungen bewährt. Sie ist vor allem für Patienten hilfreich, bei denen der Bezug zum Selbst und zum anderen eingeschränkt ist, die Schwierigkeiten beim Umgang mit ihren Gefühlen und der eigenen Leiblichkeit haben. Die Autorinnen beschreiben in ihren Kapiteln zunächst die leib-seelischen Phänomene, die sich in der Behandlung zeigen, die leibliche Verfassung, den Zugang zu eigenen Gefühlen und

Leiberleben, die Beziehungsgestaltung ihrer Patientinnen und Patienten. Sie erläutern dann ihre theoretischen Überlegungen. Dabei benutzen sie vor allem psychoanalytische Modelle der psychischen Dynamik, der Entwicklung und des Verständnisses der therapeutischen Beziehung und der Krankheitslehre, aber auch Erkenntnisse aus den jeweiligen Fachgebieten. Anschließend schildern sie detailliert und anhand von vielen Fallbeispielen und Behandlungssequenzen ihr Vorgehen. Elvira Braun, Christine Breitenborn, Birgit Kluck-Puttendörfer, Heidi Lechler, Ulrike Schmitz, Barbara Bayerl, Brigitte Eulenpesch und Anita Franz geben diesen aufschlussreichen Einblick in die Arbeitsweise der KBT in der therapeutischen Praxis. Margit Eberl zeigt, wie die Methode der KBT wirkungsvoll in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden kann. Die supervisorische Arbeit mit KBT in therapeutischen Zusammenhängen stellt Anita Franz vor.

KBT wird nicht nur in der Psychotherapie eingesetzt; sie bereichert auch Beratungen und Ausbildungssituationen. Degenhard Offergeld zeigt, wie KBT als Selbsterfahrung in der pädagogischen Ausbildung genutzt wird.

Als Herausgeberin hatte ich die Aufgabe, das gemeinsame Buchprojekt zu koordinieren. Ich bedanke mich bei allen beteiligten Autorinnen und Autoren für ihre Bereitschaft, ihre in langjähriger Praxis gesammelten Erfahrungen zu beschreiben und einem interessierten Publikum zur Verfügung zu stellen. Ich danke ebenso den im Hintergrund mitwirkenden Kolleginnen für Rat und Ermutigung und dem Vorstand des DAKBT, der das Projekt unterstützt hat, Frank Damhorst, Linda Leopold-Lackner und besonders Anke Dalhoff für ihre guten Ideen im richtigen Moment.

Meckenheim,
im Februar 2006 **Evelyn Schmidt**

Anschriften der Autoren

Dipl.-Psych. Barbara Bayerl
Klosterheiderweg 5a
13467 Berlin
barbarabayerl@aol.com

Waltraut Betker
Jörg-Ratgeb-Straße 23
75173 Pforzheim
betker_ergotherapie@web.de

Elvira Braun
Lerchenbergweg 2
69198 Schriesheim
elvira.braun@web.de

Christine Breitenborn
Erzgießereistraße 24
80335 München
praxis@breitenborn-kbt.de

Dipl.-Päd. Anemone Carl
Johann-Mohr-Weg 5
22763 Hamburg
anemonecarl@t-online.de

Katrin Damhorst
Walhallastraße 72
32108 Bad Salzuflen
katrindamhorst@googlemail.com

Mag. phil. Mag. rer. nat. Margit Eberl
Severingasse 17/8
1090 Wien, Österreich
eberl.margit@gmx.at

Brigitte Eulenpesch
Hornistengasse 3
89077 Ulm
kbteulen@web.de

Anita M. Franz
Egensbach 507
91238 Offenhausen
anita.m.franz@freenet.de

Nina Freudenberg
Maria-Menz-Straße 15
88339 Bad Waldsee
ninafreudenberg@gmx.de

Kathinka Kintrup
Kurfürstenstraße 3
76137 Karlsruhe
kintrup@kbt-karlsruhe.de

Birgit Kluck-Puttendörfer
Schierenbergstraße 47
72250 Freudenstadt
birgit.kluck_puttendoerfer@web.de

Ulrike Kühnel
Moosweg 20
83209 Prien am Chiemsee
ulrike.kuehnel@gmx.de

Dipl.-Soz.päd. Heidi Lechler
Drachenrebenweg 1b
76275 Ettlingen
heidi.lechler@web.de

Dipl.-Psych. Christine Möller
Fasanenstraße 44
10719 Berlin
cmoeller.c@web.de

Dr. rer. pol. Dipl.-Soz.ök. Marina Müller
Marktplatz 5
86637 Wertingen
m.mueller.kbt@maxi-dsl.de

Dr. theol. Degenhard Offergeld
Hochstallerweg 15
86316 Friedberg
d.offergeld@VR-web.de

Mag. Christa Paluselli-Mortier
Membergerstraße 9/2
5020 Salzburg, Österreich
christa.paluselli@gmail.com

Andrea Plank-Matias
Bahnhofplatz 8
82131 Gauting
a.plankmatias@praxisambahnhofplatz.de

Clara Scheepers-Assmus
Abtsweg 13
69198 Schriesheim
clara.scheepers@t-online.de

Dipl.-Päd. Evelyn Schmidt
Berliner Straße 34
53340 Meckenheim
eve.schmidt@t-online.de

Ulrike Schmitz
Kühnertsgasse 24
90402 Nürnberg
kbt@schmitz-praxis.de

Dr. rer. medic. Dipl.-Math.
Karin Schreiber-Willnow
Hochwinkel 56
51069 Köln
schreibwil@netcologne.de

Renate Schwarze
Maria-Theresia-Straße 1
81675 München
renate.schwarze@mnet-online.de

Dr. phil Maria Stippler-Korp
Eduard-Wallnöfer-Platz 1
6410 Telfs, Österreich
psychotherapie@telfs.com

Inhalt

I Theoretische Orientierung

1 Zur Bedeutung des Körperbildes 3
Evelyn Schmidt

1.1 Begrifflichkeit und historische Entwicklung 3
1.2 Das Körperbild in der frühkindlichen Entwicklung 6
1.3 Körperbildphänomene in der KBT-Arbeit 8
1.4 Zusammenfassung 19

2 Symbol – Symbolik – Symbolisieren 21
Helmuth Stolze †

3 Entwicklungstheoretische Modelle 27
Anemone Carl

3.1 Bedeutung der Entwicklungstheorie für die KBT 27
3.2 Entwicklungstheorien 28
3.3 Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die KBT 40

4 Auswirkungen der KBT auf neuronale Strukturen 43
Christa Paluselli-Mortier

4.1 Implizites Gedächtnis und Psychotherapie 43
4.2 Wirkung der konzentrativen Vorgehensweise 45
4.3 Bewegungen 47
4.4 Wahrnehmung 48
4.5 Phänomen und Spiegelneuronen 49
4.6 Ermöglichung von Erfahrungen durch KBT-Angebote 51
4.7 Nachhaltige Veränderung durch Rückbindung 54
4.8 Zusammenfassung 55

5 Empirische Forschung 57
Karin Schreiber-Willnow

5.1 Wozu braucht die KBT wissenschaftliche Reflexion? 57
5.2 Was ist ein Zu-sich-Kommen, ein Still-Werden, ein Zur-Ruhe-Kommen? 57
5.3 Wie zeigt sich das Anspüren des Körpers im EEG und in den Eigenreflexen? 58
5.4 Werden KBT- und analytische Selbsterfahrungsgruppen unterschiedlich erlebt? 59
5.5 Welche gruppendynamischen Prozesse finden in kombinierten Gruppen statt? 60
5.6 Welche Wirkfaktoren kommen in der Gruppentherapie mit KBT zum Tragen? 62
5.7 Welchen längerfristigen Nutzen haben Teilnehmerinnen von einer KBT-Selbsterfahrungsgruppe? 65

5.8 Verbessert sich das Körper- und Selbsterleben im Laufe der stationären Behandlung mit KBT? 66
5.9 Welche Patientinnen profitieren besonders von der KBT? 67
5.10 Wie lassen sich Veränderungen im Behandlungsprozess mit KBT diagnostisch erfassen? 68
5.11 Welche neuen Erkenntnisse gibt es in der empirischen Forschung zur KBT und welche Entwicklungen zeichnen sich ab? 70

6 Diagnostik in der KBT 73
Clara Scheepers-Assmus, Kathinka Kintrup, Brigitte Eulenpesch, Nina Freudenberg, Ulrike Kühnel und Maria Stippler-Korp

6.1 Zur Entstehung 73
6.2 KBT-Diagnostik 74

II Methode

7 Bewegung und Ausdruck 83
Waltraut Betker

8 Sprechen und Handeln 88
Waltraut Betker

9 Arbeitsweisen in der Therapie 92
9.1 Konzentratives Spüren und Bewegen 92
Evelyn Schmidt
9.2 Körperliche Selbsterfahrung 94
Barbara Bayerl und Christine Möller
9.3 Gegenstände 98
Brigitte Eulenpesch
9.4 Raum und Zeit 101
Ulrike Schmitz
9.5 Sinneswahrnehmung 104
Katrin Damhorst
9.6 Spiel 110
Heidi Lechler
9.7 Berührung 112
Renate Schwarze

III Behandlungsformen

10 Einzeltherapie 121
Renate Schwarze

10.1 Beratung – Kurzzeittherapie – Langzeittherapie 121
10.2 Der Anfang 125
10.3 Die mittlere Therapiephase: Regression – Progression – Aggression 133
10.4 Trennungsphase und Abschied 137
10.5 Die therapeutische Beziehung 139
10.6 Der Körperdialog in der KBT 144
10.7 KBT ist immer anders 148

11 Gruppentherapie 150
Anemone Carl

11.1 Einleitung: Am Anfang war die Gruppe 150
11.2 Entwicklungsphasen einer Gruppe 151
11.3 Wirkfaktoren in einer Gruppe 155

11.4 Beginn, Aufbau und Beendigung einer Gruppe 157
11.5 Aufgaben und Funktionen der Gruppenleiterin 159
11.6 Gruppenkrisen 160
11.7 Unterschiedliche Gruppenarten 162
11.8 Abschließende Überlegungen 163

IV Behandlung bei spezifischen Krankheitsbildern

12 Psychosomatische Erkrankungen 167
Elvira Braun

12.1 Charakterisierung der Erkrankungen 167
12.2 Praxis der KBT im Rahmen einer psychosomatischen Klinik 176
12.3 Rahmenbedingungen der KBT im stationären Setting 187

13 Chronischer Schmerz 191
Christine Breitenborn

13.1 Einleitung: Jeder Mensch kennt Schmerzen 191
13.2 Zur Theorie der chronischen Schmerzerkrankung 191
13.3 Hypothesen zur Funktionalität des Schmerzes und zum Chronifizierungsprozess 195
13.4 KBT-relevante Aspekte der Schmerzbehandlung 198
13.5 Der Behandlungsprozess 200
13.6 Zusammenfassende Überlegungen zur Gestaltung von KBT-Angeboten 202

14 Psychogene Essstörungen 208
Birgit Kluck-Puttendörfer

14.1 Allgemeines zu Essstörungen 208
14.2 Phänomenologie der Essstörungen (am Beispiel der Anorexia nervosa) 208
14.3 Die Psychodynamik der Essstörungen und die psychodynamische Funktion der Symptomatik 212
14.4 Behandlung von Essstörungen mit KBT 217
14.5 Zusammenfassung und abschließende Bemerkungen 229

15 Angststörungen 231
Heidi Lechler

15.1 Ganzheitliches Behandlungskonzept mit der KBT bei Menschen mit Angststörungen 232
15.2 Beispiel einer Patientin mit einer Panikstörung (ICD-10: F 41.0) 237
15.3 Konflikte und Entwicklungsstörungen bei Menschen mit Angst und depressiver Störung, gemischt (ICD-10: F 41.2) 241
15.4 Zusammenfassung 244

16 Depression 245
Clara Scheepers-Assmus

16.1 Erscheinungsbilder depressiver Erkrankungen 245
16.2 Psychodynamik des depressiven Grundkonflikts 246
16.3 Körperselbst und Körperphänomene 248
16.4 Therapeutische Ziele und Grundhaltung 251

16.5 Diagnostik und Behandlungsansätze 252
16.6 Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess 259

17 Traumata 261
Ulrike Schmitz

17.1 Grundvoraussetzungen für die Traumatherapie 261
17.2 Spezifische Anforderungen an die einzelnen Therapiephasen 262
17.3 Zusammenfassung 267

18 Psychiatrische Erkrankungen – Beispiel Schizophrenie 271
Barbara Bayerl

18.1 Zur Phänomenologie der schizophrenen Erkrankung 271
18.2 Zur Behandlung der schizophrenen Erkrankung 277

19 Suchterkrankungen 286
Brigitte Eulenpesch

19.1 Definition der Sucht 286
19.2 Ursachen 286
19.3 KBT mit Suchtkranken 287
19.4 KBT bei verschiedenen Störungsformen 292
19.5 Indikationsspezifische Themen im Therapieprozess 294

20 Borderline-Persönlichkeitsstörung 296
Anita M. Franz

20.1 Allgemeines Krankheitsbild 296
20.2 Phänomenologie der Borderline-Patienten in der KBT 297
20.3 Behandlung 302

V Behandlung von Kindern und Jugendlichen

21 Kinder- und Jugendlichentherapie 313
Margit Eberl

21.1 Einleitung 313
21.2 Störungsbilder 313
21.3 Das Spiel als Basis der KBT mit Kindern und Jugendlichen 314
21.4 Erstgespräch 317
21.5 Setting 320
21.6 Das Angebot 322
21.7 Der Umgang mit dem Symbol 325
21.8 Die Gegenübertragung 327
21.9 Die therapeutische Beziehung 327
21.10 Die Sprache 328
21.11 Bedeutung der Gruppentherapie 328
21.12 Zusammenfassung 331

22 Traumatisierung und Frühstörungen bei Kindern 332
Marina Müller und Andrea Plank-Matias

22.1 Phänomenologie 332
22.2 Sicherheit, Schutz und Bindung 336
22.3 Therapieziele 343
22.4 Grundbausteine der Arbeit 348
22.5 Zusammenfassung 353

VI Beratung und Ausbildung

23 Universitäre Ausbildung 357
Degenhard Offergeld

23.1 Pädagogisch-psychologisches Praxisseminar mit Methoden der KBT 357
23.2 Stellenwert der Selbsterfahrung im Rahmen der universitären Ausbildung 357
23.3 Sozial-kommunikative Kompetenz als Ziel des KBT-Selbsterfahrungsseminars 358
23.4 Die Beziehungsfähigkeit des Menschen als Inhalt des KBT-Selbsterfahrungsseminars 360
23.5 KBT-spezifische Themenbereiche 360
23.6 Persönlichkeitsentwicklung durch symbolische Wahrnehmung 365
23.7 Identitäts- und Sinnerfahrung durch das Spiel 366
23.8 Die spirituell-ethische Dimension des universitären KBT-Selbsterfahrungsseminars 367
23.9 Was nehmen Studierende aus dem KBT-Seminar mit? 368

24 Supervision 370
Anita M. Franz

24.1 Definition 370
24.2 Zielsetzung 370
24.3 Theorie und Methode 370

Sachverzeichnis 381

This page intentionally left blank

I Theoretische Orientierung

This page intentionally left blank

1 Zur Bedeutung des Körperbildes

Evelyn Schmidt

1.1 Begrifflichkeit und historische Entwicklung

Einführung

Wir beziehen uns in der therapeutischen Arbeit auf das Körperbild eines Menschen im Sinne eines inneren Bildes, das er von seinem Körper hat. Tatsächlich gibt es kein festes im Gehirn abgespeichertes Bild, vielmehr ist das Körperbild zunächst ein theoretisches Konstrukt, ein Begriff, und ebenso wie das Ich nicht unmittelbar zu beobachten.

Zu den Begriffen Körperbild, Körperschema, Körper-Selbst und Körpererfahrung gibt es eine Fülle wissenschaftlicher Literatur aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Richtungen. Neurophysiologie, Kognitionspsychologie sowie die unterschiedlichen psychoanalytischen Schulen haben zur Forschung und theoretischen Begriffsbildung beigetragen.

Grundsätzlich geht es um die Frage, wie Körperlichkeit physiologisch und psychologisch repräsentiert ist. Wie können wir uns in unserer Umwelt zurechtfinden? Haben wir ein konstantes Bild von uns? Wo ist es im Gehirn lokalisiert? Wie erleben Kinder ihren Körper? Welche Funktion hat das Körperbild hinsichtlich unseres Verhaltens, unserer Persönlichkeit und unserer Beziehungsgestaltung? Ist es unbewusst oder in Teilen dem Bewusstsein zugänglich? Wie wirken sich seelische Konflikte im Körperbild aus?

Die vielfältigen Fragen und Forschungsbemühungen führten teilweise zu einer Begriffsverwirrung. Ich will hier einige der wichtigsten Ansätze skizzieren.

Anfänge der Forschung

Die Körperschemaforschung geht bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts zurück. Die beginnende neurophysiologische Forschung beschäftigte sich mit dem Phänomen des Phantomglieds und gelangte darüber zu der Annahme von Schemata, die unabhängig von der aktuellen Körpererfahrung im Gehirn vorhanden sind (kortikale Repräsentation). Head (1920) kam zu dem Ergebnis, dass wir uns mithilfe solcher Schemata am eigenen Körper orientieren und dass uns dies die Bewegung in unserer Umwelt gestattet. Wir können gehen, ohne uns über den Bewegungsablauf bewusst zu sein; wir gehen durch eine Tür, ohne unsere Größe zu berechnen. Head unterschied zwischen einem Haltungs- und einem Oberflächenschema, das alle aus der Bewegung (kinästhetisch) oder Berührung (taktil) stammenden Reize aufnimmt und, indem es sie mit dem vorhandenen Schema vergleicht, einordnet. Für Head ist das Körperschema eine autonome Funktion des Zentralnervensystems, die bereits in frühen Entwicklungsphasen angelegt ist, die autonom reift, sich aber mit den zunehmend vielfältigen Handlungs- und Bewegungserfahrungen im Laufe der Entwicklung ausdifferenziert.

Das funktionierende Körperschema ermöglicht uns unsere Bewegung zielgerichtet zu steuern, ohne anzustoßen durch einen Türrahmen zu gehen, einen Ball zu fangen, zu balancieren, Teile des eigenen Körpers zu lokalisieren, rechts und links zu unterscheiden, uns im Raum zu orientieren.

Die Ausbildung und Schulung des Körperschemas spielt bei der Frühförderung und im Sport eine große Rolle. Durch Anregung und Wiederholung von Bewegungserfahrungen werden die

Orientierung am Körper und mit Gegenständen sowie der Raum-Umgebungs-Bezug verbessert. Dies kann dann auch psychologische Auswirkungen haben wie etwa eine größere Selbstsicherheit. Von Störungen des Körperschemas spricht man vorwiegend in der klinischen Neurologie.

Psychoanalytische Konzepte

Der Psychoanalytiker Paul Schilder knüpft an die Überlegungen Heads an und verbindet sie weiter mit psychoanalytischen Erkenntnissen. Er spricht dann vom »body-image«, was auch unbewusste Vorstellungen vom Körper mit einbezieht.

»Das Bild des menschlichen Körpers bedeutet die psychische Repräsentanz unseres Körpers, die wir in unserer Vorstellung formen [...] Das Körperschema ist das dreidimensionale Bild, das jeder von sich selber hat. Wir können es auch Körperbild (body-image) nennen.« (Schilder 1950)

Diese Definition trug einiges zur begrifflichen Verwirrung bei, allerdings muss man sehen, dass Schilder hier konsequent psycho-somatisch denkt. Für ihn greifen physiologische und psychische Prozesse ineinander, die Trennung in einen organischen und einen psychischen Bereich ist für ihn künstlich.

»Wir sollten aber nicht vergessen, dass die reinen psychischen Prozesse gleichzeitig auch organische Prozesse von spezifischem Charakter und Komplexitätsgrad sind. Es gibt keine psychischen Prozesse, in die nicht Gehirnmechanismen involviert sind.« (Schilder 1950)

Körperbildphänomene sind nach Schilder wie in einem Schichtenmodell auf mehreren Ebenen organisiert, wobei die unterste Ebene rein physiologisch im Sinne Heads zu verstehen ist, die obere Ebene den psychischen Prozessen entspricht. Die Prozesse auf diesen Ebenen stehen untereinander in Verbindung, beeinflussen und bedingen sich wechselseitig. Das Körperbild entwickelt sich in dieser Konzeption in der Erfahrung, die der Einzelne im kommunikativen Austausch mit seiner Umwelt macht. Es ist dynamisch, also keine konstante Größe, und wird immer wieder neu gebildet und strukturiert.

»Das Körperbild ist [...] niemals eine vollständige Struktur, es ist niemals statisch: Es gibt immer Zerfallstendenzen. Mit den wechselnden physiologischen Situationen des Lebens müssen neue Strukturbildungsprozesse ablaufen, die Lebenssituationen verändern sich laufend.« (Schilder 1950)

Darüber hinaus hat das Körperbild eine eigene libidinöse und emotionale Struktur. Es entwickelt sich in der Lebensgeschichte, wie es die psychoanalytische Entwicklungstheorie beschreibt. Es ist in einen sozialen Kontext eingebunden, das heißt, Einstellungen und Verhalten von Personen der sozialen Umgebung beeinflussen das Körperbild im Sinne eines Lernens am Modell. Projektion und Introjektion verändern das Körperbild, das heißt, wir nehmen Haltungen und Körperbildteile anderer Personen in unser Körperbild auf bzw. wir projizieren Teile des eigenen Körperbildes auf andere Personen und auf unsere Umgebung.

Zusammenfassend kann man sagen, dass für Schilder das Körperbild den Kern der Ich-Entwicklung bildet und damit ein zentraler Begriff für eine psychoanalytische Theorie vom Menschen ist. Es unterliegt den aus der Untersuchung der psychischen Mechanismen bekannten Wirkmodalitäten: Introjektion, Projektion, Verschiebung libidinöser Energie innerhalb des Körperbildes, Abspaltung, Verzerrung. Es kann regredieren bis auf frühe Formen und es kann sich mit dem Entstehen reifer Objektbeziehungen nach Überwindung des Ödipuskomplexes sich in Richtung eines einheitlichen und sicheren Körpererlebens entwickeln.

Begriffliche Ordnung

Mit dem Entstehen der körperorientierten Therapieformen kam erneut Interesse an Körperbildtheorien auf. Man wollte die dort erlebten Phänomene besser verstehen und wissenschaftlich einordnen. Die alten Ansätze bei Head und Schilder wurden wieder aufgegriffen und wei-

terentwickelt. Zu nennen sind hier Joraschky (1986/1995), der dem Körperschema den Begriff »Körper-Selbst« gegenüberstellt, Bischof (1966) spricht vom »Körper-Ich«, Fisher (1970) von »Körper-Bewusstheit«. Hinzu kam eine Fülle empirischer Untersuchungen.

Bielefeld (1986) unternahm dann den Versuch, die Begriffsvielfalt zu ordnen und schlug als Oberbegriff »Körpererfahrung« vor. Dieser umfasst die beiden Teilbereiche Körperschema und Körperbild. Sie beschreiben die wahrnehmungsorientierte und persönlichkeitsorientierte Auseinandersetzung mit dem Körper.

Körpererfahrung verweist *»zunächst auch auf das Wahrnehmen (hier des eigenen Körpers), doch wird dieses Wahrnehmen nicht allein als neurophysiologischer Prozess der Intero- und Exteroceptoren verstanden, vielmehr ist jede Wahrnehmung zugleich auch untrennbar mit Empfindungen (Erlebnisqualitäten), mit Gefühlen der Zustimmung oder Ablehnung, der Freude oder des Ärgers, usw. verbunden.«* (Bielefeld 1986)

Bielefeld schlägt eine klare Trennung der Bereiche Körperbild und Körperschema vor, denen er jeweils besondere Aspekte zuordnet.

- Das **Körperschema** ist der neurophysiologische Teilbereich der Erfahrung, der alle perzeptiv-kognitiven Leistungen bezüglich des eigenen Körpers umfasst. Dazu gehört die Orientierung am eigenen Körper mithilfe der Oberflächen- und Tiefensensibilität und der kinästhetischen Wahrnehmung, das Einschätzen der Größenverhältnisse sowie der räumlichen Ausdehnung des eigenen Körpers und die Kenntnis von Bau und Funktion des eigenen Körpers einschließlich Rechts-Links-Unterscheidung.
- Das **Körperbild** ist der psychologisch-phänomenologische Teilbereich der Körpererfahrung, der alle emotional-affektiven Leistungen bezüglich des eigenen Körpers erfasst. Dazu gehören die psychische Repräsentation des Körpers, das Erleben der Körpergrenzen sowie die mit dem Körper verbundenen Einstellungen und Wertungen.

Durch diese Einteilung wird begriffliche Klarheit geschaffen, die Verständigung bei unterschiedlichen Theoriehintergründen erleichtert. Zudem sind die benannten Einzelaspekte besser der empirischen Forschung zugänglich.

Neuropsychologische Forschung

Auch die Erkenntnisse der neueren neurobiologischen und neuropsychologischen Forschung helfen, Vorstellungen zum Körperschema bzw. Körperbild zu entwickeln. Deneke (2001) beschreibt, wie die Körperoberfläche im somatosensorischen Kortex repräsentiert ist, und zwar in vier Arealen, die jeweils den gesamten Körper so repräsentieren, dass eine Sinnesmodalität dominiert. Propriozeptive Signale aus Muskeln und Gelenken sind in einem Areal kartiert, Signale von der Haut in einem anderen. Sie werden in den anderen Arealen weiterverarbeitet und miteinander verknüpft. Die sensorischen Informationen werden dann mit Informationen aus anderen Kortexgebieten verknüpft und zu einem umfassenden Wahrnehmungseindruck integriert. Dieser Eindruck kann nun vom Gehirn vielfältig weiterbearbeitet werden und etwa mit gespeicherten Informationen und Erinnerungen verbunden werden. **Körpererinnerungen** entsprechen weitgehend Erfahrungen, die im implizit-prozeduralen Gedächtnis gespeichert sind.

»Zu den Inhalten des impliziten Gedächtnissystems gehören nicht nur Sinneswahrnehmungen, sondern ebenfalls Bewegungs- und Verhaltensmuster zusammen mit den gleichzeitig er-lebten Affekten.«

»Früh erworbene Erwartungen und Verhaltensstrategien, wie sie zum Beispiel von der Bindungsforschung beschrieben werden«, gehen ins implizite Gedächtnis ein. *»Sie sind dem Bewusstsein nicht zugänglich und treten nur im Verhalten in Erscheinung. Auch die früh erlebten Affektmuster werden zunächst im implizit-prozeduralen Gedächtnis gespeichert und bilden den sogenannten ›affektiven Kern‹.«* (Köhler 1998/2007)

Aber auch bedeutsame Beziehungsszenen, die im explizit-deklarativen Gedächtnis gespeichert sind, können bei der aktuellen Körperwahrnehmung erinnert werden.
Der Vorgang der aktuellen Körperwahrnehmung erscheint aus der Sicht der neuropsychologischen Forschung als komplexe neuronale Aktivität, die wiederum mit anderen komplexen Hirnleistungen, etwa Gedächtnisleistungen und Gefühlen, verknüpft ist. Dies kann wiederum neuronale Aktivitäten zur Folge haben, die die organismische Reaktion beeinflussen.
Im **Erleben** des Einzelnen treten Empfindungen, organismische Reaktionen, Gefühle und Vorstellungsbilder zusammen. Aus dieser Sicht erscheint das Körperschema als Wahrnehmungsbasis, die mit gespeicherten Informationen, z. B. früheren Erfahrungen, Gefühlen oder Beziehungsszenen zum Körperbild verknüpft wird.
Körperwahrnehmung ist damit vielfältig verknüpft mit Erinnerungen und Fantasien; auf der anderen Seite aber auch mit dem Organismus in seiner stoffwechselregulativen Funktion. (Durchblutung, Ausschüttung von Hormonen). Damit lässt sich das Körperbild auch als vermittelnde Instanz zwischen Organismus und Psyche denken.
Eine klare Unterscheidung zwischen Körperschema und Körperbild lässt sich meines Erachtens aus den neuropsychologischen Theorieansätzen nicht ableiten. Vielmehr scheint sich die Sichtweise Schilders zu bestätigen, die Körperschema und Körperbild als ganzheitlichen und komplexen Prozess beschreibt.

1.2 Das Körperbild in der frühkindlichen Entwicklung

Das Körperbild entwickelt sich in der Interaktion mit den frühen Bezugspersonen in bestimmten Differenzierungs- und Entwicklungsschritten. Dies wird zum einen beeinflusst durch die natürliche Reifung des Kindes, seine zunehmenden sensorischen und motorischen Fähigkeiten, zum anderen durch die Beziehungen, in die das Kind eingebunden ist, und die leiblichen wie verbalen Antworten, die es auf seine leibhaften Äußerungen erhält. Es kann einer fördernden oder hemmenden Umwelt ausgesetzt sein, die Eltern können liebevoll, unterstützend, aber auch gleichgültig, ablehnend oder gewaltsam auf das Kind einwirken. Die psychophysischen Spuren dieser Beziehungen prägen das Körpererleben und bestimmen das Körperbild.
Psychoanalytische Autoren haben vielfach die frühe Entwicklung und die sie begleitende Interaktion und deren Auswirkungen beschrieben. Bereits Freud (1905) beschreibt ja mit seinem triebtheoretischen Konzept der oralen, analen und genitalen Phase frühe Körperbilder.

Margret Mahler

Mahler hat sich ausführlich mit den frühen Selbstbildungsprozessen befasst. Das Körperbild sieht sie als eine eigene Struktur, die sich im Prozess der Subjekt-Objekt-Differenzierung bildet.
»Die Wahrnehmung innerer Vorgänge, etwa die mit dem Füttern und der Reaktion auf Berührung verbundenen, die später durch die Wahrnehmung von Entfernung ergänzt werden, bilden die Grundlagen der seelischen Repräsentation des Körpers als Körperschema. All das konstituiert den Kern des Ichs, des Zentrums, um das sich Erinnerungsspuren, Gefühle und Vorstellungen vom Selbst kristallisieren, strukturieren und organisieren.« (Mahler 1968)
Nach Mahler entstehen noch innerhalb der symbiotischen Matrix durch rhythmische Lust-Unlust-Sequenzen erste »Engrammata« bezüglich des eigenen Körpers. Über die taktile Zuwendung durch die Mutter kann das Kind Aufmerksamkeit nach außen wenden und Haut und Sinnesorgane libidinös besetzen. Mit der Aneignung von motorischen Fähigkeiten und zunehmender Differenzierung der sinnlichen Wahrnehmungen werden Körperbildstrukturen aufgebaut, in die Spuren der Beziehungser-

fahrungen und der damit verbundenen Gefühle aufgenommen werden. Erst wenn die libidinöse Besetzung der Körperperipherie und des Körperinneren gefestigt ist, beginnt die Entwicklung eines Identitätsgefühls und die Loslösung vom Objekt.
»Die Integration unserer Körpergefühle und unbewussten Phantasien über das Körper-Selbst, insbesondere seinen Inhalt, verbunden mit visuellen, akustischen und kinästhetischen Daten darüber, ist eine relativ späte Errungenschaft des Ichs. Sie fällt zusammen mit der ersten Integrationsebene des Identitätsgefühls, das ein Produkt des im Gange befindlichen Loslösungs- und Individuationsprozesses ist.« (Mahler 1968)

Selbstpsychologie

Im Gegensatz dazu stehen selbstpsychologisch orientierte Theoretiker, die sich auf die Erkenntnisse der Säuglingsforschung beziehen, wie Stern, Lichtenberg und Sander. Die These einer undifferenzierten Matrix wird aufgrund von Säuglingsbeobachtungen verworfen. Stern kommt durch empirische Forschungsergebnisse zu der Theorie von angeborenen Schemata von »Selbst« und vom »Anderen« und vom »Selbst zusammen mit Anderen«. Er hebt im Selbsterleben das körperliche Selbst hervor, *»das als kohärente physische Entität mit eigenem Willen, einzigartigen Affektregungen und eigener Geschichte erlebt wird«* (Stern 1992/2011).
Lichtenberg (1991) spricht von Bedürfnisstrukturen, die von Anfang an vorhanden sind und durch die vom Kind mit seiner Umwelt gemachten Erfahrungen erweitert werden. Das Kind bringt in den Dialog mit der Umwelt bereits alle Sinnesmodalitäten sowie eine differenzierte Wahrnehmungsfähigkeit mit. Durch affektive Einstimmung nimmt die Mutter modifizierend an der Welt des Kindes teil. Durch die Resonanz, die das Kind findet, kann es seine innere Welt aufbauen.
Die selbstpsychologisch orientierten Autoren entwickeln keinen expliziten Körperbildbegriff, sprechen eher vom Körperselbst.

Francoise Dolto

Dolto beschäftigt sich mit dem unbewussten Bild des Körpers. Sie unterscheidet Körperschema und Körperbild. Das Körperschema ermöglicht uns den Kontakt zur physischen Welt und ist *»für alle Individuen der Gattung Mensch das gleiche«*. Es strukturiert sich durch Lernen und Erfahrung. Das Körperbild ist individuell. *»Es ist an das Subjekt und seine Geschichte gebunden […] ist die lebendige Synthese unserer emotionalen Erfahrungen.«* Es wird durch den kommunikativen Austausch mit anderen strukturiert. *»Nur dank unserem Körperbild, das getragen und durchkreuzt wird von unserem Körperschema, können wir mit anderen kommunizieren.«* (Dolto 1987/1999)
Dies ist für sie gemäß den »großen Körperthemen« strukturiert. Es gibt für sie somit ein orales, ein anales, ein urethrales und ein genitales Körperbild.
Diese Körperbilder enthalten die mit den Bezugspersonen erlebten Interaktionen. In den ersten beiden Lebensjahren entstehen eine Differenzierung von außen und innen und die zunehmende Abgrenzung des eigenen Körpers vom Körper der Mutter. Etwa im dritten Lebensjahr kommt es durch die Spiegelerfahrung zu einer tief greifenden Änderung. Über die Identifikation mit seinem Spiegelbild kommt das Kind zu einer neuen Erfahrung von Einheitlichkeit. Die vorher aufgebauten und an konkrete Interaktionen gebundenen Körperbilder werden zugunsten einer einheitlichen Vorstellung vom Körper verdrängt. Damit wird es möglich, den eigenen Körper so zu sehen, wie ihn andere sehen, sowie sich mit anderen zu vergleichen. Die Entdeckung des Geschlechtsunterschiedes wird möglich, womit die Voraussetzung für die ödipale Situation gegeben ist.
Dolto betont in ihrer Konzeption die Bedeutung der Sprache. Worte, die zunächst eine liebevolle Interaktion begleiten, später ersetzen, helfen dem Kind aus einem zunächst chaotischen ein strukturiertes Körpererleben und Körperbild aufzubauen. Damit das Kind ein von der Umwelt und von seinen unmittelbaren

Bedürfnissen und Trieben losgelöstes Bild von sich und seinem Körper entwickeln kann, braucht es eine »symboligene Kastration«. Zum Beispiel ist es wichtig, das Kind von der Brust zu entwöhnen und ihm gleichzeitig die verbale Verbundenheit als Ersatz anzubieten: Worte statt Milch. Der Weg »vom Substanziellen zum Sublimen« ist für Dolto Voraussetzung für die Teilnahme an der menschlichen Gemeinschaft. Das Körperbild ist in ihrer Konzeption eng mit der Sprache verknüpft. Durch die sprachliche Benennung wird es unabhängig von der jeweils besonderen unmittelbaren Erfahrung als dauerhaftes Bild verankert.

Die meisten Autoren beziehen sich auf den Aufbau des Körperbildes in den ersten Lebensjahren. Das Körperbild erfährt aber auch in der späteren Entwicklung tief greifende Veränderungen. Insbesondere die Pubertät wird in ihrer Auswirkung auf das Körperbild oft unterschätzt. Zudem haben Erfahrungen wie Schwangerschaft und Geburt nachhaltigen Einfluss, ebenso die Veränderungen durch Altern.

1.3 Körperbildphänomene in der KBT-Arbeit

Körperbilder als Verständnishintergrund

KBT-Therapeutinnen begannen sich mit dem Körperbild zu beschäftigen, um die in der Arbeit auftauchenden Phänomene verstehen und einordnen zu können. Sie orientierten sich dabei weitgehend an psychoanalytischen Körperbildtheorien.

Becker beschreibt die Konzentrative Bewegungstherapie als therapeutisches Einwirken auf das Körperbild.

»Der als Anspüren des eigenen Körpers bezeichnete Vorgang beruht auf der Entwicklung eines intensiven Körperschemas, besser Körperraumbildes (body image). Normalerweise haben wir nur ein sehr unbestimmtes Gefühl von der Wertheit des eigenen Körpers, welches allerdings durch Bewegungen, durch das Hinzutreten der kinästhetischen Komponente beträchtlich verstärkt wird [...] Die sensiblen Resteindrücke und die kinästhetische Wahrnehmung sind aber eine Voraussetzung zur Entstehung eines Körperraumbildes. Sie tragen dazu bei, dass – mit den Worten Schilders – aus dem ›leeren‹ ein ›volles‹ (beseeltes) Wissen vom Körper wird.« (Becker 1981/2001)

Durch die konzentrative Einengung auf die Wahrnehmung von Körperempfindungen wird das Körperbild aktiviert, das heißt, die mit dem Körper oder einer Körperregion verknüpften Körpererinnerungen und Beziehungsszenarien werden wiederbelebt. Dies schließt Empfindungen und Gefühle mit ein.

Beim Auftauchen von Erinnerungen, die mit dem Körper verbunden sind, sollte uns klar sein, dass es sich hierbei nicht um Originale handelt, sondern um im Moment der Erfahrung neu konstruierte Vorstellungen. Die gespeicherten Erinnerungsspuren (sensorische Eindrücke und Bilder) werden mit der aktuellen Wahrnehmung verknüpft. Wir finden in unserer Arbeit kein konstantes Körperbild, sondern ein vielfältig variierendes. Ich spreche daher lieber von **Körperbildern.**

Frauke Besuden hat mit ihren Ausführungen eine für die praktische Arbeit bis heute gültige Grundlage geschaffen.

»Das Körperbild ist als ein inneres Modell zu verstehen, das der Mensch von seinem Körper hat und das als Matrix für sein Körpererleben, für seine Vorstellungen von seinem Körper und für sein aktives Umgehen mit dem Körper gilt.« (Besuden 1984)

Sie benennt drei Aspekte, die in der therapeutischen Arbeit wichtig sind:

- die bewusste Vorstellung vom Körper, die über reale und fantasierte Anteile verfügt
- die unbewusste Einstellung zum Körper
- das Fremdbild, das sich dem Beobachter zeigt in Haltung, Bewegung, Interaktion

Hinweise auf das Körperbild

Raum und Grenzen

Das Erleben der Körpergrenzen sowie des Innen- und Umraums geben erste Hinweise auf das Körperbild. Der Innenraum wird am deutlichsten als Eigenraum erlebt. Er wird mit dem eigenen Selbstempfinden verbunden und als das mehr oder weniger gut vom Selbst bewohnte »Haus« erlebt. Die Haut begrenzt diesen Raum als Hülle, die im Normalfall als sicher, schützend, abgrenzend, aber durchlässig erscheint; metaphorisch ausgedrückt als offene Poren oder schützende Hülle oder atmende Haut. Klinische Phänomene sind: sich wie in einem Panzer fühlen, Körpergrenzen undeutlich oder mit Verwundungen oder Löchern wahrnehmen, Teile oder den ganzen Körper als unabgegrenzt offen und schutzlos oder verschmolzen mit der Umgebung empfinden.

Der Innenraum wird normalerweise als im Rhythmus der Atembewegung sich weitender und zurückschwingender Raum erfahren, erscheint als freier und leerer Raum, auch als Raum für Gefühle und Empfindungen. Wenn die Hinwendung nach innen möglich ist, wird ein Gefühl der Ruhe damit verbunden. Er kann auch als zu erforschender geheimnisvoller Raum erscheinen, angefüllt mit noch nicht entdeckten Möglichkeiten. Andererseits kann der Erfahrende sich eher flach fühlen, also keine räumliche Präsenz spüren, der Raum kann schrumpfen oder aufgebläht sein; leer und ohne Leben oder angefüllt mit Affekten.

Für die Erforschung des Innenraums ist eine wache, nach innen gerichtete Aufmerksamkeit erforderlich, Introspektionsfähigkeit, wie sie viele Patienten zunächst nicht haben. Sie gleiten dann ab in den Schlaf, langweilen sich oder werden unruhig.

Insofern die Entstehung der Körpergrenzen auf die frühe Entwicklungszeit zurückführt, geben diese Erfahrungsweisen oft einen Hinweis auf frühe bzw. basale Störungen eines Menschen und werden tatsächlich häufig bei Psychosomatosen, psychiatrischen Erkrankungen und narzisstischen Krankheitsbildern beschrieben. Ich rate trotzdem davon ab, eindeutige Zuordnungen im Sinne eines diagnostischen Systems zu treffen. Das Körperbilderleben ist auch stark von der derzeitigen Lebenssituation und der aktuellen Situation während einer Körpererfahrung abhängig. Verluste von wichtigen Bezugspersonen, innere Konflikte sowie das Gruppengeschehen und die momentane Beziehung zur Therapeutin beeinflussen das aktuelle Körpererleben in nicht immer abzuschätzender Weise.

Den Umraum kann man in drei Erlebnisschichten aufteilen.

- Zunächst ist dies der **unmittelbare Raum**, der von dem sensiblen Spüren der Haut ausgeht und meist als zur Körpergrenze zugehörig erlebt wird, manchmal auch wie »ausstrahlend« wahrgenommen, auch der Raum intimer Begegnung. Hiermit sind Wünsche nach Halt und Berührung, nach Nähe und Anwesenheit verbunden, oft als Sehnsucht erlebt.
- Die zweite Schicht wird vom Tastsinn und der Motorik bestimmt. Es ist der Raum, der durch tastende Bewegungen ausgefüllt wird, der Raum, in dem wir jemanden oder etwas ergreifen oder wegstoßen, auch uns abwenden oder zuwenden. Diese Schicht ist bestimmt durch Hinwendung zum Außen, auch zum anderen, durch willentliche Aktivität und unmittelbar aufsteigende Bewegungsimpulse. Das kann mit Neugier auf Erfahrungen und Lust an eigener Aktivität verbunden sein, aber auch von Ängsten, Hemmungen und zurückgehaltenen Impulsen bestimmt werden. Dieser unmittelbare **greifbare Umgebungsraum** wird oft als »personaler« Raum erlebt. Verinnerlichte Elternfiguren können im hinteren Raum, Partner an der Seite oder im vorderen Raum erlebt werden.
- In einer dritten Schicht erfahren wir den äußeren Raum über Hören und Sehen als **Fernraum**. Er kann zum Möglichkeitsraum werden und zu erforschender Bewegung anregen. Dies erfordert eine Trennung von der vertrauten Umgebung. Das Eigene kann in einem Bild des Ganzen verortet werden, wo-

mit es einbezogen, aber auch relativiert wird. In Gruppen erscheinen die anderen Gruppenmitglieder als Mitspieler und Bezugspunkte. Während wir im bisher Beschriebenen die Themen der frühen Entwicklung und des Individuationsprozesses erkennen können, sehen wir hier die Aufgabe, den Beziehungsraum über die unmittelbaren Beziehungen hinaus zu erweitern zum Gruppenraum. Eine sichere Bewegung in diesem Raum setzt eine gelungene Ablösung und die innere Möglichkeit der Triangulierung voraus. Eigene Wege können ausprobiert werden. Auch die Lebenszeit als gefüllter Raum hinter mir oder als vor mir liegende Lebenszeit wird imaginiert. Für viele Patienten ist dieser Raum zunächst völlig uninteressant oder wird als Fluchtraum vor den nahen Begegnungen genutzt.

Struktur

Die Wahrnehmung der Körpergröße, die Orientierung am eigenen Körper, die Erfahrung der knöchernen Struktur sowie die Gliederung des Körpers durch gelenkige Verbindungen sind mit der Erfahrung einer differenzierten Ganzheit, mit dem Gefühl von innerem Halt und Zusammenhang verbunden. Besonders wenn angstvolle Fantasien das Körpererleben beherrschen, kann durch die Zentrierung der Wahrnehmung auf diesen mehr dem Körperschema zugehörigen Bereich die Verbindung zur Realität gefördert werden.

Organe

Organe werden meist im Zusammenhang mit dem Innenraum thematisiert. Außer dem Herzen durch den Herzschlag und dem Darm durch Geräusche können sie bei gesundem Funktionieren nicht gespürt werden, sind aber durch imaginatives Erleben zugänglich. Ist ein Organ mit Krankheit belastet, wird es zum Gegenstand vielfältiger Fantasien, die dysfunktionale Prozesse abbilden. Psychoanalytische Autoren (Kutter 1981; Plassmann 1993) sehen Organerkrankungen auch im Zusammenhang mit unbewussten Fantasien, die konflikthaftes Beziehungsgeschehen abbilden. In der therapeutischen Arbeit mit KBT können solche Fantasien bewusst werden.

Geschlecht

Die Wahrnehmung des Körpers als weiblicher oder männlicher Körper ist oft mit verinnerlichten Rollenbildern und Bewertungen verbunden. Die Erfahrung und Benennung von Geschlechtsteilen kann mit Schamgefühlen belastet sein. In der KBT können männliche bzw. weibliche innere Modelle bewusst werden und durch das Anregen spielerischer Bewegungsmöglichkeiten mehr in lustvoller Weise erlebt werden.

Größenverzerrungen und Spannungen

Unterschiede zwischen dem Erleben der rechten und linken Körperhälfte oder der oberen und unteren Körperhälfte sind sehr häufig. Sie weisen, ebenso wie Verspannungen in Körperzonen, auf innere Konflikte hin. Rechts-links-Unterschiede zeigen meist entwickeltere und »kindliche« Anteile im Konflikt, auch »männliche« und »weibliche« Seiten, rationale oder gefühlsorientierte Seiten. Die Unterschiedlichkeit kann als »verschiedene Seiten« erlebt werden, aber auch bis zur Abspaltung einer Seite gehen. Spannungen weisen oft auf einen Konflikt zwischen Bewegungsimpuls und Hemmung hin.

Die therapeutische Arbeit

Für die praktische Arbeit fragen wir nach der Körperwahrnehmung, nach den damit verbundenen Gefühlen und den aufkommenden inneren Bildern, um die erlebten Phänomene gemeinsam mit dem Patienten zu erschließen. Deutungen werden vermieden, vielmehr wird ein Selbsterforschungsprozess angeregt, der zu allmählichen Veränderungen im Körperbild führt. Mit den KBT-Angeboten können wir dabei gezielt Konflikte oder Defizite ansprechen.

Alle Angebote, die wir in der KBT machen, führen zu Hinweisen auf das Körperbild und zu seiner Modifikation. Durch die KBT-Angebote fokussieren wir bestimmte Themen der Entwicklung und der Beziehungserfahrungen und finden damit Körperbilder aus verschiedenen biografischen Schichten. Ein entwickeltes und integriertes Körperbild bei einer Körpererfahrung im Stehen kann mit einem fragmentierten oder verzerrten Körperbild bei einer Erfahrung im Liegen wechseln. Die beobachteten und erlebten Phänomene sollten dann durch weitere therapeutische Arbeit in eine »Szene« gebracht werden, um so Bedeutung und Einordnung zu erfahren. Das heißt, wir versuchen, mit dem Patienten von der aktuellen Erfahrung aus zu der verinnerlichten Beziehungserfahrung zu gelangen. Dazu im Folgenden einige Beispiele.

Körperhaltung

Frau D. steht Kopf gesenkt, Brust eingesunken, Arme eng an den Körper gezogen. Der Oberkörper ist leicht zurückgebogen, das Becken leicht nach vorne geschoben, die Beine fest gegen den Boden gestemmt.
Der therapeutische Beobachter sieht deutlich zwei entgegengesetzte Bewegungsrichtungen: ein Vorwärtsdrängen im unteren Bereich, ein Zurückweichen im oberen Körper. Ebenso in der Vertikalen: kraftvoll gegen den Boden nach oben stemmen und von oben her einsinken bzw. nach unten gedrückt sein.
Der Patientin ist diese Haltung »natürlich«. Um die in dieser Haltung deutlich werdende, zunächst nicht bewusste Widersprüchlichkeit bewusst wahrnehmbar zu machen, könnte eine mögliche Intervention sein: »Nehmen Sie sich in Ihrem Stehen wahr.« Und in einem zweiten Schritt: »Verstärken Sie das, was Sie wahrnehmen.«
Die Patientin beschreibt sich: »Mit den Füßen bin ich in den Boden gekrallt, in den Beinen bin ich fest und sicher. Oben bin ich so geduckt.« Ich frage, welche Gefühle mit dieser Haltung verbunden sind, worauf die Patientin sagt, es sei unangenehm, anstrengend. Ich stelle mich ihr gegenüber und frage nach den Gefühlen mir gegenüber, worauf sie leicht erstaunt sagt, es sei so, als ob sie sich schäme, und im weiteren Verlauf: »Aber mit den Beinen stehe ich fest, da lasse ich mich nicht niedermachen.«
Ich trete wieder zur Seite und rege die Patientin an, die Augen zu schließen und sich eine Person vorzustellen, die zu ihrer Haltung passt. Nach einer Weile löst sie sich aus der Haltung und sagt: »Ich sehe meinen Vater vor mir, der unzufrieden mit mir ist und mich runtermacht.«

Dies war eine Szene, die sich etwa ab dem 7./8. Lebensjahr häufig wiederholt hatte und die sich in verdichteter Form im Körperausdruck, in der Haltung der Patientin zeigte. In der Haltung wird so, der Patientin unbewusst, eine das Körperbild bestimmende beziehungsleitende Fantasie deutlich.
In der therapeutischen Arbeit ist es wichtig, zunächst die reale Körperhaltung wahrzunehmen. Dabei zeigt sich in diesem Fall ein klares, voll entwickeltes Körperbild, das von Widersprüchen bestimmt ist. Durch Wahrnehmen, Verstärken und eine Zeit lang In-der-Haltung-Verweilen wird dies für die Patientin klar. Durch das reale Gegenüberstellen und/oder das imaginative Gegenüber klären sich die emotionale Botschaft sowie die biografisch bedeutsame Szene, die dann verbal weiter bearbeitet und verstanden werden muss. Anschließend können alternative Haltungen zu der erforschten fixierten Haltung erprobt werden.

»Stellen Sie sich noch einmal in Ihre gewohnte Haltung zurück. Bemerken Sie, welche Bewegungsimpulse jetzt in Ihnen entstehen.«
Frau D. richtet sich auf und tritt einen Schritt zurück. »So kann ich besser standhalten.« Ich fordere sie auf, verschiedene Möglichkeiten zu probieren, nicht sofort nach der »richtigen« Lösung zu suchen. Sie stampft auf, stemmt die Arme in die Seiten. Dann stellt sie sich in Standbein-Spielbein-Position und neigt kokett den Kopf zur Seite.

Auf diese Weise kommen sowohl aggressive Regungen als auch Wünsche zu gefallen und zu flirten ins Spiel. In dieser Phase ist es wichtig, dass die Patientin sich nicht gleich wieder festlegt, sondern vielfältige Möglichkeiten erprobt, und die Therapeutin zur anregenden und Impulse aufgreifenden Mitspielerin wird.
Wenn wir Haltungen als Ausdruck eines inhärenten Körperbildes verstehen, kommt es darauf an, sie in »ursprünglich« wirkende Beziehungserfahrungen zu übersetzen, sie in Beziehungsszenen erlebbar zu machen. Von KBT-Therapeutinnen erfordert dies über die genaue Beobachtung hinaus die Entwicklung eines szenischen und imaginativen Denkens.

Körperregionen

Hände: Empfindung – Kontakt – Wünsche/ Verbote

Oft arbeiten wir nicht mit dem ganzen Körper, sondern mit einzelnen Regionen oder Teilen. Dabei werden Konflikte oder Defizite einer Person vom Körperbild her deutlich und bearbeitbar.

Frau K. hat in unseren Begegnungen meist kalte Hände. Sie wirkt auf der verbalen Ebene im Kontakt durchaus sicher, im Körperausdruck zurückgenommen. Ihre Hände erlebt sie als »Anhängsel«, die nicht richtig zu ihr gehören. Sie hat sich auch energetisch aus ihren Händen zurückgezogen.
Wir arbeiten zunächst auf der Ebene der Wahrnehmung: »Bemerken Sie die Empfindungen in Ihren Händen, die einzelnen Finger, die Handinnenflächen, die Handrücken, die Handgelenke. Gibt es Unterschiede zwischen rechts und links? Was geschieht, wenn sich die Hände berühren, die eine Hand die andere umfasst?«
Mit diesen Anregungen kommt Frau K. in einen vertieften inneren Kontakt mit ihren Händen. Sie erlebt sie stärker als Selbstausdruck. »Eine Hand fühlt sich kleiner an und will nur gehalten werden, die andere ist größer und kräftiger, ist neugierig, will austasten.«

Nachdem Frau K. eine Weile im Kontakt mit sich ihre Hände mit Halten, Tasten und Greifen erprobt hat, schlage ich ihr vor, einmal nach meinen Händen zu greifen und gemeinsam mit mir Möglichkeiten zu erproben. Es entsteht ein Dialog auf der körperlichen Ebene, den sie zunehmend mit Worten begleitet und in dem es zuerst um vorsichtiges Abtasten, dann um Zugreifen, Festhalten und auch Gehaltenwerden geht. Sie bemerkt dabei ihre Angst, mir »lästig« zu sein, und ihre Wünsche nach sicherem Kontakt. »Das hat was von Vertrauenkönnen.« Die Hände beleben sich dabei, werden warm. Schließlich bemerkt sie: »Jetzt ist es genug«, und löst ihre Hände von meinen.
Abschließend spürt sie ihre Hände deutlicher, belebter, auch klarer und differenzierter. Und: »Meine Hände gehören jetzt zu mir.«

Diese Arbeit mit dem Körperbild geht über das eigenleibliche Spüren hinaus und es kommt zu einem Aufgreifen der mit dieser Körperregion verbundenen Beziehungsthemen. Bei den Händen geht es dabei sehr oft um den Kontakt zum anderen und die damit verbundenen Ängste und Wünsche, die im (Körper-)Dialog sowohl ausprobiert als auch verbalisiert werden. In diesem Fall war nicht so sehr die biografische Szene wichtig als vielmehr die Verdeutlichung der teils unbewusst wirkenden Fantasien wie »Ich bin anderen lästig mit meinen Wünschen nach Halt und Mich-anvertrauen-Wollen.« Diese Wünsche wurden im Kontakt nicht mehr gelebt, die Patientin suchte den eher rationalen, sachlichen Dialog mit anderen, zog sich emotional in sich zurück bis hin in einen energetischen Rückzug, wie er in den kalten Händen deutlich wird.
Über die Bewusstwerdung hinaus sind dann durch wiederholtes »Üben« die vermiedenen Möglichkeiten wie das Nach-jemandem-Greifen, Sich-Festhalten etc. zu erproben, um damit Wandlungsprozesse im Körperbild anzustoßen. Dabei geht die Arbeit an dem konflikthaften Beziehungsthema oft in anderen Körperregionen weiter.

Bei Frau K. meldeten sich als Nächstes die Arme mit einem Gefühl von Kraftlosigkeit und Lähmung. Wir gingen wieder den Weg vom eigenleiblichen Spüren zum Körperdialog, bei dem sie ausprobierte, wie sie mich heranziehen und wieder wegstoßen konnte, wobei beide Richtungen mit Ängsten, etwas Falsches zu tun oder zu wollen, verbunden waren. Das wiederholte körperliche Ausprobieren der versagten oder verbotenen, nicht gelebten Möglichkeiten machte Frau K. sicherer.

Körperbildarbeit greift die (oft früh) unterbrochenen Bewegungen wieder auf und führt so zu einer Erweiterung des Bewegungsspielraums und zu Veränderungen im Selbst- und Körperkonzept eines Menschen.

Füße: Wahrnehmung – Impuls – Affekt

In einer Gruppe soll an der Wahrnehmung der Füße im Stehen und Gehen gearbeitet werden. Zunächst wird die Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung der Beschaffenheit der Füße gelenkt. »Wie spüren Sie Ihre Füße? Die Fußsohlen, Fußrücken, die Zehen, Fersen, die Fußgelenke? Wie ist die Temperatur? Wie beweglich erleben Sie Ihre Füße? Gibt es Unterschiede zwischen rechtem und linkem Fuß?«

Durch das differenzierte Ansprechen einzelner Teile und Empfindungen wird das Körperschema intensiviert, die Wahrnehmung differenzierter und gleichzeitig auf das Phänomen »Füße« fokussiert. In der weiteren Anleitung werden Kontakt zum Boden und Erkundung von Bewegungsimpulsen gefördert.

»Wie erleben Sie den Kontakt zum Boden? Welche Bewegungen sind Ihnen möglich, welche vertraut? Bemerken Sie, welche Impulse in den Füßen entstehen, in den Zehen, den Fußgelenken. Welchen Impulsen folgen Sie? Was probieren Sie aus, was vermeiden Sie?«

In dieser Phase geht es um aufmerksames Ausprobieren. Durch die Fokussierung auf die Bewegungsimpulse wird die affektive Beteiligung gefördert.
»Welche Gefühle entstehen in Ihnen? Was macht Spaß, was Angst?«
Nach der Phase des Ausprobierens, das zunehmend emotional erfahren wird, kommen die Gruppenteilnehmer zur Ruhe, spüren nach.
»Wie fühlen sich Ihre Füße jetzt an? Was haben Sie erlebt? Sind Gefühle, Bilder oder Erinnerungen wach geworden?«

In dieser Nachspürphase wird das Erlebte innerlich geordnet, zu einem für die Teilnehmer wesentlichen Eindruck verdichtet und oft auch bildhaft verarbeitet. In der Regel werden die Füße deutlicher und emotional gefüllter, als Teil der Person erlebt. Die Teilnehmer sind jetzt mit ihrem Körperbild in Kontakt.

Das Beispiel einer Gruppenteilnehmerin steht hier für viele: Sie war erst versunken in ruhigem Ausprobieren, gab in den Fußgelenken nach, strich mit den Fußsohlen über den Boden. Schließlich begann sie auf den Zehen zu wippen und erst vorsichtig, dann immer kräftiger und lauter aufzustampfen. In der Nachbesprechung sagt sie: »Ich hatte erst eine Bremse in den Füßen, aber dann immer mehr Lust, mal richtig Krach zu machen.« Dann folgt ein Transfer in ihre Alltagssituation: »Ich bin auch sonst eher ein Leisetreter.«
Ich fordere die Teilnehmerin auf, das Aufstampfen erneut zu probieren: »Was verbindet sich damit?« Sie stampft erneut kräftig mit dem rechten Fuß auf, aufgerichtet und das Kinn gehoben. »Etwas Trotziges, so wie ›Ich bin auch da!‹« Sie erinnert dann eine Szene aus ihrem Vorschulalter und berichtet, dass sie als einziges Kind unter vielen Erwachsenen aufgewachsen sei, die meist Ihre Ruhe haben wollten nach der Devise: »Gute Kinder sieht man nicht und hört man nicht.«

In der aktuellen Arbeit mit den Füßen werden sowohl das alte Verbot als auch die unterdrück-