

Erfahrungen des ersten Ausbildungsjahrgangs „Konzentrierte  
Bewegungstherapie“ mit der Methode in der Praxis

Master-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (MSc)

Masterlehrgang Psychotherapie

eingereicht bei der ARGE Bildungsmanagement Wien

von

Helmut Grössing

Hermannsgasse 17/14

1070 Wien

Betreuerin: Dr. Helga Fasching

Wien, 18. September 2009

## **Kurzfassung**

Im Jänner 2004 begannen 16 Kandidat/innen mit dem ersten Ausbildungslehrgang „Konzentrierte Bewegungstherapie“ nach der Zulassung der Methode durch das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen im Jahre 2001.

Das Erkenntnisinteresse dieser Master-Thesis richtet sich auf die Fragen nach den Motiven der Kandidat/innen zur Wahl der Methode, nach ihren Erwartungen, nach der Frage, welche Ausbildungsinhalte sie als wesentlich betrachten und damit nach der zentralen Frage, welche Erfahrung sie jetzt mit der konkreten Anwendung der Methode in der Praxis machen.

Da zu diesem Thema bisher keine empirische Erhebung vorliegt, ist es Ziel dieser Arbeit, die praktische Umsetzung des Gelernten, Gelehrten und Erfahrenen zu beschreiben. Mit einem teilstrukturiertem Interview und der qualitativen Auswertung der erhobenen Daten wird versucht, dieses Ziel zu erreichen.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen überwiegend positive Erfahrungen mit der praktischen Anwendung der Methode, die anhand der verschiedenen individuellen Zugänge der Interviewpersonen differenziert dargestellt werden.

## **Abstract**

Experiences of the first traineeship "Concentrative movement therapy" with the method in practice

After the method of "Concentrative movement therapy" had been approved of by the Federal Ministry of Social Security and Generations in 2001, 16 participants took part in the first training course in January 2004.

This study focuses on the motivation of trainees to choose this particular method of therapy as well as their expectations regarding the course. Furthermore it looks at the educational content of the course and its practical value as it is put in practise today.

Since there is no empirical survey according to this subject so far, the aim of this survey is to describe, the practical implementation of what has been learned, taught and experienced in the first training course for practitioners of “Concentrative movement therapy” by using the method of semi-structured interviews and a qualitative analysis of the data collected.

The research result show predominantly positive experiences with the practical implementation of the method differing due to the individual approaches of the practitioners.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich, Helmut Grössing, geboren am 24.05.1957 in Wiener Neustadt, versichere,

- dass ich meine Master-Thesis mit dem Titel „Erfahrungen des ersten Ausbildungsjahrgangs ‚Konzentrativer Bewegungstherapie‘ mit der Methode in der Praxis‘ selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe, sowie
- dass ich die Master-Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Master-Thesis auf der Website der ARGE Bildungsmanagement Wien veröffentlicht wird.

Wien, am 18. September 2009

.....

Unterschrift

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2. Die Konzentrierte Bewegungstherapie</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Entstehungsgeschichte</b>	<b>7</b>
2.1.1. Psychotherapeutische Wurzeln	7
2.1.2. Bewegungstechnische Wurzeln	8
2.1.3. Zur Arbeit von Elsa Gindler	9
2.1.3.1. Die Atmung	10
2.1.3.2. Die Wahrnehmung der Schwerkraft	10
2.1.3.3. Experimentieren als Erweiterung der Möglichkeiten	11
2.1.3.4. Die Wahrnehmung mit allen Sinnen	12
2.1.3.5. Die Arbeit mit dem Menschen als leib-seelische Ganzheit	12
2.1.4. Helmuth Stolze – Wegweiser für die KBT	14
2.1.5. KBT am Weg zur anerkannten Methode in Österreich	16
2.1.5.1. KBT als anerkannte psychotherapeutische Methode	17
2.1.5.2. Ausbildungscurriculum der KBT in Österreich	18
2.1.6. Abgrenzung der KBT zu anderen bewegungstherapeutischen Methoden	23
<b>2.2. Zur theoretischen Konzeption der KBT</b>	<b>23</b>
2.2.1. Begriffliche Annäherung	24
2.2.1.1. Konzentration – konzentrativ	24
2.2.1.2. Bewegung	24
2.2.2. Theoretische Grundlagen der KBT	25
2.2.2.1. Der Gestaltkreis Viktor von Weizsäckers	26
2.2.2.2. Der entwicklungspsychologische Ansatz Jean Piagets	29
2.2.2.3. Die Bedeutung tiefenpsychologischer Entwicklungsmodelle in der KBT	32
2.2.2.4. Die Bedeutung der Säuglingsforschung nach Daniel Stern in der KBT	35
2.2.2.5. Die Bedeutung der Neurobiologie in der KBT	37

<b>2.3. Zur praktischen Arbeit mit der KBT</b>	<b>39</b>
<b>2.3.1. Der therapeutische Prozess in der KBT</b>	<b>39</b>
2.3.1.1. Ausgangsgrößen	42
2.3.1.2. Therapieziele	47
2.3.1.3. Therapeutische Einflussfaktoren	48
2.3.1.4. Therapieergebnis	49
<b>2.3.2. Zur Arbeitssituation in der KBT</b>	<b>49</b>
2.3.2.1. Aufbau des Übungsgeschehens	49
2.3.2.2. Das Angebot	50
2.3.2.3. Der spielerische Aspekt	53
2.3.2.4. Gegenstände	53
2.3.2.5. Wahrnehmung	55
2.3.2.6. Reflexion	55
<b>3. Empirischer Teil</b>	<b>57</b>
<b>3.1. Fragestellung und Annahmen</b>	<b>57</b>
<b>3.2. Methode der Erhebung</b>	<b>60</b>
3.2.1. Der Interviewleitfaden	61
3.2.2. Untersuchungspopulation	64
3.2.3. Erhebungsablauf	64
3.2.4. Auswertung des Datenmaterials	65
<b>3.3. Darstellung der Ergebnisse</b>	<b>67</b>
3.3.1. Motive für die Wahl der Methode KBT	67
3.3.2. Erwartungen an die Methode	69
3.3.3. Einfluss des ersten Ausbildungsabschnitts auf die praktische Arbeit	70
3.3.4. Einfluss der Einzellehrtherapie auf die praktische Arbeit	73
3.3.5. Erkenntnisse aus dem theoretischen Ausbildungsabschnitt	75
3.3.6. Förderliche und weniger förderliche Inhalte der Methode	78
3.3.7. Verhältnis zwischen Handlungsangeboten und verbaler Bearbeitung in der Praxis	80

<b>3.3.8. Kriterien für angewendete Angebote</b>	<b>83</b>
<b>3.3.9. Häufig verwendete KBT-Angebote</b>	<b>87</b>
<b>3.3.10. Kaum bis gar nicht verwendete Angebote</b>	<b>89</b>
<b>3.3.11. Stärken der Methode</b>	<b>91</b>
<b>3.3.12. Schwächen der Methode</b>	<b>94</b>
<b>3.3.13. Zusätzliches</b>	<b>96</b>
<b>4. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse</b>	<b>98</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>102</b>

# 1. Einleitung

Wenn eine Gruppe wie die erste Ausbildungsgruppe „Konzentrierte Bewegungstherapie“ über viele Jahre einen intensiven gemeinsamen Prozess durchlebt, entstehen nicht nur freundschaftliche Beziehungen, sondern die Gruppe dient auch als wichtige Plattform für den fachlichen Austausch. Mit dem Ende des Ausbildungscurriculums wurden diese wertvollen Kontakte unter uns Ausbildungskandidat/innen immer weniger und das in einer Phase, in der wir unsere Identitäten als Therapeut/innen zu entwickeln hatten. In der Reflexion über mein eigenes therapeutisches Selbstverständnis begann ich zu hinterfragen, was ich von den erlernten Ausbildungsinhalten, KBT-Techniken und KBT-Theorien in meiner Arbeit mit Klient/innen konkret anwende, ob ich mich mehr als Körpertherapeut oder als Gesprächstherapeut definiere und ob die Methode in der Praxis hält, was ich mir von ihr versprochen habe. Ganz besonders interessierte mich die Frage, wie es meinen Kolleg/innen wohl jetzt mit diesen Themen geht und ob sie ähnliche Erfahrungen mit der Konzentrierte Bewegungstherapie in ihrem therapeutischen Tun machen wie ich.

Im Zentrum des Interesses standen dabei immer die konkreten Erfahrungen mit der Methode und nicht die Zufriedenheit mit der Ausbildung, auch wenn diese Bereiche sich nicht immer klar abgrenzen lassen. Vor dem Hintergrund dieser Fragen begann ich, die vorliegende Arbeit zu konzipieren und zu strukturieren, wobei ich an den Beginn meiner Ausführungen den theoretischen Unterbau der Methode KBT stelle. Hier wird näher auf die Entstehungsgeschichte und ihre psychotherapeutischen und bewegungstechnischen Wurzeln eingegangen. Bei diesen Ausführungen ist es unumgänglich, über das Schaffen und Wirken Elsa Gindlers zu schreiben. Ihren Ansatz und ihre Arbeitsweise zu begreifen ist meiner Meinung nach eine wesentliche Voraussetzung für das Verständnis der KBT im Allgemeinen. Die Atmung, die Wahrnehmung der Schwerkraft, das Experimentieren als Erweiterung der Möglichkeiten, die Wahrnehmung mit allen Sinnen und die Arbeit mit dem Menschen als leib-seelische Ganzheit sind basale Elemente in der Arbeit Gindlers und in der KBT. Diese Inhalte wurden später von Helmut Stolze weiter entwickelt und in ein theoretisches Konzept eingebunden. Die Entstehungsgeschichte der KBT wird in dieser Arbeit mit der Anerkennung der Methode in



Österreich und der Darstellung des Ausbildungscurriculums abgeschlossen.

Im Kapitel 2.2. wird der Versuch unternommen, die theoretische Konzeption der KBT darzustellen, wobei ich die begriffliche Annäherung an den Namen voranstelle. Bei den theoretischen Grundlagen der Methode führe ich dann jene an, die mir wesentlich erscheinen, wie den Gestaltkreis Viktor von Weizsäckers, den entwicklungspsychologischen Ansatz Jean Piagets mit seinen fünf Entwicklungsphasen, die tiefenpsychologische Basis der KBT, Margaret Mahlers Beschreibung frühkindlicher Entwicklungsschritte und Daniel Sterns Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung. Abschließend sollen neurobiologische Erkenntnisse und Überlegungen das breite Spektrum des theoretischen Unterbaus der Methode verdeutlichen.

Unter dem dritten Punkt des zweiten Kapitels soll die praktische Arbeit mit der KBT skizziert werden. Grundsätzlich erscheint es mir notwendig, auf den therapeutischen Prozess einzugehen, Ausgangsgrößen der Methode anzuführen, auf mögliche Therapieziele, therapeutische Einflussfaktoren und auf das Therapieergebnis hinzuweisen. Im weiteren Verlauf versuche ich die spezielle Arbeitssituation in der Konzentrativen Bewegungstherapie zu beschreiben und die Bedeutung von Angeboten im therapeutischen Prozess zu unterstreichen.

Im empirischen Teil der Arbeit beschreibe ich die Entwicklung des Fragebogens und stelle meine Annahmen vor. Um mein empirisches Vorgehen offen zu legen, gehe ich auf die Methode der Erhebung ein, präsentiere den Interviewleitfaden, die Untersuchungspopulation, den Erhebungsablauf und erkläre meine Schritte bei der Datenauswertung.

Im dritten Teil des dritten Kapitels präsentiere ich die Ergebnisse der Erhebung. Es werden die sich aus den Interviews ergebenden Informationen aufgefächert und differenziert dargestellt. Im Besonderen wird auf die Motive für die Wahl der Methode, auf die Erwartungen an die Methode, auf den Einfluss des ersten Ausbildungsabschnitts auf die praktische Arbeit, auf die Erkenntnisse aus dem theoretischen Ausbildungsabschnitt und auf die förderlichen und weniger förderlichen Inhalte der Methode eingegangen.

Die Beschreibung des Verhältnisses zwischen Handlungsangeboten und verbaler Bearbeitung in der Praxis soll die Brücke zu den Ausführungen über die Auswahlkriterien der angewendeten Angebote bilden. Eine Auflistung der häufig verwendeten Angebote stelle ich den kaum bis gar nicht verwendeten Angeboten gegenüber. Am Schluss der Darstellung der Ergebnisse werden Stärken und Schwächen der Methode präsentiert und es gibt auch noch Raum für zusätzliche Aussagen.

Am Ende meiner Arbeit fasse ich die relevanten Ergebnisse zusammen, setze sie in Relation zu meinen Annahmen und beantworte so meine Forschungsfrage.

## 2. Die Konzentriative Bewegungstherapie

### 2.1. Entstehungsgeschichte

Die Methode der Konzentrativen Bewegungstherapie, im Folgenden nur mehr KBT, wurde unabhängig voneinander von Psychotherapeuten, Ärzten bzw. von einer Gymnastiklehrerin entwickelt, die den Focus ihrer Arbeit auf das Körperbewusstsein und das Spüren gelegt haben. Ihre jeweiligen Zugänge erscheinen mir für das Verständnis der Methode wesentlich, darum werde ich im Folgenden näher auf die Arbeit und die Überlegungen der einzelnen Begründer/innen eingehen und sowohl die psychotherapeutischen als auch die bewegungstechnischen Wurzeln der KBT darstellen.

#### 2.1.1. Psychotherapeutische Wurzeln

Der deutsche Arzt Georg Groddeck (1866 – 1934) verband in seinen Therapieformen Naturheilverfahren mit psychoanalytischen, suggestiven und hypnotischen Elementen.<sup>1</sup> Funktionelle und psychosomatische Beschwerden waren für ihn nicht getrennt zu sehen und er behandelte sie mit tiefer Bindegewebsmassage und gleichzeitigem therapeutischen Gespräch. Mit Worten und Händen versuchte er Verspannungen zu lösen und die Atmung zu erweitern.<sup>2</sup> Ein Zitat soll seine Herangehensweise verdeutlichen:

„Wer daraus den Schluss zieht, dass ich einen Menschen, der sich das Bein gebrochen hat, psychisch behandle, der hat ganz recht, nur freilich richte ich den Bruch erst ein und verbinde ihn. Aber dann - nun ja, dann massiere ich ihn, mache Übungen mit ihm, lasse das Bein eine halbe Stunde lang täglich in 45 Grad warmen Wassers baden, Sorge dafür, dass er weder frisst noch säuft, und gelegentlich frage ich ihn: Warum hast du dir das Bein gebrochen, du dir?“<sup>3</sup>

In den 1930er Jahren wurden im „Münchner Arbeitskreis“ Bewegung und Körper in die Psychotherapie einbezogen, was Steger auf einem Kongress für Psychotherapie folgen-

---

<sup>1</sup> [http://chkbt.ch/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1&Itemid=2](http://chkbt.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=2)

<sup>2</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Groddeck>

<sup>3</sup> ebd.

dermaßen begründete: „*Der Fehler, der ja im Körperlichen immer der gleiche ist wie im Seelischen, wird an der Greifbarkeit des körperlichen Ausdrucks leichter verstanden*“.<sup>1</sup> Etwa zur gleichen Zeit begann Gustav Heyer seine analytische Arbeit mit „physiologischer Theorie und Therapie“ zu verbinden. Er ergänzte die Behandlung von Neurosen mit Körperarbeit in der Form von Gymnastik, Massagen und Atemarbeit. 10 Jahre später praktizierte er seine Methode in Atemtherapiekursen in Berlin als „Gestaltsymbolik körperlicher Bewegung“ und bezog sich auf die Gestaltkreislehre Viktor von Weizsäckers, auf die später in dieser Arbeit Bezug genommen wird.<sup>2</sup>

### **2.1.2. Bewegungstechnische Wurzeln**

Als Vertreterin der bewegungstechnischen Richtung ist Elsa Gindler zu nennen, die durch ihre besondere Arbeitsweise wegweisend für die therapeutische Basis der KBT war. Viele ihrer Grundsätze haben nach wie vor Gültigkeit und sind wesentlich für das Verständnis der Methode.

Elsa Gindler wurde am 19. 6. 1885 in Berlin als „Kind von sehr armen Leuten“ geboren.<sup>3</sup> Ihr besonderer Zugang zum Körper zeigte sich bereits im Alter von etwa 25 Jahren, als sie einer Gruppe von Vegetariern beitrug, die auch Kurse für „Körperertüchtigung, Körperkultur und Atmung“ veranstalteten.<sup>4</sup> 1910 trat sie in das Seminar für Harmonische Gymnastik ein und gehörte damit zu einer Gruppe von Gymnastiklehrerinnen, „die mit den Methoden des sich ständig wiederholenden mechanischen Übens unzufrieden waren.“ Gindlers Hauptaugenmerk galt der natürlichen Bewegung im Gegensatz zu schablonenhaften Bewegungsabläufen.<sup>5</sup> Als sehr prägend für ihr Leben, aber auch für ihre Arbeit als „Leibpädagogin“, ist ihre Tuberkuloseerkrankung im Alter von 33 Jahren zu sehen. Für einen teuren Schweizaufenthalt fehlten ihr die Mittel „...und so hat sie in ihrem Kämmerchen gesessen und Tag für Tag und Nacht für Nacht ihrem Atem nachge-

---

<sup>1</sup> [http://chkbt.ch/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1&Itemid=2](http://chkbt.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=2) 14.3.2008

<sup>2</sup> vgl. ebd.

<sup>3</sup> vgl. Selver, 1995 (Vortragskassetten)

<sup>4</sup> vgl. Brooks, 1991

<sup>5</sup> Cohn, 1995, S. 248

fühlt, nachgehört und so subtil erlebt, was geschah und was nötig war.“<sup>1</sup> Nach einem Jahr galt sie als geheilt und setzte ihre Erfahrung der Heilung und Beeinflussbarkeit des vegetativen Systems durch Konzentration und Willen in ihrer weiteren Arbeit um.<sup>2</sup>

### **2.1.3. Zur Arbeit von Elsa Gindler**

Wie aus dem Vorangehenden ersichtlich, waren Elsa Gindlers Leben und ihre Arbeit eng miteinander verwoben. Während der Zeit in dem von Hedwig Kallmeyer gegründeten Seminar für „Harmonische Gymnastik“ erkannte Gindler die Grenzen für von außen angeleitete Übungen und Bewegungen:

„Ihr (Anm.: Gindler) war aufgefallen, wie im gesunden Funktionieren der Kinder mit zunehmenden Alter Störungen auftraten und dass weder die Übungen des Turnens, noch die der „Harmonischen Gymnastik“ diese Störungen beseitigen konnten. Sie entwickelte einen neuen und wirklich befreienden Ansatz des „Experimentierens“, sie studierte das Funktionieren des Organismus in allen möglichen Lebenssituationen.“<sup>3</sup>

Aufgrund dieser Erfahrungen beschritt Gindler ihren eigenen Weg bei der Erforschung des körperlichen Funktionierens. Das konzentrierte Wahrnehmen körperlicher Empfindungen und Abläufe im Ruhezustand aber auch in der Bewegung waren wesentliche Bestandteile dieses Weges.<sup>4</sup> Elsa Gindler schrieb keine Übungen vor, sondern animierte dazu, die jeweils passende Bewegung selber zu finden und diese bewusst zu verfolgen und zu durchdringen. Dieses konzentrierte Erspüren des Körpers in seiner Gesamtheit soll Wachheit für das Funktionieren des Organismus im Alltag entwickeln und in Folge den Menschen „erfahrbereit“ machen.<sup>5</sup>

Weiters war Gindler der Überzeugung, dass der menschliche Organismus eine Tendenz zur Erneuerung und Heilung in sich birgt – eine Erkenntnis aus ihrer eigenen Tuberku-

---

<sup>1</sup> vgl. Selver, 1995 (Vortragskassetten)

<sup>2</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 17

<sup>3</sup> Speads, 1977, S. 69

<sup>4</sup> vgl. ebd., S. 20f

<sup>5</sup> [http://chkbt.ch/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1&Itemid=2](http://chkbt.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=2)

loseerkrankung. Für diesen Heilungsprozess braucht man nichts zu tun, man kann ihn laut Gindler höchstens verhindern.<sup>1</sup>

Im Folgenden möchte ich einige wesentliche Bereiche von Elsa Gindlers Arbeit darstellen, die mir für das Verständnis der Methode KBT wesentlich erscheinen: Atmung, Wahrnehmung der Schwerkraft, Experimentieren als Erweiterung der Möglichkeiten, Wahrnehmung mit allen Sinnen und Arbeit mit dem Menschen als leib-seelische Ganzheit.

#### 2.1.3.1. Die Atmung

Elsa Gindler ging es nicht um eine bestimmte Atemtechnik oder um richtiges und falsches Atmen. Die Atmung soll spontan funktionieren und sich den Anforderungen anpassen, denn dann würde man auch richtig atmen. Als Voraussetzung ist es notwendig zu üben und wahrnehmen zu lernen, was im Körper vor sich geht. Dazu gehört auch wahrzunehmen, wenn Atmung verhindert wird.<sup>2</sup>

„Eines der heikelsten und schwierigsten Gebiete unserer Arbeit ist die Atmung. Dass jede Bewegung die Atmung vermehren und vertiefen kann, können wir bei kleinen Kindern und Tieren beobachten. Bei dem erwachsenen Menschen jedoch, bei dem die körperlichen, seelischen und geistigen Kräfte nicht mehr von der Einheit des Bewusstseins dirigiert werden, ist der Zusammenhang zwischen Atmung und Bewegung gestört.“<sup>3</sup>

#### 2.1.3.2. Die Wahrnehmung der Schwerkraft

Die Wahrnehmung der Schwerkraft bzw. das Spüren der Anziehungskraft der Erde verdienen nach Elsa Gindler Beachtung beim Stehen, Sitzen und Liegen. In dieser Kraft ist es möglich, Erholung zu finden und sich leichter und ruhiger zu fühlen. Voraussetzung dafür ist die aufrechte Haltung.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Selver, 1995

<sup>2</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 22

<sup>3</sup> Gindler, 1926, S. 51

<sup>4</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 23

„Die Schwerkraft müssen unsere Glieder begreifen und fühlen lernen, ja jede Zelle in uns muss wieder die Fähigkeit erwerben, ihr folgen zu können. Wer von uns liegt zum Beispiel im Bett zum Schlafen richtig entspannt und, der Schwerkraft entsprechend, wie ein schlafendes Tier? Wenn wir versuchen, die Schwere überall im Körper zu fühlen, auch im Kopf, dann kommen wir in einen Zustand, wo die Natur die Arbeit für uns übernimmt ...“<sup>1</sup>

### 2.1.3.3. Experimentieren als Erweiterung der Möglichkeiten

Wie den bisherigen Ausführungen über Elsa Gindler zu entnehmen ist, arbeitete sie nicht in Kategorien, in denen Bewegungen als „richtig“ oder „falsch“, „schön“ oder „nicht schön“ bewertet wurden, sondern legte den Schwerpunkt auf individuelles Erleben. So hatte etwa mechanisches Üben in ihrer Arbeit keinen Raum, da es keinen Einfluss auf das Gesamtverhalten habe und keine bleibenden Veränderungen erzielt werden könnten.<sup>2</sup> Über diese Freiheit schrieb ein Schüler Gindlers aus den Erfahrungen in ihrem Studio folgendes:

„Da waren keine der mir gewohnten Anweisungen, wie man etwas tun sollte, kein „Geh tiefer ... Geh höher ... Mehr Kraft ... Gib mehr Gewicht hinein, usw.“ klang durch den Raum. Da war niemand, der es uns vormachte und dem wir anderen es gleichzutun versuchten. Im Gegenteil, es war durch Experimentieren, durch bewusstes, feinfühliges Ausprobieren, durch selbständiges Auskundschaften, dass die Schüler ihre Entdeckungen machten und Veränderungen zuließen.“<sup>3</sup>

In ihren Seminaren lehrte Gindler ihre Schüler/innen, „voll dabei zu sein“ also mit konzentrierter Aufmerksamkeit und in Übereinstimmung von Absicht und Handlung. Diese Prämisse galt für Bewegungen des Alltags oder experimentelle Erfahrungen unter Anleitung. Das Beispiel der Schülerin, die die Aufgabe hatte, das Studio zu säubern, soll dies verdeutlichen. Elsa Gindler unterbrach die Kehrende mit den Worten: „*Sie sind*

---

<sup>1</sup> Gindler, 1926, S. 56

<sup>2</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 23

<sup>3</sup> Selver, 1985, S. 1

*nicht dabei, Sie verkörpern nicht das, was Sie tun. Warum leben Sie nicht das, was Sie tun?“<sup>1</sup>*

#### 2.1.3.4. Die Wahrnehmung mit allen Sinnen

Ein für Schüler/innen Elsa Gindlers sehr schwieriger Bereich dürfte die Wahrnehmung mit allen Sinnen gewesen sein. Es ging um das individuelle Erforschen der eigenen Körperlichkeit und Beweglichkeit mit dem Ziel, ständig wahrzunehmen, was im Körper geschieht und wie es passiert. Dabei sollten alle Sinne, das Sehen, Hören, Riechen und Schmecken angesprochen werden, um das Funktionieren des Körpers in Ruhe und Bewegung wahrzunehmen und den Mensch als Ganzes erfassen zu können.

Eine Schülerin Elsa Gindlers stellte dies wie folgt dar:<sup>2</sup>

„Elsa Gindler lehrte uns, keine mechanischen „Übungen“ zu machen – sondern wahrzunehmen, was im Organismus geschah, wenn wir uns bewegten, und herauszufinden, wie wir eine solche Bewegung mit weniger Anstrengung ausführen konnten.“<sup>3</sup>

#### 2.1.3.5. Die Arbeit mit dem Menschen als leib-seelische Ganzheit

Als Pädagogin war Elsa Gindler weit davon entfernt, sich als Therapeutin zu verstehen, obwohl sie mit den Menschen als körperlich-seelische Einheit arbeitete. Ihr Ansatz war, dass eine bleibende Veränderung nur im Einklang von Absicht und Körper passieren könnte. Im einzigen Aufsatz, den sie veröffentlicht hat, äußerte sie sich dazu folgendermaßen:

„Nur von der Konzentration her kann ein tadelloses Funktionieren des körperlichen Apparates im Zusammenhang mit dem geistigen und seelischen Leben erreicht werden.“<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Fenichel, 1978, S. 29f

<sup>2</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 25

<sup>3</sup> Ehrenfried, 1991, S. 34

<sup>4</sup> Gindler, 1926, S. 48



Dieses tadellose Funktionieren sah sie in der ursprünglichen Natürlichkeit von Kindern und Tieren. Sie war sich allerdings auch bewusst, dass das Erreichen dieses tadellosen Funktionierens von der geistigen und seelischen Verfassung des Menschen abhängig ist. Indem sie versucht hat, Körper, Denken und Fühlen in Einklang zu bringen, hat sie die Selbsterkenntnis der Teilnehmer/innen gefördert und so psychotherapeutische Arbeit geleistet, ohne diese als solche zu benennen. Berichte von Schüler/innen von Elsa Gindler belegen diese Herangehensweise:<sup>1</sup>

„Ich erinnere mich, wie wir einmal damit experimentierten, eine Faust zu machen und zu spüren, was dabei mit uns geschah. Nicht nur die Faust war geballt; auch mein Magen krampfte sich zusammen und mein Atem war wie geschnürt - die vollkommene Anspannung! Wenn man eine Weile so verharrt und sich bewusst wird, wie angespannt man ist, sehnt man sich danach loszulassen. Gindler ließ uns das so lange machen, bis ich ein gutes Gefühl dafür hatte, was es heißt, angespannt zu sein. Dann öffnete sich die Faust sehr, sehr langsam und ich versuchte zu spüren, welche Veränderungen vor sich gingen. Zum erstenmal erlebte ich, was es bedeutet, sich zu verändern, wenn man Angst gehabt hat. Wenn es keinen Grund mehr gibt, sich zu ängstigen, ist es möglich, aus diesem schrecklichen Zustand wieder herauszukommen.“<sup>2</sup>

Elsa Gindler selbst schreibt über ihr Verständnis der Psyche in ihrem Aufsatz folgendes: „Ich meine damit das Bewusstsein, das immer in der Mitte steht, auf die Umwelt reagiert und denken und fühlen kann. Ich unterlasse es absichtlich, dieses Bewusstsein als Seele, Psyche, Geist, Gefühl, Unterbewusstsein, Individualität oder gar Körperseele zu definieren. Für mich fasst das Wort „ich“ dies alles zusammen.“<sup>3</sup>

Vor dem 2. Weltkrieg wurde Elsa Gindlers Arbeitsweise in andere Länder, vor allem in die USA, nach Israel, Frankreich und England exportiert. Nach dem 2. Weltkrieg oblag es ihren Schüler/innen ihr Vermächtnis weiter zu entwickeln und eigene Anwendungsbereiche zu finden, da sämtliche schriftliche Aufzeichnungen den Wirren des Krieges

---

<sup>1</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 27

<sup>2</sup> Kulbach, 1977, S. 97ff

<sup>3</sup> Gindler, 1926, S. 49

zum Opfer fielen. Eine theoretische Auseinandersetzung bzw. Bündelung oder Verschriftlichung und damit einhergehende Systematisierung dieser Arbeit fand vorerst nicht statt.<sup>1</sup>

#### **2.1.4. Helmuth Stolze – Wegweiser für die KBT**

Elsa Gindler gilt nicht als Begründerin der KBT oder einer anderen Therapierichtung, die Methode erfuhr erst durch ihre Schüler/innen den Status einer ganzheitlichen Psychotherapie. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang sind unter anderen Gertraud Heller (ab 1940), die die Bewegungsarbeit therapeutisch einsetzte und vor allem Helmuth Stolze (1917 – 2004), der die Methode weiterentwickelte und ihr den Namen „Konzentrierte Bewegungstherapie“ gab. Helmuth Stolze lernte die Arbeitsweise Elsa Gindlers über Gertraud Heller kennen, entwickelte die Methode weiter und gab ihr schlussendlich 1958 den Namen „Konzentrierte Bewegungstherapie“.

Helmuth Stolze, Arzt und Psychoanalytiker aus München verlegte seinen Arbeitsschwerpunkt bereits im Jahre 1952 auf die Psychotherapie, wobei er sich intensiv mit der Weiterbildung beschäftigte, 1970 den Münchner Weiterbildungskreis für Psychotherapie gründete und diesen bis 1984 leitete. Bereits am Anfang versuchte er seine psychotherapeutische Tätigkeit mit anderen Methoden wie Autogenem Training und Hypnose zu bereichern. Davon inspiriert begann er 1953 nach einer leiborientierten Ergänzung zur verbalen analytischen Psychotherapie zu suchen. Er wollte nicht nur ein Verfahren, bei dem Entspannung geübt wurde, sondern „die angemessene Art von Entspannung“ herstellen. Über Gertraud Heller stieß er auf das Arbeiten unter dem Aspekt des „besonderen Sinnes der Entspannung“. Überzeugt von diesem Ansatz griff Stolze ihre Arbeitsweise auf und begann die KBT als Therapieform zu entwickeln.<sup>2</sup>

Als Leiter der Lindauer Psychotherapiewochen fand Helmuth Stolze eine geeignete Plattform, sein entwickeltes psychotherapeutisches Verfahren einem breiten Fachpublikum vorzustellen. 1958 hielt er den ersten Vortrag über KBT und veröffentlichte damit

---

<sup>1</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 38

<sup>2</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 39ff

die Methode unter ihrem spezifischen Namen. Bereits damals sprach Stolze von der Schwierigkeit, das Verfahren über schriftliche Arbeiten kennen zu lernen - eine Problematik, mit der KBT-Therapeut/innen heute noch zu kämpfen haben. Er beschreibt weiters, dass es in der KBT um alltägliche Bewegungen, wie Gehen, Hinsetzen, Bücken, Atmen, Sprechen, usw. gehe und diese neu erfahr- und erlebbar gemacht werden müssen.

Wichtige Vertreter/innen der KBT, wie Lucie Lentz, Christine Gräff und Ursula Kost machten bei diesen Lindauer Psychotherapiewochen ihre erste Begegnung mit der bewegungsorientierten, psychotherapeutischen Methode. Sie beteiligten sich maßgeblich an der Verbreitung der KBT, indem sie Arbeitsgruppen, Experimentiergruppen, usw. gründeten.<sup>1</sup>

Typische Merkmale der KBT in der Anfangszeit waren:

- Die unmittelbare Wahrnehmung des eigenen Körpers  
Das Bewusstsein sollte möglichst wach und differenziert wahrnehmen, wie sich der eigene Körper in Ruhe und Bewegung verhält. Wenn Gegenstände eingesetzt wurden, dann dienten sie dazu, den eigenen Körper noch besser wahrzunehmen.<sup>2</sup>
- Das Fehlen von objektiven Normen  
Im Verfahren gibt es kein „Richtig“ oder „Falsch“. Man geht nicht von einem optimalen Zustand aus, sondern es gilt einen Zustand zu erreichen, in dem das „So-Sein“ wahrgenommen wird.<sup>3</sup>
- Der Bezug zum Alltag  
Ausgangspunkt war immer die einfache Bewegung mit dem Ziel, diese intensiv und wiederholt, völlig neu zu erleben und in weiterer Folge dieses Bewusstsein auch im persönlichen Alltag zu leben.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 43ff

<sup>2</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 58

<sup>3</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 58f

<sup>4</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 59

- Das Setting

In ihren Anfängen galt KBT hauptsächlich als Gruppenmethode, angewendet in Selbsterfahrungsgruppen, in freien Arbeitsvereinbarungen oder eingebettet in ein Behandlungskonzept in psychosomatischen Kliniken.<sup>1</sup>

### **2.1.5. KBT am Weg zur anerkannten Methode in Österreich**

Nachdem Helmuth Stolze bei den Lindauer Therapietagen die Methode präsentierte, erkannte eine wachsende Zahl von Therapeut/innen den Wert des körpernahen Zugangs zu psychotherapeutischen Fragestellungen sowohl in Klinik als auch Theorie. So kam es schließlich 1975 zur Gründung des Arbeitskreises für KBT in Deutschland (DAKBT) und somit zur Institutionalisierung der Therapieschule. In weiterer Folge wurde die Methode und Theorie der KBT lehrbar gemacht, diverse wissenschaftliche Artikel und Veröffentlichungen folgten.<sup>2</sup>

Fünf Jahre später kam es zur Gründung des Österreichischen Arbeitskreises für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT). War er anfangs noch stark mit seinem deutschen Vorgänger verbunden, entwickelte er sich bald zu einem eigenständigen Verein. So wurde der Grundstein zur Verbreitung der Methode in Österreich gelegt, was in weiterer Konsequenz zu einer Professionalisierung und wissenschaftlichen Anerkennung führte. Eine Herausforderung bestand darin, Eigenständigkeit gegenüber dem deutschen Arbeitskreis zu entwickeln und sich darüber hinaus gegenüber österreichischen Psychotherapieverbänden zu behaupten.<sup>3</sup> Im Wesentlichen gibt es heute regionale Arbeitsgruppen in Salzburg, Wien, Linz, Graz, Klagenfurt und Innsbruck, die sich mit den Schwerpunkten Supervision, Intervision, Theorievermittlung und Vermittlung der Methode für Therapeut/innen und psychosoziale Grundberufe auseinandersetzen. Fortbildungen in der Methode werden seit 1974 kontinuierlich angeboten und seit 1982 wird die Ausbildung in der Methode der KBT in Österreich selbstständig weiterentwickelt.<sup>4</sup> Nachdem die Psychotherapie in Österreich seit 1990 als eigenständiger Heilberuf gilt und

---

<sup>1</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 60

<sup>2</sup> vgl. [http://chkbt.ch/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1&Itemid=2](http://chkbt.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=2)

<sup>3</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 132ff

<sup>4</sup> vgl. Pokorny u.a., 2001, S. 94

Aus-, Fort- und Weiterbildung diesbezüglich gesetzlich geregelt sind, bietet der ÖAKBT eine Weiterbildung in KBT an. Dabei werden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Aspekte der leiborientierten Psychotherapie sollen in anerkannte Psychotherapiemethoden einbezogen werden.
- Körper- und bewegungstherapeutische Vorgangsweisen sollen auf dem Hintergrund 40jähriger Methodenentwicklung in Theorie und Praxis vermittelt werden.
- KBT ist klar von übenden und eklektischen „Körper“-Therapien bezüglich einer wissenschaftlich-psychotherapeutischen Arbeitsweise abzugrenzen.<sup>1</sup>

Seit 2001 gibt es darüber hinaus auch den Europäischen Arbeitskreis für KBT (EAKBT) als europäischen Dachverband mit seinem Sitz in Basel. Durch diesen Arbeitskreis sind europäische Vereine Belgiens, Deutschlands, Italiens, Österreichs, der Schweiz und der Slowakei im EAP (European Association for Psychotherapy) vertreten.<sup>2</sup>

#### 2.1.5.1. KBT als anerkannte psychotherapeutische Methode

Das Psychotherapiegesetz von 1990 regelt nicht nur die Aus-, Fort- und Weiterbildung, sondern organisiert und schützt auch die Psychotherapie bzw. die Psychotherapeut/innen und deren Konsument/innen und legt fest, unter welchen Bedingungen Psychotherapie angewendet werden darf.<sup>3</sup> Da die KBT vorerst nicht unter dieses Gesetz fiel, bedurfte es in den folgenden Jahren eines großen Einsatzes von Vertreter/innen der Methode um die wissenschaftliche, und schließlich 2001 die staatliche Anerkennung durch das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren zu erlangen. So wurde der Grundstein für die berufspolitische Entwicklung der KBT gelegt, die somit nicht mehr lediglich als „Hilfsmethode“ der eigentlichen Psychotherapie angesehen wurde.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Pokorny u.a., 2001, S. 125

<sup>2</sup> vgl. [http://chkbt.ch/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1&Itemid=2](http://chkbt.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=2)

<sup>3</sup> vgl. Homm u.a., 1996; vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 139

<sup>4</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 139

#### 2.1.5.2. Ausbildungscurriculum der KBT in Österreich

Die KBT ist eine methodenspezifische Ausrichtung innerhalb einer psychotherapeutischen Ausbildung, und siedelt sich im Rahmen tiefenpsychologischer Schulen humanistischer Tradition an. Demnach soll psychotherapeutisches Handeln in Einzel- und Gruppentherapie durch Eigentherapie und durch Theorie vermittelt werden. Die Ausbildungsrichtlinien, die im Folgenden dargestellt werden, sind der Homepage des ÖAKBT entnommen:

## Ausbildungscurriculum der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT)

Methodenspezifische Ausrichtung

Eigenthherapie	mind. 375 Stunden
Theorie	mind. 350 Stunden
Praktische Arbeit (Punkt 3.3.)	1390 Stunden

Die KBT versteht sich als psychotherapeutische Methode im Rahmen tiefenpsychologischer Schulen mit humanistischer Tradition. Das zeigt sich im daran orientierten Krankheitsbegriff und dem Selbstverständnis therapeutischen Handelns. Die Ausbildung vermittelt psychotherapeutisches Handeln in Einzel- und Gruppentherapie - sowohl durch die Eigenthherapie als auch in der Theorie zur KBT.

AUSBILDUNGSRICHTLINIEN: Psychotherapeutisches Fachspezifikum des ÖAKBT

Die Ausbildungsrichtlinien haben das Ziel, eine fachliche qualifizierte psychotherapeutische Ausbildung in KBT zu ermöglichen. Die KBT ist eine psychotherapeutische Methode. Daraus ergeben sich folgende Anforderungen an die AusbildungskandidatInnen:

Die Stundenberechnung:

Gruppe Selbsterfahrung	60 Minuten
Theorie	45 Minuten
Einzelstunden	50 Minuten

### 1. VORAUSSETZUNGEN DER ZULASSUNG ZUR AUSBILDUNG

- 1.1. Erfolgreicher Abschluss des psychotherapeutischen Propädeutikums, Vollendung des 24. Lebensjahres und Erfüllung der gesetzlichen Bestimmungen für das psychotherapeutische Fachspezifikum.
- 1.2. Selbsterfahrung in einer anderen, vom Psychotherapiebeirat und ÖAKBT anerkannten, psychotherapeutischen Methode in einer Gruppe oder einzeln. Die Therapeuten müssen von ihren Fachverbänden zugelassen sein. Zeitaufwand: 50 Stunden
- 1.3. Persönliche Erfahrung in der KBT.  
Zeitaufwand: 25 Stunden (davon 15 Std. Zulassungseminar) Die Therapeut/innen müssen KBT-Zertifikatsinhaber/innen sein.
- 1.4. Antrag auf außerordentliche Mitgliedschaft im ÖAKBT unter Vorlage zweier Referenzen von ordentlichen Mitgliedern oder zweier positiver Auswahlgespräche.
- 1.5. Führung von zwei Auswahlgesprächen mit dafür vom Vorstand des ÖAKBT benannten Personen, frühestens nach der Teilnahme an mindestens der Hälfte der vorgeschriebenen Stunden aus 1.2. und 1.3.

### 2. ZULASSUNGSVERFAHREN

- 2.1. Der Antrag auf Zulassung zur KBT-Ausbildung ist mit den nötigen Unterlagen (Nachw. 1.1. - 1.5.,

Propädeutikum, KBT-Stunden, Anmeldung beim Ministerium) und einem ausführlichen Lebenslauf an den ÖAKBT-Vorstand zu richten.

- 2.2. Die endgültige Entscheidung für die Teilnahme an einer Ausbildungsgruppe erfolgt bei einem Zulassungsseminar (inkl. Vorgespräch), das mit den für die Ausbildung zugelassenen Teilnehmer/innen einer konkret ausgeschriebenen Gruppe mit den dafür vorgesehenen Ausbilder/innen stattfindet.

### 3. ABLAUF DER AUSBILDUNG

#### 3.1. Selbsterfahrung in der KBT

3.1.1. Gruppentherapie gesamt 225 Stunden

150 Stunden: Geschlossene Gruppe

75 Stunden: Fortsetzung der Gruppe mit neuen GruppenleiterInnen

#### 3.1.2. Einzeltherapie

3.1.2.1. KBT- Lehrtherapie mind. 150 Stunden

oder - nach Rücksprache mit der Ausbildungskommission möglich:

3.1.2.2. Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie mind. 100 Stunden

und KBT- Einzellehrtherapie mind. 70 Stunden

3.2. Erwerb theoretischer Kenntnisse Summe 350 Stunden

#### 3.2.1. Theorie der Persönlichkeit

3.2.1.1. Psychischer Bereich Summe 60 Stunden

A: Der Körper als Ort des psychischen Geschehens 15 Stunden

B: Entwicklungspsychologie in verschiedenen theoretischen Systemen 15 Stunden

C: Entwicklung und Formen psychopathologischer Persönlichkeit 15 Stunden

D: Theorien der therapeutischen Beziehung in der KBT 15 Stunden

3.2.1.2. Somatischer Bereich Summe 40 Stunden

A: KBT-spezifische Anatomie und Bewegungslehre 20 Stunden

B: Klinische Bilder psychotherapierelevanter Störungen 20 Stunden

3.2.2. Methodik und Didaktik Summe 210 Stunden

3.2.2.1. Allgemeine Methodik und Didaktik

A: Erstgespräch und Diagnostik 20 Stunden

B: Indikation - Focus – Setting 15 Stunden

C: Materialien in der KBT 15 Stunden

D: Handeln und Sprechen 20 Stunden

E: Therapeutische Gesprächsführung 15 Stunden

F: Krisenintervention 15 Stunden

3.2.2.2. Spezielle Methodik und Didaktik der Gruppentherapie Summe 60 Stunden

A: Basisseminar: Gruppen leiten – Theorien der Gruppe 15 Stunden

B: Gruppenarbeit bei Patienten psychotischer Persönlichkeitsorganisation 15 Stunden

C: Gruppenarbeit bei Patienten mit ichstrukturellen Schädigungen 15 Stunden



D: Gruppenarbeit bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen	15 Stunden
3.2.2.3. Spezielle Methodik und Didaktik der Einzeltherapie	
A: Strukturierte Körperarbeit	20 Stunden
B: Einzelarbeit mit ichstrukturell schwer Erkrankten	15 Stunden
C: Einzelarbeit mit ichstrukturell mittelschwer/ neurotisch Erkrankten	15 Stunden
3.2.3. Literaturstudium	40 Stunden
3.3. Praktisches Arbeiten mit der KBT	
3.3.1. Beobachtung	30 Stunden
3.3.2. Co-Therapie	60 Stunden
3.3.3. Ein Austausch der Stundenzahl zwischen Beobachtung und Co-Therapie ist in geringem Umfang möglich (NICHT Supervision!) Für Nachbesprechungen für Beobachtung und Co-Therapie kann ein Honorar äquivalent zu Supervisionsstunden verrechnet werden.	
3.3.4. Praktikum	550 Stunden
Davon 150 Stunden klinisches Praktikum in einer facheinschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens/ Klinik, vornehmlich nach dem Status „Psychotherapeut/in in Ausbildung unter Supervision“ (PTH.i.A.u.S.)	
3.3.5. Praktikumssupervision	
KBT-spezifische Supervision des Praktikums 3.3.4.	30 Stunden
3.3.6. Selbständige Arbeit	600 Stunden
Davon Gruppenarbeit	mind. 100 Stunden.
Voraussetzung zur Zulassung zu eigenständiger psychotherapeutischer Arbeit unter Supervision, „PsychotherapeutIn in Ausbildung unter Supervision“:	
Einzeltherapie	30 Stunden
Gruppentherapie	150 Stunden
Praktikum	150 Stunden
Praktikumssupervision	10 Stunden
Theorieseminare	150 Stunden
Die Zulassung zum/r „Psychotherapeut/in in Ausbildung unter Supervision“ erfolgt durch die Ausbildungskommission.	
3.3.7. Supervision zu 3.3.6.	120 Stunden
4. ABSCHLUSS DER AUSBILDUNG	
4.1. Die/der KandidatIn stellt in einem Schreiben an den Vorstand den Antrag auf Ausbildungsabschluss und Anerkennung als "Therapeut für Konzentrierte Bewegungstherapie". Nachweise über die KBT-Ausbildung werden beigelegt. Der Vorstand teilt der/dem KandidatIn mit, ob die Voraussetzungen für den Abschluss erfüllt sind.	
4.2. Die schriftliche Abschlussarbeit lt. Ausbildungsordnung ist vorgelegt und positiv bewertet.	

#### 4.3. Praktische Prüfung

4.3.1. Der Ausbildungsabschluss kann als Einzelprüfung oder im Rahmen eines Abschlusseminars erfolgen.

4.3.2. Die/der KandidatIn arbeitet im Beisein der PrüferInnen mit einer Gruppe.

Anschließend findet ein Gespräch zur Theorie und Praxis des Ablaufes statt.

4.3.3. Die/der KandidatIn nimmt an einem Kolloquium teil, das sich mit den vorgelegten Protokollen sowie mit Fragen zur Theorie und Praxis der KBT befasst.

4.3.4. Mit Abschluss der Ausbildung erhält die/der KandidatIn das Zertifikat des ÖAKBT und die Berechtigung zur Eintragung in die Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums. Zudem besteht die Möglichkeit, den Akademischen Grad „Master of Science für Psychotherapie“ bzw. „Akademische/r Psychotherapeut/in“ zu erlangen.

#### 5. AUSSCHEIDEN AUS DER AUSBILDUNG

Fragen zur Beendigung der Ausbildung werden bei kontroversen Standpunkten in einem Schiedsgericht, bestehend aus einer vom Kandidaten benannten Vertrauensperson, einem Lehrbeauftragten und einem Vorstandsmitglied besprochen.

Die Entscheidung liegt beim Vorstand.

Mögliche Ausscheidungsgründe: kriminelles Verhalten im Sinne des Strafgesetzbuches, schwere Verstöße gegen die psychotherapeutische Ethik, psychische Erkrankung von hohem Schweregrad, vereinschädigendes Verhalten.

#### 6. RAHMEN UND QUALIFIKATION

Die KBT wurde mit Bescheid des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen gemäß § 7 Abs. 1 in Verbindung mit § 7 Abs. 4 des BGBl. Nr. 361/1990 als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung für die methodenspezifische Ausrichtung Konzentrierte Bewegungstherapie vom 3.4.2001, (GZ: 22.500/40-VIII/D14/01) anerkannt.

All jene, die das Fachspezifikum des ÖAKBT absolvieren und vom ÖAKBT graduiert werden, können beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Eintragung in die Psychotherapeutenliste beantragen.

#### 7. KOSTEN UND DAUER DER AUSBILDUNG

Die Gesamtkosten betragen zurzeit mind. €28.600,-- (ohne Raummiete, Fahrt, Unterkunft und Verpflegung). Die Dauer der Ausbildung beträgt mind. 5 Jahre.

Einzelstunden: €65,-- Gruppenstunden: €20,-- / €15,-- (2 GruppenleiterInnen/1 Gruppenleiter/in)

(Fassung von 01.06.2008)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <http://www.kbt.at/bildung11.htm>

### **2.1.6. Abgrenzung der KBT zu anderen bewegungstherapeutischen Methoden**

Sämtliche körpertherapeutische Richtungen gehen genauso wie die KBT davon aus, dass der Körper wahrnimmt, handelt, fühlt und denkt und damit den gesamten Menschen ausmacht. Der Körper wird nicht auf einen biologisch-physikalischen Organismus reduziert und gilt als existenzieller Bezugspunkt zur Seele. Außerdem wird angenommen, dass das Wesen des Menschen in seiner Körperlichkeit zum Ausdruck kommt. Demnach ist Psychotherapie auf rein verbaler Ebene in ihrer Effektivität stark eingeschränkt, da sie die körperliche Dimension außer Acht lässt. Störungen im Verhalten und Erleben von Menschen sind nicht nur auf der psychischen Ebene verankert, sondern auch im Körper gespeichert.<sup>1</sup>

Der wesentliche Unterschied der KBT zu anderen bewegungstherapeutischen Methoden zeigt sich darin, wie schon näher beim Abschnitt über Elsa Gindler dargestellt, dass es bei der KBT keine Übungsvorgaben gibt, sondern dass versucht wird, freie Assoziationen zu stimulieren. Übungsangebote sind weniger strukturiert als in anderen Bewegungstherapien. Die äußere Bewegung tritt in den Hintergrund, der Fokus wird auf die innere Bewegung, und auf das körperliche Sich-Erspüren, gerichtet.

## **2.2. Zur theoretischen Konzeption der KBT**

Die im vorigen Kapitel dargestellten bewegungstechnischen Wurzeln sind Grundlage der Konzentrativen Bewegungstherapie und beschreiben die Wesenszüge der Methode. Sie versteht sich weiters als psychotherapeutisches Verfahren für Gruppen- und Einzelpsychotherapie auf der Basis entwicklungspsychologischer und tiefenpsychologischer Denkmodelle. Wichtig für die Theoriebildung in der KBT sind von Weizsäckers Gestaltkreis, Piagets entwicklungspsychologischer Ansatz, tiefenpsychologische Modelle nach Erikson und Mahler, die Säuglingsforschung nach Stern und aktuelle neurobiologische Erkenntnisse. In diesem Kapitel wird auf diese Denkmodelle bzw. Theorien näher eingegangen. Voran erscheint es mir wichtig, den Bedeutungshintergrund des Begriffs „Konzentrierte Bewegungstherapie“ darzustellen.

---

<sup>1</sup> vgl. Petzold, 1980, S 10f

### 2.2.1. Begriffliche Annäherung

Wie bereits im Kapitel 2.1.4 erwähnt, geht der Name „Konzentrierte Bewegungstherapie“ auf Helmut Stolze zurück und ist wie folgt zu verstehen:

#### 2.2.1.1. Konzentration – konzentrativ

In Hinblick auf die Zuwendung zur Welt kann zwischen einer aufmerksamen Haltung und einer konzentrativen Haltung unterschieden werden. Im Zustand der aufmerksamen Haltung haben alle Dinge eine Bedeutung aus der Beziehung zum Ich, das Ich exponiert und orientiert sich gegenüber der Welt. Im Gegensatz dazu engt sich die Beziehung zur Welt auf bestimmte Bereiche ein, wenn wir eine konzentrierte Haltung annehmen. In dieser erfahrungsbereiten Bewusstseinslage vergegenwärtigen wir Dinge und verweilen dabei und ermöglichen so eine Auseinandersetzung mit dem Konkreten. Die Haltung zum affektiv neutralen, „die Welt an sich herankommen lassen“ und „es darauf ankommen lassen“ bewirkt eine Veränderung des Verhältnisses zur Außenwelt, zu den Menschen und zu sich selbst. Indem das Bewusstseinsfeld eingeengt wird, soll eine Erweiterung des Bewusstseinszustandes in Hinblick auf die Bewusstseinsqualität erreicht werden. Der Mensch kann durch die Konzentration unmittelbar wahrnehmen und einen Kontakt zu den Dingen und zu den Mitmenschen bzw. zu sich selbst aufnehmen.<sup>1</sup>

Elsa Gindler meint dazu, „Nur von der Konzentration her kann ein tadelloses Funktionieren des körperlichen Apparates im Zusammenhang mit dem geistigen und seelischen Leben erreicht werden.“<sup>2</sup>

#### 2.2.1.2. Bewegung

Bei der KBT geht der Begriff der Bewegung über das Alltagsverständnis, den expressiven Charakter des Begriffes hinaus und stellt einen Zusammenhang zwischen innerer und äußerer Bewegung her. Im Wesentlichen lassen sich drei Aspekte der Bewegung voneinander abgrenzen:

---

<sup>1</sup> vgl. Meyer, 1989, S. 56f

<sup>2</sup> Gindler, 1926, S. 227

- Das „Sich-Bewegen“ meint das Erlebnis der Bewegung. Hier werden sämtliche sensomotorische Funktionen des Menschen in ihrer entwicklungsmäßigen Verknüpfung angesprochen.
- Das „Bewegt-Sein“ beschreibt das innerlich Bewegende und Bewegte in Hinblick auf Affekte und Emotionen.
- Das „Auf-dem-Wege-Sein“ möchte Entwicklungsschritte des Menschen und seine schrittweise Entfaltung beim Überwinden von äußeren und inneren Hemmnissen beschreiben.<sup>1</sup>

Gindler unterscheidet zwischen der inneren und der äußeren Bewegung und ging davon aus, dass sich die innere in der äußeren Bewegung ausdrücken soll.<sup>2</sup> Auf dem Weg dorthin bedarf es des Erspürens von Bewegungen, die einerseits zart und flüchtig erscheinen, gleichzeitig aber starke und bleibende Einprägungen bedeuten, wie sie im Nachdenken nicht herstellbar wären.<sup>3</sup> Nach der Gestaltkreis – Theorie von Weizsäcker (siehe folgendes Kapitel), bilden Wahrnehmung und Denken den einheitlichen averbalen Gestaltkreis, d.h. jede Wahrnehmung löst eine Bewegung aus, die ihrerseits wieder eine Wahrnehmung bedingt. In der KBT werden Wahrnehmung und Bewegung angeregt, um den Zustand einer konzentrativen Bewusstseinslage im Sinne einer wachen Bereitschaft zur Selbst- und Fremdwahrnehmung und zur Realisation des Geschehens im Hier und Jetzt, zu erreichen.

### **2.2.2. Theoretische Grundlagen der KBT**

Die KBT bedient sich verschiedener theoretischer Modelle und wählt nach dem Prinzip des Eklektizismus die für sie relevanten Bereiche aus. Grundlage dabei sind allgemeine Postulate der Körpertherapie, also einer ganzheitlichen Sicht von Körper, Geist und Seele. Ich werde hier nur auf fünf theoretische Konzepte, die mir für die KBT wesentlich erscheinen eingehen, da eine vollständige Darstellung des theoretischen Unterbaus der KBT den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

---

<sup>1</sup> vgl. Pokorny, 2001, S. 30

<sup>2</sup> vgl. Lechler, 1982, S. 260

<sup>3</sup> vgl. Becker, 1989, S. 27

### 2.2.2.1. Der Gestaltkreis Viktor von Weizsäckers

Viktor von Weizsäcker wird als Begründer der allgemeinen anthropologischen Medizin gesehen. Nach seinem Verständnis zeigt sich in der Krankheit das Wesen und die persönliche Geschichte jedes einzelnen. Die Krankheit stellt ein lebensgeschichtliches Problem dar, welches ins Somatische übertragen wird. Das einseitige Prinzip von Ursache und Wirkung kann daher bei psychosomatischen Störungen nicht als Erklärungsgrund herangezogen werden. In diesem Zusammenhang versagen sowohl der psychophysische Parallelismus als auch das Modell der psycho-physischen Wechselwirkung als Erklärungsmodell. Auf der Suche nach einem alternativen Denkansatz schuf er in seiner Theorie von der Einheit von Wahrnehmung und Bewegung den Begriff des „Gestaltkreises“.<sup>1</sup>

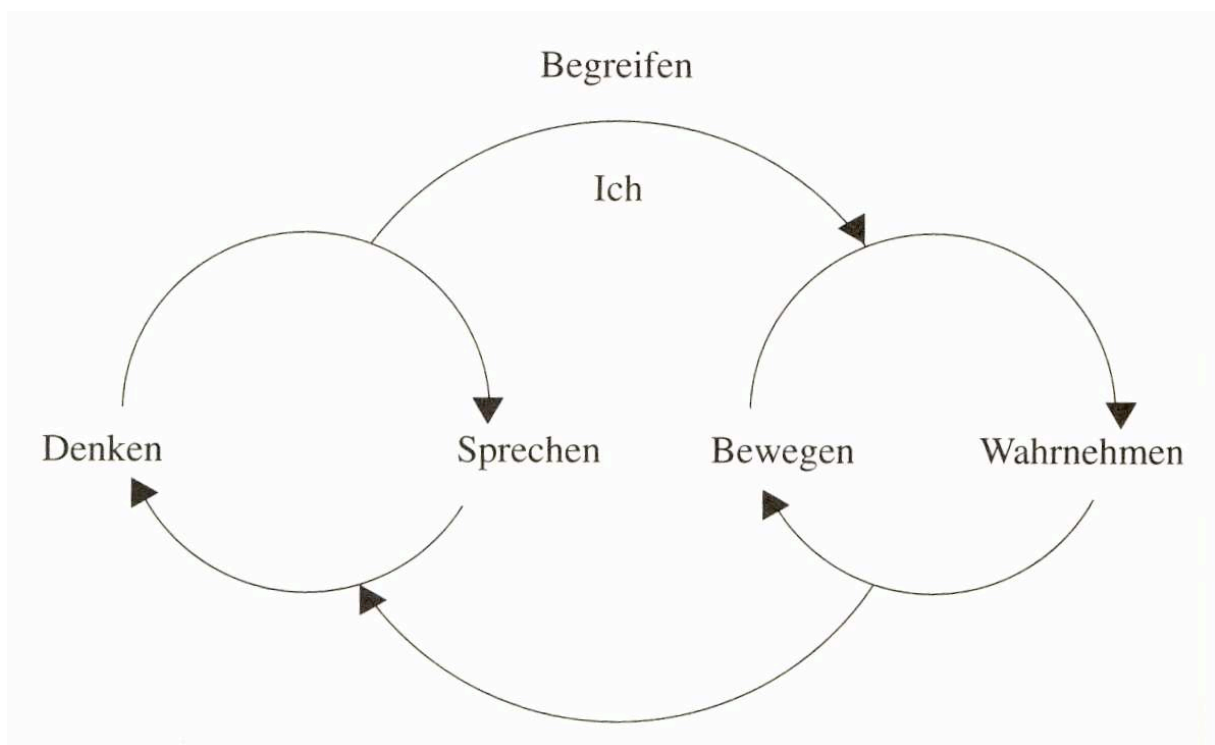


Abb. 1: Weizsäckers Gestaltkreis

In seinem Modell stehen die Themen der Einheit von Wahrnehmung und Bewegung, der Verbundenheit von Subjekt und Objekt und die Verschiebbarkeit der Grenzen zwischen Ich und Umwelt im Mittelpunkt.

<sup>1</sup> vgl. Paluselli und Cserny, 2006, S. 56

Bewegung bedeutet hier Selbstbewegung eines lebenden Organismus. Wahrnehmung subsumiert die Wahrnehmung anderer Objekte sowie die Eigenwahrnehmung und ist eine aktiv selektierende Tätigkeit. Das sinnlich Erlebte wird durch Versprachlichung begrifflich erfasst und gelangt so auf die Ebenen des Denkens, des Assoziierens, des Reflektierens und des Kommunizierens. Durch diesen Prozess verbinden sich der sinnlich-emotionale und der sprachlich-kognitive Kreislauf.

Ein Lebewesen ordnet sich durch seine Bewegung und seine Wahrnehmung in seine Umwelt ein. Dass Bewegung und Wahrnehmung eng miteinander verbunden sind, zeigt Weizsäcker mit Hilfe der einfachen Organleistung der Hand. Sie ist als Tastorgan gleichzeitig Fühler und Greifer, schmiegt sich an den Gegenstand an und bewegt diesen.

Die Frage, welcher Prozess auslösend für den anderen war, kann nicht linear kausal beantwortet werden.<sup>1</sup> Den Zusammenhang beider Phänomene stellt Weizsäcker in einer kreisförmigen Ordnung dar, wobei beide in einem interdependenten Verhältnis aufeinander wirken. Das Erklärungsprinzip der Koinzidenz von Motorik und Sensorik nennt er den Gestaltkreis. Die gesamte menschliche Entwicklung kann mittels dieses Schemas dargestellt werden. Angeborene (motorische, sensorische, affektive) Verhaltensweisen würden gestaltkreishaft miteinander verknüpft und bilden die Grundlagen für Selbsterfahrung und Ich-Entwicklung.<sup>2</sup>

Bei der Verbundenheit eines Subjekts mit der Umwelt prägt Weizsäcker den Begriff der Kohärenz. Durch Bewegung versucht der Organismus die Kohärenz aufrechtzuerhalten, sie kann aber durch Störungen getrennt werden. Grundsätzlich ist die Kohärenz der Trennung von Subjekt und Objekt übergeordnet, denn wenn ein Gegenstand wahrgenommen wird, dann gibt es von diesem weder im Erleben noch im Denken eine Trennung.

Das Endprodukt der Wahrnehmung ist nicht etwas Subjektives, sondern ein Produkt aus der Begegnung von Ich und Welt. Gleiches trifft auf die Bewegung des Organismus zu.

---

<sup>1</sup> vgl. Weizsäcker, 1968, S 158f

<sup>2</sup> vgl. Pokorny, u.a., 1996, S. 47

Diese findet nicht nur Kräfte in der Umwelt vor, sie ist gleichzeitig an der Entstehung der Umweltkräfte beteiligt. Beim Hantieren mit einem Hammer wirkt einerseits die Kraft der Hand auf den Hammer, beim Aufprall wirkt die Kraft andererseits auf die Hand zurück. Die unterscheidbaren Teile Hand und Hammer führen eine übergeordnete Bewegungsform aus. Diese übergeordnete Form ist der Gestaltkreis.<sup>1</sup> Weizsäckers Auffassung stütze sich unter anderem auf den Umstand, dass körperliche Vorgänge durch seelische Regungen beeinflussbar sind und auf die Tatsache, dass sich etwa in der Hypnose durch Suggestion Muskel-, Atem- oder andere Funktionen verändern lassen.

Besonders Stolze erkannte in dem Modell des Gestaltkreises eine Erklärungsmöglichkeit für die Wirkweise der KBT. Es kann in der Therapie nicht darum gehen, das Richtige und Wahre vom Falschen und Unrichtigen zu trennen, eine Entscheidung für „entweder“ oder für „oder“ zu treffen, sondern um die Einsicht, dass so genannte Gegensätze nebeneinander oder ineinander Platz haben.

„Das Modell des Gestaltkreises sieht hier in der therapeutischen Beziehung den Patienten im Kontakt mit dem Therapeuten über beide Subkreisläufe: Der Therapeut kann Differenzierungs- und Nachreifungsprozesse über Angebote in sensomotorischen Bereichen (auch im direkten Körperdialog) anregen, aber auch im Kontakt mit dem Kreislauf „Denken/Sprechen“ spiegelnd, klärend, stützend oder konfrontierend im Sinne einer korrigierenden Beziehungserfahrung intervenieren. ... Ziel ist unter Beachtung der Abstinenz, Übertragung und Gegenübertragung eine verbesserte Balance der jeweiligen Subsysteme „Denken/Sprechen“ und „Wahrnehmen/Bewegen“ im differenzierteren und integrierteren Selbst- und Fremderleben.“<sup>2</sup>

Die Postulate der Gestaltkreistheorie erinnern an Piagets Modell der Intelligenzentwicklung (Piaget, 1969). Auch in diesem Modell wird die Meinung vertreten, dass konkrete und abstrakte Denkopoperationen aus einem vorangegangenen Wahrnehmen, Bewegen und Handeln resultieren. Jean Piaget konstatiert eine strukturell äquivalente Prozesshaftigkeit zur späteren Abstraktions- und Symbolisierungsfähigkeit des Kindes, die im Folgenden dargestellt wird.

---

<sup>1</sup> vgl. Wiesenhütter, 1969, S142

<sup>2</sup> Pokorny, u.a., 1996, S. 56f



#### 2.2.2.2. Der entwicklungspsychologische Ansatz Jean Piagets

Der Schweizer Psychologe Jean Piaget (1896 – 1980) stellt in seinem Entwicklungsmodell die gesetzmäßige Entwicklung der menschlichen Erkenntnis, der Intelligenz, dar. Demnach umfasst Intelligenz Körpererfahrung, Raumorientierung und die Entwicklung des Denkens.<sup>1</sup> Piaget unterscheidet zwischen fünf Phasen der Entwicklung der Intelligenz, wobei am Beginn das Kind alles auf sich, genauer gesagt auf seinen Körper zurückführt. Am Ende, wenn Sprache und Denken einsetzen, gliedert es sich in eine Welt ein, die es sich nach und nach aufgebaut hat und die es von da an als außerhalb von sich selbst existierend empfindet.

- Die sensomotorische Entwicklungsphase (bis ca. Ende des zweiten Lebensjahres):  
Das Kind lernt Wahrnehmungen zu machen, sie zu üben, zu wiederholen, einzuordnen und zu deuten. In dieser Phase findet die höchste Anpassung eines Organismus an seine Umwelt statt. Das Stadium der sensomotorischen Intelligenz gliedert Piaget in sechs aufeinander folgende Entwicklungsschritte, auf die noch genau eingegangen wird.
- Das symbolisch-vorbegriffliche Denken (ca. 2. bis 4. Lebensjahr):  
Dies ist das Stadium der ersten Darstellung mit Hilfe der Sprache. Das Kind kann erstmals „Vorstellungen“ entwickeln, was sich im Spielverhalten, im „tun als ob“ zeigt.
- Das anschauliche Denken (ca. 4. bis 7. Lebensjahr):  
Das Denken ist immer noch weitgehend an Anschauungen gebunden. Ein Vorgang kann in seinem Ablauf nicht zurückverfolgt und nicht aus einem anderen Blickwinkel erfasst werden. Sieht z.B. ein Kind, wenn es durch den Raum läuft, einen Ball rechts von ihm liegen, versteht es nicht, warum sich dieser auf dem Rückweg links von ihm befindet.
- Phase der konkreten Operation (ca. 7. bis 11. Lebensjahr):  
Das Kind kann sich bereits Bewegungen und Veränderungen vorstellen. Ein Problem kann aus unterschiedlicher Sicht betrachtet werden und eine Handlung in ihrer Entstehungsweise zurückverfolgt und gegebenenfalls korrigiert werden.

---

<sup>1</sup> vgl. Piaget, 1988

- Beginn der formalen Denkopoperationen (ab ca. 11. Lebensjahr):  
Abstraktionen sind möglich. Das Kind kann über Hypothesen nachdenken, es entwickelt Theorien über den Zustand der Welt.<sup>1</sup>

Da für die KBT besonders die sensomotorische Entwicklungsphase von der Geburt bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr von Bedeutung ist, möchte ich Piagets Stufenmodell dieser Phase genauer darstellen. In den ersten zwei Lebensjahren durchläuft das Kind unterschiedliche Formen der Entwicklung zur Koordination von Wahrnehmung und Motorik. Der Säugling macht über die Sinnesorgane Erfahrungen in der Form von Reiz-Reaktionskoppelungen, Zufallshandlungen und aktiven Wiederholungen wodurch Zweck und Mittel miteinander verbunden werden. Dadurch bildet das Individuum Verhaltensmuster aus. Diese Erfahrungen bzw. Wahrnehmungen und im Besonderen die Kopplung zwischen Wahrnehmung und Bewegung sind beim Erwachsenen gespeichert und können durch einfache Handlungen wiederbelebt und erinnert werden und sind insofern für die KBT von besonderer Bedeutung.<sup>2</sup>

Piaget teilt die sensomotorische Entwicklung in sechs aufeinander folgende Entwicklungsschritte ein:

- **Koordination zwischen Reiz und Reaktion**  
Diese früheste Phase von der Geburt bis zum Alter von vier Wochen ist vom Reflexverhalten des Kindes gekennzeichnet (Saugreflex) und von der einfachen Koordination zwischen Reiz und Reaktion.
- **Einfache Gewohnheiten**  
In dieser Phase von der vierten Woche bis zum vierten Monat können Verhaltensweisen als Reiz-Reaktionsmodell beschrieben werden. Dabei stellt die Folge von Wahrnehmung und Bewegung die Grundlage für getrennt voneinander erlebte Sinne dar. So basieren Erfahrungen auf körpereigenen Funktionen – „das Kind greift nicht, um etwas zu erfassen, sondern erfährt vielmehr die Funktion des Greifens“. In diesem Stadium spielen allerdings auch Zufallshandlungen eine große Rolle.

---

<sup>1</sup> vgl. Weixelbaumer, 1999, S. 24f

<sup>2</sup> vgl. Paluselli und Cserny, 2006, S. 82

- Die aktive Wiederholung  
Zwischen dem dritten bzw. vierten Monat und dem achten Monat kommt es zur stufenweisen Koordination des Seh- und Greifschemas. Das Kind beginnt nach Dingen zu greifen, die es sieht und wird dabei von Erfolgen, aber auch Misserfolgen begleitet. Die erfolgreiche Koordination motiviert das Kind zu weiteren Handlungen.
- Verknüpfung von Mittel und Zweck  
In dieser Phase vom achten bis zwölften Monat werden gelernte Handlungsschemata in einer „Wenn-dann“-Kausalität bzw. in einer zum richtigen Ziel führenden Reihenfolge koordiniert. Auch kreative Verhaltensweisen, wie z.B. das Beiseiteschieben eines hindernden Objektes können hier auftreten.
- Aktives Experimentieren  
In den sechs folgenden Monaten nach dem ersten Lebensjahr beherrscht das Kind Schemata bereits so gut, dass es sich neuen Erfahrungen zuwenden kann. Ereignisse werden dann nicht einfach reproduziert, sondern variiert. Objekte werden dann nicht einfach fallen gelassen, sondern der Ort, von wo aus sie fallen gelassen werden, wird variiert.
- Das Erfinden  
Im letzten Viertel des zweiten Lebensjahres geht das Kind zum „verinnerlichten Handeln“ über und kann bereits neue Verfahren erfinden. Es kommt zu schnellen Koordinationen der Handlungsschemata mit sofortigen Neukonstruktionen. Somit ist der Übergang zur nächsten Phase der Intelligenzentwicklung – des symbolischen, vorbegrifflichen Denkens – eingeleitet.<sup>1</sup>

Da er für die KBT wichtig ist, sei hier der Vollständigkeit halber auch noch der Objektbegriff im Rahmen der sensomotorischen Entwicklung erwähnt. In den ersten zwei Lebensjahren lernt das Kind mit Objekten in einer Form umzugehen, die sich später auf die Fähigkeit von Geben und Nehmen, auch im abstrakten Sinn, auswirkt.

---

<sup>1</sup> vgl. Paluselli und Cserny, 2006, S. 82ff

### 2.2.2.3. Die Bedeutung tiefenpsychologischer Entwicklungsmodelle in der KBT

Grundsätzlich wird in der Tiefenpsychologie von unbewussten psychischen Strukturen bzw. unbewussten biografischen Lebenszusammenhängen und darüber hinaus von einem dynamischen Unbewussten ausgegangen.<sup>1</sup> Die tiefenpsychologische Sichtweise dient der KBT einerseits als Erklärungsmodell für psychische Prozesse, bzw. deren Störungen und bietet weiters einen Ansatzpunkt für die therapeutische Arbeit.<sup>2</sup>

Hans Becker, Psychiater, Psychoanalytiker und KBT-Therapeut in Heidelberg, geht von der These aus, dass „neurotische und mit Einschränkungen psychosomatische Symptome in Beziehung zu einem frühkindlichen Konflikt im Sinne einer Fixierung und/oder Regression auf eine Entwicklungsphase vorwiegend der ersten sechs Lebensjahre“ besteht.<sup>3</sup> Eine Symptomatik kann also ausbrechen, wenn ein frühkindlicher Konflikt reaktiviert wird. Durch Wiederbelebung eines frühkindlichen Konfliktes kann dieser aufgearbeitet werden, indem durch Prozesse innerhalb der KBT eine Annäherung an das frühkindliche Geschehen bzw. dessen Reinszenierung ermöglicht wird.<sup>4</sup>

Anhand entwicklungspsychologischer Modelle von Erik Erikson und Margaret Mahler, die auf Freuds Studien der kindlichen Entwicklung basieren, weist Becker auf deren Bedeutung für die KBT hin, da sie das Einordnen des aktuellen Geschehens in einen lebenslänglichen Zusammenhang erleichtern können.<sup>5</sup>

Ähnlich dem Phasenmodell von Piaget beschreibt der Psychoanalytiker und Sozialpsychologe Erik H. Erikson 1976 in „Kindheit und Gesellschaft“ unterschiedliche Entwicklungsphasen des Menschen. Jede Phase birgt ein besonderes Reifungsziel in sich, die sogenannten „psychosozialen Erwerbungen“. In einem System von Phasen, die voneinander abhängig sind, werden Wachstum und Krisen menschlicher Entwicklungen und die daraus resultierenden Grundhaltungen dargestellt. In Form von Gegensatzpaaren

---

<sup>1</sup> vgl. Stumm u. Pritz, 2000, S. 704

<sup>2</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Tiefenpsychologie>

<sup>3</sup> Becker, 1979, S. 132

<sup>4</sup> vgl. Becker, 1979, S. 132

<sup>5</sup> vgl. Becker, 1979, S. 134

formuliert Erikson das erreichte Ziel einer geglückten bzw. das Resultat einer gestörten Entwicklung:<sup>1</sup>

- „Urvertrauen gegen Urmisstrauen“ entsprechend der oralen Phase im ersten Lebensjahr: „Ich bin, was man mir gibt.“ Vor allem die Bewältigung kritischer Perioden während der ersten drei Lebensjahre, in welchen sich das Kind mit entwicklungsbedingten somatischen sowie sozialen Bedingungen auseinandersetzt, ist nach Erikson bedeutend für die Entstehung einer Ich-Identität. Er spricht von einem allgemeinen Zustand des Vertrauens, indem das Kind lernt, sich nicht nur auf den äußeren Versorger, sondern auch auf die Fähigkeiten der eigenen Organe verlassen zu können.<sup>2</sup>
- „Autonomie gegen Scham und Zweifel“ entsprechend der analen Phase im zweiten und dritten Lebensjahr: Das Kind entwickelt im zweiten und dritten Lebensjahr eine zunehmende soziale Kompetenz durch die Erkundung seiner Umwelt. Es lernt sich durchzusetzen und entwickelt im positiven Fall Autonomie, durch Nichtgelingen seiner Bestrebungen Scham und Zweifel. Im letzteren Fall würde das Kind in seinem Erkenntnis- und Forscherdrang eingeschränkt, würde sich übermäßig mit sich selbst beschäftigen und ein frühreifes Gewissen entwickeln. „Statt die Welt der Dinge in Besitz zu nehmen und sie in zielbewusster Wiederholung auszuprobieren, konzentriert sich das Kind zwanghaft auf seine eigenen, sich wiederholenden Körpervorgänge.“<sup>3</sup>
- „Initiative gegen Schamgefühl“ entsprechend der ödipalen Phase vom vierten bis sechsten Lebensjahr: „Ich bin, was ich zu sein mir vorstelle“.

Die Entwicklungstheorie von Margaret Mahler, einer in Wien geborenen Psychoanalytikerin, stützt sich auf Längsschnittuntersuchungen von Mutter-Kind-Dyaden. Die Untersuchung hat im Wesentlichen gezeigt, dass durch die präverbale Kommunikation, die zwischen Mutter und Kind abläuft, die Körperbesetzung des Kindes, die Entwicklung des Körperselbst und die Hinwendung zur Objektwelt geprägt wird.

---

<sup>1</sup> vgl. Erikson, 1984, S. 241ff

<sup>2</sup> vgl. Erikson, 1984, S. 241

<sup>3</sup> Erikson, 1984, S. 246

Folgende einzelne frühkindliche Entwicklungsschritte wurden von Mahler identifiziert:

- Vorläufer des Trennungs- und Individuationsprozesses

- a) Normale autistische Phase

Das Kind nimmt nur eingeschränkt wahr und hat ein großes Schlafbedürfnis. Die Pflegeperson, meist die Mutter, hat die Aufgabe, die primären Bedürfnisse des Säuglings zu stillen und vor Reizüberflutung zu bewahren.

- b) Symbiotische Phase

In dieser Phase wird die Mutter als Teilobjekt vor allem durch Sehen und Fühlen wahrgenommen – es ist eine Zwischenstufe zur Bedürfnis befriedigenden Objektbeziehung. In der Kommunikation zwischen Mutter und Kind spielen non-verbale Elemente wie Gleichgewicht, Spannung, Körperhaltung, Temperatur, Vibration, Hautkontakt, Rhythmus, etc. eine wichtige Rolle. Im Umgang mit der Mutter schafft sich das Kind die Basis für das Entstehen eines Körperselbst.<sup>1</sup>

- Erste Subphase der Trennung und Individuation (4. bis 6. Monat)

Das Kind richtet sich in der Wahrnehmung, besonders in der visuellen, mehr und mehr nach außen. Es wendet sich körperlich ab und bricht aus der passiven Rolle aus.<sup>2</sup>

- Zweite Subphase, frühe Erprobungsphase (10. bis 18. Monat)

Das Kleinkind erforscht seine Umwelt durch Krabbeln, Klettern und durch das aufrechte Gehen immer intensiver. Besonders mit dem aufrechten Gang beginnt sich die sensomotorische Intelligenz zu entwickeln. Durch das Fortbewegen und die Getrenntheit zur Mutter erlangt das Kind mehr und mehr Selbstidentität.<sup>3</sup>

- Dritte Subphase, Wiederannäherungsphase (16. bis 24. Monat)

In dieser Subphase nähert sich das Kind wieder an die Mutter an, nachdem es an Grenzen seiner Allmächtigkeit und Autonomie gestoßen ist. Symbiosewünsche und Autonomiebestreben wechseln einander ab. Erst die Bewältigung der Wiederan-

---

<sup>1</sup> vgl. Becker, 1989, S. 54ff

<sup>2</sup> vgl. Mahler, 1982, S. 74ff

<sup>3</sup> vgl. Mahler, 1982, S. 87ff

näherungskrise ermöglicht die Festigung der Individuation und der emotionalen Objektkonstanz.<sup>1</sup>

- Vierte Subphase, Individuation und Beginn einer emotionalen Objektkonstanz (bis 36. Monat)

In der vierten Subphase soll eine bestimmte Individualität und ein bestimmtes Maß an Objektkonstanz erreicht werden. Letzteres wird durch eine Verinnerlichung eines beständigen, positiven Mutterbildes bewirkt, das bei deren Abwesenheit dem Kind Trost spendet. Die Trennung von der Mutter und Frustrationen überhaupt werden allmählich ertragbar, wenn das Kind darauf vertrauen kann, dass die unbefriedigende Situation sich wieder aufheben wird. Außerdem will das Kind in seinem dritten Lebensjahr beweisen, dass es in einer stark erweiterten Umwelt funktionieren kann.<sup>2</sup>

Die Zuordnung der einzelnen Arbeitsangebote der KBT zu den einzelnen Entwicklungsphasen erfolgte im Hinblick auf Konflikte, die im prä- und averbale Bereich ihre Ursachen haben. Becker meint, dass der Kompetenzbereich der KBT vor allem in der Aufarbeitung dieser Konflikte liegt und dass man sich deshalb in der KBT mit den Phänomenen der autistischen und symbiotischen Phase, der ersten und zweiten Subphase beschäftigen sollte. Die Bearbeitung der Konflikte, die auf die Wiederannäherungskrise und auf die letzte Subphase zurückgehen, soll durch verbale Kommunikation und verbale Bewältigung ergänzt werden. Hinter dieser Forderung steht Beckers Anliegen, die KBT mit der psychoanalytischen Therapie zu verbinden.<sup>3</sup>

#### 2.2.2.4. Die Bedeutung der Säuglingsforschung nach Daniel Stern in der KBT

Auch Stern lieferte mit seinem 4-Stufenmodell der Entwicklung des Selbstempfindens einen wesentlichen Beitrag für die Entwicklungspsychologie und somit auch für die Psychotherapie. Er hat die innere Ordnungswelt des Säuglings für die Methode der KBT wichtigen Bereiche, Wahrnehmung und Empfindung, ausführlich beschrieben und folgenderweise strukturiert:

---

<sup>1</sup> vgl. Mahler, 1982, S. 101ff

<sup>2</sup> vgl. Mahler, 1982, S. 142ff

<sup>3</sup> vgl. Becker, 1989, S. 58

- **Das auftauchende Selbstempfinden**  
Im Alter von 0 bis 2 Monaten wird eine Verbindung zwischen Ereignissen hergestellt und erstmals das Gefühl von Regelmäßigkeit oder Geordnetheit erlebt.
- **Das Kernselbstempfinden**  
Zwischen 2 bis 3 Monaten und 7 bis 9 Monaten erkennen Säuglinge, dass sie getrennte Wesen sind und mit den anderen in Beziehung treten können. Stern geht also nicht vom symbiotischen Dasein, sondern von einer anfangs empfundenen Trennung von Selbst und Objekt, die allerdings ein Gemeinsamkeitserlebnis mit dem Anderen nicht ausschließt, aus.
- **Die Phase des subjektiven Selbstempfindens**  
Kinder im Alter von 7 bis 9 und 15 bis 18 Monaten erkennen, dass sie ein Wesen mit einer Psyche sind und dass es andere Wesen mit deren Psyche gibt. Es entsteht die Idee von Psychen, die getrennt sind, sich aber auch überschneiden können.
- **Das verbale Selbstempfinden**  
Diese Phase beginnt mit 15 – 18 Monaten. In ihr wird persönliches Wissen als etwas erfahren, das durch Symbole kommuniziert und somit geteilt werden kann. Sie wird nie abgeschlossen.
- **Das narrative Selbstempfinden**  
Zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr beginnt die Fähigkeit, persönliche Erlebnisse und Motive in einer erzählenden, kohärenten Geschichte zu organisieren.<sup>1</sup>

Stern teilt mit der Theorie Freuds die besondere Bedeutung subjektiver Empfindungen, stellt subjektive Empfindungen des Selbst aber als viel differenzierter und kohärenter dar, als dies der tiefenpsychologische Ansatz getan hat. So geht Stern näher auf die erste Stufe der auftauchenden Selbstempfindung ein und nennt drei Fähigkeiten, die für die Entstehung zusammenhängenden Selbstempfindens notwendig sind:

- **Amodale Perzeption**  
Sie verdeutlicht, dass Wahrnehmungen, die mit Hilfe verschiedener Sinnesorgane gemacht werden, miteinander in Beziehung gesetzt und verglichen werden. Es

---

<sup>1</sup> vgl. Paluselli und Cserny, 2006, S. 118f



besteht also eine Fähigkeit zur Herstellung von Verbindungen und Zusammenhängen, die Reize ordnet und strukturiert.

- Physiognomische Perzeption

Es wird nicht nur eine Gestalt wahrgenommen, sondern diese zusätzlich affektiv perzipiert und in Affektkategorien strukturiert.

- Vitalitätsaffekte

Dies sind Erlebniseigenschaften wie Furcht, Angst, Scham, Schuld, Freude, Wut, etc mit ihren jeweiligen Dimensionen von stark bis schwach oder angenehm bis unangenehm. Auch Handlungen haben vitale Tönungen. Stern meint, dass das Kleinkind diese unterschiedlichen vitalen Qualitäten bereits wahrnimmt, wodurch es in sich und der Welt Zusammenhänge, Regelmäßigkeiten und invariante Konstellationen entdeckt. Es kann so ein Gefühl innerer (psychischer) Ordnung entwickeln.<sup>1</sup>

Indem Stern die Differenziertheit der Perzeption darstellt, bietet er einen wesentlichen Beitrag für die KBT, da diese Sichtweise Anhaltspunkte für die diagnostische Deutung in der Therapie gibt. Sie bietet einen besonders effektiven Zugang zu affektiven und kognitiven Strukturen.<sup>2</sup>

#### 2.2.2.5. Die Bedeutung der Neurobiologie in der KBT

Die Neurobiologie geht davon aus, dass implizites Wissen neben anderem Wissen in neuronalen Netzwerken der Großhirnrinde und des limbischen Systems gespeichert ist. Implizites Wissen ist zusätzlich noch in tiefer gelegenen Gehirnzentren, wie Basalganglien und Cerebellum gelagert. Neurowissenschaftler wie Bauer oder Kandel betonen die Bedeutung des impliziten Wissens für das Leben, Erleben und Gestalten von zwischenmenschlichen Beziehungen, genauso wie Psychoanalytiker, etwa Gabbard. Insofern hat sich die Psychotherapie und besonders auch die KBT als tiefenpsychologisch orientierte Methode mit implizitem Wissen zu beschäftigen.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Paluselli und Cserny, 2006, S. 119ff

<sup>2</sup> vgl. Paluselli und Cserny, 2006, S. 124

<sup>3</sup> vgl. Paluselli und Cserny, 2006, S. 160f

Im Gehirn ist jedes einzelne Neuron Basis für jegliche Veränderungsmöglichkeiten. Neuronen bilden über Dendriten und Axone Synapsen mit anderen Neuronen und erzeugen so eine Vernetzungsstruktur. Lernen und umlernen und in Folge umstrukturieren ist nach Deneke auf drei verschiedene Arten möglich:

- durch funktionelle Veränderung der Synapsenstärke, die lern- und erfahrungsbedingt erhöht oder vermindert werden kann,
- durch morphologische Veränderung, da Neuronen unter bestimmten Bedingungen ihre Endverzweigungen verstärkt ausfingern können und neue Synapsen bilden, wodurch die neuronalen Netzwerke verändert und neue Strukturen gebildet werden,
- durch die Neubildung von Neuronen.<sup>1</sup>

Die Tatsache, dass automatisierte Bewegungen gemeinsam mit jeglichen unbewussten Inhalten im impliziten Gedächtnis gespeichert sind, spielt für die KBT eine wesentliche Rolle, da sie Zugänge zu den Strukturen dieser Gedächtnisart herzustellen vermag. Durch die Konzentration bzw. bewusste Aufmerksamkeit auf gewöhnliche Handlungen wie Gehen oder Greifen etwa, wird die Automatisierung ausgeschaltet und der ganze Körper und ein großflächig aktiviertes Gehirn eingeschaltet. So wird ein Zustand erreicht, in dem eine Bewegung gemacht wird, als wäre es das erste Mal. Das ermöglicht es, alternative Handlungen oder Bewegungen zu entwickeln und eine neue Ausrichtung zu schaffen.<sup>2</sup>

Die KBT bietet unterschiedliche Wege implizite Strukturen zu erreichen, die hier im Überblick aufgelistet werden sollen:

- Automatisierte Bewegungen (motorische Fertigkeiten und Gewohnheiten)  
Bewegungen des täglichen Lebens wie Gehen und Greifen werden aus ihrer Automatisierung herausgeholt und die unbewussten Anteile dadurch bewusst gemacht.
- Konzentration (bewusste Aufmerksamkeit)  
Durch Konzentration wird ein messbares neuronales Bereitschaftspotential hervor-

---

<sup>1</sup> vgl. Paluselli und Cserny, 2006, S. 215ff

<sup>2</sup> vgl. Paluselli und Cserny, 2006, S. 169ff

gerufen, das auf implizites Wissen in tieferen Gehirnschichten abzielt. Dies funktioniert wie ein Scheinwerfer, der das Licht auf einen spezifischen impliziten Inhalt richtet und so ins Bewusstsein fördert.

- Wiedererkennen statt Erinnern

Im Unterschied zum bloßen kognitiven Erinnern ermöglicht das Wiedererkennen einen Zugang auf der Affekt-Wahrnehmung-Handlungsebene wodurch unmittelbar Unbewusstes erreicht werden kann.

- Phänomen und psychische Repräsentanzen

Unter Phänomen wird in der KBT das Erscheinende, das sich den Sinnen Zeigende und somit der gesamte Ausdruck eines Menschen verstanden. Über die Wahrnehmung des Phänomens durch den/die Therapeuten/in wird ebenso ein Zugang zu frühesten Schichten von symbolischen Erfahrungen bis hin zum vorsprachlichen und pränatalen Bereich geschaffen.<sup>1</sup>

Aus all diesen hier dargestellten theoretischen Überlegungen aus der Entwicklungspsychologie, Tiefenpsychologie, Säuglingsforschung und der Neurobiologie lassen sich nun Konsequenzen für die therapeutische Praxis ziehen. Zunächst geht es in der Therapie darum, den Klienten in Kontakt zu seinem Körper und zum Unbewussten zu bringen. Der Entwicklungsprozess kann sich dann im seelischen Bereich und im Bewusstsein fortsetzen. Das Ziel dieser Entwicklung ist jedoch nicht die Überwindung der früher durchgemachten Entwicklungsstadien, sondern die Integration der früheren Phasen in die weiteren Entwicklungsschritte.<sup>2</sup>

## **2.3. Zur praktischen Arbeit mit der KBT**

### **2.3.1. Der therapeutische Prozess in der KBT**

In der KBT kann zwischen drei verschiedenen Vorgehensweisen, die fließend ineinander übergehen, unterschieden werden: Im übungszentrierten-funktionalen Vorgehen stehen vor allem der sportlich-physiologische Aspekt im Vordergrund, der erlebniszentriert-pädagogische Ansatz entspricht der Selbsterfahrung und das aufdeckend-

---

<sup>1</sup> vgl. Paluselli und Cserny, 2006, S. 192f

<sup>2</sup> vgl. Becker, 1989, S. 58

konfliktzentrierte Vorgehen entspricht dem eigentlichen therapeutischen Geschehen.<sup>1</sup> Letzteres wiederum kann nach verschiedenen Gesichtspunkten und Strukturierungsrahmen dargestellt werden. Budjuhn<sup>2</sup> etwa, zeigt drei untrennbar verbundene Ebenen des therapeutischen Prozesses in der KBT auf:

- Die Ebene der Neuerfahrung (korrigierende körperliche und emotionale Erfahrungen):

Durch die Inhalte, die in der „Leibarbeit“ vermittelt werden, soll sich die Person als leibliches Subjekt erfahren und lernen, den Körper nicht als Objekt zu betrachten:

a) Die Beziehung des Körpers zum Boden

Durch das Liegen nimmt der Körper mit dem Boden Kontakt auf. Die Berührungspunkte geben der Person Hinweise über Verspannungen oder Schmerzen. Die Hände des/r Therapeuten/in oder Gegenstände wie Bälle oder Stäbe werden als Vermittler zwischen Körper und Boden eingesetzt und geben Halt und Sicherheit bzw. verbessern die Selbstwahrnehmung. Dem Liegen folgt das Aufstützen, Sitzen, Krabbeln, Stehen und das Gehen im Raum. Alle Positionen, die oft Emotionen entsprechender frühkindlicher Phasen mobilisieren (Uexküll, 1996), erlauben der Person, sich in ihrer Beziehung zum Raum neu wahrzunehmen und den Raum zu erobern.

b) Die Räume des Körpers

Die Körperinnenräume und vorhandene Anspannungen werden mit Hilfe des Atems erfahren und gelöst. Die Haut wird in ihrer Funktion als Grenze zwischen Subjekt und Objekt und als erogene Fläche erfahren.

c) Das Bewegungsgerüst des Körpers

Muskelverspannungen und –entspannungen und die Stützfunktion von Knochen, in denen sich Haltung, Mimik, Gestik und Bewegung widerspiegeln, sollen in ihrer Bedeutung erfahren und neu erlebt werden.

- Die Identifizierung mit dem/ Therapeuten/in und den Gruppenmitgliedern:

Durch die Interaktion mit dem/ Therapeuten/in bzw. anderen Teilnehmern, durch die Art und Weise der Kontaktaufnahme, Berührung und Erforschung der Umwelt

---

<sup>1</sup> vgl. Petzold, 1980, S. 12ff

<sup>2</sup> vgl. Budjuhn, 1992, S. 78f

kommt es zur Verinnerlichung durch Identifizierung und zum Aufbau einer Ich-Identität, welche „...die höchste Ebene in der Organisation der Internalisierungsprozesse repräsentiert...“<sup>1</sup> Durch Lernen am Modell können neue, zum Teil angstbesetzte lebensrelevante Themen im geschützten Rahmen über Bewegung und szenisches Gestalten mit Hilfe von Gegenständen erprobt werden. Durch den Gebrauch von Gegenständen, z.B. Bällen oder Stäben, kann unter anderem Beziehung zwischen Patient/innen, die Angst vor Nähe haben, hergestellt werden.

- **Bewusstmachung von verdrängten Konflikten:**

Durch die Konzentration auf die unmittelbaren Körpererfahrungen und die damit verbundenen Emotionen können frühkindliche Erinnerungen reaktiviert werden. Dabei auftretende Konflikte werden über den Körper neu erlebt, bewusst gemacht und verbal durchgearbeitet. Im Umgang mit Gegenständen können z.B. entstandene aggressive Impulse im Prellen oder Werfen verdeutlicht werden oder Festhalten und Loslassen an einem Ball ausgedrückt werden. Gegenstände haben auch symbolischen Charakter und ermöglichen dem/der Therapeuten/in, präverbale Mangelserlebnisse zu deuten.<sup>2</sup>

Becker nennt folgende Phasenschwerpunkte im KBT-Gesamttherapieverlauf:

- Phase der Einführung: Vermittlung des äußeren Rahmens und Zeit der Einstimmung
- Phase des Angebots der verschiedenen Entwicklungsebenen: Der/Die Therapeut/in gestaltet in dieser Phase das Angebot aktiver, der/die Patient/in ist eher Suchende/r, die therapeutische Arbeit mehr gruppenzentriert.
- Phase der Wiederholung und Konfrontation: Der/Die Therapeut/in tritt in der aktiven Gestaltung zurück, ist mehr aufzeigend tätig in einer nonverbal und verbal deutenden Funktion. Die Patient/innen agieren autonom, assoziierend, gestaltend. In der Tendenz kommt die individuumszentrierte neben der gruppenzentrierten Arbeit zum Tragen.
- Phase des Durcharbeitens: Der/Die Therapeut/in und der/die Patient/in arbeiten im Nonverbalen oder Verbalen das Aufgezeigte durch.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Kernberg, 1973, zit. nach Budjuhn, 1992, S. 79

<sup>2</sup> vgl. Budjuhn, 1992, S. 75ff

<sup>3</sup> vgl. Becker, 1989, S 67

### 2.3.1.1. Ausgangsgrößen

#### Der Rahmen

Die Methode KBT erlaubt ambulante sowie stationäre Anwendung bzw. ist sie in der Form einer Einzel- oder Gruppentherapie möglich. Sie ließe sich auch mit aktiv-klinischen oder analytischen Methoden verbinden. Einige Vertreter der KBT, wie Becker, Dilthey und Meyer behaupten, dass das bewegungstherapeutische Verfahren bei der Indikation von schweren neurotischen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen mit einer verbalen Therapie ergänzt werden sollte.<sup>1</sup>

#### Indikation

Die Indikation ergibt sich in erster Linie durch die Art und Schwere der Störung. Versteht sich die KBT aufgrund ihrer historischen Entwicklung eher als Gruppentherapie, kommt auch die Einzeltherapie vor allem bei schwer gestörten Patient/innen zur Anwendung, da diese in der Gruppe überfordert wären. Außerdem wird KBT in der Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung, Pädagogik und Behindertenarbeit und Beratung und Supervision angewendet.

Bei Pokorny u.a. finden sich folgende Indikationsschwerpunkte:

- Psychosomatosen: Wenn eine Krankheit, wie z.B. Essstörungen oder Schmerzsymptomaten im Körperlichen ihren Ausdruck findet, ist der affektive Bereich bei diesen Patient/innen meist sprachlos. Diesem Umstand kommt der körperorientierte Therapieansatz entgegen und bietet einen therapeutischen Einstieg.
- Frühe Störungen: narzisstische und Borderline-Störungen, insbesondere Körperschemastörungen, aber auch bei leichten Süchten und Verwahrlosungserscheinungen. Für Borderline-Störungen wäre eine Modifikation der Standardtechnik notwendig.
- Neurotische Störungen unter besonderer Berücksichtigung eventueller früher Störungsanteile. Beziehungsängste, Prüfungsängste oder Zwänge gehören inzwischen zur klassischen Indikation der KBT.

---

<sup>1</sup> vgl. Becker, 1989, S. 13

- Präpsychotische und psychotische Zustände. Auch hier bedarf es einer spezifischen Adaption der Standardtechnik.

Erweiterte Indikation: Süchte, Krisenintervention, akute Belastungsreaktion.

Relative Kontraindikation: Schwere hysterische Neurose, Hirnorganische Abbauzustände, sexuelle Verhaltensabweichungen, Depersonalisations- und Derealisationssymptomatik.<sup>1</sup>

#### Die Klient/innen

Klient/innen sollen so auf den Therapieprozess vorbereitet werden, dass sie sich ein realitätsgerechtes Bild machen können. Nach Stolze können Klient/innen ihre Erwartungen am besten adaptieren, indem ihnen klar ist, warum sie sich einer körperorientierten Psychotherapie unterziehen. Im Anschluss an diese intellektuelle Klarstellung ist es sinnvoll, ein Übungsbeispiel zur Demonstration durchzuführen. Außerdem könnten auch einige Stunden zur Probehandlung angeboten werden, in denen sich die Klient/innen selbst ein Bild machen können, und daraus die weitere Vorgehensweise mitbestimmen können.<sup>2</sup>

#### Das Strukturniveau

Im psychotherapeutischen Zusammenhang wird Struktur als „die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, welche für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind“,<sup>3</sup> definiert. Von einer strukturellen Störung ist dann auszugehen, wenn die unbewussten, festgefahrenen und emotional sprachlos gewordenen Beziehungskonflikte in den Mittelpunkt gestellt werden und folglich das innere Gleichgewicht, das für die Beziehungssituation nötig ist, nicht mehr reguliert werden kann. Strukturelle Störungen sind häufig die Folge frühkindlicher Beziehungsstörungen und können zu einer Vielzahl eingeschränkter struktureller

---

<sup>1</sup> vgl. Pokorny u.a., 1996, S. 47 und vgl. Becker, 1989, S. 10 und 81

<sup>2</sup> vgl. Stolze, 1984, S. 287a

<sup>3</sup> Rudolf, 2004, S. 58

Fähigkeiten führen<sup>1</sup> wie etwa

- „ein realistisches Bild des eigenen Körpers zu erlangen,
- den eigenen Körper emotional lebendig zu erleben und sich darin ausreichend wohl und sicher zu fühlen,
- ein Gefühl von körperlicher Identität zu entwickeln,
- ein ausreichend gutes Selbstwertgefühl bezogen auf den eigenen Körper zu entwickeln,
- die eigenen Körpervorgänge emotional zu ertragen und zu verstehen,
- auf die eigenen Körpersignale angemessen zu reagieren,
- dem eigenen Körper ein ausreichendes Maß an Fürsorglichkeit zukommen zu lassen und körperliche Schäden zu vermeiden,
- die Körperlichkeit Anderer empathisch zu verstehen und zu berücksichtigen,
- sich von der Körperlichkeit Anderer emotional berühren zu lassen,
- sich an reziproker gemeinsamer Körperlichkeit erfreuen zu können.“<sup>2</sup>

All diese Funktionen variieren je nach Strukturniveau. Das System der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“<sup>3</sup> unterscheidet vier Niveaus der strukturellen Integration, wobei Zwischenstufen möglich sind:

Gut integriert:

Nähe und Distanz zu Objekten kann reguliert und Unterstützung und Sicherheit können erfahren werden. Ein gut strukturierter Binnenraum ermöglicht es, konflikthafte Erfahrungen intrapsychisch durchzuspielen. Konflikte können gesteuert werden, die innere Welt wird selbstreflexiv und die äußere Welt realitätsgerecht und empathisch wahrgenommen. Die innere Welt verfügt außerdem über gute innere Objekte. Zum Körper selbst: Der/die Klient/in kann seinen/ihren Körper in Bezug auf Alter, Geschlecht, Gesundheit, Attraktivität realitätsgerecht beschreiben und sein/ihr Körpererleben ist lebendig.

---

<sup>1</sup> vgl. Rudolf, 2004, S. 57f

<sup>2</sup> Rudolf, 2004, S. 64f

<sup>3</sup> Arbeitskreis OPD 1996



Mäßig integriert:

Nähe, Bindung, Autonomie und Identität werden nur eingeschränkt erfahren. Die Steuerung der Bedürfnisse und Konflikte ist schwierig und es bestehen autoaggressive und selbstentwertende Tendenzen. Zum Körper selbst: Unsicherheiten des Körper selbstbildes und Einschränkungen des Körpererlebens. Ich-dystone Körperbeschreibung im Sinne von „ich und mein Körper“.

Gering integriert:

Ein sehr bedürftiges, kränkbares, impulsives Selbst erlebt das Bild der Objekte als bedrohend-verfolgend oder als Sehnsuchtsobjekt ideal-gut. Kaum positive Erfahrungen von Nähe, Bindung, Autonomie und Identität. Der wenig entwickelte psychische Binnenraum lässt nur geringe Differenzierung psychischer Substrukturen zu, wodurch wiederum Konflikte interpersonell statt intrapsychisch erfahren werden. Fehlende Empathie und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit kennzeichnen die Beziehungen zu anderen. Zum Körper selbst: Unklares oder fragmentiertes Körper selbstbild, das Körpererleben ist bedrohlich oder eingefroren.

Desintegriert:

Abwehrmuster wie postpsychotische, posttraumatische oder perverse Organisationsformen überdecken die fehlende Kohärenz des Selbst und dessen überflutende Emotionalität. Gute innere Objekte stehen nicht zur Verfügung, ein empathisches Objektwahrnehmen ist kaum möglich. Handlungen erfolgen teilweise in dissoziativen Bewusstseinszuständen wodurch keine Verantwortung dafür übernommen werden kann. Zum Körper selbst: Der Körper wird als entfremdet oder als befremdlich erlebt, wobei aber besondere Formen des Rückzuges auf den eigenen Körper möglich sind. Das Körper selbst kann durch kosmetische Chirurgie verändert werden, etwa von erwachsen zu jugendlich oder von männlich nach weiblich.<sup>1</sup>

Das Strukturniveau nimmt in diesem Kapitel deshalb so viel Raum ein, da sich KBT Psychotherapeut/innen bei der Einstufung ihrer Klient/innen wesentlich nach dem dargestellten Schema orientieren und das therapeutische Vorgehen danach ausrichten.

---

<sup>1</sup> vgl. Rudolf, 2004, S. 78f und 82

Der/Die Therapeut/in

Die auf den therapeutischen Prozess wirkenden Einflussfaktoren von Seiten des/r Therapeut/in sind nach Wetzel und Linster Ausbildung, praktische Erfahrung, Persönlichkeitsmerkmale, Einstellungen, Wertvorstellungen und die Auswahl bestimmter Klienten.<sup>1</sup>

Aufgaben und Haltung der Therapeut/innen

Grundsätzlich arbeitet der/die Therapeut/in in der KBT non-direktiv. Es wird zusammen mit den Klient/innen an dem, was diese von sich aus anbieten, gearbeitet. Diese Freiheit des Geschehen-Lassens verunsichert und enttäuscht oftmals Klient/innen, die sich Übungen oder Anweisungen erwarten. Je nach Einfühlsamkeit des/r Therapeut/in kann in diese Situation stärker strukturierend eingegriffen werden oder der/die Klient/in in Kontakt mit seiner/ihrer Unsicherheit gebracht werden.

Edith Kirchmann unterscheidet drei Möglichkeiten des Therapieverhaltens in der Gruppe:

- Die Rolle des/r Führenden wird übernommen: Der/die Therapeut/in nimmt am Geschehen teil und interveniert, wenn es notwendig ist.
- Es wird zwischen Integration in das Geschehen und der Führung der Gruppe gewechselt: Der/die Therapeutin übernimmt für gewisse Zeit die Rolle eines/r Teilnehmers/in und gibt die Führung ab.
- Die Führungsrolle wird an ein Gruppenmitglied oder an die Gruppe abgegeben: Die Gruppe wird autonom, der/die Therapeut/in ist Teilnehmer/in des Gruppengeschehens.<sup>2</sup>

Zur Aufgabe des/r Therapeuten/in gehört es, Probleme der Klient/innen zu erkennen und diese dazu zu veranlassen, ihre Probleme zum Ausdruck zu bringen, damit er/sie beispielhaft oder symbolhaft etwas über sich, über seine/ihre Beziehung zur Umwelt und zu den Mitmenschen erfassen kann. Den Klient/innen wird die Freiheit eingeräumt, diese Angebote anzunehmen oder auch abzulehnen.

---

<sup>1</sup> vgl. Linster u. Wetzel, 1982, S. 397

<sup>2</sup> vgl. Kirchmann, 1984, S. 458

Als Leiter/in einer Gruppe ist der/die Therapeut/in auch Orientierungsfigur für die Klient/innen, wodurch die Gruppe ihre Prägung erfährt. Der Umgang des/r Therapeuten/in mit zentralen Themen, wie Nähe und Distanz, Autorität und Autonomie, Führung und Freiraum, bestimmt den Umgang der Klient/innen auf diesem Bereich mit.<sup>1</sup>

### 2.3.1.2. Therapieziele

Als übergeordnetes Ziel in der KBT ist die Reifung und Entwicklung des Individuums anzusetzen, das durch Selbst- und Fremdwahrnehmung aktiviert werden soll. Konkretes Handeln, wiederholtes Erinnern und Erfahren differenzieren und erweitern Wahrnehmungen und konkretisieren Ressourcen.

Mit Hilfe des entwicklungspsychologischen und tiefenpsychologischen theoretischen Wissens wird davon ausgegangen, dass in der Interaktion zwischen Therapeuten/in und Klienten/in eine Symptomlinderung und –beseitigung ermöglicht werden kann, wobei es nicht um die Aufarbeitung aller traumatischen Erfahrungen oder aktuellen Konflikte geht. Das Individuum soll korrigierende Erfahrungen im Bereich von Basisdefiziten machen und durch eine vertiefte Wahrnehmung eine Ich-Stärke und Aktivierung zur Problembewältigung erfahren.

Verhaltensweisen, die sich in Haltungen und Gebärden ausdrücken, sollen bewusst, emotional erlebbar, kognitiv bearbeitbar und veränderbar gemacht werden. Dadurch wird eine Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen im Sinne einer Persönlichkeitserweiterung angestrebt.<sup>2</sup>

Hans Becker beschreibt die Ziele der KBT folgendermaßen:

„Durch Sensibilisierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung werden Assoziationsketten angestoßen, die zu produktiven Auseinandersetzungen mit dem eigenen Ich gleichzeitig auf den Ebenen der sensiblen und sensomotorischen Körpererfahrungen, der Emotionalität und der reflektierenden Selbsteinsicht führen können. Die differenzierte Wahrnehmung ermöglicht ein Vergleichen eigener Einstellungen und eigenen

---

<sup>1</sup> vgl. Stolze, 1984a, S. 291

<sup>2</sup> vgl. Pokorny u.a., 1996, S. 21f

Verhaltens zu verschiedenen Zeiten, in verschiedenen Situationen, im Umgang mit verschiedenen Gegenständen und Materialien sowie mit verschiedenen Partnern bzw. einer Gruppe. Das Erproben neuer Wege kann fixierte Haltungen und Fehlerwartungen abbauen; die Fähigkeit, zu wählen und zu entscheiden wird wieder gewonnen und weiterentwickelt. Wesentlich ist dabei, dass Leibliches nicht ausgeklammert wird; vielmehr bildet es Grundlage und Beziehungsfeld für individuell-eigengesetzliche physische, psychosomatische und psychische Abläufe. Die aktualisierten Inhalte werden so konkret erfahrbar; die Problematik wird begreifbar und kann weiter bearbeitet werden, (...).“<sup>1</sup>

### 2.3.1.3. Therapeutische Einflussfaktoren

In der Therapieforschung wird versucht eine Antwort auf die Frage, welche Faktoren positive Effekte in der Therapie bewirken, zu finden. Eine erschöpfende Beantwortung dieser Frage scheint unmöglich, da mehrere unterschiedliche Wirkvariablen das therapeutische Geschehen beeinflussen. Jede Therapietheorie bietet ein Erklärungsmodell an. Für Linster und Wetzel müssen grundsätzlich folgende Bereiche für eine therapeutische Veränderung im/in der Klienten/in realisiert werden:

- Herstellen und Aufrechterhalten der Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient/in oder Klient/innengruppe,
- Schaffen einer Situation, in der emotionale, zwischenmenschliche Erfahrungen möglich sind,
- Bereitschaft des/r Klienten/in auf die Erfahrungsmöglichkeiten einzusteigen.<sup>2</sup>

Wie bereits am Anfang dieses Kapitels erwähnt, soll ein/e Klient/in zu mehr Einsicht und neuen Verhaltensweisen gebracht werden. Dazu können alle Formen der sozialen Einflussnahme eingesetzt werden, sofern sie verantwortbar und vertretbar sind.

Die für die KBT wichtigen therapeutischen Techniken sind:

- die Konzentration auf körperliche Zustände und körperliche Geschehnisse,

---

<sup>1</sup> Becker, 1989, S. 27

<sup>2</sup> vgl. Linster u. Wetzel, 1982, S. 399

- das Anbieten von Übungssituationen, in denen wiederholtes Versuchen und Vergleichen zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Situationen, im Umgang mit verschiedenen Gegenständen und Materialien, mit verschiedenen Partner/innen möglich ist,
- die Analyse des Widerstands,
- das Verbalisieren, durch das Erfahrungen, die auf der Körperebene gemacht wurden, versprachlicht werden.

Die Anwendung der Interventionsmöglichkeiten hängt von dem/r Therapeuten/in ab, dem theoretischen Hintergrund und dessen/deren Erfahrung.

#### 2.3.1.4. Therapieergebnis

Therapieziele und Therapieergebnisse sind nur in seltenen Fällen deckungsgleich. Der Therapieerfolg ist insofern schwer zu messen, da die Kriterien, die zur Beurteilung des Erfolges herangezogen werden, unterschiedlich sind. Außerdem stellt sich die Frage, wer das Ergebnis beurteilen kann, der/die Klient/in oder der/die Therapeut/in oder eine neutrale Person? Wird anhand einer globalen Besserung gemessen, oder werden Indikatoren wie Schulerfolg, Berufswechsel, neue Partnerbeziehung für das Ergebnis herangezogen?<sup>1</sup>

In der KBT sowie in anderen Therapieformen ist es üblich, dass die Therapieziele von dem/r Klienten/in abgesteckt werden und das Therapieergebnis gemeinsam von dem/r Therapeuten/in und Klienten/in beurteilt wird.

### 2.3.2. Zur Arbeitssituation in der KBT

#### 2.3.2.1. Aufbau des Übungsgeschehens

Für die Arbeitssituation ist der Unterschied zwischen „Übung“ und „dem Üben“ von besonderer Wichtigkeit. Unter „dem Üben“ wird der im wiederholten Geschehen und Tun stattfindende Lernprozess verstanden. Dieses Tun hat aber keine feste Form, der Übende muss nicht immer wieder den gleichen Ablauf zu einer allmählichen

---

<sup>1</sup> vgl. Linster u. Wetzel, 1982, S. 400

Beherrschung eines Zieles nachvollziehen.<sup>1</sup>

Lernen in einem wiederholten Tun heißt, dass durch immer wieder ähnliche oder gleiche „Arbeitssituationen“ subjektives Erleben und subjektive Erfahrungen möglich gemacht werden. Diese stellen dann einmalige Lösungen, die Person, Zeit und Ort des Übenden betreffen, dar.<sup>2</sup>

Kirchmann unterteilt das Übungsgeschehen in fünf Phasen:

- In der ersten Phase soll der/die Klient/in einen Platz im Raum und in der Gruppe finden und in Kontakt mit seiner/ihrer Befindlichkeit kommen. Übungen zur Entspannung, zur Tonusregelung oder zum Erspüren des Körpers und des Atems werden angeboten.
- In zweiten, der „Öffnungsphase“, spricht Kirchmann von der Hinwendung der Person zu Objekten. Es wird mit Bällen, Stäben, Knetmasse und Zeichenmaterialien oder mit Musik gearbeitet.
- In Phase drei steht die Beziehung zu anderen Personen im Vordergrund. Angebote für Zweiergruppen werden mit Übungen für größere Gruppen erweitert.
- Um die gemachten Erfahrungen verstehen und über sie reflektieren zu können, muss sich der/die Übende in der vierten Phase von der Umwelt abwenden und die Konzentration auf sich selbst richten.
- Die fünfte Phase, die Phase der Reflexion in der Gruppe, variiert je nach den Gegebenheiten der Gruppe und dem theoretischen Hintergrund und Ansatz des/r Therapeut/in.<sup>3</sup>

#### 2.3.2.2. Das Angebot

Therapeut/innen arbeiten in der KBT mit Handlungsteilen, Bewegungsangeboten und Gesprächsteilen, mit deren Hilfe sie die Wahrnehmung der Klient/innen lenken und

---

<sup>1</sup> vgl. Stolze, 1989, S. 467

<sup>2</sup> vgl. Stolze, 1989, S. 223

<sup>3</sup> vgl. Kirchmann, 1978, S 456f

fokussieren. Die Angebote dienen der Wahrnehmung, an die sich ein therapeutisches Gespräch zur Reflexion und Vertiefung des Bewegungsangebotes anschließt. Aus der Vielzahl von Möglichkeiten, die eine Erfahrung des/r Übenden mit sich selbst, in Raum und Zeit mit Gegenständen und Partner/innen ermöglichen soll, wird entsprechend der zu bearbeitenden Thematik, vom/n der Therapeuten/in ein Angebot formuliert. Diese Angebote sind als Impulse, Vorschläge oder auch Anregungen, die aufgegriffen, verändert oder abgelehnt werden können, zu verstehen. Im Sinne freier Körperassoziationen wird dem/r Übenden eine individuelle Ausgestaltung des Angebots überlassen. Außerdem wird in der Phase der Entscheidung für ein Angebot die Eigen- und Selbstständigkeit der Klient/innen betont. Sie werden dazu angehalten, ihre jeweiligen Grenzen wahrzunehmen und zu erspüren, ob sie ein Angebot annehmen können oder wollen. Sehr vorsichtig sind Handlungsteile anzubieten, wenn Klient/innen mit anderen Personen in Berührung kommen.

Entlastend könnte dabei der Umstand wirken, dass es kein „richtig“ oder „falsch“, kein „entweder – oder“, sondern nur ein „sowohl-als auch“ gibt. So gibt es auch keine bestimmte Körperübung, mit deren Hilfe man bestimmte psychische Inhalte erreichen könnte. Es gibt allerdings grundsätzliche Themen in der KBT, wie der Platz, die Lage, der Stand, der Gang und der Raum, die zu Angeboten formuliert werden können, wobei traditionelle Themenschwerpunkte der KBT, wie das Geben und Nehmen, das Öffnen und Schließen, Nähe und Distanz, Hemmung und Aggression sowie Hingabe und Widerstand angesprochen und/oder berührt werden sollen.<sup>1</sup>

Der/Die Therapeut/in hat die Möglichkeit, Bewegungsangebote in einer offenen oder eher strukturierten Form anzubieten. Bei einem offenen Gruppenangebot könnten etwa die Gruppenmitglieder aufgefordert werden, sich an einem Platz im Raum niederzulassen, sich intensiv mit einem Fuß zu beschäftigen, die Beschaffenheit und Berührung wahrzunehmen und im weiteren zu versprachlichen, was ihnen besonders dabei auffällt. In diesem Fall kann jede/r seinen/ihren Bedürfnissen nachgehen. Das hohe Maß an Eigenverantwortung, das den Klient/innen übertragen wird, kann von den Betroffenen sehr positiv, aber auch als sehr beängstigend erlebt werden. Da bei offenen Angeboten

---

<sup>1</sup> vgl. Gräff, 1996, S. 22

die eigene Struktur der Klient/innen angesprochen wird und in weiterer Folge die eigene Gestaltungsmöglichkeit, kann eine Angst vor der Leere oder eine Angst, dass einem nichts einfällt, auftreten. Demnach hängt der Einsatz von offenen Angeboten in erster Linie von der Erkrankung der Patient/innen bzw. von deren psychischen Verfasstheit und Ich-Stärke ab. Für den Anfang eines Therapieverlaufes eignen sich offene Angebote weniger, weil sie für Klient/innen eine Überforderung bedeuten könnten und somit für ein erleichterndes, förderndes Klima hinderlich sein könnten.<sup>1</sup>

Ein strukturiertes Angebot hingegen würde folgenderweise lauten: „Schließen Sie jetzt die Augen und betasten Sie Ihren Ball. Spüren Sie, wo Ihre Hände den Ball berühren? An welcher Stelle sind Sie am sensibelsten? Erfassen Sie die Form? Wie erleben Sie Ihre Hände im Umgang mit dem Ball? Wozu regt Sie der Ball an?“

Bei solchen Angeboten werden Klient/innen gefordert, sich mehr oder weniger konkret mit ihrem Körper auseinanderzusetzen. Die konkrete Herausforderung erlaubt weniger Ausweichmöglichkeiten als ein offenes Angebot, ermöglicht aber dafür, Gesetzmäßigkeiten anhand neuer Erfahrungen analog der sensomotorischen Entwicklung herauszufinden. Eine äußere Formgebung kann den inneren Freiraum vergrößern.<sup>2</sup>

Durch unterschiedliche Angebote, wie den eigenen Körper im Stehen, Sitzen oder Liegen wahrzunehmen oder einen Gegenstand zu begreifen, werden bestimmte Erlebnisqualitäten induziert. Welches Angebot von Therapeut/innen in einer bestimmten Situation formuliert wird, hängt davon ab, welches Lebensthema über welche Erlebnisqualität mit der therapeutischen Arbeit angesprochen werden soll.<sup>3</sup> Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang festzustellen, dass der/die Therapeut/in die „richtige Wahl“ eines Angebotes aufgrund seines/ihres fundierten theoretischen Wissens und therapeutischen Konzepts, der Kenntnis der individuellen Lebensgeschichte der Klient/innen und mit Hilfe seines/ihres eigenen Einfühlungsvermögens formuliert. Außerdem ist der Zustand eines/r einzelnen Klienten/in, in Hinblick auf die momentane Befindlichkeit, das Störungsbild, das Anliegen, die Kontaktfähigkeit, etc. sowie der

---

<sup>1</sup> vgl. Gräff, 1981, S. 332

<sup>2</sup> vgl. Gräff, 1981, S. 332

<sup>3</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 86



Zustand der Gruppen, in Hinblick auf deren Ziel, Größe und Dauer der Sitzungen, abhängig. Im Zusammenhang mit der Fragestellung dieser Arbeit möchte ich hier auch erwähnen, dass sowohl die therapeutische Erfahrung eine wesentliche Rolle spielt, als auch ein grundsätzliches Vertrauen in Prozesse, die durch Angebote ausgelöst werden und ein Vertrauen in das anschließende damit „Umgehen-können“ seitens der Therapeut/innen, aber auch Klient/innen.

#### 2.3.2.3. Der spielerische Aspekt

Bei Erikson findet sich das Spiel des Kindes in Anlehnung an Freud als „die königliche Straße zum Unbewussten“ wieder.<sup>1</sup> Er beschreibt das Spiel des Kindes als „die infantilste Form der menschlichen Fähigkeit, Modellsituationen zu schaffen, um darin Erfahrungen zu verarbeiten und die Realität durch Planung und Experiment zu beherrschen.“<sup>2</sup>

Freud spricht von unbewussten Variationen eines ursprünglich unbewältigten Themas, das im Spiel reinszeniert und wiederholt wird und prägt dabei den Begriff des „Wiederholungszwanges“. In der modernen Spieltherapie geht man davon aus, dass das „Ausspielen“ das natürlichste Mittel der Selbstheilung darstellt, das dem Kind zur Verfügung steht.

Winnicott betont den kreativen Aspekt, der auch für den Erwachsenen im Spiel zum Tragen kommt. Nur im Spiel können sich das Kind und der Erwachsene kreativ entfalten und nur in dieser Entfaltung ist es dem Individuum möglich, sich selbst zu entdecken.<sup>3</sup>

#### 2.3.2.4. Gegenstände

Gegenstände werden in verschiedenen therapeutischen Schulen, wie etwa der Integrativen Gestalttherapie, dem Psychodrama oder der systemischen Therapie als Unterstützung zum kreativen Selbstaussdruck eingesetzt.

---

<sup>1</sup> Erikson, 1984, S. 204

<sup>2</sup> Erikson, 1984, S. 216

<sup>3</sup> vgl. Becker, 1989, S. 107

In der KBT soll die Arbeit mit Gegenständen folgende Ebenen berühren:

- Sinneswahrnehmung und Realerfahrung am Gegenstand
- Wahrnehmung des Körpers mit Hilfe von Gegenständen
- Der Gegenstand als Intermediäres Objekt in einer Beziehung
- Der Gegenstand als Symbol
- Bewusstwerden von Emotionen mit Gegenständen als Gegenüber (unbelebtes Objekt)
- Der Gegenstand als Übungsobjekt
- Zum szenischen Gestalten<sup>1</sup>

Grundsätzlich kann jedes Objekt im Therapieverlauf eingesetzt werden, wobei der Ball, der Stab und das Seil als KBT-spezifisch gelten. Mit diesen Gegenständen wird versucht, frühe Erfahrungen der Sinnesmodalitäten zu aktivieren, indem der/die Klient/in tastet, riecht, hört, schaut oder sich in der Bewegung spürt. Durch den Kontakt mit dem Stab wird z.B. Arbeit am Körper-Ich möglich und Körpergrenzen können klar erlebt werden, was eine Verbesserung der Selbstwahrnehmung nach sich zieht. Gefühlsbetontes Erleben kann z.B. durch den Umgang mit einem Ball hergestellt werden, indem dieser geprellt, geworfen oder als Symbol für einen Menschen festgehalten oder losgelassen wird. Mit einem Ball oder Stab kann auch zu jemandem Beziehung aufgebaut werden, was sich spielerisch, freundlich, behutsam, kräftig, hart, aggressiv oder langweilig zeigen kann.

Zentrale Bedeutung der jeweils verwendeten Gegenstände hat, neben möglichen kollektiven Symbolisierungsgehalten, die individuelle Bedeutung der Symbole im subjektiven Erleben. Bei einer kollektiven Deutung des Stabes symbolisiert dieser das Männliche, Stabilität, Festigkeit, Grenze, Stütze, Aggression und regt Assoziationen von Haltgeben oder Härte an. Im Gegensatz dazu steht der Ball eher für das Weibliche, Abgeschlossenheit oder die Unendlichkeit der Gestalt. Das Seil wiederum kann das Verbindende im Sinne der „Nabelschnur“, Partnerschaft und Bindung oder das Fesselnde,

---

<sup>1</sup> Pokorny u.a., 1996, S. 38

Einengende, Abhängigkeit und Verstrickung symbolisieren.

Durch die Arbeit mit Gegenständen als Symbol ist es möglich, im präverbalen Bereich zu agieren und spüren zu lassen. Noch nicht Erfasstes kann begriffen und in weiterer Folge verbalisiert werden.<sup>1</sup>

#### 2.3.2.5. Wahrnehmung

Durch die Wahrnehmung soll „Wiedererkennen“ ermöglicht werden, das im Unterschied zum bloßen „Erinnern“ auf der Affekt-Wahrnehmungs-Handlungsebene greifen soll und so unmittelbar Unbewusstes erreichen kann.<sup>2</sup>

#### 2.3.2.6. Reflexion

In der KBT folgt auf jedes Bewegungsangebot eine Reflexion der Erlebnisinhalte. Ein ganz wesentliches Element im therapeutischen Prozess ist die Bewusstwerdung, die Erkenntnis mit Hilfe der Sprache. Nach Stolze kommt es in der KBT mehr auf die Be-Deutung als auf die Deutung der Inhalte an.<sup>3</sup> Solche Inhalte betreffen einerseits die unmittelbare Situation und auftauchende Assoziationen, andererseits tiefer greifende Inhalte aus dem Unbewussten, oft auch „Unfassbares“, das durch ein Verbalisieren fassbar wird. Wahrnehmungen werden vorerst benannt. Der Sprache kommt dabei eine „Nennfunktion“ zu. Diffuse, oft unfassbare Wahrnehmungen werden durch ihre Benennungen greifbar, bekommen einen Namen, werden zu Begriffen. Das in Worten Ausgedrückte stellt die erste Verbindung von unbewusst Gefühltem zu bewusstem Erkennen dar. Erst in Verbindung mit dem emotionalen Inhalt kann der Betreffende sich fragen: „Was bedeutet das für mich jetzt, was hat es einmal bedeutet?“

Stolze hebt den phänomenologischen und finalen Aspekt der Deutung hervor. Die Besinnung sollte auf das Unmittelbare, auf das Bedrängende einer Lebenssituation oder

---

<sup>1</sup> vgl. Pokorny u.a., 1996, S. 38ff

<sup>2</sup> Paluselli und Cserny, 2006, S. 162

<sup>3</sup> vgl. Stozle, 1989, S. 7

Symptoms sowie auf die Frage nach den ungelebten Möglichkeiten gerichtet sein.<sup>1</sup> Es ist also die Aufgabe des/r Therapeuten/in, jedem einzelnen Gruppenmitglied den Schutz und die Freiheit zu gewähren, Gedanken und Assoziationen auszusprechen und ihnen eine Be-Deutung zu geben. Der/Die Therapeut/in bringt sich weniger durch Deutungen ein, vielmehr durch Fragen und Hinterfragen von Wahrnehmungsinhalten und Assoziationen.

Ein Zitat von Gehrman soll dies verdeutlichen: *„Im seelischen Bereich ist für die letzte Interpretation einzig und allein der Akteur ... zuständig, ... der KBT-Therapeut kann allenfalls seine Beobachtungen mitteilen, ohne aber verbal Rückschlüsse auf eventuell ursächliche Zusammenhänge zu ziehen.“*<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Stozle, 1989, S. 109

<sup>2</sup> Gehrman, 1978, S. 118

## 3. Empirischer Teil

### 3.1. Fragestellung und Annahmen

Seit 2001 ist, wie oben erwähnt, die KBT eine vom Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen anerkannte Psychotherapeutische Methode. Im Jänner 2004 begann der erste Ausbildungslehrgang nach dem vorgestellten Curriculum. Die erste Teilnehmerin beendete ihren Lehrgang im Herbst 2008, zum Zeitpunkt der Erhebung sind etwa die Hälfte der Ausbildungskandidat/innen der ersten Ausbildungsgruppe eingetragene Psychotherapeut/innen. Die andere Hälfte arbeitet in Ausbildung unter Supervision.

Selbst Teilnehmer dieser ersten Ausbildungsgruppe, habe ich im November 2008 mein KBT-Zertifikat erlangt, bin hauptsächlich in freier Praxis tätig und sammle dort meine individuellen Erfahrungen mit der Methode KBT. Die Tatsache, dass sich seit dem Ausbildungsende der Erfahrungsaustausch mit den Kolleg/innen nicht mehr so intensiv gestaltet, führte mich zum Thema dieser Arbeit, die die Erfahrungen des ersten Ausbildungslehrganges „Konzentrierte Bewegungstherapie“ mit der Methode in der Praxis ins Zentrum der Überlegungen stellt.

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit gilt der Forschungsfrage: Welche erlernten und erfahrenen Inhalte und Techniken werden von den Absolvent/innen des ersten Ausbildungslehrganges in der Praxis eingesetzt?

Diese Fragestellung führt mich zu folgender Darstellung forschungsleitender Annahmen.

Die erste Annahme

Ausbildungskandidat/innen entscheiden sich für die KBT, weil sie eine körperorientierte Methode ist und sich damit von der klassischen Gesprächstherapie unterscheidet. Der Aspekt des Körperlichen verspricht für die angehenden Therapeut/innen in ihrer Arbeit eine zusätzliche Möglichkeit, auf nicht mehr zugängliche Gefühle und dahinter liegende Konflikte Zugriff zu haben.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Pokorny u.a., 2001, S. 17

Es ist davon auszugehen, dass diese zusätzliche Möglichkeit genutzt wird und die Absolvent/innen in der Praxis körperorientiert arbeiten und dass die dahinter liegende Konzeption des Gestaltkreises von Weizsäcker die theoretische Basis für das therapeutische Tun bildet. Begreifen oder Erkennen kann demnach nur durch das Zusammenspiel der beiden Kreise, des averbalen (Bewegen und Wahrnehmen) und des verbalen (Denken und Sprechen) erreicht werden.<sup>1</sup>

Die zweite Annahme

Die intensive Phase der Selbsterfahrung in der KBT-Ausbildung bietet ein breites Spektrum an Erkenntnissen, welches ein wichtiges Fundament in der therapeutischen Praxis darstellt. Das ist für KBT Therapeut/innen von besonderer Bedeutung, da sie sich in der Arbeit mit Klient/innen auch als Wahrnehmungs- und Erfahrungsobjekt zur Verfügung stellen. Das Sich-zur-Verfügung-stellen ist ein gezieltes methodisches Vorgehen, wobei der/die Therapeut/in achtsam in Bezug auf eigene Befindlichkeiten und Bedürfnisse sein muss und sich nicht etwas „holt“, was er/sie braucht, sondern das zur Verfügung stellt, was der/die Patient/in braucht. Der/die KBT-Therapeut/in wird auf mehreren Ebenen gefordert und benötigt besondere therapeutische Disziplin, da nicht nur die kognitiv-sprachliche, sondern auch die emotionale und körperliche Ebene (Körperdialog) angesprochen wird.<sup>2</sup> Es ist davon auszugehen, dass dieser Prozess viel Sicherheit und Vertrauen im Tun erfordert und dabei hauptsächlich die Erkenntnisse aus der Gruppenselbsterfahrung und der Einzellehrtherapie diese Sicherheit und dieses Vertrauen schaffen.

Ich gehe weiters von der Annahme aus, dass Lehrtherapeut/innen als Modell fungieren und der/die Ausbildungskandidat/in als Beobachter/in. Das Lernen am Modell ermöglicht, sich komplexe soziale Handlungen anzueignen, da der/die Beobachter/in angeregt wird, bestimmte Verhaltensalternativen genauer zu hinterfragen.<sup>3</sup>

Dieses Modelllernen in der Lehrtherapie ist meines Erachtens handlungsleitend für die Absolvent/innen der ersten Ausbildungsgruppe bei der praktischen Arbeit mit Klient/innen.

---

<sup>1</sup> vgl. Pokorny u.a., 2001, S. 49

<sup>2</sup> Paluselli und Cserny, 2006, S. 22

<sup>3</sup> vgl. <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/Modelllernen.shtml>

#### Die dritte Annahme

Die dritte Annahme resultiert aus meinen Überlegungen, dass Angebote und Interventionen dann in der eigenen Praxis angewendet werden, wenn sie in der Gruppenselbsterfahrung und/oder in der Lehrtherapie selbst als positiv und förderlich erlebt wurden. Die individuellen Erfahrungen, wie, wo und wann Angebote wirken können, erhöhen die Sicherheit im Tun von KBT Therapeut/innen auf der Handlungsebene. KBT ist, wie bereits erwähnt, eine Tat-Sache. Sie lässt sich am besten am eigenen Körper erfahren, worin wiederum die Begründung für den hohen Selbsterfahrungsanteil in der Ausbildung liegt.<sup>1</sup>

#### Die vierte Annahme

Wie im Kapitel „Entstehungsgeschichte der KBT“ bereits erwähnt, galt die Methode in ihren Anfängen als Gruppenmethode, die in Selbsterfahrungsgruppen, in freien Arbeitsvereinbarungen oder in Kliniken als Gruppenbehandlungskonzept ihre Anwendung fand.<sup>2</sup> Auch Paluselli erwähnt, dass die KBT ursprünglich als Gruppenmethode entwickelt wurde und insofern der Bedarf an allgemein zugänglichen Konzepten groß war, da für jeden in der Gruppe etwas Passendes dabei sein musste. Erst mit der Zeit entstand die Notwendigkeit, KBT als vollständige psychotherapeutische Methode zu betreiben und auch in der Einzeltherapie anzuwenden. Hier gäbe es nach Paluselli zum einen Erfolge, aber zum anderen Grenzen, da bestimmte Störungsbilder, besonders im Bereich der Frühstörungen, mit dieser Methode nicht genügend behandelt werden können.<sup>3</sup> Aufgrund dieser Überlegungen gehe ich von der Annahme aus, dass KBT-spezifische Methoden von den Teilnehmer/innen des ersten Ausbildungslehrganges mehr im Gruppen- als im Einzelsetting angewendet werden.

#### Die fünfte Annahme

Die Methode KBT basiert auf entwicklungspsychologischen und tiefenpsychologischen Denkmodellen und wird mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, etwa aus der Neurobiologie, dynamisiert (siehe Kapitel 2.2.2.). Das theoretische Fundament der

---

<sup>1</sup> vgl. Schmidt, 2006, S. VI

<sup>2</sup> vgl. Achatz-Petz, 2005, S. 60

<sup>3</sup> vgl. Paluselli und Cserny, 2006, S. 45

Methode kann einerseits Orientierungshilfe bei der konkreten Arbeit sein, andererseits grundsätzlich das Verständnis über KBT ganzheitlich und in sich konsistent verdichten. Ich gehe davon aus, dass die theoretischen Inhalte der Methode insofern in der praktischen Arbeit hilfreich sind, indem sie den/die KBT-Therapeut/in mit Wissen „zum Anhalten, Festhalten und Stützen“ versorgen. Die Therapeut/innen werden in ihrem Tun und Handeln durch die Theorie bestärkt.

Die sechste Annahme

Im Focus meiner Arbeit stehen die Erfahrungen der KBT-Therapeut/innen des ersten Ausbildungsjahrganges, aber damit untrennbar verknüpft auch die Zufriedenheit mit der Methode in der Praxis. Sie steigt meiner Annahme nach, wenn Inhalte und Techniken aus der Ausbildung konstruktiv in der Praxis eingesetzt werden und so in einem reproduzierenden Prozess ihre Verankerung in der eigenen Geschichte eines/r Therapeut/in finden. Mit zunehmender Erfahrung wächst die Sicherheit, er/sie lernt seinen/ihren Anlagen und Dynamik gemäß zu handeln und gewinnt so immer mehr an Handlungsfrei- und -spielraum.<sup>1</sup> Je größer der Handlungsspielraum, desto größer die Zufriedenheit mit der Methode, was wiederum die Identitätsentwicklung als KBT-Therapeut/in fördert.

### **3.2. Methode der Erhebung**

Ein wesentliches Entscheidungskriterium für die Entwicklung des Untersuchungsdesigns war mein Interesse an den Erfahrungen der ersten Ausbildungsgruppe KBT. Erfahrungen lassen sich gut erheben, indem Probanden die Möglichkeit haben, darüber zu erzählen. Sie sind es, die ihre Zugänge, Sichtweisen, Handlungen und dadurch ihre Erfahrungen strukturieren und dementsprechend darstellen. Bei diesen Überlegungen erschien nur eine qualitative, offene Befragung relevant, weil sie es ermöglicht, Handlungsmotive, Selbstinterpretationen oder Situationsdeutungen differenziert und offen zu erfassen.<sup>2</sup>

Um nicht Gefahr zu laufen, ein allzu breites Erfahrungsspektrum zu erheben, das nicht mehr vergleichbar ist und viel zu viele Ebenen beinhaltet, fiel die Entscheidung auf das

---

<sup>1</sup> vgl. Gräff, 2000, S. 180f

<sup>2</sup> vgl. Hopf, 2003, S. 350



teilstandardisierte Interview mit einem Interview-Leitfaden, der genug Spielräume in den Frageformulierungen, Nachfragestrategien oder der Abfolge der Frage zulässt. So war es auch möglich Zusatzfragen zu stellen.<sup>1</sup> Die einzelnen Fragen des Leitfadens sollten Impuls gebend für narrative Sequenzen sein. Das heißt, es wurde beabsichtigt, größtmögliche Beantwortungsfreiheit innerhalb eines bestimmten Rahmens zu erlangen und darüber hinaus die Möglichkeit zu haben, punktuell nachzufragen. So wird der Interviewperson (im Folgenden IP) als denkender, fühlender und selbstständig handelnder Person Raum gegeben und nicht nur jenen Faktoren, die ich als Interviewer für relevant erachte.

### **3.2.1. Der Interviewleitfaden**

Der Interviewleitfaden wurde aus theoretischem Vorwissen in Bezug auf die Fragestellung und anhand eigener Annahmen konzipiert. Er dient als Orientierungshilfe zur Themenzentrierung und damit auch zur Sicherung der thematischen Vergleichbarkeit der Interviews. Die Fragen des Leitfadeninterviews ergaben sich aus sieben thematischen Schwerpunkten:

Der erste betrifft Überlegungen aus dem Vorfeld der Ausbildung bezüglich der Motive für die Wahl der Methode KBT und die damit verknüpften Erwartungshaltungen.

Beim zweiten Schwerpunkt sollten Erfahrungen und Einflüsse aus der Ausbildung für die praktische Arbeit erhoben werden.

Der dritte bezieht sich auf den Stellenwert des theoretischen Teils der Ausbildung.

Der vierte behandelt die förderlichen und weniger förderlichen Inhalte der Methode.

Der fünfte Schwerpunkt gilt dem Verhältnis zwischen Handlungsangeboten und verbalen Anteilen in der therapeutischen Arbeit der IP.

Im sechsten Komplex geht es um den konkreten Einsatz von KBT Angeboten und verwendeten Materialien in der Praxis.

In einem abschließenden Fragenkomplex wird den Stärken und Schwächen der Methode bzw. Zusatzinformationen Raum gegeben.

---

<sup>1</sup> vgl. Hopf, 2003, S. 351

Bei der Frageformulierung wurden mehrere Grundregeln beachtet. Zum einen sollten Fragen kurz, verständlich und präzise sein und insofern auch keine komplizierten Konstruktionen wie doppelte Verneinungen aufweisen. Sie sollten in einfachem Hochdeutsch formuliert sein und mit nicht zu starker gesprächsüblicher Dialektabweichung gestellt werden. Bei der Wortwahl sollte nach Möglichkeit auf wertfreie Begriffe geachtet werden, um positive oder negative Konnotationen zu vermeiden. Es sollten direkte Fragen gestellt werden, die keine bestimmte Richtung vorgeben und suggestiv sind. Außerdem sollten Überlegungen hinsichtlich der Intimität und der Belastungsgrenze der Befragten angestellt werden. Insofern galt es auch, auf die Länge des Leitfadens zu achten, da ein Gespräch über eine Stunde zu lange und ermüdend, ein Gespräch unter dreißig Minuten hingegen zu kurz wäre und zu wenige Informationen bieten würde.<sup>1</sup>

Aufgrund dieser Überlegungen wurde folgender Fragebogen entwickelt:

---

<sup>1</sup> vgl. Dieckmann, 1998, S. 410ff

**ERFAHRUNGEN DER ERSTEN AUSBILDUNGSGRUPPE  
„KONZENTRATIVE BEWEGUNGSTHERAPIE“ (KBT) MIT DER METHODE  
IN DER PRAXIS**

Interviewfragen:

1. Was waren deine Motive für die Wahl der Methode KBT?
2. Was waren vor Beginn der Ausbildung deine Erwartungen an die Methode in Bezug auf deine spätere therapeutische Arbeit?
3. Welche Erfahrungen hast du im ersten Ausbildungsabschnitt (Gruppenselbsterfahrung) für deine praktische Arbeit gemacht?
4. Welchen Einfluss hat für dich die Einzellehrtherapie auf deine aktuelle therapeutische Arbeit?
5. Was hat im theoretischen Ausbildungsabschnitt deine Erkenntnisse aus der Selbsterfahrung (Gruppe und Einzellehrtherapie) bestätigt, verworfen oder bereichert?
6. Welche Inhalte der Methode erlebst du in deiner therapeutischen Arbeit als förderlich, welche als wenig förderlich? Inwiefern erlebst du sie als förderlich oder weniger förderlich?
7. In welchem Verhältnis stehen Handlungsangebote zur verbalen Bearbeitung in deiner therapeutischen Arbeit? (Angaben in %)
8. Anhand welcher Kriterien verwendest du KBT-Angebote in deiner Arbeit? (Setting, Störungsbilder, Strukturniveau, persönliche Vorlieben, etc.)
9. Welche KBT-Angebote verwendest du häufig?
10. Welche Angebote hast du bisher kaum oder gar nicht verwendet?
11. Was sind deiner Meinung nach die Stärken, was die Schwächen der Methode?  
(Je 3 Nennungen)
12. Was möchtest du noch über die KBT mitteilen?

Der konkrete Ablauf der Fragestellungen war nur beschränkt variabel. Ich hielt es für angebracht, das Interview mit grundsätzlichen Fragen bezüglich der Motivation zur KBT-Ausbildung und den Erwartungen an die Methode zu beginnen. Auch die abschließenden Fragen, die drei Stärken und Schwächen betreffend bzw. allfällige zusätzliche Informationen waren bewusst am Schluss positioniert.

### **3.2.2. Untersuchungspopulation**

Um eine möglichst repräsentative und umfassende Darstellung des untersuchten Themenbereichs zu erhalten wurde versucht, unterschiedliche Kriterien bei der Auswahl der IP zu berücksichtigen. Aus den sechzehn Teilnehmer/innen der ersten Ausbildungsgruppe KBT seit der Anerkennung der Methode, die im Jahr 2004 den Lehrgang begonnen haben, wurden sechs IP unterschiedlichen Alters, Geschlechts und mit unterschiedlichen Quellenberufen ausgewählt. Der tatsächlichen Geschlechterverteilung von 6 Männern und 10 Frauen in der Gruppe wurde insofern entsprochen, als vier weibliche IP und zwei männliche IP ausgewählt wurden. Die älteste IP ist 50 Jahre alt, die jüngste 37. In Hinblick auf den Quellenberuf war die Überlegung wichtig, dass unterschiedliche Quellenberufe möglicherweise unterschiedliche Zugänge und Einstellungen zur KBT bedeuten. Dementsprechend fiel die Wahl auf IP, die als Psychologe/in, Coach, Lebens- und Sozialberater/in, Bankangestellte/r, Pharmareferent/in und Ehe- und Familienberater/in, gearbeitet haben und/oder noch arbeiten. Vier der IP weisen ein abgeschlossenes Universitätsstudium auf. Zum Zeitpunkt der Untersuchung hatten drei der IP die Ausbildung bereits abgeschlossen, drei der IP standen knapp vor der Abschlussprüfung. Alle IP sind als Therapeut/innen in Institutionen und/oder in freier Praxis tätig.

### **3.2.3. Erhebungsablauf**

Alle sechs IP sind gerne für das Interview zur Verfügung gestanden. Das erste Interview fand am 17.2.2009 statt, das sechste am 18.4.2009. Die Interviews dauerten durchschnittlich zwischen vierzig und fünfzig Minuten. Es war mir wichtig, dass die IP sich während des Interviews wohl fühlten. Deswegen versuchte ich eine möglichst informelle Gesprächssituation zu schaffen. Zum einen konnten sich die IP den Ort des Interviews aussuchen, wobei meist ihre eigene Praxis gewählt wurde, zum anderen war das

kollegial-freundschaftliche Verhältnis zwischen den einzelnen IP und mir ausschlaggebend für eine positive Interviewsituation. Ein gutes Gesprächsklima sollte zu ausführlichen Erzählungen einladen und das Gefühl bei den IP vermeiden, sich in einer Prüfungssituation zu befinden. „Der Interviewer muss in den ersten Minuten eine Situation herstellen, die so entspannt und offen ist, dass Menschen darin ohne Befürchtungen die unterschiedlichsten Aspekte ihrer Person und ihrer Lebenswelt zeigen können.“<sup>1</sup>

#### **3.2.4. Auswertung des Datenmaterials**

Die Interviews wurden digital aufgenommen und im Anschluss an das Gespräch transkribiert. Die Verschriftlichung erfolgte in der Standardorthographie, bei der man sich an den Normen der geschriebenen Sprache orientiert. Diese Herangehensweise hat den Vorteil, dass sie einfacher für das Transkribieren ist, mit dem Nachteil, dass sie Besonderheiten der gesprochenen Sprache, wie das Auslassen einzelner Laute, etc., vernachlässigt. Dieser Nachteil erschien für die Arbeit wenig relevant, da der Fokus auf die Inhalte des Gesprochenen zu legen war und weniger auf die Art des Ausdrucks bzw. phonetische Kriterien.<sup>2</sup>

Die Auswertung des transkribierten Datenmaterials orientierte sich an der qualitativen Analyse von Leitfadeninterviews, wie sie Christiane Schmidt vorschlägt. Dabei wurden in einem ersten Schritt materialorientierte Auswertungskategorien nach wiederholtem Lesen der Daten, gebildet. Da es kaum Abweichungen von den im Interviewleitfaden vorgegebenen Themen und Begriffen gab war es zulässig, die Fragen als Auswertungskategorien umzuformulieren und in diesen Kategorien Raum für die jeweiligen verschiedenen Ausprägungen zu geben.<sup>3</sup>

So entstanden folgende Kategorien:

#### Motive für die Wahl der Methode KBT

- Erwartungen an die Methode
- Erfahrungen im ersten Ausbildungsabschnitt für die praktische Arbeit

---

<sup>1</sup> Hermanns, 2003, S. 363

<sup>2</sup> vgl. Kowal und O'Connell, 2003, S. 441

<sup>3</sup> vgl. Schmidt, 2003, S. 450f

- Einfluss der Einzellehrtherapie auf die aktuelle therapeutische Arbeit
- Theorie und Erkenntnisse aus der Selbsterfahrung
- Förderliche und weniger förderliche Inhalte der Methode
- Verhältnis Handlungsangebote und verbale Bearbeitung
- Kriterien für Angebote
- Häufig verwendete KBT Angebote
- Kaum bis gar nicht verwendete Angebote
- 3 Stärken
- 3 Schwächen
- Zusätzliches

Der von Schmidt vorgeschlagene zweite Schritt, die Auswertungskategorien zu einem Codierleitfaden zusammenzustellen, wurde in drei eigenen Worddokumenten mit tabellarischer Darstellung der Kategorien als Überschrift jeweils einer Spalte, bewerkstelligt.<sup>1</sup>

	Motive für die Wahl der Methode KBT	Erwartungen an die Methode	Erfahrungen im ersten Ausbildungsabschnitt für die praktische Arbeit	...
IP 1				
IP 2				
IP 3				
IP 4				
IP 5				
IP 6				

Im dritten Schritt wurde jedes einzelne Interview eingeschätzt und klassifiziert, indem eine Zuordnung des Materials zu den Auswertungskategorien vorgenommen wurde.

---

<sup>1</sup> vgl. Schmidt, 2003, S. 451

Das heißt, dass alle passenden Textpassagen, aus den einzelnen Interviews den Kategorien in der Spalte, nach IP 1 – IP 6, zugeordnet wurden. Bei diesem Auswertungsschritt war es notwendig, die Informationsfülle zu reduzieren, wobei ein geringer Informationsverlust in Kauf genommen wurde. Diese Phase bot darüber hinaus die Möglichkeit, die Kategorien auf ihre Trennschärfe zu überprüfen.<sup>1</sup>

Wie bereits beschrieben, wurde der von Schmidt vorgeschlagene vierte Schritt der quantifizierenden Materialübersicht, in dem die Daten übersichtlich in Tabellenform dargestellt werden sollen, bereits im zweiten und dritten Schritt bewerkstelligt. Der fünfte Schritt, die vertiefende Fallinterpretation passierte nicht im Anschluss an den dritten bzw. vierten Schritt, sondern laufend im Auswertungsprozess und in der Phase des Verdichtens des gesammelten Materials der einzelnen Kategorien. Es war immer wieder notwendig, in den Originaltranskripten nachzuschlagen und zu überprüfen, in welchen Zusammenhängen etwas gesagt wurde.

### **3.3. Darstellung der Ergebnisse**

#### **3.3.1. Motive für die Wahl der Methode KBT**

Vier von sechs IP geben an, dass für sie das Miteinbeziehen des Körpers im therapeutischen Konzept der KBT das zentrale Motiv bei der Auswahl der Methode darstellte und betonen dabei das Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele. Einige IP lernten bereits andere körpernahe Verfahren, wie Integrative Bewegungstherapie oder Bioenergetik aktiv oder passiv kennen, bzw. genossen eine sportwissenschaftliche Ausbildung und konnten sich aufgrund dieser Vorerfahrungen ausschließlich eine körperorientierte Methode für ihr eigenes therapeutisches Handeln vorstellen. In diesen Fällen ziehe sich die Körperbewusstheit durch ihr Leben, „*wie ein roter Faden*“, die KBT-Ausbildung sei somit eine „*logische Fortsetzung*“ der bisher gemachten Erfahrungen.

Diese IP geben an, dass sie an die „*Überlegenheit*“ einer körperorientierten Methode gegenüber „*herkömmlichen*“, gesprächszentrierten Therapieschulen glauben und deshalb die KBT als die einzige in Österreich zugelassene körperorientierte Psychotherapiemethode gewählt haben.

---

<sup>1</sup> vgl. Schmidt, 2003, S. 452ff

*„...ich wollte einfach eine körpertherapeutische Ausbildung haben und habe von der KBT gehört, dass die jetzt anerkannt ist. Da war mir klar, dass ich die machen werde.“*

*„Für mich war das wichtigste Motiv, dass der Körper in der KBT eine sehr zentrale Rolle spielt und sie die einzige anerkannte Methode ist.“*

Eine anerkannte Methode vorweisen zu können, sei als „Eintrittskarte“ für diverse Berufsfelder von Bedeutung, besonders wenn es sich um Arbeitsverhältnisse in Institutionen handelt.

Drei IP geben als weiteres Kriterium für die Wahl der Methode an, dass sie diese im Rahmen eines Propädeutikumseminars kennen gelernt und gute Erfahrungen mit spezifischen Körperangeboten gemacht haben.

*„Ja, der Vortragende als Person und so wie er die Methode vorgestellt hat, das hat mir sehr gut gefallen.“*

*„Wie ich KBT kennengelernt habe? Im einem Seminar im Propädeutikum, da haben wir so Übungen gemacht. Das Seminar war eine wichtige Entscheidungshilfe bei der Wahl des Fachspezifikums.“*

*„...ich habe im Propädeutikum diese Vorstellung der Therapiemethode besucht und mich hat dann die Einbeziehung des Körpers sehr angesprochen – ich bin sehr kopforientiert. [...] und ich hab einfach beim Körperangebot gespürt, das bringt mir total viel, das hat viel an Selbsterfahrung ausgelöst.“*

Eine IP besuchte ein KBT-Wochenendseminar in Salzburg und war von der Therapeutin beeindruckt, die eine wertschätzende, offene, spielerische, kreative und leichte Atmosphäre geschaffen hat. Fasziniert hat sie auch die Tatsache, „...dass man als KBT-Therapeutin nicht dauernd herumsitzt, sondern selbst aktiv wird.“ Zwei IP wurden bei der Wahl der Methode unter anderem auch durch Kolleg/innen aus dem Propädeutikum motiviert, die sich schon für die KBT-Ausbildung entschieden hatten.



Zwei IP betonen als Motiv den großen Fundus an Möglichkeiten, den die KBT bietet: Die Wahl zwischen tiefenpsychologischen, körperorientierten oder gesprächsorientierten Techniken empfinden sie als Freiheit im therapeutischen Handeln. So sei es etwa möglich, Querverbindungen zu systemischer Aufstellungsarbeit zu knüpfen und generell die therapeutischen Chancen zu erweitern und nicht einzuschränken.

*„... ich wollte das einfach alles lernen...“*

### **3.3.2. Erwartungen an die Methode**

Die meisten IP haben sich von der KBT-Ausbildung erwartet ein „Werkzeug“ zu erhalten, mit dem es möglich ist, tiefere Ebenen zu erreichen und die „reine Hirnebene“ verlassen zu können. Diese IP sind der Meinung, dass das Nonverbale und das Einbeziehen des Körpers Wege zu tieferen Ebenen darstellen, dadurch der Therapieverlauf mehr Substanz bekommt und somit wirklich an der Persönlichkeit gearbeitet werden kann. Das Verlassen der verbalen Ebene und die Hinwendung zum „Instrument des Körpers“ stellen für diese IP das Spezielle der Methode dar.

*„Genau das war meine Erwartung, dass ich einfach lerne, diese Ebenen zu finden, dort hin zu gehen und das einfach zu vertiefen.“*

*„Also ich hab mir erwartet, dass ich einen Werkzeugkoffer krieg, mit dem ich über den Körper und am Körper arbeiten kann. [...] Dass ich viele methodische Möglichkeiten dazulerne, zusätzlich zur systemischen Ausbildung dazu, die ich ja schon gehabt hab. [...] ..also die Vielfalt der spezifischen Angebote kennen zu lernen und zu erlernen war eigentlich mein Wunsch und meine Erwartung.“*

Die häufigsten Erwartungen bezogen sich auf das Erlernen von Techniken auf der Körperebene, auf das „praktische Tun“ und weniger auf den theoretischen Hintergrund der Methode. Das gehöre nach Meinung einer IP eher zu den Psychologen, die sich viel stärker mit dem kognitiven, theoretischen Blickwinkel auseinanderzusetzen hätten.

Erwartet wird von der KBT eine zusätzliche Ebene im therapeutischen Tun, die über das Sprachliche hinausreicht. Eine IP drückt das folgendermaßen aus:

*„... wenn der verbale Prozess feststeckt, und man sagt dann nur, ´wähl dir doch mal einen Gegenstand, der dieses Gefühl symbolisiert´, dann lassen sich die meisten Klienten darauf ein, dann entsteht wieder was Neues, mit dem man weiterarbeiten kann.“*

Ein IP rückt den Selbsterfahrungsaspekt im Sinne einer Eigentherapie in den Vordergrund seiner Erwartungen, wobei der Körperzugang für ihn den speziellen Wert der Methode darstellt.

*„Meine Eigentherapie, das war eigentlich eine der größten Erwartungen direkt an die Ausbildung und an die KBT. Das Danach, die Arbeit als Therapeut, das ist wieder was anderes. Also bevor ich begonnen habe, war die Selbsterfahrung der Hauptaspekt, ja. Und dass da auch über die Körperarbeit etwas weitergeht, dass ich für mich weiterkomme, ich für mich Dinge kläre und mich entfalten kann in meinem Leben.“*

### **3.3.3. Einfluss des ersten Ausbildungsabschnitts auf die praktische Arbeit**

Die Aussagen über den ersten Ausbildungsabschnitt in Bezug auf die aktuelle therapeutische Arbeit gliedern sich im Wesentlichen in drei Bereiche. Der erste subsumiert die Erfahrungen mit konkreten Techniken und Angeboten, die heute von den IP in der Praxis angewendet werden. Der erste Bereich ist nicht völlig vom zweiten zu trennen, in dem die Selbsterfahrung in Zusammenhang mit Angeboten angesprochen wird. Außerdem kristallisiert sich eine dritte Ebene heraus, da von mehreren IP die intensiven, gruppenspezifischen Erlebnisse als wichtige Erfahrung in diesem Ausbildungsabschnitt betont werden, die sich positiv auf ihr therapeutisches Verständnis auswirkt.

Erwähnt wird im Besonderen die Vielfalt der Angebote in der Gruppenselbsterfahrung, die es ermöglicht hat, wirklich zu lernen und zu begreifen, was KBT ist. Die genannten Angebote in diesem Zusammenhang reichen von basalen Körperübungen, wie am

Boden liegen und den Fuß bewegen, das Gehen im Raum, einen guten Platz finden, das Abklopfen des Körpers, das Abrollen, das Anlehnen bis hin zu Stab- und Seilübungen. Auch das Angebot, ein Hindernis zu bauen und dieses blind zu durchwandern und zu überwinden wurde mehrfach genannt. Viele der im ersten Ausbildungsabschnitt erlebten und erlernten Angebote werden von den IP in der Arbeit als Therapeut/in eingesetzt.

*„...ich mach zum Beispiel sehr viel mit Gehen und mit Stabangeboten. Das war eine unglaubliche Erfahrung mit meinen Suchtklienten so zu arbeiten. Da war eine Konzentration da, also die hat man richtig gespürt.“*

*„Ja, und diese strukturierte Anleitung und Abfolge eines Angebots ist genau das, was ich auch als Therapeut umsetze. Also da erinnere ich mich daran, wie wir das in der Selbsterfahrungsgruppe gemacht haben, wie das Angebot bei mir gewirkt hat und dann setz ich das mit der Gruppe oder in der Einzeltherapie um.“*

Das zweite Zitat verdeutlicht, wie sich die eigene Erfahrung mit einzelnen Angeboten auf das therapeutische Handeln auswirkt, was auch von den folgenden Aussagen bestätigt wird.

*„Etwas anzubieten, was man selbst schon erlebt hat, bringt viel Sicherheit. Auch viel Sicherheit, dass die Methode wirkt.“*

*„Selbst erlebt zu haben, was ich jetzt anbiete und was für mich auch so eindrücklich war in der Selbsterfahrung, zum Beispiel, wenn du irgendwelche Stellen im Körper berührst, dass du Körpererinnerungen reaktivierst, was mich aber auch sehr vorsichtig macht, speziell bei Gewalterfahrungen, Übergriffserfahrungen oder traumatischen Erlebnissen.“*

Oben zitierte IP führt den Gedanken weiter, dass sowohl Negatives, als auch Positives im Körper gespeichert sei und auch das durch Berührungen reaktiviert werden könne. Sie konnte in der Gruppenselbsterfahrung und später in der Einzeltherapie persönliche Themen anders sehen und auch nachhaltig verändern.

*„...dadurch wurden mir blinde Flecken bewusst, was für mich persönlich wichtig ist und natürlich jetzt für meine Arbeit als Therapeutin.“*

Es wird auch erwähnt, dass die Selbsterfahrung ermöglicht hat, die Ebenen von Übertragung und Gegenübertragung zu erkennen, zu „begreifen, was das eine und was das andere kann“. Eine Erfahrung, die für die praktische Arbeit eine wesentliche Voraussetzung darstellt.

Der dritte Kern der Aussagen bezieht sich auf die interpersonellen Erfahrungen innerhalb der Ausbildungsgruppe. So wird etwa beschrieben, wie spannend die Erkenntnis war, dass jeder Mensch in der Gruppe seine eigene Wirklichkeit abbildet und verschiedene Phasen der Persönlichkeitsentwicklung durchlebt.

*„Also das habe ich auch sehr stark gesehen in der Ausbildung. Weil wir doch viele Gruppenstunden gemacht haben und irgendwie jeder so mit seinem Thema drinnen war und diese Themen auch durch die Gruppe aktiviert wurden.“*

*„Für die Gruppen die ich jetzt leite, hat es mir schon was konkret gebracht zu sehen, was kann in Gruppen alles passieren. Zum Beispiel das Thema seinen Platz finden, Platz halten, Platz einnehmen. Ich kapiert jetzt einfach auch, wenn ich Gruppen leite, was bei den Leuten los ist.“*

Über den Aspekt der Gruppendynamik hinaus wurden von zwei IP die intensiven, als sehr schön erlebten Beziehungen zu Kolleg/innen genannt, die sich in diesem ersten Ausbildungsabschnitt ergeben haben. Eine wertvolle Bereicherung, da die Therapeut/in – Klient/in – Beziehung wesentlich von der Beziehungsfähigkeit und den Beziehungserfahrungen des/der Therapeut/in abhängig ist.

*„...als zweites fallen mir diese Freundschaften ein, das Soziale, die sozialen Verbindungen, das ist mir eigentlich das Zweitwichtigste aus dieser Gruppenphase...“*

*„Sehr schöne Begegnungs- und Beziehungserfahrungen nehme ich von dort mit.“*

### **3.3.4. Einfluss der Einzellehrtherapie auf die praktische Arbeit**

Die Einzellehrtherapeut/innen haben für fünf von sechs IP einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der eigenen Therapeut/innenrolle. Die Einflusswirkung ist je nach Person der IP oder des/r Lehrtherapeut/in unterschiedlich gelagert und reicht von der Vorbildfunktion des/r Therapeut/in bis hin zur Übernahme konkreter Angebote und verbaler Interventionen in der eigenen Praxis.

*„...also ich hab mich dann oft erwischt, dass ich wirklich ihre Sätze verwendet habe und wirklich auch die Angebote so gestaltet habe wie sie.“*

*„Also ich merke, jedes Mal wenn ich Lehrtherapie habe, dass ich davon was in der nächsten Stunde bei Klienten anwende.“ [...] “...auch bei der Supervision fällt mir auf, wie ich auch im Einzel dann a bissl so wie die Supervisorin rede, also ich nehme das unheimlich schnell an...“*

Zum einen werden verbale Interventionen und konkrete Angebote übernommen, zum anderen wird aber auch beschrieben, dass etwas übernommen, weiterentwickelt und zum Eigenen gemacht wird. Dabei handelt es sich um einen typischen Prozess des Lernens am Modell, wodurch die Notwendigkeit augenscheinlich wird, dass der/die Lehrtherapeut/innen zur/m Ausbildungskandidat/in auf der persönlichen Ebene passt.

Von zwei IP kommen dazu folgende Aussagen:

*„...da war natürlich schon auch Bewunderung dabei, da schaut man sich automatisch was vom Stil und so ab und irgendwann ist es dann halt zu Meinem geworden und weiterentwickelt worden. Ich glaube, das ist einfach wichtig, das Lernen am Modell, dass man da gute Modelle hat und sagt, ja, okay, so möchte ich das auch machen, das taugt mir, das ist, glaube ich, das Wichtige an der Lehrtherapie, dass das zu einem passt.“*

*„Das habe ich so oft gehört, so die Worte, Begriffe und Sätze aus der Lehrtherapie, ja oder wie Zusammenhänge hergestellt wurden und das habe ich dann so stückweise übernommen, bis ich dann mein Eigenes entwickelt habe.“*

Wie oben gezeigt, ist die Person bzw. die Persönlichkeit des/r Lehrtherapeuten ausschlaggebend, ob und wie er/sie als Modell akzeptiert werden kann. Aber auch Teile der Persönlichkeit, wie Haltung, Verständnis, Stil, Ruhe und Entspanntheit werden für die eigene praktische Arbeit übernommen. Hier erscheint das Erfahren einer tragfähigen Beziehung zwischen Lehrtherapeut/in und Ausbildungskandidat/in für die spätere therapeutische Arbeit als wichtiger Aspekt.

*„Also was mich da beeinflusst hat, dass sie so wenig invasiv ist, sie ist ja gar nicht invasiv, sie ist ja eher sehr begleitend...“ [...] „Also das ist es, diese Haltung. ... das war es eigentlich schon am meisten, diese Ruhe und diese Entspanntheit, mit der sie mir gegenüber sitzt.“*

*„Und der Therapeut, wie er sich einbringt, als Mensch, als Person. Er wird spürbar und das versuche ich auch zu machen, das versuche ich bei meinen Klientinnen auch umzusetzen, ja, das ist es.“*

Der/die Lehrtherapeut/in kann verstärkende oder bestätigende Wirkung haben und darüber hinaus dem/r Ausbildungskandidat/in Sicherheit im therapeutischen Handeln vermitteln. Ein IP spricht in diesem Zusammenhang sogar von der „Freigabe“ durch den/die Lehrtherapeut/in.

*„...dass ich oft Angst habe, es ist nicht richtig, was ich in der Therapie mache, das ist dann immer so wie eine Freigabe, wenn es die Lehrtherapeuten gemacht haben, dann kann das nicht falsch sein.“*

Eine weitere Erfahrung aus der Lehrtherapie war für einige IP die Erkenntnis, dass ein therapeutischer Prozess viel Zeit und Geduld erfordert und dass auch Wiederholungen stattfinden dürfen, wenn es erforderlich ist.

*„...also da ist dieser Zeitfaktor und sie hat ja unendlich viel Zeit bei mir und meinen Themen aufgewendet. Ich habe immer das Gefühl gehabt, Zeit spielt keine Rolle bei ihr. Ja, das war ein gutes Gefühl in der Lehrtherapie.“*

In diesem Zusammenhang ist auch die Aussage einer IP zu sehen, die für sich in der Einzellehrtherapie die Sinnhaftigkeit eines Langzeittherapieprozesses erkannte und die Erfahrung machte, dass der/die Therapeut/in ein Weiterkommen seines/ihrer Klient/in nicht pushen muss oder soll, sondern sich auch zurücknehmen darf, wenn der Prozess es erfordert.

Eine IP gibt an, nichts Konkretes aus der Lehrtherapie in ihre eigene Arbeit zu übernehmen. Sie betont aber den Wert, den die Lehrtherapie für ihre eigene Persönlichkeitsentwicklung hat.

*„Aus meiner Einzeltherapie, so 1:1 habe ich nie was übernommen. Das war eher so Meines, für mich und meine eigenen Themen und das war dann nicht so, dass ich das 1:1 weitergegeben hätte.“*

### **3.3.5. Erkenntnisse aus dem theoretischen Ausbildungsabschnitt**

Der im Curriculum vorgesehene Ausbildungsteil zum Erwerb theoretischer Kenntnisse der Methode wurde von den sechs IP unterschiedlich erfahren. Vier von sechs IP konnten diese Phase als wertvolle Ergänzung zur Selbsterfahrung betrachten, zwei IP hatten jedoch Schwierigkeiten, die theoretischen Inhalte in das bisher Erfahrene zu integrieren.

Bei der ersten Gruppe konnte die Theorie als schlüssiges Konzept die Erkenntnisse aus der Selbsterfahrung bestätigen, abrunden und einer theoretischen Interpretation zugänglich machen. Es wurde klarer, warum über den Körper ganz andere Dinge bewusst werden können als nur über die Sprache, dass aber die Verbalisierung dieser Themen entscheidend für die therapeutische Bearbeitung ist.

Auch die Vielzahl an Angeboten war durch die diversen Theorieseminare eindeutiger zuzuordnen. Generell wurde es als positiv erlebt, durch die Theorie Phänomene

benennen zu können, die man vorher „*nur gespürt*“ hat. Positiv bewertet wurde auch der Zeitpunkt, ab dem Theorie gelehrt wurde, da sozusagen „*die Theorie der Praxis übergestülpt wurde*“.

*„Das hat dann schon geholfen, also auch diese Reihenfolge war für mich das Gute, zuerst die Praxis und dann die Theorie.“*

*„Ich war immer sehr beeindruckt, wie schlüssig die Konzepte sind, die dahinter stehen. So wie es mich überhaupt beeindruckt, dass sich wer die Mühe gemacht hat zu überlegen, wie das alles zusammenhängt, ja wirklich.“*

*„Ja, natürlich war der Theorieteil eine Bereicherung, weil ich bin oft so in der Selbsterfahrungsgruppe gesessen und hab mir gedacht, warum macht der jetzt dieses Angebot? Also es war eigentlich schon so, würde ich glauben, also man hat uns die Angebote und die Gruppenprozesse gezeigt um quasi unser Interesse zu wecken, damit wir die eher trockene Theorie mit so Aha-Erlebnissen auch gut durchhalten können.“*

Die Dichte der Präsentation der theoretischen Inhalte hat zwei von diesen vier IP aber auch überfordert. Eine der beiden IP konnte erst im Rahmen der Abschlussprüfung, in der neuerlichen Auseinandersetzung mit den theoretischen Inhalten wirklich verstehen, „*was KBT ist*“.

Als besonders hilfreiche theoretische Grundlage für ihr therapeutisches Arbeiten, sehen drei IP die OPD und die verschiedenen Strukturniveaus. Aussagen darüber reichen vom „*wirklich praktikablen Schema*“ bis hin zu, wie „*glücklich*“ man sei, es gelernt zu haben.

*„Also wenn ich da jetzt denke, arbeitsmäßig oder auch selbstdiagnostisch mit dem OPD oder mit dem Strukturniveau, das ist schon eine tolle Hilfe. Also da fällt mir ein Beispiel mit einem Klienten ein, wo es dann so richtig Klick-Klick beim Arbeiten gegangen ist.“*



Lediglich eine IP spricht davon, mit den Strukturniveaus und der Einordnung von Klient/innen in ein Schema sehr schwer umgehen zu können. Für sie entstehe das automatisch in der Beziehung und sie brauche mehr Freiheit, Angebote je nach Bedürfnislage und dem aktuellen Thema zu machen.

In den Interviews wird auch auf die Neurobiologie und die aktuellen Erkenntnisse aus der Hirnforschung Bezug genommen. Ein IP spricht davon, aus diesem Bereich für sich die Erkenntnis gewonnen zu haben, dass der beste Ersatz für Drogen, gesunde menschliche Beziehungen seien. Er halte dies für wertvoller als diverse tiefenpsychologische Erkenntnisse.

Für zwei IP war, wie oben erwähnt, der theoretische Teil der schwierigste Ausbildungsabschnitt. Eine IP gibt an, nach wie vor, auch in der praktischen Umsetzung nicht viel mit der Theorie anfangen zu können. Sie erwähnt lediglich einige diagnostische Konzepte, sowie das Übertragungs/Gegenübertragungsmodell als manchmal hilfreich. Sie beziehe theoretisches Wissen aus anderen Quellen und lerne von den Methoden von Psychiater/innen und Psycholog/innen, mit denen er zusammenarbeite.

*„Ja, der Ausbildungsteil war eine Katastrophe. Das hat für mich überhaupt nicht zusammengepasst.“*

*„Ja, also beides, also Gruppenselbsterfahrung und Einzellehrtherapie haben maßgeblich auf meinen Arbeitsstil Einfluss. Die Theorie weniger. Also wenn ich ein Buch lese, ja, hab ich es gelesen, aber das geht nicht so tief.“*

Eine der beiden IP spricht von Schwierigkeiten beim Verknüpfen der Theorie mit der Praxis. Aber aus ihrer Aussage ist herauszuhören, dass sie diese Verknüpfung später dann doch vollziehen konnte.

*„Ja, das hat schon immer wieder Ecken gehabt. Einerseits zuerst die Erfahrung ohne Theorie und dann die Theorie teilweise mit Erfahrung. Das hat für mich am Anfang geeckt, es war mühsam, bis das irgendwie zusammengepasst hat. So war*

*mein Eindruck.“*

Eine Anregung zum Curriculum kommt von einer IP, die sich mehr Abwechslung bei den praktischen und theoretischen Ausbildungseinheiten gewünscht hätte.

*„... was mir einfallen würde als Vorschlag wäre, es vielleicht zu portionieren, in mehrere Abschnitte: Abschnitt Gruppenselbsterfahrung, Abschnitt Theorie; Abschnitt Gruppe, Abschnitt Theorie. Also, dass es mehr aufbauend ist. Nicht alle Selbsterfahrung am Anfang und dann erst die Theorie. Also vielleicht ist da das Eine oder Andere verloren gegangen an den Fragen, die sich in der Gruppenselbsterfahrung aufgeworfen haben.“*

### **3.3.6. Förderliche und weniger förderliche Inhalte der Methode**

Zu der Frage nach den förderlichen und weniger förderlichen Inhalten der Methode gibt es Assoziationen auf unterschiedlichen Ebenen. Als förderlich wird etwa die Strukturierung einer Therapieeinheit erlebt, z.B. der Einstieg in ein Thema über ein Angebot, aber auch die Strukturierung mehrerer Therapieeinheiten, beginnend mit dem Erstgespräch, der Zuordnung in Strukturniveaus und das Erkennen von Abwehrmechanismen. Das Arbeiten mit Körperangeboten, für die meisten IP inhaltlicher Schwerpunkt der Methode, wird vom Großteil als extrem förderlich für den therapeutischen Prozess erlebt, wobei sich die Auswahl der Angebote nach dem jeweiligen Strukturniveau richten sollte. Als Körperangebote werden dazu das Getragenwerden durch den Boden, der Stand, Anlehnen an die Wand, Gehen durch den Raum, Gewicht abgeben, sich abgrenzen und Widerstand geben genannt.

*„Also förderlich für meine Arbeit und in meiner Arbeit sind die unmittelbaren, direkten Körperangebote, zum Beispiel einen Arm begreifen, was hat das für eine Bedeutung, wenn ich meinen Arm begreife als Klientin, bzw. wenn die Therapeutin meinen Arm begreift – was krieg ich dadurch? Das habe ich sehr beeindruckend gefunden, dass das eine Auswirkungen hat, weil man könnte ja meinen, dass das eigentlich wurscht ist – und das ist eben nicht wurscht.“*

Fünf IP bezeichnen das Gestaltkreismodell als einen inhaltlichen Schwerpunkt der Methode und als wichtige theoretische Grundlage für ihr therapeutisches Handeln.

*„Da ist für mich das Anknüpfen an dieses Gestaltkreismodell ganz wichtig, ja diese beiden Ebenen, die einfach immer parallel laufen und wo in der KBT immer hin und her gewechselt wird zwischen Bewegen, Wahrnehmen, Fühlen und auf der anderen Seite Denken und Sprechen. Und eben dieses Hin- und Herwechseln, also das ist ein ganz wichtiger Inhalt, ja.“*

Das Wissen über die verschiedenen Strukturniveaus wird ebenfalls mehrmals als große Unterstützung für die therapeutische Haltung genannt, die von stützend bis konfrontativ gestaltet werden kann. Vom Strukturniveau wird weiters auch die Symbolisierungsfähigkeit abgeleitet und der Schluss gezogen, je strukturierter Klient/innen sind, desto weniger Schwierigkeiten haben sie beim Symbolisieren. Aufgrund der unterschiedlichen Strukturniveaus der Klient/innen werden Symbolisierungsangebote von den IP verschieden beschrieben.

*„Symbolarbeit ist irrsinnig gut – wenn die Klienten es schaffen.“*

*„Schwierig ist es manchmal schon mit Symbolen zu arbeiten, hab ich erlebt. ... da hab ich beobachtet, dass sie da zu wenig Kontrolle haben, was es bedeutet, dass sie Angst haben etwas preiszugeben, was sie gar nicht wollen. Das hat vielleicht was mit der Strukturierung zu tun, dass die, die besser strukturiert sind, damit besser umgehen können.“*

In Bezug auf theoretische Inhalte nehmen die IP die förderlichen Komponenten differenziert wahr. Für eine IP stellt Piagets Entwicklungstheorie eine wichtige Wissensgrundlage dar, um Klient/innen besser einschätzen zu können, eine weitere IP äußert den Wunsch darüber mehr wissen zu wollen, um mit diesen Phasen des Liegens, des Sitzens und des Stehens, besser arbeiten zu können.

*„Da habe ich das Gefühl, da tät ich noch einiges gern erfahren, die ist in der Ausbildung fast zu kurz gekommen, die Entwicklungspsychologie. Da gibt es ja tolle Angebote, vom Liegen ins Sitzen und ins Stehen kommen, wo gibt es da Störungen in der kindlichen Entwicklung, was bedeutet das im Heute?“*

Als förderlich erwähnt eine IP zusätzlich auch die Sprache, die sie aufgrund ihrer Ausbildung differenzierter wahrnehmen kann. Sie habe gelernt, der Wortwahl mehr Bedeutung zu geben, wie etwa „Begreifen“ oder „Begrenzen“ in einem direkteren Sinn zu sehen. Beim Verbalisieren stellt für sie der Gestaltkreis die zugrunde liegende, fördernde Theorie dar.

*„Also das ist was, dieses Handeln, das ist auch was, was ich immer präsent habe. Ja, so zuerst wahrnehmen, dann im Denken, Sprechen bearbeiten, verändern. Ja, das ist auch was Wichtiges in der Praxis, dieser Gestaltkreis.“*

Für drei von sechs IP ist das erworbene und erfahrene Wissen von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen eine förderliche Grundlage im therapeutischen Handeln. Eine IP gibt an, nach jeder Stunde ihre diesbezüglichen Wahrnehmungen zu notieren.

Dass therapeutische Prozesse Zeit brauchen und der/die Therapeutin stark als Person spürbar und präsent sein müsse, wurde auch bei dieser Frage ausgeführt, bleibt aber nur am Rande erwähnt, da dies bereits in einem anderen Kapitel ausführlicher dargestellt wurde. Keine/r der IP spricht von irrelevanten, nicht förderlichen Inhalten, und wenn es diese vielleicht doch gegeben haben sollte, dann, so eine IP, *„hätte sie sie offensichtlich verdrängt.“*

### **3.3.7. Verhältnis zwischen Handlungsangeboten und verbaler Bearbeitung in der Praxis**

Wie sich das Verhältnis zwischen Handlungsangeboten und Sprache gestaltet, hängt von mehreren Faktoren ab. In erster Linie, ob es sich um ein Gruppen- oder Einzelsetting handelt.

Eine IP gibt an, im Gruppensetting etwa 1/3 der Zeit zu reden und 2/3 mit Angeboten zu arbeiten, was sich in etwa mit der Aussage einer zweiten IP deckt, die angibt, 40 Prozent zu sprechen und 60 Prozent mit Angeboten zu arbeiten. In die Sprechphase wird auch das Reflektieren über Angebote miteinbezogen, wobei festgestellt wird, dass das Reflektieren in Gruppen mehr Zeit brauche.

Zwei weitere IP, die im klinischen Bereich tätig sind, unterscheiden bei den Gruppen zwischen der Basisgruppe (keine KBT-Gruppe) und spezifischen „Bewegungsgruppen“, wobei in der Basisgruppe weit mehr verbalisiert wird, als in der KBT-Gruppe. Eine IP bemisst den Sprechanteil mit 80 Prozent und den Anteil, in dem Handlungsangebote stattfinden, mit 20 Prozent. Ihr wäre es ein Anliegen, dieses Verhältnis zu Gunsten von mehr Angeboten zu verändern, traue sich aber nicht, da sie mit Traumapatient/innen arbeite und sich deren Reaktionen und aufkommenden Emotionen unsicher sei. Es fiel ihr auch schwer, Themen in spontane Angebote umzuwandeln.

Eine IP beschreibt das Verhältnis Handeln zu Sprechen in ihrer Basisgruppe im klinischen Setting mit 20 Prozent zu 80 Prozent:

*„Es braucht oft Klärung und das Besprechen, weil das sonst nirgendwo stattfinden kann. In der Basisgruppe wären meiner Meinung nach mehr Angebote verwirrend. Das wird auch oft rückgemeldet. Also es kann ein zuviel an Handlungsanteil geben, ja.“*

In der spezifischen KBT-Gruppe, die diese IP in der Klinik leitet, kehrt sich das Verhältnis um, sie arbeitet dann mit 20 Prozent Sprechanteil und 80 Prozent Handlungs- und Wahrnehmungsangeboten. In parallel laufenden Gruppen zu dieser wird musik-, tanz- oder theatertherapeutisch gearbeitet. Das heißt, dass die Funktion einer Gruppe und das Gruppenziel auch das Verhältnis zwischen Sprech- und Angebotsanteilen definiert. Gruppenstruktur und Gruppenziele werden auf einer übergeordneten Ebene, meist durch die Klinikleitung vorgegeben und bestimmen so wesentlich das therapeutische Handeln der Therapeut/innen.

Im Einzeltherapiesetting kann die Aufteilung zwischen Sprechphasen und Handlungsphasen stärker vom/von dem/der Therapeut/in gesteuert werden, immer abhängig von den Bedürfnissen des/r Klient/in. Drei IP geben für dieses Setting einen Handlungsanteil von ca. 30 Prozent und einen Sprechanteil von ca. 70 Prozent an, eine weitere IP beschreibt dieses Verhältnis ähnlich mit 40 Prozent Handeln und 60 Prozent Sprechen. Diese Werte stützen sich allerdings nicht auf einzelne Sitzungen, sondern werden über einen längerfristigen Therapieverlauf geschätzt, bei dem sich „*reine Sprechstunden und Stunden mit mehr Angeboten*“ abwechseln können.

*„1/3 Handeln und 2/3 Sprache würde ich annehmen,... also mehr, glaube ich, ist es nicht. Es gibt eine Stunde, da ist nur Körper, dann gibt es wieder eine Stunde, da ist nur Sprache... also das hängt ganz vom Klienten und dem aktuellen Thema ab.“*

Obige Aussage wird von einer weiteren IP bestätigt, die angibt, im Einzelsetting 70 Prozent der Zeit zu sprechen und 30 Prozent für Angebote zu verwenden, wobei je nach Patient variiert wird.

Eine IP arbeitet an einem Institut nur wenige Stunden pro Woche mit Klient/innen, und komme deswegen nicht vom Sprechen ins Handeln. Weiters behindere die eingeschränkte räumliche Situation die Arbeit mit Angeboten.

Die IP, die angibt, in der Gruppe weniger Handlungsaktivitäten anzubieten, da sie befürchte, dass es die Traumaklient/innen überfordern könne, arbeitet im Einzelsetting mit wesentlich mehr Angeboten. Sie brauche für sich die Sicherheit zu wissen, worum es bei dem/r Klienten/in gehe, um dann ein Angebot zu entwickeln. Sie differenziert zwischen Stunden, in denen es ein ausgewogenes Verhältnis von 50 : 50 gäbe, das ein anderes Mal 70 : 30 oder 60 : 40 sein könne. Sie unterscheidet zwischen der Anfangs- und Endphase eines therapeutischen Prozesses, in denen jeweils mehr gesprochen würde.

Einzelnen Interviews ist außerdem zu entnehmen, dass es von der Sicherheit und dem Mut eines/r Therapeut/in abhängig ist, wie viele Angebote er/sie macht. Tendenziell ist wahrzunehmen, dass ein Streben zu mehr Angeboten und weniger verbalen Anteilen bei den IP vorhanden ist.

*„Aus der Erfahrung und dem Wissen, dass das für mich eine ganz tolle Methode ist die funktioniert, und auch aus der Erfahrung, dass, wenn man es den Leuten dann anbietet, es den meisten gefällt, dann spüre ich die Lust, mehr auszuprobieren.“*

### **3.3.8. Kriterien für angewendete Angebote**

Die IP beschreiben sehr unterschiedliche Kriterien dafür, wann und wie sie Angebote in der Therapie einsetzen. Diese Kriterien lassen sich nicht zusammenfassen oder verdichten, sie sollen hier alle dargestellt werden, um die Bandbreite des Arbeitens mit Angeboten zu zeigen.

Wie schon erwähnt ist die Form des Settings ausschlaggebend, ob und wie ein Angebot gemacht wird. Unterschieden wird dabei, ob es sich um ein Gruppen- oder Einzelsetting handelt. Interaktionsangebote finden stärker in Gruppen statt, ein IP beschreibt ein stufenweises Vorgehen folgenderweise:

*„In der Gruppe startet es oft mit der Wahrnehmung der Klienten alleine, dann miteinander, dann zu zweit, zu dritt und dann die ganze Gruppe. Also da ist der große Unterschied zwischen Einzeltherapie und der Gruppe.“*

Es hängt auch entscheidend vom Raum ab, in dem ein/e Therapeut/in arbeitet bzw. der ihr/ihm zugeteilt wird. In diesem Zusammenhang wird beschrieben, dass man in einem Institut oder in einer Klinik Räume zugewiesen bekomme, die nicht für KBT-Angebote geeignet wären, weil es z.B. keinen Teppich gäbe oder der Raum überhaupt zu klein sei. Außerdem trete das Problem auf, dass die Materialien, die für bestimmte Angebote benötigt würden, in vielen Räumen nicht zur Verfügung stünden.

*„..., du kannst dich nicht einmal auf den Boden legen, weil es ist alles irgendwie Klinik und es ist kein Teppich..., da bin ich sehr eingeschränkt, da mach ich dann oft was Systemisches, also am Tisch irgendwas aufstellen oder mal einen Gegenstand nehmen und begreifen...“*

*„Wenn ich meinen eigenen Raum nicht zur Verfügung habe, ist es anders und dann erfordert das viel Kreativität, wie mache ich das, wie ich gewohnt bin zu arbeiten, wie setze ich das jetzt um. Also da habe ich dann nur den Körper und den Raum zur Verfügung.“*

Es wurde bereits in einem vorigen Kapitel angedeutet, dass der Auftrag wichtig sei, der an den/die Therapeut/in im Rahmen einer Klinik gestellt wird. So gibt es Gruppen, die allgemein psychotherapeutisch geführt werden und es gibt körperorientierte Gruppen, in denen es selbstverständlich ist, KBT-Angebote zu machen.

Ein IP richtet ihre Angebote nach den Gruppenphasen. Sie arbeitet unterschiedlich in der Aufwärm-, Kennenlern-, Themenfindungs-, Regressionsphase oder in der Abschlussphase und greift dabei auf ein breites Repertoire von Standardangeboten zurück.

Das Störungs- oder Krankheitsbild eines/r Klienten/in wird ebenfalls als wichtiges Kriterium für die Angebotsentscheidung angegeben. In diesen Zusammenhang sind auch Aussagen von IP zu sehen, die davon sprechen, ihre Angebote nach dem zu richten, was vom/von der Klienten/in kommt.

*„Also mich leitet eher das was vom Patienten kommt. Die Frage: Was kommt mir da vom Gegenüber entgegen?“*

Eine IP wählt ihre Angebote nach dem jeweiligen Strukturniveau des/der Klienten/in, für zwei weitere IP hat das Strukturniveau nichts mit der Auswahl der Angebote zu tun. Eine der beiden richtet sich nach der inneren Sicherheit, die ein/e Klient/in hat.



*„Es ist mehr so ein Gefühl, ich spüre das, wie viel innere Sicherheit hat ein Mensch oder nicht und je unsicherer ein Mensch ist, desto vorsichtiger gehe ich vor und desto mehr geht's darum Ressourcen zu stärken, zu stabilisieren, Vertrauen zu sichern. Wenn da bei mir jemand sitzt, der gut in seinem Körper ist, der eigentlich ganz gut ist im Selbsterfahrungsprozess, den konfrontiere ich ganz anders. Aber ich überlege mir nicht, hat der Strukturniveau 1, 2 oder 3, das überlege ich mir nicht.“*

Der zweite IP richtet seine Angebote ebenfalls nicht nach dem jeweiligen Strukturniveau, sondern eher nach dem aufscheinenden Phänomen, aber die Bearbeitung findet dann entsprechend dem Strukturniveau eher stützend oder konfliktzentriert statt.

Als weiteres Entscheidungskriterium für Angebote wird das aktuelle Thema genannt, das vom/von der Klient/in in die Therapie eingebracht wird.

*„Da kommt zum Beispiel der Satz ins Spiel. ‚Da empfinde ich sehr viel Druck‘, dann mache ich ein Angebot zum Thema. Da bietet die KBT ja einiges dazu. Da muss man genau beobachten, auf einzelne Wörter eingehen, sie manchmal auch selber anbieten und dann ein passendes Angebot machen.“*

*„Was ist das Grundthema, worum geht es da? Und von dem aus gestalte ich dann das Angebot. Und wenn ich merke, da ist viel Unsicherheit oder da kommen traumatische Inhalte, die kommen dann oft überfallsartig, dann versuche ich meistens einen sicheren Ort zu kreieren.“*

Eine weitere IP stellt die aktuelle Phase im Therapieprozess in den Vordergrund und das zu bearbeitende Thema.

*„...was braucht jetzt dieser Mensch genau in dieser Situation? Welcher Lernschritt wäre jetzt quasi im Prozess angesagt, damit wir ein Stück weiterkommen? Und fällt mir ein Angebot ein, das diesen Lernschritt unterstützen kann?“*

Interessen und Vorlieben der IP werden ebenfalls als Entscheidungskriterium für Angebote genannt. Ob das Interesse mehr bei der Bewegung und Körperarbeit liegt, ob der/die Therapeut/in lieber mit Gegenständen symbolisiert und ob es „*Lieblingsmaterialien*“ gibt.

Ein Angebot zu verwenden oder nicht hängt weiters davon ab, ob das Gefühl vorhanden ist, eine tragfähige Beziehung mit dem/r Klienten/in hergestellt zu haben.

*„Bei einigen geht’s, da hab ich das Gefühl, wir haben wirklich eine therapeutische Beziehung und da trau` ich mich dann auch in die Tiefe gehen...“*

Ein spezieller Aspekt bei der Auswahl der Angebote, ist das geschlechtsspezifische Verhältnis im therapeutischen Setting. Eine männliche IP gibt an, sich nicht vorstellen zu können, jemals eine Klientin im Rahmen einer Körperübung berühren zu können „...*und wenn ich hundert werde*“. Bei einer weiblichen IP ist das Angreifen von männlichen Klienten kein absolutes Tabu, es fällt aber auch nicht ganz leicht:

*„Ich glaube, dass ich Männer doch weniger angreife – oder erst viel später angreife. Also es hängt dann auch von den Männern ab.“*

Angebote haben unterschiedliche Funktionen und werden dementsprechend gewählt, etwa um Widerstände zu unterwandern, Lernumwelten zu gestalten, auf neue Themen zu kommen oder um Therapieziele schneller und nachhaltiger zu erreichen.

Auch die Intuition wird als Entscheidungskriterium für ein Angebot genannt:

*„Aber manchmal mache ich es auch einfach intuitiv. Und dann darf es auch falsch sein. Also ich mache ihnen immer Angebote – sie können ja nein sagen – da war ich früher viel gehemmter.“*

Grundsätzlich ist von allen IP herauszuhören, dass sie gerne mit Angeboten in ihren Therapiestunden arbeiten und die Aktivitäten auf der Handlungsebene immer wieder

forcieren.

*„Es gibt einen Punkt, wo ich das Gefühl habe, also jetzt klebt mein Hintern schon sehr lang am Sessel und jetzt muss ich wieder mal schauen, dass wir auf eine andere Ebene kommen.“*

### **3.3.9. Häufig verwendete KBT-Angebote**

Die Darstellung der häufig verwendeten Angebote erscheint übersichtlicher, wenn sie nicht von allen IP zusammengefasst präsentiert, sondern je nach Aussagen der IP strukturiert werden. So lässt sich ein klareres Bild über die Arbeitsweisen und tatsächlich eingesetzten Angebote der IP zeichnen.

IP 1 verwendet gerne Seile, Bälle, Decken und setzt besonders oft Seile in der Gruppe ein, um Beziehung über den Körper spürbar zu machen. Bälle verwendet sie zum Abrollen des Körpers, aber auch zum Thema „Aggression“. Sie arbeitet in der Gruppe auch gerne mit Ölkreiden, Buntstiften, Faserstiften, etc. Sie hat sich das Modell eines menschlichen Skeletts gekauft, um weniger strukturierten Klient/innen zu zeigen und sie erspüren zu lassen, was dem menschlichen Körper Stabilität gibt. Die Arbeit mit Symbolen ist ein weiterer Schwerpunkt in ihrer Arbeit. Neben diesen klassischen KBT-Angeboten begleitet sie ihre Klient/innen auch in geführte Trancen.

IP 2 reiht für sich die Symbolarbeit an erste Stelle. Als nächstes in ihrer Reihung finden sich nicht unmittelbare Körperangebote, wie Raumwahrnehmung oder Distanzwahrnehmung und kombiniert manchmal beides, indem sie ein Symbol als Ziel positionieren und Hindernisse vom/von der Klient/in auf dem Weg zum Ziel überwinden lässt. An dritter Stelle liegt bei ihr die Arbeit am Körper, die für sie die schwierigste Ebene darstellt.

IP 3 sagt, dass sie äußerst gute Erfahrungen mit Angeboten zur Basiskörperarbeit macht und es aus diesem Repertoire einige Angebote gibt, die sie mit allen Klient/innen grundsätzlich durchführt. Dazu gehören die Körperreise oder das Deckenbett. Bei letzterem werden Klient/innen in eine Decke am Boden eingerollt, sodass diese eng um

die Körperstruktur liegt. Klient/innen reagieren sehr positiv auf dieses Angebot mit Gefühlen wie Geborgenheit, Sicherheit, Wahrnehmung einer Begrenzung oder angekommen zu sein.

Weiters macht IP 3 häufig Angebote zur Wahrnehmung des Körperbildes „*Ich zeig dir deinen Körper*“, (durch das Ertasten der harten und weichen Teilen des Körpers), Wahrnehmung über die Füße (den Boden spüren, Gegenstände am Boden berühren, etc.), die Wand als Begrenzung wahrnehmen, das Gewicht spüren oder sich fallen lassen.

Darüber hinaus arbeitet sie oft mit Stäben zur Kontaktaufnahme oder mit Seilen, um das Thema Abgrenzung zu bearbeiten.

IP 4 macht vor allem im klinischen Setting, sowohl in der Gruppe als auch in der Einzeltherapie, Stabangebote zu den Themen Körpergrenze, Stütze, Beziehung, Angebote mit Seilen zum Thema Abgrenzung und basale Körperwahrnehmungsübungen. Zusätzlich zu den klassischen KBT-Angeboten arbeitet sie auch mit kreativen Medien, um z.B. Lebensabschnitte oder den Lebensweg von Klient/innen darzustellen und so Themen vor dem biografischen Hintergrund zu bearbeiten. IP 4 entwickelt auch eigene Angebote, wenn ihr kein Standardangebot einfällt.

*„So, das sind die beiden Wege, das was ich kenne und umgekehrter Weg, so zu sagen, ein Thema, Erfahrung, in die ich die Leute reinbringen will und dann entwickle ich ein Angebot dazu. So eine Mischung aus ein bisschen intuitiv und ein bisschen reflektiert und wie sieht das die KBT-Literatur. Was haben andere da schon probiert oder ich verlasse mich auf mein Gespür.“*

IP 5 nennt das Symbolisieren mit Gegenständen als ihren KBT-Schwerpunkt. Weiters lässt sie ihre Klient/innen Stellen im Körper erfahren, z.B. das Harte und Weiche erfühlen, um die Körperwahrnehmung zu schärfen.

IP 6 wendet eine sehr breite Palette von Angeboten an: Arbeit mit Stäben, Arbeit am Stand und an der Stabilität, Grenzen und Körpergrenzen wahrnehmen, einen eigenen Platz finden und begrenzen und Arbeit mit Bällen, um die eigene Kraft zu spüren oder

die innere Unruhe abzubauen. Mit Seilen oder Stöcken arbeitet sie weniger, da diese Gegenstände Assoziationen mit Gewalt oder sexuellem Missbrauch frei werden lassen können.

### **3.3.10. Kaum bis gar nicht verwendete Angebote**

Die IP geben im Wesentlichen drei Gründe an, warum sie bestimmte Angebote nicht verwenden. Fünf von sechs IP arbeiten nicht mit Angeboten, die sie in der Gruppenselbsterfahrung als nicht hilfreich empfunden haben. Eine IP erklärt:

*„Je mehr ich mir das überlege, es hat sehr viel damit zu tun, wie wohl ich mich bei den Angeboten selbst gefühlt hab. Also ob man das dann annimmt oder nicht. Und das waren so Angebote, wo ich mir gedacht habe, hm, naja, okay, mach ich halt mit. Also das ist dann das, was ich auch nicht selber anwende. Da wo ich das Gefühl gehabt habe, ja taugt mir, geht, das wende ich dann auch an und das fällt mir auch zur rechten Zeit ein.“*

*„Bei manchen Angeboten sehe ich bis heute nicht viel Sinn dahinter. Sie haben bei mir nichts ausgelöst, und die meisten Patienten fangen auch nichts an damit, wenn ich das mal ausprobieren. Es führt nirgendwo hin.“*

Konkret wurden diesbezüglich folgende Angebote genannt: Auf einem Stab liegen, oder ein Angebot, bei dem mehrere Personen übereinander rollen, das Tragen in einer Decke, Angebote mit Bällen als Medium zur Kommunikation, Abrollen mit Bällen, durch den Raum gehen und Angebote, bei denen die Körperstruktur (Haut, Muskeln, Sehnen und Knochen) gespürt werden sollen. Manche IP setzen bestimmte Angebote nie ein, die für andere IP zum Standardrepertoire in ihrer Arbeit zählen.

Eine IP gibt an, aus einem Angebot, das sie selbst nicht mochte, trotzdem gelernt zu haben. Sie habe erkannt, dass „jemandem zuzuschauen“ ein wertvolles Element der Selbsterfahrung darstellen kann.

*„Dieses Angebot da mit der Schulter, wenn du dich daran erinnern kannst, du musst 15 Minuten die eine Schulter im Liegen bewegen und wer anderer schaut dir genau zu. Das war wirklich so die ärgste Übung. Eine ¼ Stunde die Schulter bewegen... ich hab es gehasst und trotzdem – oder gerade deshalb – war es eine bleibende Erfahrung. Aber ich würde das nie in der Praxis machen.“*

Ein weiterer Grund für nicht verwendete Angebote ist, wie schon erwähnt, die Tatsache, dass viele Arbeitsräume bestimmte Angebote nicht zulassen oder dass bestimmte Materialien nicht vorhanden sind.

*„Also wenn ich was nicht verwende, das liegt nur daran, dass ich es nicht hab, wie zum Beispiel Sandsäcke. Ich schon oft Lust gehabt damit zu arbeiten, aber ich habe einfach keine.“*

*„Leider. Manche Angebote gehen in meiner Praxis beim besten Willen nicht. Kein Platz. Körperangebote gibt es nur im Sitzen und Liegen, Gehen ist nicht möglich.“*

Nicht oder nur mit großer Vorsicht verwendet werden Angebote, die den Körperkontakt zwischen Therapeut/in und Klient/in voraussetzen. Manche IP können sich nur schwer oder gar nicht vorstellen, ihre Klient/innen körperlich zu berühren, vor allem bei einer Mann - Frau - Konstellation.

*„Also im Einzelsetting, wo ich irgendwie zurückhaltender bin, also da lasse ich glaube ich so ziemlich alles aus, wo ich in direkten körperlichen Kontakt mit den Klienten komme.“*

*„Da bin ich einfach sehr vorsichtig. Weil ich hab schon ein paar Mal erlebt, so diese Übertragungsverliebtheit, dass sich meine Klienten dann verlieben, und das wird dann einfach schwierig.“*

Auch in der Gruppe werden Angebote mit Körperberührungen zwischen den Teilnehmer/innen nur vorsichtig oder gar nicht verwendet.

*„Was ich in der Gruppe wenig mache, sind Angebote, wo sie miteinander körperlich arbeiten, also wo sie sich gegenseitig berühren, da bin eher sehr zurückhaltend.“*

*„Also es gibt eigentlich nichts, was ich nicht verwende, so etwas gibt es nicht. Na ja, wo ich sehr vorsichtig bin, ist alles, wo es um direkte Berührungen geht. Zu zweit oder auch in der Gruppe.“*

### **3.3.11. Stärken der Methode**

Die Stärken der Methode werden im Folgenden nach der Anzahl der Nennungen dargestellt:

Miteinbeziehen des Körpers:

Dieser Schwerpunkt der KBT wird von fünf IP genannt und indirekt in den anderen Fragestellungen von allen sechs IP als Stärke hervorgehoben. Die KBT unterscheidet sich diesbezüglich wesentlich von anderen therapeutischen Methoden. Das Miteinbeziehen des Körpers bietet eine zusätzliche Möglichkeit, Klient/innen zu erreichen und sie erfahrungsbereit zu machen.

*„Das direkt unmittelbare am Körper, das sehe ich wirklich als Stärke, dadurch entsteht so etwas wie eine direkte Körpererfahrung, die du sonst im Gespräch nicht machen kannst...“*

Theoretisches Konzept:

Der theoretische Hintergrund bildet für die IP eine gut fundierte Basis, auf die sie sich in der Praxis stützen können. Genannt werden die Strukturniveaus, der tiefenpsychologische, bzw. der analytische Ansatz.

*„...und schon auch dieses tiefenpsychologische Weltbild dahinter. Das ist mir wichtig. Auch wenn das jetzt nicht so dogmatisch gelebt wird wie vielleicht im analytischen Setting, aber es macht Sinn.“*

Die theoretischen Konzepte dienen außerdem als Argumentationshilfe im Austausch und der Auseinandersetzung mit Berufskolleg/innen und stärken die eigene Position.

Technikvielfalt:

Die Körperebene und die Gesprächsebene bieten ein weites Feld, in dem vielfältige, kreative Techniken entwickelt werden können. Im Zusammenhang mit dem theoretischen Hintergrund, wird die KBT als ein sich öffnendes Verfahren erlebt, in dem es über konkret kennengelernte Techniken (Angebote oder Gesprächsführung) möglich ist, selbst weitere Techniken und Angebote zu entwickeln.

*„Also wenn du das Prinzip verstanden hast, was KBT ist, dann kann man solche Angebote auch selber entwickeln. [...] Und das ist dann auch so eine Stärke, dass du eigentlich selber kreativ bist und dass dir selbst nicht fad wird.“*

*„Also du erfindest die Methode quasi in der Stunde immer wieder neu. Und das finde ich sehr reizvoll.“*

Mehrere IP zählen zu den Stärken der Methode auch die Tatsache, dass die KBT sowohl für das Gruppen-, als auch das Einzelsetting vielfältige Angebote zur Verfügung stellt. Nur eine IP ist der Meinung, dass sich die Methode weit besser als Gruppenverfahren als für die Arbeit in der Einzeltherapie eignet.

Ebenenwechsel:

Im Zusammenhang mit der Körperorientierung und der Technikvielfalt, wird immer wieder vom Positivum des Ebenenwechsels im Sinne des Gestaltkreises gesprochen, über den es möglich sei, Klient/innen besser zu erreichen.

*„Also da denke ich mir ist dieser Ebenenwechsel wirklich eine ganz große Stärke.“*

*„Was sind die Stärken der Methode? Die Vielfalt, ganz viele Möglichkeiten: Das Sprechen und Denken genau so wie das Handeln und Bewegen. Ebenen, wo du*



*rein kommst in die Person, also du hast da viele Zusatzmöglichkeiten gegenüber anderen Methoden.“*

Wertschätzendes Menschenbild:

Hier wird nicht nur auf das gelehrte, sondern vor allem auch auf das gelebte, im Umgang mit Ausbildungskolleg/innen und Lehrtherapeut/innen erfahrene wertschätzende Menschenbild hingewiesen.

*„...ja, was diese Methode auch hat, was wir mitbekommen haben, diese hohe Wertschätzung, ich hab das so wahnsinnig wertschätzend erlebt und genießen können...den gemeinsamen Umgang.“*

Junge Methode:

Als Vorteil einer relativ jungen Methode wird die Tatsache gesehen, dass sie sich noch weiterentwickeln kann und weniger starren Strukturen unterworfen ist, als andere, länger etablierte Therapieschulen. Außerdem könne man sich als KBT-Therapeut/in *„...wie ein Pionier fühlen.“*

Arbeiten im Hier und Jetzt:

Neben der Möglichkeit der biografischen Bearbeitung eines Themas im Therapieverlauf, wird vor allem das Arbeiten im Hier und Jetzt als Stärke der KBT geschätzt.

*„Also diese Leichtigkeit und dass du im Hier und Jetzt arbeitest, ja, also das ist für mich wichtig, weil ein Klient hat nicht viel davon, wenn du jahrelang in der Vergangenheit herumkramst und es ändert sich nichts. Warum ist was passiert und warum ist wer wie geworden, ja, also das weißt du relativ bald, aber die Frage ist: Was tue ich jetzt damit? Und das ist so die entscheidende Frage und da sehe ich auch eine Stärke in unserer Methode. So im Hier und Jetzt ist der Handlungsspielraum, wo die Leute sind.“*

### 3.3.12. Schwächen der Methode

Auch die genannten Schwachpunkte werden im Folgenden nach der Anzahl der Nennungen dargestellt:

Bekanntheitsgrad und Name der Methode:

Da die KBT eine therapeutische Methode ist, die sich in verschiedenen Bereichen erst etablieren muss, ist es für manche IP in ihrem Berufsfeld schwierig, Ärzt/innen, Psycholog/innen, Psychiater/innen oder Klient/innen erklären zu müssen, wie in der Methode gearbeitet wird und falsche Assoziationen zu korrigieren. Es wird als mühsam erlebt, KBT von Vorurteilen, wie Massieren, Seilspringen, Tanztherapie, Erotik, etc. befreien zu müssen. Praktisch alle IP sind der Meinung, dass der Name „Konzentriative Bewegungstherapie“ falsche Vorstellungen vermittelt und keinen Rückschluss auf das Wesen der Methode ermöglicht.

*„Der Name! Es ist beschissen ihn zu erklären, ja. Das ist nach wie vor ganz schwierig. Was ich da schon alles erlebt habe an Missverständnissen...“*

Die Komplexität der Methode erschwere es zusätzlich, die Arbeitsweise verständlich zu vermitteln. KBT lasse sich nur sehr schwer beschreiben, man müsse sie erfahren.

*„Also es ist so schwer, und selbst wenn du es beschreibst, die Angebote, wenn du sie nicht erlebt hast, bleibt immer so eine Verwunderung über, so wie: Und das ist jetzt Therapie? KBT musst du erfahren. Mir gefällt der Satz von Helmuth Stolze: ‘KBT ist eine Tat-Sache!’ Genauso ist es.“*

*„Dass die KBT so neu ist, sehe ich ambivalent. Einerseits toll, wir sind die ersten, also die ersten, die nach der Ausbildung zum Einsatz kommen, andererseits erfordert das auch viel Erklärungsarbeit, man muss sich erst etablieren und man muss zeigen, dass man was kann und dass die Methode was kann. Das Neue sehe ich sowohl als Vorteil als auch als Nachteil.“*

Bezüglich des Bekanntheitsgrades fehlen nach Meinung einiger IP ein gutes Marketingkonzept und gezielte PR-Maßnahmen. Im Unterschied zu anderen Therapiemethoden verkaufe sich die KBT, mit allem was sie leiste und könne, nicht gut, ein Umstand, der verbesserungswürdig erscheint.

Herausforderung als Therapeut/in:

Nicht explizit als Schwäche, doch aber als Schwierigkeit und Herausforderung wird genannt, dass durch die körperbezogene Arbeit mit Klient/innen der/die KBT-Therapeut/in stärker und aktiver als Person in den therapeutischen Prozess involviert ist. Er/Sie muss sich seiner/ihrer blinden Flecken bewusst sein und sich abgrenzen können. Eine IP geht davon aus, dass man sich als klassische/r Gesprächstherapeut/in leichter abgrenzen könne, da sich beim Reden die Distanz zum/r Klient/in leichter halten ließe als bei Handlungsangeboten.

Als besondere Herausforderung in Bezug auf die Körperarbeit wird auch die Gegengeschlechtlichkeit genannt. Als Therapeut eine Klientin oder als Therapeutin einen Klienten zu berühren ist keine Selbstverständlichkeit und für manche IP nicht durchführbar.

*„Jetzt in der Einzel, diese Körperberührung, Körper Therapeut - Patient geht, Patientin – Therapeut nein, oder Patient – Therapeutin, da glaube ich, da muss ich erst 70 werden, bevor ich eine Frau angreife. Also das gegengeschlechtliche Angreifen.“*

Materialien:

Die Möglichkeit des kreativen Einsatzes von Gegenständen wurde in einem vorigen Kapitel als etwas Positives beschrieben. Es gibt diesbezüglich auch einen anderen Aspekt. Der Umstand, dass viele Materialien benötigt werden und es bestimmte Räumlichkeiten für KPT braucht, wird von vielen IP auch als Schwäche der Methode in der praktischen Arbeit gesehen. Diese Tatsache mache relativ unflexibel und abhängig vom räumlichen Setting.

*„Und du brauchst viel Material und das ist auch eine Schwäche in Wirklichkeit. Weil du räumlich unflexibel bist. Also in einem Spital zu arbeiten, wo du dann jeden Tag in einem anderen Raum sitzt, also ich merke, reines KBT mach ich eigentlich nur hier in meiner Praxis.“*

*„Und man kann wunderbar etwas sichtbar machen, aber du brauchst wirklich viele Materialien.“*

Ausbildung:

Einige Kritikpunkte, die in den Interviews genannt wurden, beziehen sich mehr auf die Ausbildung als auf die KBT als Methode an sich. Es wird kritisiert, zu wenig Werkzeug für die therapeutische Gesprächsführung bekommen zu haben und dass sich die Präsentation der theoretischen Inhalte methodisch und didaktisch nicht optimal in den Verlauf der Ausbildung eingebettet hätte.

### **3.3.13. Zusätzliches**

Drei der IP verdanken ihren Job in Kliniken der Tatsache, dass sie KBT-Therapeut/innen sind. Sie, aber auch alle anderen IP geben an, dass die KBT einen sehr hohen Stellenwert bei jenen Kolleg/innen genieße, die die Methode kennen. Es wird auch wahrgenommen, dass dem Stellenwert des Körpers als Ort des psychischen Geschehens sowohl in Fachkreisen als auch bei Klient/innen immer höhere Bedeutung beigemessen wird. Auch positive Rückmeldungen von Klient/innen im klinischen Bereich an Ärzt/innen oder andere Therapeut/innen ließen schließen, dass die KBT hier eine hohe Akzeptanz erreicht hat. Trotzdem gibt es den Wunsch, die Methode in Instituten oder Kliniken ergänzend zu anderen Therapierichtungen noch stärker zu forcieren. Zwei IP sehen auch eine Herausforderung darin, die KBT im Wirtschaftssektor zu etablieren. Dazu brauche es eine noch stärkere Öffentlichkeitsarbeit, die aufzeigen müsse, was die KBT vermag und kann.

Alle sechs IP betonen, dass sie die KBT - Ausbildung wieder machen würden.

*„Ja, unbedingt. Nicht ich hab die KBT gewählt, die KBT hat mich gewählt. [...] ..ja, ich habe ein gutes Gefühl und für die kurze Zeit, wo ich hauptberuflich da arbeite, hat sich alles sehr gut entwickelt und das hat schon auch viel mit der Methode zu tun und mit der Ausbildung.“*

*„Also die Therapierichtung – die Entscheidung – war richtig. Also würde ich mich noch einmal entscheiden müssen eine Therapieausbildung zu machen, würde ich wieder KBT machen.“*

*„Gute Frage.. mir fällt eigentlich keine andere Methode ein, die ich heute wählen würde. Also, ich finde nicht alles gut an der KBT, ich verwende nicht nur KBT in meiner Arbeit, in der Ausbildung war ich immer wieder frustriert – aber ich bin eigentlich sehr zufrieden mit dem therapeutischen Werkzeug, das ich heute zur Verfügung habe.“*

*„Ich meine, so lange es dauert, so teuer es ist, aber so vom Methodischen her würde ich mich wieder dafür entscheiden.“*

*„Ich bin ein Fan der Methode. Das, was mich immer wieder beeindruckt, ist die Wirkung. Also ich sitze immer wieder da und staune, wie die Methode wirkt. Das finde ich nach wie vor für mich schön.“*

*„Ja, wieder die KBT.“*

## 4. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse

Erwartungsgemäß ist das wesentliche Motiv für die Wahl der KBT als therapeutische Schule die Körperorientierung der Methode, die als extreme Bereicherung in der Arbeit mit Klient/innen empfunden wird. Das Miteinbeziehen des Körpers wird als entscheidender Vorteil der KBT gegenüber anderen Methoden dargestellt. Weiters wurden bei den Motiven für die Ausbildungsentscheidung eine individuelle Disposition in Bezug auf Körperorientiertheit genannt sowie die Art, wie die Methode im Propädeutikum präsentiert wurde

Von der KBT-Ausbildung wurde im Wesentlichen erwartet, konkrete Techniken zu erlernen, um tiefere Ebenen über den Körper erreichen zu können und dem Therapieprozess mehr Substanz zu verleihen. Diese Erwartungen haben sich für die befragten Personen im Großen und Ganzen erfüllt.

Dem Selbsterfahrungsaspekt wird jetzt nach dem Ausbildungsende ein weit höherer Wert beigemessen als vorher, er erlangte seine Bedeutung erst im Verlauf der Ausbildung und ganz besonders durch das eigene therapeutische Tun. Die Selbsterfahrung in der Gruppe und in der Lehrtherapie bildet eine wichtige Basis für das Arbeiten mit Klient/innen, etwa was das Miteinbeziehen von Phänomenen wie Übertragung und Gegenübertragung betrifft.

Je mehr konkrete Angebote und Handlungseinheiten als förderlich für die eigene Persönlichkeitsentwicklung erlebt wurden, desto größer wird der eigene Handlungsspielraum in der therapeutischen Arbeit, die dafür notwendige Sicherheit im Tun und das Vertrauen in die Wirksamkeit der Methode.

Ein wichtiger Aspekt waren auch die interpersonellen Erfahrungen und der Austausch innerhalb der Ausbildungsgruppe, der es ermöglichte, Phasen der Persönlichkeitsentwicklung bei sich und bei anderen zu erleben und intensive Beziehungserfahrungen zu machen.

Einen signifikant hohen Einfluss hat der/die Lehrtherapeut/in für die Befragten auf ihre konkrete Arbeit in der Praxis. Er reicht von der Vorbildfunktion bis hin zur Übernahme

konkreter Angebote und verbaler Interventionen, die mit zunehmender therapeutischer Erfahrung weiterentwickelt und zu etwas Eigenem gemacht werden. Es setzt eine hohe Akzeptanz der Persönlichkeit des/r Therapeut/in als Modell voraus, um etwa das Phänomen des Sich-zur-Verfügung-stellens aktiv und passiv übernehmen zu können. Die Haltung des/der Lehrtherapeut/in beeinflusst die eigene Haltung gegenüber Klienten, aber auch gegenüber dem therapeutischen Prozess, der oft viel Zeit und Geduld erfordert. Hier ist der/die Lehrtherapeut/in eine Sicherheit vermittelnde Instanz, die das Vertrauen in die Methode und damit auch den Mut zum Ausprobieren stärkt.

Kein sehr klares Bild lässt sich über die Erkenntnisse der Befragten zur theoretischen Ausbildung zeichnen. Bezeichneten die einen die Theorie als konstruktiven Weg zur Vernetzung von erfahrenen und erlebten Inhalten, erlebten die anderen die theoretische Ausbildungsphase als sehr schwierig. Heute empfinden es die meisten Befragten als hilfreich, durch die Theorie Phänomene benennen zu können, die in der Praxis auftauchen.

Als förderlicher Inhalt der Methode KBT für die praktische Arbeit wird vor allem das Arbeiten mit Körperangeboten vor dem Hintergrund des Gestaltkreismodells gesehen. Das Wissen über die verschiedenen Strukturniveaus, das Übertragungs- und Gegenübertragungsmodell und Piagets' Entwicklungstheorie wird von wenigen Befragten als förderlicher Inhalt genannt, ist für diese aber von umso größerer Bedeutung. Interessant ist, dass es keine theoretischen Inhalte gibt, die als nicht förderlich erwähnt wurden.

Das Verhältnis zwischen verbaler Bearbeitung und Handlungsangeboten in der therapeutischen Arbeit hängt davon ab, ob mit Gruppen oder im Einzelsetting gearbeitet wird. Beim Gruppensetting ist entscheidend, ob die Gruppe als „KBT-Gruppe“ definiert ist oder nicht. Bei KBT-Gruppen kann das Verhältnis zwischen Handlungsanteil und Sprechanteil bis zu 80:20 betragen, bei allgemeinen Psychotherapiegruppen kann sich dieses Verhältnis ins genaue Gegenteil kehren. Wieweit KBT-spezifisch im Gruppensetting gearbeitet wird, hängt also stark von der Einbettung der Gruppe im klinischen System ab.

Im Wesentlichen sehe ich meine Annahme bestätigt, dass in Gruppen mehr mit Angeboten gearbeitet wird als im Einzelsetting.

In der Einzeltherapie kann der/die Therapeut/in freier bestimmen, wie viel verbalisiert bzw. körper- und wahrnehmungsorientiert gearbeitet wird. Man kann hier von einem Handlungsanteil von durchschnittlich 35 Prozent und einem Sprechanteil von etwa 65 Prozent ausgehen. Ob und welche Angebote gemacht, werden wird durch das aktuelle Thema im therapeutischen Prozess, durch das Störungs- oder Krankheitsbild, durch das Strukturniveau, durch das Phänomen oder durch die Beziehung zum/r Klient/in mitbestimmt. Darüber hinaus orientiert sich der/die Therapeut/in auch an seinen/ihren Vorlieben, Interessen, Sicherheiten oder nach seinen/ihren intuitiven Eingebungen, wissend, welche Funktionen Angebote haben und was damit erreicht werden kann.

Oft ist es die räumliche Situation, die das Verhältnis zwischen Handeln und Sprechen beeinflusst, manchmal der Mangel an Gegenständen. Eine gegengeschlechtliche Therapekonstellation wirkt sich weniger darauf aus, ob Angebote gemacht werden, sondern welche Angebote gemacht werden. Gegengeschlechtliches Berühren im Rahmen von Angeboten wird eher vermieden.

Grundsätzlich arbeiten die befragten KBT-Therapeut/innen gerne handlungsorientiert und streben danach, den Handlungsanteil in ihren Therapiestunden zu vergrößern.

Die Absolvent/innen des ersten Ausbildungslehrganges KBT verfügen über ein Standardrepertoire an Angeboten, aus dem sie in ihrer Tätigkeit schöpfen. Grundsätzlich werden Angebote zur Basiskörperarbeit, zum Körperbild oder zur Körperwahrnehmung gemacht. Bei diesen Angeboten werden Themen wie Raumwahrnehmung, Distanz, Stand und Stabilität, Körpergrenze, Stütze oder Beziehung bearbeitet. Zum Einsatz kommen verschiedene typische KBT-Materialien, wie Seile, Stäbe, Bälle, Decken und diverse Symbole, aber es wird auch mit anderen kreativen Medien, wie Ölkreiden, Bunt- und Faserstiften gearbeitet. Über das Standardrepertoire hinaus werden auch eigene Angebote entwickelt.



Bestimmte Angebote kommen dann nicht zum Einsatz, wenn der/die Therapeut/in sie selber nicht als hilfreich empfunden hat, wenn die Raumsituation nicht entsprechend ist oder die erforderlichen Materialien nicht zur Verfügung stehen.

Als Stärken der Methode KBT sind im Wesentlichen das Miteinbeziehen des Körpers, das dahinter liegende theoretische Konzept, die Technikvielfalt, der Ebenenwechsel, das wertschätzende Menschenbild, das Arbeiten im Hier und Jetzt und die Tatsache, dass es eine relativ junge Methode ist, zu nennen.

Letzteres wird aber auch als Schwachpunkt der KBT genannt, da der Bekanntheitsgrad noch nicht ausreichend gegeben ist. Kritisiert werden der Name der Methode und die Schwierigkeit, KBT verbal zu vermitteln.

KBT-Therapeut/innen, die nicht so stark körperorientiert arbeiten bemängeln die zu geringe Vermittlung von Gesprächstechniken in der Ausbildung, was aber nicht als Schwachpunkt der Methode, sondern als Defizit im Curriculum gesehen wird.

Sofern die Methode KBT bekannt ist, genießt sie hohe Akzeptanz. Das hängt auch damit zusammen, dass dem Stellenwert des Körpers im Zusammenhang mit psychischen Abläufen immer mehr Bedeutung gegeben wird. Dieser Umstand und die Tatsache, dass alle Befragten betonen, wie viel Vertrauen sie in die KBT haben und dass sie sich nach ihrem heutigen Wissensstand und ihrem Erfahrungslevel wieder für die KBT-Ausbildung entscheiden würden, spricht eindeutig für die überwiegend positiven Erfahrungen der ersten Ausbildungsgruppe mit der Methode in der Praxis.

## LITERATUR

**Achatz-Petz**, Gudrun: Die Entstehung und Entwicklung der Konzentrativen Bewegungstherapie. 100 Jahre Psychotherapiegeschichte. Salzburg, Dissertation, 2005.

**Arbeitskreis OPD**: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Bern, Göttingen, Hans Huber, 1996.

**Becker**, Hans: Konzentrative Bewegungstherapie. Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozess. Stuttgart, Thieme-Verlag, 1989.

**Becker**, Hans (1979): Theoretischer Ansatz der Konzentrativen Bewegungstherapie aus der Entwicklungspsychologie. In: Stolze, Helmuth (Hrsg.): Die Konzentrative Bewegungstherapie. Grundlagen und Erfahrungen. Berlin, Springer-Verlag, 1989. S. 132 – 145.

**Brooks**, Charles: Erleben durch die Sinne. München, Deutscher Taschenbuch Verlag, 1991.

**Budjuhn**, Anneliese: Die psycho-somatischen Verfahren. Dortmund, Verlag modernes lernen, 1992.

**Cohn**, Ruth, C (1955): Ein Ansatz zur psychosomatischen Analyse. In: Stolze, Helmuth: Die Konzentrative Bewegungstherapie, Grundlagen und Erfahrungen. Berlin, Springer Verlag, 1989. S. 248 – 259.

**Dieckmann**, Andreas: Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hamburg, Rowohlt Verlag, 1998.

**Ehrenfried**, Lily: Körperliche Erziehung zum seelischen Gleichgewicht. In: **Zeitler**, Peggy: Erinnerungen an Elsa Gindler. München, Uni-Druck, 1977, S. 34 – 36.

- Erikson**, E. H.: Kindheit und Gesellschaft. New York, Klett-Cotta Verlag, 1984.
- Fenichel**, Clare Nathanson: Auszüge aus Korrespondenz und Interviews mit Mary Alice Roche und Richard Lowe. In: **Zeitler**, Peggy: Erinnerungen an Elsa Gindler. München, Uni-Druck, 1977. S. 29 – 31.
- Friedrichs**, Jürgen: Teilnehmende Beobachtung abweichenden Verhaltens. Stuttgart, Enke Verlag, 1973.
- Gehrmann**, (1978): Die Assoziation in der KBT im Vergleich zur Analyse. In: **Stolze**, Helmuth (Hrsg.): Die Konzentrierte Bewegungstherapie, Grundlagen und Erfahrungen. Berlin, Springer-Verlag, 1989. S. 114 – 120.
- Gindler**, Elsa (1926): Die Gymnastik des Berufsmenschen. In: **Zeitler**, Peggy: Erinnerungen an Elsa Gindler. München, Uni-Druck, 1977. S. 48 – 57.
- Gräff**, Christine (1981): Strukturierung in der KBT-Arbeit. In: **Stolze**, Helmuth (Hrsg.): Die Konzentrierte Bewegungstherapie, Grundlagen und Erfahrungen. Berlin, Springer-Verlag, 1989. S. 331 – 333.
- Gräff**, Christine: Werden und Wandel in der KBT. In: Zeitschrift des DAKBT. 27, 1996. S. 11 – 23.
- Gräff**, Christine: Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 2000.
- Hermanns**, Harry: Interviewen als Tätigkeit. In: **Flick**, Uwe/**Kardorff**, Ernst von/**Steinke**, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg, Rowohlt Verlag, 2003. S. 360– 368.
- Homm**, Maria/**Kierein**, Michael/**Popp**, Reinhold/**Wimmer**, Adelheid: Rahmenbedingungen der Psychotherapie. Wien, Facultas Universitätsverlag. 1996.

**Hopf**, Christel: Qualitative Interviews – ein Überblick. In: **Flick**, Uwe/**Kardorff**, Ernst von/**Steinke**, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg, Rowohlt Verlag, 2003. S. 349 – 360.

**Kernberg**, Otto, Friedmann: Widerstände gegen Forschung in der Psychoanalyse. In **Leuzinger-Bohleber** Marianne /**Stuhr**, U.: Psychoanalyse im Rückblick. Gießen, Psychosozial Verlag, 1973. S. 39 – 45.

**Kirchmann**, Edith: Versuch einer Beschreibung der KBT-Arbeit im Sinne eines 5gliedrigen Aufbaus. In: **Stolze**, Helmuth: Konzentrierte Bewegungstherapie. Springer Verlag, Berlin, 1984, S. 452 - 459.

**Kowal**, Sabine/**O'Connell**, Daniel, C.: Zur Transkription von Gesprächen. In: **Flick**, Uwe/**Kardorff**, Ernst von/**Steinke**, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg, Rowohlt Verlag, 2003. S. 437 – 447.

**Kulbach**, Johanna: Ein Interview mit Mary Alice Roche. In: **Zeitler**, Peggy: Erinnerungen an Elsa Gindler. München, Uni-Druck, 1977. S. 95 – 102.

**Lechler**, Heidi (1982): Die Fundierung der Konzentrierten Bewegungstherapie in der „Bewegungsarbeit“ Elsa Gindlers und ihre Weiterentwicklung. In: Solze, Helmuth: Die Konzentrierte Bewegungstherapie, Grundlagen und Erfahrungen, Berlin, Springer-Verlag, 1989. S. 260 – 277.

**Linster**, Hans-Wolfgang/**Wetzel**, Helmut: Psychotherapie. In: **Asanger**, R/**Wenninger**, G.: Handwörterbuch der Psychologie. Beltz, Weinheim/Basel, 1982. S. 394 – 407.

**Mahler**, Margaret/**Pine**, Fred/**Bergmann**, Anni: Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1982.

- Meyer, J.E.:** Konzentrative Entspannungsübungen nach Elsa Gindler und ihre Grundlagen. In: **Stolze, Helmuth:** Die Konzentrative Bewegungstherapie, Grundlagen und Erfahrungen. Berlin, Springer-Verlag, 1989. S. 50 – 59.
- Paluselli, Christa/Cserny, Sylvia:** Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens. Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie. Würzburg, Verlag Königshausen & Neumann, 2006.
- Petzold, Hilarian:** Die neuen Körpertherapien. Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaft. Band 3. Paderborn, Junfermann Verlag, 1980.
- Piaget, Jean/Inhelder Bärbel:** Die Psychologie des Kindes. München, Deutscher Taschenbuch Verlag, 1988.
- Pokorny, Veronika/Hochgerner, Markus/Cserny, Sylvia:** Konzentrative Bewegungstherapie. Von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren. Wien, Facultas-Universitätsverlag, 2001.
- Rudolf, Gerd:** Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart/New York, Schattauer, 2004.
- Schmidt, Christiane:** Analyse von Leitfadeninterviews. In: **Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.):** Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg, Rowohlt Verlag, 2003. S. 447 – 456.
- Schmidt, Evelyn:** Lehrbuch Konzentrative Bewegungstherapie. Grundlagen und klinische Anwendung. Stuttgart, Schattauer Verlag, 2006.
- Selver Charlotte:** Einführung in die Sensory Awareness. Band 1. Münsterschwarzacher Vortragskassetten. Münsterschwarzach, Vier-Züme-Verlag, 1995.

- Selver**, Charlotte: Der Anfang vom Anfang. Gesammelte Schriften über Sensory Awareness. München, Zeitler Peggy, 1985.
- Speads**, Carola: Ein Interview mit Mary Alice Roche. In: **Zeitler**, Peggy: Erinnerungen an Elsa Gindler. München, Uni-Druck, 1977. S. 58 – 64.
- Stolze**, Helmuth (Hrsg.): Die Konzentrative Bewegungstherapie, Grundlagen und Erfahrungen. Berlin, Springer-Verlag, 1989.
- Stolze**, Helmuth (Hrsg.): Die praktische Arbeit mit der konzentrativen Bewegungstherapie. Berlin, Springer-Verlag, 1984a.
- Stumm**, Gerhard/**Pritz**, Alfred: Wörterbuch der Psychotherapie. Frankfurt/Main, Zweitausendeins, 2000.
- Weizsäcker**, Viktor von: Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmung und Bewegen. Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1968.
- Weixelbaumer**, Roswitha: Out of Balance. KBT für Kinder. Wien, Österreichisches Literaturforum, 1999.
- Wiesenhütter**, Eckart: Grundbegriffe der Tiefenpsychologie. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1969.
- Zeitler**, Peggy: Erinnerungen an Elsa Gindler. München, Uni-Druck, 1977.

### **Internetrecherche**

[http://chkbt.ch/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1&Itemid=2](http://chkbt.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=2)  
(14.3.2008)

<http://www.kbt.at/bildung11.htm> (10.3.2009)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Tiefenpsychologie> (8.4.2009)

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/Modelllernen.shtml> (12.5.2009)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Groddeck> (9.7.2009)