

Konzentrativen Bewegungstherapie für Menschen mit körperlicher Behinderung

Eine qualitative Untersuchung zur Anwendbarkeit der Konzentrativen
Bewegungstherapie für Menschen mit körperlicher Behinderung

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Konzentrativen Bewegungstherapie

von DSAⁱⁿ Marianne Jedletzberger

81539 München, Bayrischzeller Straße 19

Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
an der Donau-Universität Krems

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Marianne Jedletzberger, geboren am 05.04.1965, erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

München, August 2011

Ort, Datum Unterschrift

ABSTRACT

Konzentrativen Bewegungstherapie für Menschen mit körperlicher Behinderung -

Eine qualitative Untersuchung zur Anwendbarkeit der Konzentrativen
Bewegungstherapie für Menschen mit körperlicher Behinderung

DSAⁱⁿ Marianne Jedletzberger

Die empirische Forschungsarbeit untersucht anhand qualitativer Interviews mit Expertinnen und Experten der Konzentrativen Bewegungstherapie, ob und in welcher Form Konzentrativen Bewegungstherapie mit Menschen mit einer körperlichen Behinderung anwendbar ist.

Wesentliche Begriffe rund um die Körperbehinderung, die Konzentrativen Bewegungstherapie und ihre Möglichkeiten und Grenzen in der Anwendung bei Menschen mit einer körperlichen Behinderung werden beschrieben. Es wird auf die Auswirkungen einer Körperbehinderung eingegangen sowie sich daraus ergebende Therapiethemen und die angewendeten KBT-Elemente dargestellt.

Ergebnis: Konzentrativen Bewegungstherapie ist bei Menschen mit einer Körperbehinderung anwendbar. Die damit verbundenen Einschränkungen werden von den Expertinnen und Experten dabei nicht als Hindernis zur generellen Anwendung der Konzentrativen Bewegungstherapie betrachtet, sie müssen jedoch in der Arbeit berücksichtigt werden.

Stichworte für die Bibliothek: KBT, Konzentrativen Bewegungstherapie, Behinderung, Körperbehinderung, Psychotherapie

“Konzentrationale Bewegungstherapie” for people with physical disabilities -

A qualitative research about the applicability of “Konzentrationale Bewegungstherapie” for people with physical disabilities.

Marianne Jedletzberger, social worker

This empirical research explores if and in which way “Konzentrationale Bewegungstherapie” can be used for people with physical disabilities. The research is based on qualitative interviews with experts of “Konzentrationale Bewegungstherapie”.

This study describes relevant terms regarding physical disabilities “Konzentrationale Bewegungstherapie” and its possibilities and limitations in treating physically impaired people. It discusses the implications of physical disabilities and resultant issues of therapy as well as elements applied from “Konzentrationale Bewegungstherapie”.

Results: “Konzentrationale Bewegungstherapie” is suitable for people with physical disabilities. Experts do not consider the related constraints as an obstacle for the general use of “Konzentrationale Bewegungstherapie”. However, these limitations have to be taken into consideration when treating people with physical disabilities.

Keywords for the library: KBT, Konzentrationale Bewegungstherapie, disability, physical disability, psychotherapy

Dank

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen bedanken, die mich während der Fertigstellung meiner Masterarbeit begleitet und unterstützt haben.

Meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern danke ich dafür, dass sie mir ihre Erfahrungen, ihr Wissen und ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben. Dadurch konnte die Fragestellung erforscht werden.

Fr. Dr. Katharina Gerlich danke ich für die hilfreichen Hinweise zur Auswertung der Interviews und Frau Dr. Elisabeth Oedl-Kletter für die ruhige und klare Kritik während des Verfassens der These.

Christine, Silja und Waldtraut danke ich für die angeregte Diskussion, Elisabeth und Uschi haben mir Mut gemacht zu beginnen und die ersten Schritte dieser Arbeit zu gehen. Agnes und Monika danke ich dafür, dass sie mir das Wissen ihres Fachgebietes zur Verfügung gestellt haben. Anja und Bärbel danke ich für den kritischen Blick von außen. Carmen hat mich immer wieder an die Forschungsfrage erinnert und Petra die richtige Ausdrucksform gefunden.

Besonderer Dank gilt meinem Mann Benedikt, der mich unterstützt und gleichzeitig für mein seelisches Wohlbefinden gesorgt hat.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	8
1 Begriffsdefinitionen.....	9
1.1 Definition von Behinderung.....	9
1.2 Definition der Konzentrativen Bewegungstherapie.....	10
2 Hintergründe und Grundlagen der KBT.....	11
2.1 Philosophische Hintergründe.....	11
2.2 Wurzeln der KBT.....	12
2.3 Entwicklungspsychologie, Tiefenpsychologie.....	14
2.4 Wesentliche theoretische Begriffe der KBT.....	18
2.4.1 Konzentrativ.....	18
2.4.2 Bewegung.....	19
2.4.3 Wahrnehmung.....	20
2.4.4 Phänomen.....	21
2.4.5 Angebot.....	21
2.4.6 Symbolisierung.....	22
2.4.7 Sprache, das Sprechen.....	23
2.4.8 Gegenstände.....	23
2.4.9 Übertragung, Gegenübertragung, Körperresonanz.....	24
2.5 Wesentliche praktische Begriffe der KBT.....	25
2.5.1 Der Platz.....	26
2.5.2 Der Raum.....	27
2.5.3 Das Aufrichten.....	28
2.5.4 Das Stehen.....	28
2.5.5 Das Gehen.....	29
2.5.6 Sich selbst erfahren, sich selbst wahrnehmen, Selbsterfahrung.....	29
2.5.7 Der Boden.....	31
2.6 Wesentliche KBT-Elemente.....	31
2.6.1 Körpererfahrung, Körperschema, Körperbild.....	31
2.6.2 Die Berührung.....	35
3 Formalmethodische Vorgehensweise.....	39
3.1 Erhebung: Qualitatives Problemzentriertes Interview, Experteninterview....	39
3.2 Interviewleitfaden.....	39
3.3 Interviewpartnerinnen und Interviewpartner.....	41
3.4 Durchführung der Interviews.....	41
3.5 Aufbereitung der Daten.....	42
3.6 Auswertung der Daten.....	42
3.7 Kategorienbildung.....	45
4 Auswertungen der Daten der Interviews.....	47
4.1 Kontextkategorie Kategorie 1.....	48
4.1.1 Behinderungen von Geburt an.....	49
4.1.2 Behinderungen von Geburt an und fortschreitend.....	49
4.1.3 Behinderungen, die im Laufe des Lebens entstanden sind.....	50
4.2 Konsequenzen aus der Behinderung und der jeweilige Umgang damit.....	51
4.2.1 Körperliche Entwicklung, Raum Lage Entwicklung.....	51
4.2.2 Körperempfindung.....	52

4.2.3	Eigenberührung	52
4.2.4	Pflegebedarf.....	53
4.2.5	Wohnen.....	53
4.2.6	Behelfe.....	53
4.2.7	Schule, Arbeit.....	54
4.2.8	Soziales Umfeld	55
4.2.9	Eingeschränkte Autonomie	56
4.2.10	Entwicklung spezieller Ressourcen.....	56
4.2.11	Annehmen.....	57
4.3	Inhaltliche Themen der Therapie	59
4.3.1	Unabhängigkeit und Selbstständigkeit	59
4.3.2	Kraft und Selbstwirksamkeit.....	60
4.3.3	Selbstwert und Abwertung	60
4.3.4	Die Behinderung selbst.....	61
4.3.5	Ablösung.....	62
4.3.6	Pflege.....	62
4.3.7	Sexualität	63
4.3.8	Schule, Arbeit.....	63
4.3.9	Finanzielle Sicherheit.....	63
4.3.10	Psychoedukation in Zusammenhang mit Schmerzen	64
4.3.11	Soziale Kontakte, Beziehungen	64
4.3.12	Emotionen.....	65
4.3.13	Körperbild.....	66
4.4	Verwendete KBT-Elemente	67
4.4.1	Das Setting	69
4.4.2	Das Phänomen	69
4.4.3	Der Boden.....	70
4.4.4	Stehen und Gehen.....	70
4.4.5	Körperwahrnehmung	71
4.4.6	Wahrnehmungsdifferenzierung	72
4.4.7	Über die gesunde Seite Kontakt zur kranken Seite bekommen	73
4.4.8	Berührung	74
4.4.9	Der Atem.....	75
4.4.10	Bewegung.....	75
4.4.11	Kraft	77
4.4.12	Angebote zum Umgang mit Emotionen	78
4.4.13	Das Sprechen in der KBT	79
4.4.14	Gegenstände	79
4.4.15	Gestaltungen und Symbolarbeit.....	80
4.4.16	Schreiben, Malen und Arbeit mit Ton.....	81
4.4.17	Systemische Arbeit	81
4.4.18	Interaktive Arbeit	81
4.4.19	Imaginationen	81
4.4.20	Übertragung, Gegenübertragung und Körperresonanz.....	82
4.5	Zusammenfassung: Möglichkeiten und Grenzen.....	83
	Literaturverzeichnis	85
	Anhang.....	90

Einleitung

In meiner beruflichen Laufbahn einerseits als Behindertenbetreuerin, andererseits auch als Sozialarbeiterin und schließlich als Therapeutin für Konzentriative Bewegungstherapie wurde ich immer wieder mit Menschen mit körperlicher Behinderung konfrontiert.

Gleichzeitig habe ich für meine Ausbildung zur Psychotherapeutin ein körperorientiertes Verfahren – eben die Konzentriative Bewegungstherapie – als Fachspezifikum gewählt.

Aus diesem Zusammenhang hat sich für mich die Frage ergeben, ob, und wenn ja wie, dieses körperorientierte Verfahren bei Menschen mit einer Körperbehinderung anwendbar ist. Ich wollte herausfinden, welche Möglichkeiten die Konzentriative Bewegungstherapie für körperbehinderte Menschen eröffnen kann. Mich interessierte aber auch, welche Grenzen diese Psychotherapiemethode, die ein besonderes Augenmerk auf Körperwahrnehmung und die damit verbundenen Emotionen und Gedanken legt, in diesem Kontext hat.

Das von mir gewählte Thema wurde in der Fachliteratur bislang nicht behandelt. Daher habe ich Therapeutinnen und Therapeuten der Konzentriativen Bewegungstherapie in Interviews befragt, um einen praktischen Einblick in die Erfahrung von Expertinnen und Experten in diesem Bereich zu gewinnen.

In dieser Arbeit wird das Thema der geistigen Behinderung nicht behandelt. Es wurde in den Interviews nur Bezug zu den Erfahrungen mit Menschen mit einer körperlichen Behinderung genommen.

Als theoretischer Ausgangspunkt dieser Arbeit wird zunächst die Theorie der Konzentriativen Bewegungstherapie herangezogen und die für die Untermauerung der Beantwortung der Forschungsfrage wesentlichen Begriffe und Hintergründe erläutert.

Nach der formalmethodischen Vorgehensweise der Forschungsarbeit, die mithilfe von problemzentrierten Interviews die Fragestellung untersucht, werden in der Empirie die Untersuchungsergebnisse beschrieben, Bezüge zum theoretischen Ausgangspunkt hergestellt und die Schlussfolgerungen aus der Studie präsentiert.

1 Begriffsdefinitionen

Im Folgenden werden wesentliche Begriffe zum Verständnis der Masterthese definiert und beschrieben.

1.1 Definition von Behinderung

Nach Auskunft des österreichischen Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz BMAK gibt es in Österreich keinen Kompetenztatbestand „Behindertenhilfe“ oder „Behindertenwesen“. Die Behindertenhilfe ist als Querschnittmaterie zwischen Bund und Ländern aufgeteilt, das heißt, dass Angelegenheiten, die nicht unter den Themenbereich des Bundes fallen, in der Gesetzgebung von den Ländern geregelt werden.

Im § 3 des Behinderteneinstellungsgesetzes des Bundes ist unter Behinderung „die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen zu verstehen, die geeignet ist, die Teilhabe am Arbeitsleben zu erschweren“. (vgl. Österreichisches Bundesbehinderteneinstellungsgesetz § 3)

Eine weitere bereichsspezifische Definition des Begriffs „Behinderung“ enthält § 3 des Bundesbehindertengleichstellungsgesetzes, wonach „als Behinderung die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen zu verstehen ist, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren“ (vgl. Österreichisches Bundesbehindertengleichstellungsgesetz § 3)

Als nicht nur vorübergehend gilt in beiden Rechtsvorschriften ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.

In den Bundesländern gibt es Behinderten- und Sozialhilfegesetze. In diesen landesgesetzlichen Vorschriften wird die Definition des Begriffs „Menschen mit Behinderung“ ähnlich definiert.

In der medizinischen Rehabilitation, bei Erziehung und Schulbildung, bei der Ausbildung und auf dem Gebiet der sozialen Eingliederung können bei erfüllten Voraussetzungen als behindert zu gelten, Maßnahmen genehmigt werden.

Das jeweilige Landesbehindertengesetz regelt auch im Bereich der beruflichen Integration Hilfestellungen, wenn die Eingliederung des Menschen mit Behinderung auf dem offenen Arbeitsmarkt, trotz der gegebenen Unterstützungsstrukturen des Bundes nicht möglich ist.

1.2 Definition der Konzentrativen Bewegungstherapie

Zu Beginn wird nun die Konzentrative Bewegungstherapie, in der Folge KBT genannt, kurz beschrieben und zusammengefasst dargestellt.

„Die Konzentrative Bewegungstherapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, auf der Basis entwicklungspsychologischer und tiefenpsychologischer Denkmodelle. Ausgehend von der Theorie, dass sich Wahrnehmung aus Sinnesempfindung und Erfahrung zusammensetzt (V. v. Weizsäcker), geht die KBT den Weg der bewussten Selbst- und Fremdwahrnehmung im Hier-und-Jetzt insbesondere in der Arbeit am Körperbild auf dem Hintergrund der individuellen Lebens- und Lerngeschichte: In der therapeutischen Praxis ist die Akzentuierung von sensorischer Wahrnehmung und motorisch-emotionaler Bewegung, Angelpunkt für Erfahren, Handeln und Erinnern. Leibliches Erleben ist somit das therapeutische Beziehungsfeld für individuell-eigengesetzliche, physiologische, psychosomatische und psychische Abläufe.“ (Hochgerner 2000, 370)

„Die Konzentrative Bewegungstherapie ist eine psychotherapeutische Methode für Einzeltherapie und Gruppentherapie auf der Basis entwicklungspsychologischer Denkmodelle und tiefenpsychologischer Theorien. Ausgehend von der Theorie, dass sich Wahrnehmung zusammensetzt aus Sinnesempfindung und Erfahrung, geht die Konzentrative Bewegungstherapie den Weg der bewussten Körperwahrnehmung im „Hier und Jetzt“ – auf dem Hintergrund der individuellen Lebens- und Lerngeschichte. Gesunde Anteile und Störungen werden erlebbar, in ihrer Bedeutung verstehbar und damit der psychotherapeutischen Bearbeitung zugänglich.“ (Pokorny, Hochgerner et al. 2001, 22)

Veronika Pokorny und Markus Hochgerner et al. (2001, 23) beschreiben, dass im therapeutischen Verlauf zu differenzierter Körperwahrnehmung angeregt wird. Dadurch werden Erinnerungen belebt und die Bedeutung des Erlebten wird im Gespräch reflektiert. Wesentlich ist auch das dadurch zustande kommende Beziehungsgeschehen. (vgl. Pokorny, Hochgerner et al. 2001, 23)

2 Hintergründe und Grundlagen der KBT

2.1 Philosophische Hintergründe

In der KBT ist es unumgänglich, sich mit dem „Leib-Seele“-Problem (Cserny, 1989) auseinanderzusetzen. Die KBT ist eine körperorientierte Methode, die sich mit der Behandlung von seelischen Schwierigkeiten beschäftigt. Es geht bei ihr darum, sich einerseits mit dem Körper auseinanderzusetzen, andererseits aber auch darum, Seele und Geist zu beachten. Für sie gilt der Grundsatz oder das Verständnis, dass der Körper der Ort des psychischen Geschehens ist. (vgl. Cserny, Paluselli 2006, 30)

Der Autorin ist die Beschäftigung mit dem Leib-Seele-Problem in Zusammenhang mit Körperbehinderung wichtig, da bei der Auseinandersetzung mit einem seelischen Problem auch die körperliche Beeinträchtigung beachtet und auf sie eingegangen werden muss.

Sylvia Cserny (2006, 51ff) beschreibt die unterschiedlichen Strömungen, Entwicklungen und Sichtweisen von Seele und Leib und den Zusammenhang von beidem im Laufe der philosophischen Geschichte. Nicht immer hat die Philosophie den Menschen in ein in Leib und Seele unterteiltes Wesen gesehen. Ursprünglich umfassten die beiden Begriffe den ganzen Menschen, wurden als eine untrennbare Einheit gesehen. Das änderte sich mit René Descartes (1595-1650), einem systematischen Denker der Neuzeit. Von ihm stammt der Satz „Ich denke, also bin ich“. (vgl. Cserny 2006, 51ff). Gerd Rudolf (2005, 26) sagt über Descartes, dass er die geistige von der materiellen Welt getrennt und damit eine Spaltung hervorgerufen hat, die noch bis heute zu spüren ist. Ein Jahr vor seinem Tod vollzieht der Philosoph jedoch einen Wechsel und beschreibt in seinem letzten Buch „Les passions de l'âme“ (1649) „die Leidenschaften der Seele“ und betont darin eine psychosomatische Ganzheit. (vgl. Rudolf 2005, 26)

„Man muss wissen, dass die Seele tatsächlich mit dem ganzen Körper verbunden ist und dass man genau genommen nicht sagen kann, sie sei in bestimmten Teilen des Körpers mit Ausschluss der anderen.“ (Descartes 1649, Artikel 30, cit. Rudolf 2005, 26)

Cserny (2006, 55) betont, dass in diesem Zusammenhang auch noch Christian von Ehrenfels (1859-1932) wichtig für die KBT ist: Er leitete die Ganzheit- und Gestaltpsychologie ein. Diese Richtung der Psychologie verstand die seelischen Erscheinungen als einheitlichen Erlebniszusammenhang. Sie hat versucht mit Begriffen wie Gefühl oder Gemüt den Kern der Persönlichkeit anzupeilen. Daraus wurde das Modell der Gestaltverwandtschaft von seelischen und leiblichen Vorgängen entwickelt: Es wurde angenommen, dass einerseits die Bestimmtheit des Leiblichen durch seelische Vorgänge und andererseits die Bestimmtheit des seelischen Bereiches durch die Leibvorgänge gegeben ist. (vgl. Cserny, 55f)

Gabriel Marcel (1889-1973), ein französischer Philosoph, war es wichtig den Gegensatz von „Einen Körper haben“ und „Ein Leib sein“ aufzuheben, was für die Problematik in der KBT wesentlich ist. (vgl. Cserny, 57)

2.2 Wurzeln der KBT

Gudrun Achatz-Petz (2005, 11) geht in ihrem Vortrag auf Elsa Gindler (1885-1961) ein. Elsa Gindler war eine Gymnastiklehrerin, die in Berlin gelebt und gewirkt hat. Sie wollte keine Methode gründen, die KBT bezieht sich jedoch auf sie. Sie hat das „Üben ohne Übung“ propagiert und ihre Schülerinnen zur „Erfahrbereitschaft“ ermutigt. Sie forderte sie auf, die Wahrnehmung für die eigene, meist unbewusst funktionierende Körperlichkeit in Ruhe und Bewegung zu aktivieren. Bei ihrer Arbeit – mit gesunden Menschen – leitete sie diese an, ihre ureigenen Bewegungen zu finden, im Unterschied zu von anderen vorgegebenen Übungen. Dabei hat sie sich in ihrer Arbeit immer für den Menschen als leib- seelische Ganzheit interessiert. (vgl. Achatz-Petz 2005, 11)

Gertrud Heller war eine Schülerin von ihr, die aus politischen Gründen nach Schottland emigriert ist, und die Idee der sensomotorischen Wahrnehmung in der Psychiatrie angewendet hat.

Sie ist später in München auf den Arzt und Psychotherapeuten Helmuth Stolze (1917-2004) getroffen, der ihre Arbeit einige Jahre ambulant erprobt hat und 1958 die Konzentrierte Bewegungstherapie als Psychotherapiemethode bei den Lindauer Psychotherapiewochen vorgestellt und damit der Methode den Namen gegeben hat. (vgl. Meyer 1961, 50)

Großen Anteil an einer anderen Sichtweise von Krankheit und ihrer Behandlung hatte der Mediziner Viktor von Weizsäcker (1886-1957). Er gilt als Begründer der anthropologischen Medizin, in der es nicht um die Behandlung der Krankheiten sondern um die Behandlung des kranken Menschen in Beziehung zur Ärztin oder dem Arzt geht. Er entwickelte eine psychosomatische Auffassung davon, wie Krankheiten entstehen und geheilt werden können. Für ihn war Krankheit der Ausdruck des Wesens und seiner individuellen Geschichte. Hinter Erkrankungen sah er ein lebensgeschichtliches Problem, das ins somatische übertragen wurde. Er schuf den Begriff des Gestaltkreises, bei dem es um die Einheit von Bewegung und Wahrnehmung geht. Bewegung und Wahrnehmung existieren niemals als gesonderte Vorgänge. (vgl. Cserny 2005, 56)

In seinem Buch „Der Gestaltkreis“ von 1940 erklärt Weizsäcker:

„Mit jeder Belebung des Wahrnehmens wird gleichzeitig eine innere Bewegung ausgelöst, mit jeder Bewegung wird Wahrnehmung belebt.“ (v. Weizsäcker 1940 cit. Pokorny, Hochgerner et al 2001, 30)

Der Schweizer Entwicklungspsychologe Jean Piaget (1896-1980) hat in seiner Theorie der Intelligenz den verbalen Gestaltkreis von Denken und Sprechen beschrieben bei dem es darum geht, dass auch Denken und Sprechen aufeinander bezogen sind. (vgl. Stolze 1972, 72)

Helmuth Stolze verband schließlich die Gestaltkreislehre von Weizsäcker mit den entwicklungspsychologischen Erkenntnissen von Piaget und hat den größeren Gestaltkreis des Begreifens entwickelt. (vgl. Stolze 1972, 73)

„Beide Gestalten', die averbale des Bewegens und Wahrnehmens und die verbale des Sprechens und Denkens, sind wiederum Teile eines größeren Gestaltkreises, dem des Begreifens.“ (Stolze 1972, 73)

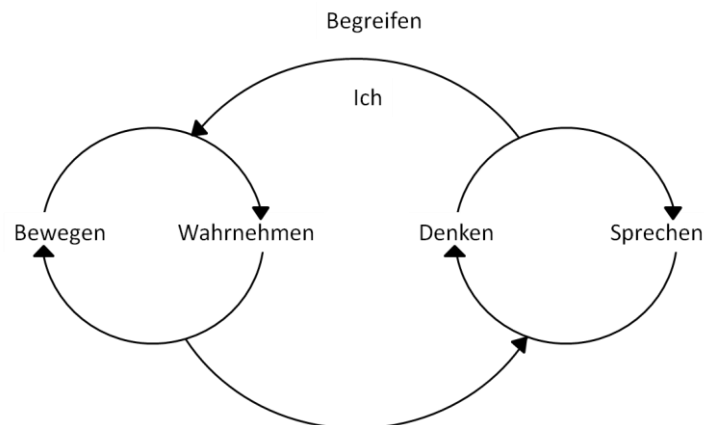


Abbildung 1 Gestaltkreis des Begreifens

2.3 Entwicklungspsychologie, Tiefenpsychologie

Sich in der KBT mit entwicklungspsychologischen Erkenntnissen und Modellen auseinanderzusetzen ist deshalb wichtig, weil Therapeutinnen und Therapeuten dadurch in der Lage sind, phasenspezifische Erfahrungsangebote zu wählen. Anemone Carl (2006, 27ff) schreibt, dass diese Angebote den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bieten, frühkindliche Erlebnisse zu reinszenieren und sich verdrängter Inhalte wieder bewusst zu werden. Das Bewusstmachen kann im Verlauf der Therapie zur Nachreifung und zum Wachstum beitragen. Die Erfahrungen finden in der KBT zunächst auf körperlicher Ebene statt. Erst im zweiten Schritt werden sie verbalisiert, was den Vorteil hat, dass auch Erfahrungen aus der Zeit vor der Sprachentwicklung einbezogen werden können. Die Modelle der Entwicklungspsychologie helfen außerdem dabei, die Art und Weise wie die Patientin oder der Patient sich bewegt oder handelt in den lebensgeschichtlichen Zusammenhang einzuordnen und zu verstehen. (vgl. Carl 2006, 28)

Insbesondere in der Arbeit mit körperbehinderten Menschen kann es aufgrund der Körperbehinderung Defizite geben, die mit der Kenntnis dieser Entwicklungsmodelle als phasenspezifisch erkannt werden können und auf die mit entsprechenden Angeboten reagiert werden kann.

Die Theorie von **Jean Piaget** (1896-1980) ist unter anderem deshalb wichtig für die KBT, weil er untersucht hat, dass in den ersten Lebensmonaten des Kindes Wahrnehmung und Bewegung die Entwicklung bestimmen. Er hat ein Stufenmodell beschrieben, das aufeinander aufbauend Wahrnehmung, Bewegung, Einübung, Wiederholung und Deutung beinhaltet. (vgl. Carl 2006, 28)

Die Art und Weise der Verarbeitung neuer Erkenntnisse erklärt er mit den Begriffen der Assimilation und Akkomodation.

„Während also Assimilation den Einbau von neuen Informationen in den bereits verfügbaren Rahmen bedeutet, verwendet Piaget zusätzlich dazu einen ergänzenden Begriff, nämlich den der Akkomodation. Damit bezeichnet er die Anpassung eines Individuums an veränderte Sachlagen, das bestehende System wird demnach im Hinblick auf eine geänderte Außenwelt umstrukturiert. Beide Verhaltensweisen zusammen ergeben ein Fließgleichgewicht der Informationsverarbeitung, bzw. der laufenden Systemoptimierung.“ (Cserny 2006, 79)

Die KBT bezieht sich auf ein tiefenpsychologisches Menschenbild.

Sigmund Freud (1856-1939), Vater der Psychoanalyse, hat seine Theorie der Entwicklung retrospektiv entwickelt und die drei Phasen der frühen Kindheit beschrieben.

Anemone Carl (2006, 32) benennt auch das Modell der amerikanischen Kinderärztin und Psychoanalytikerin **Margaret Mahler** (1897-1985). Sie stützte sich auf direkte Beobachtung von Säuglingen und Kleinkindern und legte den Hauptakzent ihrer Theorie auf den Aufbau der Objektbeziehungen. Auch sie teilt die Entwicklung in mehrere Stufen ein. In ihrem Modell ist die erste Phase die normale autistische Phase und dann folgt die Zeit der symbiotischen Phase. Wichtig für die KBT ist der Loslösungs- und Individuationsprozess der nächsten Phase, da nach Mahlers Verständnis in dieser Zeit die Entwicklung und Differenzierung des Körperschemas stattfindet. (vgl. Carl 2006, 32)

Wichtig für die KBT ist auch der US-amerikanische Psychoanalytiker **Erik H. Erikson** (1902-1994). Er wendete sich von der Freud'schen Phasenlehre ab und beschäftigte sich mit dem Aufbau der ICH-Identität und ihrer lebenslangen Entwicklung. Er war damit der Erste, der eine Entwicklungstheorie geschaffen hat, die das gesamte

menschliche Leben umfasst, bei der also auch die Entwicklung bis ins Alter mit einbezogen wird. Außerdem propagierte er eine ganzheitliche Sicht des Menschen, dessen körperlicher Zustand, seelische Verfassung und soziale Beziehungen für seine Entwicklung wesentlich sind. (vgl. Carl 2006, 34)

Sein Entwicklungsmodell nannte Erikson die acht Stufen des menschlichen Lebenszyklus. Es wird im Lehrbuch der KBT von Anemone Carl (2006, 34) erläutert.

Im Folgenden möchte die Autorin diese von **Erikson** ausgearbeiteten Phasen etwas genauer beschreiben. Sie haben Wichtigkeit für die Auswertung der Daten im Kapitel 4, in dem die Auswirkungen beschrieben werden, die eine Behinderung haben kann. Dies ist dann ein therapeutisches Thema, wenn es zu einem „Nichtgelingen“ innerhalb einer Phase kommt und der Grund die körperliche Behinderung ist. Außerdem lässt sich dabei auch gut feststellen, dass sich bezüglich der angeführten Phasen die Möglichkeit eines spezifischen therapeutischen Eingreifens ergibt.

In der ersten Phase: „Urvertrauen versus Urmisstrauen“ (Säuglingszeit, 0.-1. Jahr) spielen laut Erikssons Theorie neben dem oralen Erleben die sensitiven Bereiche des ganzen Körpers eine wichtige Rolle. Das Kind kann einerseits etwas vertrauensvoll aufnehmen und bekommen und kann andererseits auch das, was es bekommen hat, festhalten. Geeignete KBT-Angebote, wenn es um eine Problematik in dieser Phase geht, sind: „Den Boden im Liegen erfahren“, „Berührung der Hände und Füße“, „Gegenstände bekommen und betasten dürfen“. (vgl. Carl 2006, 34)

In der Phase: „Autonomie versus Scham und Zweifel“ (Kleinkindalter, 1.-2. Jahr) erlangt das Kind nach Erikson durch seine motorischen Fähigkeiten wie Krabbeln, Aufrechtstehen, Gehen und Laufen mehr Autonomie. Es ist nun in der Lage, nicht nur das, was es bekommen hat, auch zu behalten, es kann das, was es bekommen hat, auch wieder loslassen, hergeben und wegwerfen. Geeignete KBT-Angebote, wenn es um eine Problematik in dieser Phase geht, sind: „Sich Aufrichten“, „Zum Stehen kommen“, „Einen sicheren Stand finden“, „Jemanden oder etwas festhalten und wieder loslassen“, „Raum und Gegenstände erforschen“, „Sich verbergen – sich zeigen, mit dem, was man kann“. (vgl. Carl 2006, 35)

In der Phase „Initiative versus Schuldgefühl“ (Kindergartenalter, 3.-5. Jahr) lernt das Kind laut Erikson mit zunehmender Organisation der Bewegung auch die

Entwicklung des Sprachvermögens. Es kommt zu einer Erweiterung der eigenen Vorstellungswelt, es wendet sich neugierig der Welt zu und dies führt zu Initiativen, die entweder durchlebt werden oder unterdrückt werden und zu Schuldgefühlen führen. Geeignete KBT-Angebote bei einer Problematik in dieser Phase sind Angebote, die es erlauben, sich selbst zu behaupten, sich durchzusetzen, eventuell spielerische Machtkämpfe auszufechten, oder auch, erst einmal herauszufinden, was man für seine Selbstbehauptung braucht. (vgl. Carl 2006, 35)

In der Phase „Werksinn versus Minderwertigkeitsgefühl“ (Grundschulzeit, 6.-11. Jahr) geht es nach Eriksons Auffassung in dieser Zeit darum, durch Wissenserwerb den „Werksinn“ zu erweitern und gleichzeitig bei Scheitern Minderwertigkeitsgefühle zu erfahren. Geeignete KBT-Angebote, wenn es um eine Problematik in dieser Phase geht, sind Angebote, die ermutigen, wenn etwas nicht so funktioniert, wie man es gerne hätte, und auszuprobieren, wie es anders gehen könnte. (vgl. Carl 2006, 36)

In der Phase der „Identität versus Identitätsdiffusion“ (Adoleszenz, 12.-18. Jahr) beschreibt Erikson einerseits die Suche nach einer erwachsenen Selbstidentität, andererseits ist sie auch geprägt von Zweifeln und Unsicherheit was den eigenen Körper und auch die eigene soziale Stellung anbelangt. Geeignete KBT-Angebote, wenn es um eine Problematik in dieser Phase geht, sind: eine Gruppenselbsterfahrung machen und in dieser Gruppe Identitätsreife nachholen, etwas Neues ausprobieren in einer Gruppe, Zugehörigkeit erleben lassen. (vgl. Carl 2006, 36)

Die Phase des Erwachsenenalters teilt Erikson in drei weitere Phasen ein: In der **Phase „Intimität und Distanzierung versus Isolierung“** geht es ihm einerseits um die Erfahrung der Fähigkeit zu Intimität und Bindung. Fehlt dies, kommt es zur Isolierung und zum Rückzug. (vgl. Carl 2006, 37)

„Generativität versus Stagnation“ nennt Erikson die Phase, bei der es darum geht, sich in der nächsten Generation weiterzugeben, womit die Fortpflanzung gemeint ist, aber auch, was der Mensch kreativ hervorbringt. Mit Stagnation bezeichnet er die Situation, wenn jemand zwanghaft arbeitet oder immer wieder Ersatzbefriedigungen sucht, die zu Unzufriedenheitsgefühlen führen können. (vgl. Carl 2006, 37)

In der dritten Erwachsenenphase „Integrität versus Verzweiflung und Ekel“

geht es darum, seinem Leben eine Abrundung zu geben. Gelingt dies nicht, besteht die Gefahr der Verzweiflung. (vgl. Carl 2006, 37)

Für alle drei Phasen des Erwachsenenalters gilt es, KBT-Angebote zu finden, die geeignet sind „das Einlassen auf die eigenen Beziehungen zu fördern und gleichzeitig die eigenen Grenzen zu wahren“, „Loslassen“, „Das Eigene finden“ (vgl. Carl 2006, 37)

Die KBT bezieht sich auch auf die **neuere Säuglingsforschung**, bei der das Kind nicht mehr als der autistische und symbiotisch verschmolzene Säugling gesehen wird, sondern als eines, das von Anfang an mit allen Sinnen wahrnimmt und auf seine Umwelt bezogen ist. (vgl. Carl 2006, 37)

Das Revolutionäre daran ist, dass durch sie widerlegt wird, dass der Säugling ein undifferenziertes Wesen ist, das seinen Trieben ausgeliefert ist. Der Säugling ist lt. **Martin Dornes** (1994) von Geburt an ausgestattet, einen aktiven Dialog mit der Umwelt einzugehen. **Daniel Stern** (1991) hat das in vier Entwicklungsstufen eingeteilt und beschrieben. (vgl. Carl 2006, 34)

2.4 Wesentliche theoretische Begriffe der KBT

Die folgenden theoretischen Grundbegriffe werden hier dargelegt, um in Zusammenhang mit den erhobenen Daten gebracht zu werden. Es geht der Autorin darum, das, was in der Praxis der Therapeutinnen und Therapeuten angewendet wird, im theoretischen Hintergrund fundiert zu wissen.

Dies ist keine vollständige und lückenlose Darstellung der Theorie der KBT, sondern vielmehr eine Darstellung der wesentlichen und in dieser Arbeit relevanten Begriffe.

Diese Begriffe finden sich, praktisch belegt, im empirischen Teil wieder.

2.4.1 Konzentrativ

Das Wort „konzentrativ“ meint eine wache Aufmerksamkeit auf sich selbst und bewirkt die Wahrnehmung des Erlebten im Hier und Jetzt. Joachim Ernst Meyer (1961, 56) beschreibt dies folgendermaßen:

„In der konzentrativen Zuwendung zum eigenen Körper erfolgt die Wahrnehmung seiner Gestalt und seiner Funktionen unmittelbar.“ (Meyer 1961, 56)

Und führt dann weiter zur Haltung aus:

„Aus der konzentrativen Haltung gegenüber der Außenwelt, zu der auch der eigene Leib gehört, resultiert die Gelassenheit, die Fähigkeit zum affektiv-neutralen ‚die Welt an sich herankommen Lassen‘, ‚es darauf ankommen Lassen‘. Es ist die Haltung aus der heraus man Dinge als Realität akzeptieren kann, weil man sich ihnen gewachsen fühlt. (Meyer 1961, 56f)

Pokorny, Hochgerner et al. (2001, 31) stellen diesen Begriff wie folgt dar:

„Die konzentrativen Bewusstseinslage meint eine Bewusstseinsqualität, die durch wache Bereitschaft zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, zur Realisation des Geschehens im Hier und Jetzt gekennzeichnet ist. Dieser Zustand bezeichnet im Gegensatz zu „konzentriert“ (= eingengt) eine weite Öffnung des Wahrnehmungsfeldes für inneres und äußeres Erleben. Diese Bewusstseinslage kann auch zu tiefer Regression führen und vorher Unbewusstes zur Bearbeitung zugänglich machen.“ (Pokorny, Hochgerner et al. 2001, 31)

2.4.2 Bewegung

In der KBT wird unter Bewegung Folgendes verstanden:

„Das Sich-Bewegen, also die gesamten motorischen Funktionen eines Menschen, Das Bewegt-Sein, also das Erlebnis der Bewegung und damit auch ein innerlich Bewegendes und Bewegtes, das Auf-dem-Weg-Sein, also die Schritte eines Menschen in seiner Entwicklung und Entfaltung- auch in den kleinen Schritten der Überwindung tatsächlicher oder vorgestellter äußerer und innerlicher Behinderungen.“ (Stolze 1989, 222f)

Waltraut Betker (2006, 72) beschreibt in ihrem Artikel über Bewegung und Ausdruck im Lehrbuch für KBT, dass für das Kind zunächst Bewegung Ausdruck der natürlichen Lebensfreude ist. Das Erlernen der Bewegung beinhaltet, die Verwendung des Körpers zu entwickeln und den Lebensraum zu erkunden. In der Interaktion von Mutter und Kind entwickeln sich aus zunächst ziellosen Bewegungen,

zielgerichtete Bewegungen, die schlussendlich in immer komplexere Handlungsabläufe einbezogen werden. (vgl. Betker 2006, 72)

„Der erste Blick der Mutter, das Strahlen der Augen und das Lächeln setzen eine wechselseitige Kommunikation in Gang – dies erfordert Bewegungen der Gesichtsmuskulatur und es ist ein erstes Spiel mit emotionalen Resonanzen zur Einübung zwischenmenschlicher Handlungsstile.“ (Betker 2006, 72)

Die Hände zu erkunden und später mit den Händen zu erkunden, sind wesentliche Schritte für das Kind für die Exploration der Umwelt. So wird einerseits der eigene Körper entdeckt, es ist aber auch die Erkundung der Bezugspersonen wesentlich. (vgl. Betker 2006, 72)

„Wird diese Exploration nicht unterstützt, lernen die Hände des Kindes nicht, sich nach Informationen auszustrecken, und sie bleiben auf den eigenen Körper fixiert.“ (Betker 2006, 72)

Das Werfen ist der Beginn der Fortbewegung, bei dem auch die Skelettmuskulatur trainiert wird. Durch dieses Training der Muskulatur wird auch ein Erleben der eigenen körperlichen Kraft und Kompetenz ermöglicht. Die Bewegung der Rotation im Becken bewirkt das Drehen im Liegen, was in weiterer Folge das Sitzen und später auch das Stehen und das Gehen ermöglichen. All diese Bewegungen sind verknüpft mit Emotionen und bewirken Autonomie und Möglichkeiten zur Selbstregulation. (vgl. Betker 2006, 72)

2.4.3 Wahrnehmung

Sylvia Cserny und Ulrike Tempfli (1999, 15) sagen, dass im Verständnis der KBT sich Wahrnehmung aus Sinnesempfindung und Erfahrung zusammensetzen. Mit Erfahrung ist die subjektive Lebens- und Lerngeschichte eines Menschen gemeint. (vgl. Cserny, Tempfli 1999, 15)

Durch das bewusste Wahrnehmen der Sinnesqualitäten werden die damit verknüpften Emotionen erlebbar gemacht und Erinnerungen und Bilder aus der Vergangenheit belebt (Assoziation). Es ist jedoch auch möglich, diese Sinnesempfindungen wieder von den Erfahrungen zu lösen und auch affektiv neu zu besetzen. Differenzierte Sinneswahrnehmung führt zur Differenzierung von Gefühlen.

Damit kommt es zu einer Erweiterung des Gefühlsspektrums. (vgl. Cserny, Tempfli 1999, 15)

2.4.4 Phänomen

Die KBT geht vom Phänomen aus. Das Phänomen ist das Erscheinungsbild eines Menschen. Damit sind die Gestik, die Mimik, die Bewegungen, die jemand ausführt, die Körperhaltung und die Art und Weise der Beziehungsaufnahme gemeint. Außerdem ist das Phänomen auch Ausdruck für die Art und Weise des Umgangs mit belebten und unbelebten Objekten und für die Symbolisierungsfähigkeit. Das Erscheinungsbild wird als Ausdruck der gesamten psychischen Repräsentanzen verstanden, die die Patientin oder der Patient und die Therapeutin oder der Therapeut auf der sensomotorischen, der emotionalen und der gedanklichen Ebene wahrnimmt. Psychische Repräsentanzen sind symbolisierte Erfahrungen. Die Symbolisierungsfähigkeit entwickelt sich im Laufe des Lebens, deshalb können sich frühe und späte Formen von psychischen Repräsentanzen zeigen. (vgl. Cserny, Tempfli 1999, 15)

2.4.5 Angebot

Unter einem Angebot wird die Anleitung zur Wahrnehmung verstanden. Es geht dabei um die Wahrnehmung der Struktur des eigenen Körpers, der eigenen Bewegungen und der eigenen Haltung sowie die Wahrnehmung von Raum und Zeit. Außerdem wird zur Wahrnehmung von belebten und unbelebten Objekten angeleitet. Das können die Therapeutin oder der Therapeut oder möglicherweise Gruppenteilnehmerinnen oder -teilnehmer sein, aber auch Gegenstände, die zur Verfügung stehen. (vgl. Cserny, Tempfli 1999, 13)

Es geht dabei einerseits darum, die Sinnesqualitäten zu bemerken und zu differenzieren und andererseits deren emotionalen Bedeutungsgehalt, also Stimmungen und Gefühle wahrzunehmen. Außerdem sollen auch Bilder, Vorstellungen und Gedanken erfasst und letztendlich in Worten ausgedrückt werden. (vgl. Cserny, Tempfli 1999, 13)

Ein Angebot ist auch die Anleitung zum konkreten Handeln, Ausprobieren und Experimentieren und dabei ebenfalls wahrzunehmen, welche Gefühle und Gedanken bemerkt werden und diese dann auch zu benennen. (vgl. Cserny, Tempfli 1999, 13)

Die Fragen „Wie ist das?“, „Was fühlen Sie?“ und „Was denken Sie?“ sind immer Teil eines Angebots, um die Ebenen der Sinnesempfindung, der Emotionen und der Gedanken anzusprechen. (vgl. Cserny, Tempfli 1999, 14). Wesentlich ist es, diese drei Ebenen auch schon in der Angebotsformulierung anzusprechen, um diese wichtigen Elemente der KBT von Anfang an in die Behandlung mit einzubeziehen, und immer wieder miteinander zu verknüpfen.

2.4.6 Symbolisierung

In der KBT kommt der Symbolisierung ein großer Stellenwert zu. Das, was von einem Menschen wahrgenommen werden kann, der Körperausdruck, die Bewegungen, seine Haltung, wie er mit Menschen in Kontakt tritt oder mit Materialien, oder was er und wie er es von sich erzählt, ist das Ergebnis von unzähligen Symbolisierungen, seiner Verarbeitung über seine Erfahrungen mit sich selbst und seiner Umwelt. Menschen verfügen von Anfang an über Symbolisierungsfähigkeit und entfalten sie entsprechend dem Strukturmodell zur Entwicklung des Denkens nach Jean Piaget. (vgl. Cserny, Tempfli 1999, 24f)

„Die Herkunft des Wortes „Symbol“ leitet sich aus dem griechischen Verb ‚symbállein‘ (zusammenfügen) und dem dazugehörigem Substantiv ‚symbolon‘ ab: Gastfreunde pflegten sich gegenseitig die Hälfte eines zerbrochenen Tontäfelchens oder Ringes als Erinnerungs- und Erkennungszeichen zu schenken. Beim Zusammentreffen wies man sich durch Aneinanderlegen (symbállein) der Stücke voreinander aus.“ (Löchel 2008, 734)

Cserny und Tempfli (1999) erklären Symbolisierung im Sinne der KBT:

„Unter Symbolisierung verstehen wir Verarbeitung von Information im weitesten Sinn, bezeichnen damit sowohl einen Prozess als auch dessen Resultat.“ (Cserny, Tempfli 1999, 22)

„Die symbolische Handlung hat eine vermittelnde Funktion zwischen unbewussten Regungen, Bedürfnissen, Affekten, Trieben und Konflikten und dem bewussten Erleben.“ (Pokorny, Hochgerner et al. 2001, 32)

2.4.7 Sprache, das Sprechen

Hans Becker (1989, 112) beschreibt die Körpersprache als Vorstufe und Ergänzung für Verbalisierung. Das Therapieangebot der KBT gibt die Möglichkeit in der Körpersprache zu verweilen, wodurch die Erlebnis- und Erinnerungsqualität im aktuellen Geschehen intensiviert wird. Verbalisierung bedeutet Bewusstwerden. Erkenntnis setzt reife Symbolisierungsfähigkeit über Sprache voraus. Die Bildung von Bewusstsein geschieht über Entfaltung von Sprache. Das Sprechen fördert den Symbolisierungs- und Abstrahierungsprozess und die bewusste Fantasietätigkeit. (vgl. Becker 1989, 112)

„Über symbolisches Handeln und Gestalten kann in der KBT das Erlebte als Ausdruck des innerlichen Befindens ins Denken und Sprechen kommen.“ (Pokorny, Hochgerner et al. 2001, 32)

2.4.8 Gegenstände

In der KBT werden unterschiedliche Gegenstände und Materialien eingesetzt, die für die Arbeit von Bedeutung sind. Es kann jedes Objekt des Alltags und der Natur genutzt werden. Es werden klassischerweise Bälle, Stäbe, Seile, Sandsäcke und Decken verwendet. Steine, Muscheln, Naturmaterialien, Tücher, Murmeln, Kugeln und Figuren können außerdem auch noch bei der Arbeit herangezogen werden.

Die Gegenstände in der KBT werden unter verschiedenen therapeutischen Aspekten genutzt. Sie dienen z. B. als Realobjekt. Der jeweils verwendete Gegenstand wird dann als das, was er ist und wie er ist, wahrgenommen. Gegenstände können auch als intermediäres Objekt genutzt werden: Im Spiel mit einem Ball oder einer Kugel lässt sich zu jemandem Kontakt aufnehmen, kann man in Beziehung mit jemandem treten. Unterschiedliche Arten der Kontakt- und Beziehungsaufnahme können ausprobiert werden. Gegenstände dienen als Hilfsmittel für Selbstwahrnehmung. In schwierigen Situationen ist es möglich, Gegenstände als Übergangsobjekt zu nutzen. Gegenstände können auch als Symbol Wirksamkeit haben und auch Mittel von

schöpferischen Gestaltungsprozessen sein. Oder aber sie dienen als Bestandteil szenischer Gestaltung. (vgl. Eulenpesch 2006, 86)

An dieser Stelle sei auf die Masterthese von Markus Hochgerner (2007) hingewiesen, „Die Verwendung von Gegenständen in der Psychotherapie Erwachsener“, die sich eingehend mit der Bedeutung und Verwendung von Gegenständen in der Psychotherapie beschäftigt.

2.4.9 Übertragung, Gegenübertragung, Körperresonanz

Übertragung, Gegenübertragung und Körperresonanz sind wesentliche Bestandteile des therapeutischen Prozesses und für die Anwendung der KBT unabdingbar. Übertragungsphänomene zu erkennen, darüber zu reflektieren und darauf zu reagieren ist wesentlich für den therapeutischen Prozess. Sie haben außerdem diagnostischen Wert. In der KBT wird zudem auch die körperliche Resonanz beachtet.

„Unter Übertragung verstehen wir seit Freud (1985d, 1900a) im weitesten Sinn alle Phänomene der subjektiven Bedeutungszuschreibung innerhalb einer Begegnung mindestens zweier Personen (Übertragung als „signifikante Beziehung“, vgl. Weiß 1988).“ (Herold, Weiß 2008, 799)

„Nach wechselnden Begriffsbeschreibungen hat sich eine breite Definition von Gegenübertragung durchgesetzt. Ihr zufolge verstehen wir unter Gegenübertragung die Gesamtheit aller unserer emotionalen Reaktionen, die im Kontakt mit einem Patienten entstehen, mögen sie nun ihren Ursprung im Patienten oder in uns haben.“ (Heimann 1950 cit. Wöller, Kruse 2009, 204)

Cserny und Tempfli (1999, 21) beschreiben, dass die Therapeutin oder der Therapeut jederzeit Übertragungsobjekt werden kann. Dabei weisen sie darauf hin, dass Übertragungen und Gegenübertragungsreaktionen angesprochen und bearbeitet werden müssen. (vgl. Cserny, Tempfli 1999, 21)

„Die Art und Weise der Durcharbeitung orientiert sich an unserer Methodik über Wahrnehmung, Dissoziation, Entsymbolisierung und Neusymbolisierung.“ (Cserny, Tempfli 1999, 21)

Renate Schwarze (2006) betont im Lehrbuch für KBT im Kapitel der „Körperlichen Gegenübertragung“, dass für sie die Selbstwahrnehmung der Therapeutin oder des Therapeuten von großer Bedeutung ist. Es soll darauf geachtet werden, ob und wenn ja, wie sich die Körperhaltung und die Körperempfindung verändern, während die Therapeutin oder der Therapeut mit der Klientin oder dem Klienten in Kontakt ist. Eine weitere Frage ist, auf welche Art und Weise und wo eine eventuelle Veränderung bemerkt wird. Außerdem ist wesentlich, zu bemerken, wie der eigene Spannungszustand erlebt wird.

Wie die eigene Atmung wahrgenommen wird und wie es möglich ist, von dem veränderten Zustand wieder in die eigene Haltung zu finden, gibt auch Aufschluss über die körperliche Gegenübertragung (vgl. Schwarze 2006, 118).

Die körperliche Gegenübertragung ist speziell in der KBT von großer Bedeutung und kommt auch in der Arbeit mit Menschen mit einer Körperbehinderung zum Tragen.

„Ja, dass ich das darf und kann, (bewegen, Anm. der Autorin) dass ich mir das erlaube, das ist, glaube ich, schon auch ein ganz wichtiger Punkt, weil das ist diese Körperresonanz, also wenn du mit jemand Schwerstbehinderten in einer Beziehung bist, dann ist das so, dass das rüber kommt. Ich spüre das in meiner Körperresonanz, und das ist ein Punkt, der sehr wichtig ist für mich, oder wo ich auch in den letzten Jahren immer mehr gemerkt habe, dass ich mich da auch richtig schützen muss, und auch distanzieren, und mir sagen: ‚Ja, das ist sein oder ihr Leben, der hat diese Körperbehinderung, ich kann das zum Teil schon nachvollziehen, zum Teil auch nicht, aber ich bin anders, ich kann mich bewegen, springen, tanzen, aufstehen, einfach machen was ich will.‘“ (Expertin 1 2010, 18)

2.5 Wesentliche praktische Begriffe der KBT

Die folgenden Grundbegriffe der KBT werden hier als „praktisch“ erwähnt, weil sie in der angewendeten KBT einen großen Stellenwert haben. Sie sind theoretisch begründet, und geben einen Einblick in die konkrete Arbeit der KBT. Es geht der Autorin darum, ein Grundverständnis aus praktischer Sicht für die Methode zu vermitteln. Sie möchte damit darauf hinweisen, welche konkreten Möglichkeiten die KBT bietet, um auch eventuelle Defizite, die eine körperliche Behinderung mit sich

bringen kann, auszugleichen, oder den Rahmen zu schaffen, Versäumtes nachzuholen.

2.5.1 Der Platz

Den richtigen Platz im Leben haben, sich den richtigen Platz aussuchen, einen Platz zugewiesen bekommen, sich selber einen Platz aussuchen dürfen oder müssen, genug Platz zu haben, zu wenig Platz zu haben, sich auf dem richtigen Platz befinden – all das sind wichtige Themen im Leben eines Menschen.

In der KBT gibt es die Möglichkeit sich mit dem Thema des eigenen Platzes auseinanderzusetzen.

Christine Gräff (2008, 22f) sagt, dass die Angebote, sich einen Platz zu suchen, sich auf einem Platz niederzulassen, mehrere Plätze auszuprobieren und mehrere Möglichkeiten des Verweilens auf einem Platz zu testen, die Chance eröffnen, sich über das aktuelle Befinden, aber auch über das Befinden im Leben klar zu werden und darüber zu reflektieren.

„Die Bedeutung der Platzierung wird erst durch das Ausprobieren verschiedener Plätze bewusst.“ (Gräff 2008, 22)

Gräff betont auch, dass sowohl ein zugewiesener, als auch ein selbst gewählter Platz erst zum eigenen Platz wird, wenn die übende Person sich die Zeit nimmt, ihn mit der eigenen Körperlichkeit zu besetzen und sich auf dem gewählten Platz niederlassen kann.

„Am ‚eigenen Platz‘ zu sein, gibt das Gefühl von Ordnung, Entspannung und Einverständnis.“ (Gräff 2008, 23)

Ein weiteres Angebot ermöglicht, sich den eigenen Platz mit den Gegenständen, die zur Verfügung stehen, selbst zu gestalten.

„Beim Gestalten des Platzes mit Gegenständen stellt der Patient häufig symbolisch seine aktuelle Lebenssituation oder biographisch bedeutsame Zusammenhänge dar. Er kann gleich ausprobieren und im sinnlichen Erleben erkennen, was der assoziativ gestaltete Platz ihm alles ermöglicht, wie viel Bewegungsfreiraum er hat, wo er sich eingengt fühlt. In der verbalen Bearbeitung können Zusammenhänge zu aktuellen

oder biographischen Lebenssituationen erkannt werden. In weiteren Schritten kann er probieren, verändern und Neues ausprobieren.“ (Pokorny, Hochgerner et al. 2001, 37)

2.5.2 Der Raum

Christine Gräff (2008, 80) beschreibt in ihrem Buch *Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis*, dass das Aufbauen eines Lebensraumes zu den wichtigsten Bedürfnissen eines Menschen gehört. Dort geht es um Ruhe und Geborgenheit, aber auch um Freiheit. (vgl. Gräff 2008, 80)

„Die Bezogenheit des Menschen zu seinen Grenzen bestimmt das Sein im Raum. [...] Erfahre ich im Bewegen Raum, nehme ich dessen Grenzen wahr. Körperinnenräume werden durch die Körperwände empfunden. Der Außenraum ist bestimmt durch Wände, Dach und Boden, der Naturraum durch Landschaft, Himmel und Erde. Als weiterer Raum tritt beim Menschen, der der Phantasie hinzu. Die Art, wie sich jeder Mensch auf seine Grenzen bezieht, sagt etwas aus, wie er im Raum ist, in seinem Lebensraum existiert. Damit spreche ich seine Innenräume an, also Organe, Brustraum, Bauchraum, Gelenkräume, aber auch seinen Umraum, in den er sich durch seine Bewegung hineinbegibt.“ (Gräff 2008, 80)

Sich den gewählten Platz Aus-bewegen, aber auch, das Erleben des Raumes an sich, ihn genau erkunden, sind wichtige Angebote, bei denen es auch um die jeweilige Wechselwirkung zwischen Innen- und Außenraum gehen kann. Außerdem kann man den Raum mit geschlossenen Augen erkunden, oder ihn zunächst nur anschauen und danach das Gesehene ertasten.

Ein Angebot kann sein, die Dreidimensionalität des Raumes zu entdecken, oben, unten, rechts, links, vorne und hinten, als Voraussetzung für Plastizität und Tiefendimension, physisch und psychisch.

So wird der Spielraum als Voraussetzung für Lernen entdeckt, wie er eingesetzt werden kann, um die eigene Kreativität zu leben. Oder wie es ist, sich Freiraum zu gönnen oder einmal den Zwischenraum zu nutzen – all dies sind Angebote, die das Erleben des eigenen Raumes, sowohl im Innen als auch im Außen möglich machen. (vgl. Gräff 2008, 81ff)

2.5.3 Das Aufrichten

Christine Gräff (2008, 38) vergleicht in ihrem Buch „Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis“ das morgendliche Ritual des Aufstehens, des Sich-aus-dem-Bett-Aufrichtens, mit dem Entwicklungsvorgang der Phasen des Aufrichtens des Säuglings und des Kleinkindes. Sie meint, dass wir im Laufe unseres Lebens verlernt haben das morgendliche Aufrichten auch in Etappen zu vollziehen. (vgl. Gräff 2008, 38)

Ein mögliches KBT-Angebot ist es, das Aufstehen, oder das sich Aufrichten zu üben, oder das Aufstehen zu beobachten unter den Aspekten der jeweiligen Stimmungslage. Die Frage, wie sich jemand aufrichtet, wenn sie oder er fröhlich oder depressiv gestimmt ist, ist dann zu beantworten. (vgl. Gräff 2008, 40)

Es gibt auch die Möglichkeit auszuprobieren, sich an der Wand, an einem Stab oder mit Hilfe eines Gegenstandes oder auch mit Hilfe einer anderen Person aufzurichten oder jemanden aufzurichten. All dies sind Möglichkeiten, das Aufstehen auszuprobieren und in der jeweiligen Qualität zu vergleichen. (vgl. Gräff 2008, 41)

2.5.4 Das Stehen

In den KBT-Angeboten kann die Art und Weise erfahrbar gemacht werden, wie jemand steht, wo die Belastung des Gewichts getragen wird, wie der Abstand der Beine zueinander ist und wie sich Veränderungen, die vorgeschlagen werden, auswirken.

„Füße und Beine sind für meinen Stand im Allgemeinen und für meine Standfestigkeit im Besonderen verantwortlich. Sie sind der Teil eines Gefüges, tragen Mitverantwortung. Füße sind der untere Pol des stehenden Menschen, sie verbinden ihn mit dem Boden und haben die wichtige Aufgabe, Kontakt mit der Erde, mit der Welt herzustellen.“ (Gräff 2008, 51)

Ein Angebot, um sich der Füße bewusst zu werden, ist, sie mit den eigenen Händen zu entdecken oder sie von anderen Händen entdecken zu lassen.

2.5.5 Das Gehen

Nach dem Aufrichten und dem Erproben des Stehens kommt es zum Erspüren des Gehens und dabei auch um die genaue Beachtung des ersten Schritts nach dem Stehen.

„Um in Gang zu kommen, verlassen wir unseren Stand-Ort. Jeder Mensch hat seine Art vor-zu-gehen und ist auf seine Weise ‚Auf dem Weg‘. Gehen gehört zu einem Funktionsbereich, der, wenn er bewusst und erkannt wird, Zugang zum eigenen *Ergehen* verschafft.“ (Gräff 2008, 70)

Den ersten Schritt ganz bewusst wahrnehmen, so langsam wie möglich gehen, blind durch den Raum gehen, schnell gehen, langsam gehen, sich dem Tempo des anderen anpassen, miteinander gehen, nebeneinander gehen, das alles sind Angebote, die gemacht werden können, um sich das eigene Gehen bewusst zu machen und sich im eigenen Gehen kennenzulernen.

2.5.6 Sich selbst erfahren, sich selbst wahrnehmen, Selbsterfahrung

Barbara Bayerl und Christine Möller (2006, 82) sagen über die Wahrnehmung des Körpers, dass Körpererfahrungen die Basis dafür bilden, **dass** Menschen sich als „sie Selbst“ erfahren und aber auch, **wie** sie sich erfahren. Es geht bei der Arbeit mit dem Körper darum, Körperwahrnehmung zu differenzieren und ein Verständnis dafür zu bekommen, **wie** die eigene Person „geworden ist“. (vgl. Bayerl, Möller 2006, 82)

Der Körper ist der privateste Ort in dem Menschen wohnen, er bildet die Basis des Ichs. Wichtig und wesentlich ist es, die eigenen Körpergrenzen zu erfahren. Der Tastsinn und der Bewegungssinn spielen dabei eine große Rolle, bedeutsam ist es gehalten und berührt zu werden. Dabei kommt es zur Erfahrung von Geborgenheitsgefühlen und Ganzheit. Der Tastsinn fördert und unterstützt die Differenzierung und die Möglichkeit sich abzugrenzen. (vgl. Bayerl, Möller 2006, 82)

Körperwahrnehmung ist ein zentraler Wirkfaktor in der KBT. Dabei kann es um die Wahrnehmung der eigenen Körpergrenzen gehen, aber auch darum, sich mit den Muskeln, dem Skelettsystem und den Körperinnenräumen zu beschäftigen. (vgl. Bayerl, Möller 2006, 83)

„Das Knochengerüst kann als fester Kern der Selbsterfahrung bezeichnet werden, die Erfahrung von Festigkeit und Härte bietet Halt und Sicherheit.“ (Bayerl, Möller 2006, 83)

KBT-Angebote, die in diesem Zusammenhang gemacht werden können, sind zum Beispiel das Abtasten der Hände oder sich mit Hilfe eines Balles den Rücken an der Wand abrollen. (vgl. Bayerl, Möller 2006, 83)

„Erfahrung von Gelenken [...] sprechen den Körper als zusammenhängendes Ganzes an (Ich-Kohärenz). Die Wahrnehmung von Gelenkräumen ist eng mit der Erfahrung von Bewegungs- und Handlungsmöglichkeiten verbunden, unterdrückte Impulse machen sich in Blockierungen bemerkbar.“ (Bayerl, Möller 2006, 83)

In den Angeboten kann das durch Erforschung der Bewegungsmöglichkeiten der unterschiedlichen Gelenksverbindungen (Schultergelenk, Hüftgelenk, Kniegelenk, Wirbelsäule) verdeutlicht werden. (vgl. Bayerl, Möller 2006, 83)

„In den KBT-Angeboten zur Erfahrung der Muskulatur geht es darum, etwas willentlich bewirken zu können, um die Erfahrung von Kraft zu dosieren, und im Kontakt zu anderen Menschen regulieren zu können.“ (Bayerl, Möller 2006, 83)

Dazu gehört, zu bemerken, wie viel Kraft notwendig ist, um etwa einen Ball zu werfen. Es kann die Kraft eines bestimmten Körperteiles erprobt werden, z. B. des Armes oder des Beines. Für die Wahrnehmungsdifferenzierung ist es auch möglich, harte und weiche Gegenstände zu ertasten oder auch eigene Körperstrukturen. Bälle mit unterschiedlicher Stärke zu prellen und den jeweiligen Krafteinsatz zu bemerken, kann die Dosierung von Krafteinsatz vermitteln. (vgl. Bayerl, Möller 2006, 83)

Körpergrenzen können mithilfe der Hände durch Abklopfen erfahren werden oder aber mithilfe von Gegenständen, mit denen der Körper abgerollt, gerieben oder beschwert wird. (vgl. Bayerl, Möller 2006, 84)

Durch die Atmung lassen sich Körperinnenräume erfahren, aber auch, indem die Achtsamkeit auf das Pulsieren oder Pochen des Herzens oder das Gluckern der Verdauungsorgane gelenkt wird. Durch visualisierte Körperreisen können innere Organe erfahrbar gemacht werden. Die Mundhöhle kann durch Ertasten mit der

Zunge erforscht, der Brust- oder Bauchraum durch Einbeziehung von Lauten angeregt und erfahren werden. (vgl. Bayerl, Möller 2006, 83f)

2.5.7 Der Boden

Die KBT zieht den Boden als Bezugspunkt für die Körperwahrnehmung heran.

„Als wichtiges Element gilt in der KBT die Beziehung des Körpers zum Boden, die sich je nach Haltung (liegen, sitzen, stehen) und Bewegung (sich umdrehen, sich aufrichten, krabbeln, gehen, hüpfen, etc.) wandelt, immer aber eine existenzielle Voraussetzung für das jeweilige Geschehen darstellt.“ (Budjuhn 1992, Gräff 2000, cit. Bayerl, Möller 2006, 83)

Angebote, die auf dem Boden oder vom Boden ausgehend gemacht werden, sollen ihn als tragenden Grund erkennbar oder ihn als Widerstand wahrnehmbar werden lassen. (vgl. Bayerl, Möller 2006, 83)

„Er ist am Boden gelegen, das ist ihm ja bekannt, das am Boden liegen, aber er wäre sonst im Rollstuhl gesessen. Ich habe aber versucht, ihm den Boden nah zu bringen. Ich habe immer wieder meine Hände unter seinen Oberkörper geschoben, unter seine Schulter und sein Schulterblatt. Ich habe ihn auch hochgehoben, und dazu gesprochen, ihn darauf angesprochen, dass er sich ja jetzt vielleicht auf meine Hände einlassen kann.“ (Expertin 3 2010, 5)

2.6 Wesentliche KBT-Elemente

In diesem Kapitel geht es der Autorin um zwei wichtige Pfeiler in der KBT, dem Körperbild bzw. dem Körperschema und der Berührung, wobei es dabei um das Berührt werden, um Eigenberührung und um Fremdbberührung geht. Alle drei Qualitäten haben in der KBT eine Bedeutung oder Relevanz.

2.6.1 Körpererfahrung, Körperschema, Körperbild

In der KBT spielen das Körperbild und das Körperschema eine wesentliche Rolle. Sich in der KBT mit dem Körperbild zu beschäftigen, ist unter anderem deshalb für KBT-Therapeutinnen und KBT-Therapeuten wichtig, um die in der Arbeit auftauchenden Phänomene verstehen und einordnen zu können. Es gibt zu den

Begriffen von Körperbild und Körperschema eine Fülle wissenschaftlicher Literatur aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Richtungen. Die Autorin wählt in dieser Arbeit die Beschreibung des Strukturmodells von Joachim Bielefeld (1986).

Als Oberbegriff verwendet Bielefeld den Begriff **Körpererfahrung**. Er verweist damit „zunächst auch auf das Wahrnehmen (hier des eigenen Körpers), doch wird dieses Wahrnehmen nicht allein als neurophysiologischer Prozess der Intero- und Exteroceptoren verstanden, vielmehr ist jede Wahrnehmung zugleich auch untrennbar mit Empfindungen (Erlebnisqualitäten), mit Gefühlen der Zustimmung oder Ablehnung, der Freude oder des Ärgers, usw. verbunden.“ (Schmidt 2006, cit. Bielefeld 1986, 5)

Diese Körpererfahrung teilt er in Körperschema und Körperbild auf.

Dabei versteht er unter dem **Körperschema** den neurophysiologischen Teilbereich der Körpererfahrung. Es umfasst alle perzeptiv-kognitiven Leistungen des Individuums bezüglich des eigenen Körpers:

- die Körperorientierung am und im Körper mit Hilfe der Oberflächen und Tiefensensibilität, insbesondere der kinästhetischen Wahrnehmung.
- die Körperausdehnung: damit meint er das Einschätzen von Größenverhältnissen sowie der räumlichen Ausdehnung des eigenen Körpers.
- die Körperkenntnis: die faktische Kenntnis von Bau und Funktion des eigenen Körpers und seiner Teile einschließlich der rechts-links Unterscheidung.

Unter dem **Körperbild** versteht Bielefeld den psychologisch-phänomenologischen Teilbereich der Körpererfahrung. Es umfasst danach alle emotional-affektiven Leistungen des Individuums bezüglich des eigenen Körpers:

- Das Körperbewusstsein beinhaltet für ihn die psychologische Repräsentation des eigenen Körpers oder seiner Teile im Bewusstsein des Individuums, bzw. die auf den eigenen Körper gerichtete Aufmerksamkeit.
- Die Körperausgrenzung bedeutet das Erleben der eigenen Körpergrenzen. Damit ist gemeint, dass das Individuum den Körper als deutlich von der Umwelt abgegrenzt erlebt.

Die Körpereinstellung ist für ihn die Gesamtheit der auf den eigenen Körper, insbesondere auf dessen Aussehen gerichtete Einstellung, speziell die (Un)Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. (vgl. Schmidt 2006, 5)

„Becker beschreibt die Konzentrierte Bewegungstherapie als therapeutisches Einwirken auf das Körperbild.“ (Schmidt 2006, 8)

Evelyn Schmidt schreibt weiter:

„Durch die konzentrierte Einengung auf die Wahrnehmung von Körperempfindungen wird das Körperbild aktiviert, das heißt, die mit dem Körper oder einer Körperregion verknüpften Körpererinnerungen und Beziehungsszenarien werden wieder belebt. Dies schließt Empfindungen und Gefühle mit ein.“ (Schmidt 2006, 8)

Evelyn Schmidt führt weiter aus, dass die gespeicherten Erinnerungen mit der der aktuellen Wahrnehmung verknüpft werden. Sie spricht von mehreren Körperbildern, da das Körperbild kein konstantes Bild ist, sondern ein variierendes.

Das Erleben der Körpergrenzen und des Innenraumes und des Umraumes können Hinweise auf das Körperbild geben. (vgl. Schmidt 2006, 9)

Der Innenraum wird oft als ein vom Selbst mehr oder weniger gutes Haus erlebt, das von der schützenden, abgrenzenden aber doch durchlässigen Haut als Hülle bewohnt wird. Die Phänomene wie „Sich wie in einem Panzer fühlen“, oder „die Grenzen durchlöchert oder verwundet sehen“ oder „den Körper schutzlos oder verschmolzen mit der Umwelt sehen“ werden manchmal klinisch beschrieben. (vgl. Schmidt 2006, 9)

Der Innenraum kann als durch die Atmung sich weitender und zurückschwingender Raum erfahren werden, und auch als Raum für Gefühle und Empfindungen.

Um ihn zu erforschen bedarf es einer nach innen gerichteten Aufmerksamkeit, der Introspektionsfähigkeit, die viele der Klientinnen und Klienten nicht haben. Sie gleiten dann in den Schlaf, langweilen sich oder werden unruhig. (vgl. Schmidt 2006, 9)

Den Umräum kann man in drei Erlebnisschichten aufteilen: Die Schicht des unmittelbaren Raumes ist die Schicht, die als Körpergrenze, die mit der Sensibilität der Haut spürbar wird. Die zweite Schicht ist die, die durch tastende Bewegungen

ausgefüllt wird, ist der Raum in dem wir etwas ergreifen oder wegstoßen. Es ist der greifbare Umgebungsraum. Der dritte Raum ist der Fernraum, den wir durch Hören und Sehen erfahren. Er kann zu erforschenden Bewegungen anregen und erfordert die Trennung von der vertrauten Umgebung. (vgl. Schmidt 2006, 9)

Die Struktur wahrzunehmen, also die Körpergröße, die Orientierung am eigenen Körper, die Erfahrung der knöchernen Struktur und die Verbindungen in den Gelenken, ist zwar eher die Wahrnehmung des Körperschemas, kann jedoch bei angstvollen Fantasien die Verbindung zur Realität fördern. (vgl. Schmidt 2006, 10)

Organe sind durch imaginatives Erleben zugänglich. Ist ein Organ erkrankt, wird es mitunter zum Gegenstand vielfältiger Fantasien. In der KBT können solche Fantasien ins Bewusstsein geholt werden. (vgl. Schmidt 2006, 10)

Sich als Frau oder als Mann wahrzunehmen ist oft mit Rollenbildern und Bewertungen verknüpft. In der KBT gibt es die Möglichkeit sich der weiblichen oder männlichen inneren Modelle bewusst zu werden. (vgl. Schmidt 2006, 10)

Oftmals wird die rechte Körperhälfte anders erlebt als die linke, oder die obere Hälfte anders als die untere. Diese Wahrnehmung der Unterschiedlichkeit kann bedeuten, diese Seiten eben als unterschiedlich zu erleben, sie kann aber auch bis zur Abspaltung einer Seite oder Region gehen. (vgl. Schmidt 2006, 10)

„Für die praktische Arbeit fragen wir nach der Körperwahrnehmung, nach den damit verbundenen Gefühlen und den aufkommenden inneren Bildern, um die erlebten Phänomene gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu erschließen.“
(Schmidt 2006, 10)

Es soll ein Selbsterforschungsprozess angeregt werden, der zu einer Veränderung des Selbstbildes führen kann. Alle Angebote, die gemacht werden, geben einen Hinweis auf ein Körperbild. Es wird die Aufmerksamkeit auf bestimmte Themen der Entwicklung und der Beziehungserfahrung gerichtet. Dies kann durch genaues Hinspüren auf die Körperhaltung geschehen, es können bestimmte Körperregionen, wie die Hände, die Füße oder das Schulterblatt im Fokus stehen und wahrgenommen werden. Körperbildarbeit kann auch im Liegen angeboten werden. (vgl. Schmidt 2006, 11ff)

Es kann jedoch auch gezeichnet, gemalt oder mit Gegenständen gelegt oder mit Ton geformt werden. Verändern sich gemalte Bilder im Laufe einer Behandlung, lohnt es sich, sie miteinander zu vergleichen. Die Gestaltungen können als Ausgangspunkt für einen Dialog mit sich selbst genutzt werden. Die Klientin oder der Klient kann durch das Gestalten eine intensive Erfahrung mit sich selbst machen oder auch einen betrachtenden Abstand zu sich selbst gewinnen. (vgl. Schmidt 2006, 15ff)

2.6.2 Die Berührung

Sich mit dem Thema der Berührung in der KBT in dieser Arbeit näher zu beschäftigen, macht aus Sicht der Autorin deshalb Sinn, weil Berührung einerseits ein zentrales Mittel in der Anwendung der KBT darstellt, und andererseits Berührung oder Berührt werden auch bedeutsam in der Arbeit mit körperbehinderten Menschen ist. Aus den Interviews konnte geschlossen werden, dass es äußerst beachtenswert ist, wenn jemand sich nicht selbst berühren oder andere nicht berühren kann und wie wesentlich es sein kann, berührt zu werden.

Renate Schwarze (2006, 99) weist in ihrem Artikel „Berührung“ darauf hin, dass als erstes sensorisches System sich die Hautsensibilität schon im Mutterleib entwickelt. (vgl. Schwarze 2006, 99)

Und auch Karin Pernstich (2005) beschreibt in ihrer Zulassungsarbeit zur Lehrbeauftragung im ÖAKBT:

„Die Haut ist unser erstes Medium des Austausches und unser wirksamster Schutz. Die Haut atmet, sondert ab, stimuliert den Muskeltonus, schützt, empfängt Reize und überträgt diese. Sie ist Ort der Missempfindungen, des Wohlbefindens, der Verführung. Sie vermittelt Schmerz und Lust, ist widerstandsfähig und empfindlich zugleich.“ (Pernstich 2005, 10)

Schwarze (2006, 100) erwähnt außerdem, dass der Druck gegen die Wand der Gebärmutter und das Fruchtwasser eine dauerhafte Stimulation der Haut des Fötus bewirken. Nach der Geburt ist Hautkontakt für die Neugeborenen lebensnotwendig. Das Nervensystem entwickelt sich durch Stimulation, das Organsystem wird durch Hautstimulation funktionsfähig. Körperwärme und Hautkontakt mit emotionaler Färbung unmittelbar zu spüren, ist lebenswichtig für den menschlichen Organismus.

Auch der Selbstwert wird aufgebaut durch die Art und Weise, wie jemand in seiner frühen Kindheit berührt wird. Je nachdem wie die Erwachsenenwelt damit umgeht, kann dies gelingen oder aber sich auch negativ auswirken. (vgl. Schwarze 2006, 100)

„In der Geborgenheit eines stimmigen Berührungskontaktes entwickelt das Kind sein Grundvertrauen. Es assoziiert Berührungen je nach Erlebnis mit Bedeutungen. Im positiven Sinn können sie Zuneigung, Verbundenheit, Bestätigung, Anregung und Beruhigung vermitteln. Im negativen Sinn bedeuten sie Angst, Bedrohung, Chaos, Bedrückung.“ (Schwarze 2006, cit. Spitz 1988, 100)

Weiter führt Schwarze aus, dass bei Nichtgelingen des Berührungskontaktes dies zu Erkrankungen der Atemwege, des Verdauungstraktes und zu Bewegungs- und Haltungstörungen führen kann. Dies kann in engem Zusammenhang mit Angstzuständen, Depressionen, geringer Konzentrationsfähigkeit, und Kontaktschwierigkeiten stehen und auch die sexuelle Entwicklung kann beeinträchtigt werden.

Das Bedürfnis nach Kontakt ändert sich im Laufe der Entwicklung, das Kind muss die Möglichkeit bekommen, sich aus Berührungskontakten zu lösen und sich auch wieder anzunähern, um dadurch die eigenen Grenzen zu erfahren und um in weiterer Folge den Weg in die Autonomie zu finden. Es geht darum, dass durch die selbstbestimmte Nähe und Distanzregulierung die Autonomie entwickelt und ermöglicht wird. (vgl. Schwarze 2006, 100)

Im täglichen Leben werden wir ständig mit Berührung auf viele verschiedene Weisen konfrontiert. Wasser, wenn wir uns waschen, das Handtuch beim Abtrocknen, die Kleidung, die wir anziehen, und das Bettlaken mit dem wir uns zudecken. All diese alltäglichen Handlungen sind an Berührung geknüpft, ebenso wie der Umgang mit Menschen: Die Begrüßung und die Verabschiedung, je nachdem, ob wir uns die Hände geben, uns umarmen oder die Wangen küssen. Wir berühren uns und tun das mit Freude, oder mit Abneigung oder weil wir es gewohnt sind. (vgl. Schwarze 2006, 101)

Karin Pernstich (2005, 5) beschreibt in ihrer Zulassungsarbeit zur Lehrbeauftragten im ÖAKBT, dass

„Körperliches Berühren (anfassen, festhalten, loslassen, bewegen, halten)
emotionales Berühren (angerührt sein, bewegt, erstarrt, peinlich berührt sein,
gehalten werden erleben, festgehalten werden erleben, unterstützt, getragen oder
ertragen, jemand tritt uns zu nahe, stößt uns ab, wir halten aus,...) bewirkt.“

(Pernstich 2005, 5)

Und sie führt weiter aus, dass auch dort, wo wir uns nicht körperlich berühren,
Berührung stattfindet, z.B. wenn einem etwas „durch und durch“ geht, oder etwas
„unter die Haut geht“.

Einerseits ist Berührung etwas Leibhaftes, andererseits ist sie eine Metapher für
Emotionen.

In der Arbeit werden Klientinnen und Klienten mit unseren Worten und Blicken
berührt. Es werden Spuren hinterlassen, die neue Beziehungserfahrungen abbilden.
Diese neuen Erfahrungen können auch zu neuen Symbolisierungen führen, was
auch neurowissenschaftlich in der Veränderung der Hirnstruktur nachgewiesen
werden kann. Wo auch immer Berührung stattfindet, außen oder innen, sie ist immer
eine Form von Nähe und Kontakt. (vgl. Pernstich 2005, 5)

„Wir bewegen uns an die Grenze eines anderen, dorthin, wo das Anderssein des
Anderen beginnt. Diese Grenzzone ist ein empfindliches Gelände. Wir fühlen uns
angezogen, weil sie Halt und Geborgenheit verspricht, sie macht uns ängstlich, weil
sie die Gefahr birgt, dass wir uns verlieren, das Eigene nicht halten können. Es ist ein
holpriges Gelände, das oft wund macht, weil deutlich wird, dass wir den anderen nie
ganz erreichen werden, getrennt bleiben.“ (Pernstich 2005, 5f)

Die Möglichkeiten in der KBT differenziert zu berühren und zur Berührung anzuleiten
sind vielfältig. Wie, wann und wie lange berührt wird, bestimmt der Körperdialog.

„Da jede Berührungserfahrung Beziehungserfahrungen aktualisiert, können alte
Leiberinnerungen und Gefühlszustände hervorgerufen werden. Indem diese im
Körperdialog unmittelbar sensorisch-motorisch-affektiv erlebt werden, sind sie einer
Bearbeitung auf kognitiver Ebene zugänglich. Sie können bestenfalls durch neue
Erfahrungen ersetzt werden – es besteht jedenfalls die Möglichkeit zur klaren
Unterscheidung zwischen früher und jetzt.“ (Pernstich 2005, 24)

Pernstich führt weiter aus, dass je nachdem wie Menschen einander die Hand geben, dies ein unausgesprochener Ausdruck dessen ist, wie man zueinander steht. Mit der Hand kann angezeigt werden, dass man den Wunsch nach Kontakt hat, indem man sie nach jemand ausstreckt, oder, dass man jemanden von sich fern halten möchte, indem man sie nach vorne streckt und entgegenhält. Die Hand kann auch zur Faust geballt werden und drückt damit etwas aus. (vgl. Pernstich 2005, 9)

Schwarze (2006, 102) beschreibt, dass wir mit der Hand etwas von uns selbst erkunden können, aber auch viel vom anderen wahrnehmen, wenn wir ihn berühren.

In der KBT kann der Händedruck bei den Begegnungen, die mit Klientinnen und Klienten stattfinden, einen Eindruck vermitteln, der im Verlauf der Therapie bearbeitet werden kann. Dabei kann der Händedruck erprobt und differenziert werden. (vgl. Schwarze 2006, 102)

Das Abklopfen des Körpers kann von den Klientinnen und Klienten selbst, von eventuellen Gruppenmitgliedern oder von der Therapeutin oder dem Therapeuten durchgeführt werden. Dabei ist es wichtig, die Weichheit oder die Festigkeit oder die Elastizität des Gewebes zu spüren. (vgl. Schwarze 2006, 103)

Den Körper zu umfassen oder ihn abzustreifen, dient der Wahrnehmung der eigenen Hülle, der Wahrnehmung der eigenen Form. Dies kann positiv auf den Selbstwert wirken. Das Ertasten der unterschiedlichen Körperschichten ermöglicht eine differenzierte Wahrnehmung. Um Widerstand zu bemerken, ist es wichtig, Halt und Druck zu spüren. Berührung erlaubt es, Kraft und Widerstand zu spüren und zu erproben. Berührung kann auch eine Bestätigung sein und beim Abschied oder bei der Begrüßung stattfinden. (vgl. Schwarze 2006, 103)

Berührung kann auch mit Gegenständen durchgeführt werden. Wenn der Körperkontakt zur Therapeutin oder dem Therapeuten oder den Gruppenmitgliedern zu beängstigend ist, können die Materialien eingesetzt werden: Bälle oder Kugeln zum Abrollen der Körperkontur, Stäbe, Seile oder der Boden können als Gegenüber genutzt werden. Ebenso die Wand zum Anlehnen, Abstützen oder Abstoßen. Eine Decke kann zum Einhüllen, Umhüllen und Einwickeln verwendet werden. (vgl. Schwarze 2006, 104)

„Das Ziel der Berührungsangebote in der KBT ist es, den Menschen eine Erfahrung zu vermitteln, die ihnen neue Empfindungen für sich selbst und in der Begegnung mit anderen ermöglicht. Der Mangel an Qualität der Berührungserfahrung in der frühen und späteren Kindheit kann nicht nachgeholt werden. Wir sprechen jedoch von Nachreifung durch taktile Erlebnisqualitäten. Die Lebens- und Handlungslust wird gefördert und das Körper-Selbst gebildet.“ (Schwarze 2006, 105)

3 Formalmethodische Vorgehensweise

3.1 Erhebung: Qualitatives Problemzentriertes Interview, Experteninterview

Für die Datenerhebung wurde die Methode des Problemzentrierten Interviews gewählt, das sich durch eine halbstrukturierte Befragung auszeichnet.

Diese Art des Interviews soll die befragte Person möglichst frei und offen zu Wort kommen lassen. Der Fokus bleibt jedoch bei einer bestimmten Problemstellung, auf die die Interviewerin oder der Interviewer immer wieder zurückkommt.

(vgl. Mayring 2002, 67)

Anhand eines Interviewleitfadens werden Expertinnen und Experten über ihre Erfahrung befragt. Das ist eine von Philipp Mayring (2010, 33) genannte Möglichkeit, qualitative Interviews durchzuführen:

„Qualitative Interviews können unter anderem geführt werden: als Experteninterviews, in denen die Befragten als Spezialisten für bestimmte Konstellationen befragt werden.“ (Mayring 2010, 33)

3.2 Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde aufgrund der vorher formulierten Fragestellung verfasst und mit mehreren Therapeutinnen und Therapeuten der Konzentrativen Bewegungstherapie auf seine inhaltliche Sinnhaftigkeit überprüft.

Während des Interviewgesprächs hat sich die Autorin an den von Mayring (2002, 70) beschriebenen drei Arten von Interviewfragen orientiert nämlich Sondierungsfragen, Leitfadenfragen und Ad-hoc-Fragen:

- „Sondierungsfragen sind ganz allgemein gehaltene Einstiegsfragen in eine Thematik. Dabei soll eruiert werden, ob das Thema für den Einzelnen überhaupt wichtig ist, welche subjektive Bedeutung es für ihn hat.
- Leitfadenfragen sind diejenigen Themenaspekte, die als wesentlichste Fragestellungen im Interviewleitfaden festgehalten sind.
- Darüber hinaus wird das Interview immer wieder auf Aspekte stoßen, die im Leitfaden nicht verzeichnet sind. Wenn sie für die Themenstellung oder für die Erhaltung des Gesprächsfadens bedeutsam sind, wird der Interviewer hier spontan Ad-hoc-Fragen formulieren.“ (Mayring 2002, 70)

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Interviewfragen liegen darin, Informationen darüber zu erhalten, in welchem Arbeitskontext die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner Erfahrungen mit behinderten Menschen gemacht haben. Außerdem liegt ein weiterer Schwerpunkt der Befragung darauf, einen möglichst praktischen Einblick in die konkrete Anwendung der KBT mit Menschen mit körperlicher Behinderung zu bekommen.

Die Einstiegsfragen dienen der Annäherung an das Thema und des Vertrautwerdens an die Interviewsituation. Bei diesen Fragen wurde auch über die allgemeine Berufserfahrung der befragten Personen gesprochen.

In den Fragen des zweiten Teils des Interviews ist es der Autorin wichtig zu erfahren, mit welchen Personen mit welchen Behinderungen es die Therapeutinnen und Therapeuten zu tun hatten.

Im dritten Teil der Befragung werden die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner nach ihrer konkreten Arbeit mit der Konzentrativen Bewegungstherapie mit körperbehinderten Menschen befragt.

Im vierten Teil geht es um die Person der Therapeutin oder des Therapeuten selbst. Hier werden ihre und seine Wahrnehmung von Körperresonanz, Gegenübertragungsgefühlen, Tabus und der Selbstfürsorge thematisiert.

Ad-hoc-Fragen sind im Leitfaden nicht enthalten, sie finden sich in den einzelnen Interviews.

Der Interviewleitfaden ist im Anhang abgebildet.

3.3 Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Für die Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner kontaktierte die Autorin Personen aus dem Österreichischen und dem Deutschen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT und DAKBT), von denen der Autorin bekannt war, dass sie in der Arbeit Erfahrungen mit Menschen mit körperlicher Behinderung hatten. Sie wurden von der Autorin zunächst per Telefon oder per Mail gefragt, ob sie für ein ca. einstündiges Interview bereit wären. Fünf Personen haben zugestimmt. Eine Person hat abgelehnt dieses Interview zu machen, mit der Begründung, dass die Arbeit mit der genannten Personengruppe schon zu lange in der Vergangenheit liege.

Die befragten Personen sind alle Therapeutinnen und Therapeuten für Konzentrierte Bewegungstherapie und arbeiten und leben entweder in Wien, in Salzburg oder in Bayern. Der erste Informationstransfer und die Kontaktaufnahme fanden per Mail und Telefon statt. Die interviewten Personen wurden so am Beginn des Interviews darüber informiert, dass es um eine Befragung zum Thema Konzentrierte Bewegungstherapie mit Menschen mit einer Körperbehinderung geht. Der Leitfaden wurde per Mail zugeschickt, um sich vorbereiten zu können.

Die befragten Personen waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 45 und 69 Jahre alt und verfügten über eine Berufserfahrung zwischen 4 und 33 Jahren.

3.4 Durchführung der Interviews

Zwischen Mitte Juli 2010 und Mitte Oktober 2010 wurden fünf Interviews durchgeführt. Sie fanden entweder an den Arbeitsstellen oder in den Wohnungen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, je nach Wunsch und Möglichkeiten, statt. Den Befragten wurde die vertrauliche und anonymisierte Bearbeitung der Interviewdaten zugesichert und ihr Einverständnis für die Dokumentation mittels digitaler Aufnahme und Weiterverarbeitung der Daten eingeholt.

Die Gespräche wurden von den Befragten als sehr interessant und anregend empfunden. Durch die Beschäftigung mit dem Thema wurden Erinnerungen an Arbeitsweisen wiederbelebt und durch das Gespräch reflektiert. Dieses Phänomen beschreibt auch Mayring (2002, 69):

„Wenn an relevanten gesellschaftlichen Problemen angesetzt wird und im Interview eine möglichst gleichberechtigte, offene Beziehung aufgebaut wird, so profitiert auch der Interviewte direkt vom Forschungsprozess.“ (Mayring 2002, 69)

3.5 Aufbereitung der Daten

Die Interviews wurden transkribiert und ins normale Schriftdeutsch übertragen, die gemäß Philipp Mayring (2002, 91) verbreitetste Form:

„Die Übertragung in normales Schriftdeutsch ist dabei die weitestgehende Protokolltechnik. Der Dialekt wird bereinigt, Satzbaufehler werden behoben, der Stil wird geglättet. Dies kommt dann in Frage, wenn die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, wenn der Befragte beispielsweise als Zeuge, als Experte, als Informant auftreten soll.“ (Mayring 2002, 91)

Die transkribierten Texte wurden im Anschluss anonymisiert, mit Zeilennummern versehen und die interviewten Personen mit Buchstaben und Zahlen von E1 bis E5 (Expertin 1 bis Expertin 5) bezeichnet. Die Transkriptionen sind der gebundenen Form der Masterthese als CD beigelegt.

3.6 Auswertung der Daten

Bei der Auswertung der Interviews wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2002, 114) angewendet:

„Die Stärke der Inhaltsanalyse ist, dass sie streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert. Sie zerlegt ihr Material in Einheiten, die sie nacheinander bearbeitet.“ (Mayring 2002, 114)

Der Text der Interviews soll ohne Vorannahmen der Forscherin oder des Forschers abgebildet werden. Es geht um die Erfassung des Inhalts in der Sprache des zur

Verfügung stehenden Materials. Im Sinne der zusammenfassenden Analyse werden induktiv Kategorien gebildet. (vgl. Mayring 2010, 83ff)

In dieser Masterarbeit ist nun ein, wie von Mayring beschriebenes, theoriegeleitetes, induktives Kategoriensystem entstanden.

Die Theoriegeleitetheit drückt sich dadurch aus, dass die Analyse einer theoretisch begründeten inhaltlichen Fragestellung folgt, was Mayring (2010, 57f) folgendermaßen beschreibt:

„Begrift man jedoch Theorie als System allgemeiner Sätze über den zu untersuchenden Gegenstand, so stellt sie nichts anderes, als die gewonnenen Erfahrungen anderer über diesen Gegenstand dar. Theoriegeleitet heißt nun, an diese Erfahrungen anzuknüpfen, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen.“ (Mayring 2010, 57f)

In dieser Masterthese wurde zunächst die Kategorienbildung induktiv bestimmt und aus den Inhalten der Interviews heraus abgeleitet. Die Fragestellung, also die Forschungsfrage, gab dafür die Richtung an. Das Material wurde Zeile für Zeile durchgearbeitet. Unter Berücksichtigung des Abstraktionsniveaus wurden Kategorien gebildet. Die Textstellen der Interviews wurden zunächst in Paraphrasen umformuliert, danach generalisiert und reduziert und in weiterer Folge in die Kategorien eingeordnet.

Zur Verdeutlichung werden Beispiele gezeigt:

Beim ersten Beispiel handelt es sich dabei um eine Textstelle aus dem Interview mit der Expertin 1. Das Originalinterview wurde im transkribierten Text mit Zeilennummern versehen. Die Zeilennummer wurde in die Exceldatei eingefügt. In der zweiten Spalte befindet sich die Nummer der Paraphrase mit der Paraphrase, danach kommt der generalisierte Text und in weiterer Folge die Einordnung des Textes in die Kategorie Nummer 4, Verwendete KBT-Elemente.

E1: „Ja also die Seile sind auch wichtig, Seil ziehen, da geht es schon auch so um Kräftemessen.“ (Expertin 1 2010, 9)

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie
275- 276	159 Seile sind auch wichtig, Kräftemessen ist damit auch möglich	Mit den Seilen Kraft messen	4 Verwendete KBT-Elemente

Dieses Beispiel zeigt, dass von der Interviewpartnerin hier Seile eingesetzt werden, um den Klientinnen und Klienten die Möglichkeit zu bieten mit ihnen ihre Kraft zu erproben.

Im zweiten Beispiel, das aus dem gleichen Interview genommen wurde, heißt es im Originaltext der Transkription:

„Und jemand, der sich den Raum nie, also durch Krabbeln oder Rollen erobert hat, und nie auf den eigenen Füßen gestanden hat, der sich nie aufgerichtet hat, sondern ein Leben lang im Rollstuhl gesessen hat, und über eine Bedienung hin und her fahren kann, bei dem ist das ganz einfach ganz anders.“ (Expertin 1 2010, 11)

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie
341- 344	205 Raum nicht selbst erobert als Kind macht einen Unterschied 205 a nie erlebt haben selbstständig zu stehen macht einen Unterschied 205 b sich nie selbstständig aufgerichtet haben macht einen Unterschied 205 c Fortbewegung nur mit Hilfe des Rollstuhls möglich	Den Raum nicht selbst erkunden können, sich nicht Aufrichten können, nicht selbstständig Stehen zu können und sich nicht ohne Hilfe im Raum bewegen zu können, macht einen Unterschied in der Wahrnehmung des Raumes.	Kategorie 2 Konsequenzen aus der Behinderung

Daraus kann geschlossen werden, welche Auswirkung die Behinderung dieser Klientin oder dieses Klienten hat: dass sich für sie oder ihn aufgrund der Behinderung von Geburt an ein unterschiedliches Erleben von Raumerfahrung, von Stehen und von sich Aufrichten und von sich Fortbewegen ergibt. Dies wird in die Kategorie 2, Konsequenzen aus der Behinderung, eingeordnet.

Im dritten Beispiel aus dem Interview mit Expertin 4 kann geschlossen werden, dass ein wesentliches KBT-Element, nämlich das der Berührung, von Expertin 4 angewendet wurde. Der Originaltext aus der Transkription ist:

„Die Supervisorin hat mir damals gesagt, dass sie es wichtig fände, wenn ich den Stumpf anfasse, ihn mir auch anschau und ihn mir zeigen lasse.“ (Expertin 4 2010, 4)

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie
102- 103	58 In der Supervision kam der Vorschlag, mir selbst diesen Stumpf doch einmal anzusehen, oder ihn gar auch zu berühren	Berührung des behinderten Beines der Klientin durch die Therapeutin	4 KBT-Elemente

3.7 Kategorienbildung

Die Kategorien wurden ursprünglich mit Nummern versehen. Die Reihenfolge der Kategorien hat sich aber im Laufe der Auswertung verändert, um einen sinnvollen inhaltlichen Verlauf der Masterarbeit zu gewährleisten.

Folgende Kategorien wurden nun aus den Interviews gebildet:

Kategorie 1: Formen der Behinderungen, siehe Kapitel 4.1

Kategorie 2: Konsequenzen aus der Behinderung, siehe Kapitel 4.2

 Unterkategorie 2.1: Umgang des behinderten Menschen mit seiner Einschränkung

Kategorie 3: Inhaltliche Themen der Therapie, siehe Kapitel 4.3

Kategorie 4: Verwendete KBT-Elemente, siehe Kapitel 4.4.

 Unterkategorie 4.1: Adaption der Angebote

Kategorie 5: Beziehungsaufbau und Erhalt

Kategorie 6: Umgang des Therapeuten, der Therapeutin mit sich selbst

Kategorie 7: Wirkung (Nutzen) der KBT

Bei der Kategorienbildung kann nun folgender Prozess beschrieben werden:

Zunächst wurde die Kontextkategorie 1 gebildet, die beschreibt, mit welchen Menschen mit welchen körperlichen Behinderungen es die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner zu tun hatten.

Der Inhalt der Kategorie 2 ist einerseits aus der Auswertung der Daten entstanden, in der es um die Konsequenzen aus der körperlichen Behinderung geht und andererseits aus den Inhalten der Unterkategorie 2.1, die den jeweiligen Umgang mit der Auswirkung der körperlichen Behinderung aufzeigt. All dies geschah unter dem Aspekt der Forschungsfrage, die die Möglichkeiten und Grenzen der KBT in Zusammenhang mit körperlicher Behinderung beleuchtet.

In Kategorie 3 werden die Themen, mit denen die Therapeutinnen und Therapeuten konfrontiert wurden, behandelt.

Die Kategorie 4, Verwendete KBT-Elemente mit der Unterkategorie 4.1, Adaption der Angebote, ist entstanden nach der Frage, was die Therapeutinnen und Therapeuten in ihrer Arbeit an KBT-charakteristischen Anwendungsmöglichkeiten verwenden und welcher Adaption es dabei bedarf. Dies soll gleichzeitig die Forschungsfrage beantworten.

Die drei Kategorien 5, Beziehungsaufbau und Erhalt, 6, Umgang des Therapeuten, der Therapeutin mit sich selbst, und 7, Wirkung (Nutzen) der KBT, wurden von der Autorin zwar als eigene Kategorien eingestuft, weil sowohl der Beziehungsaufbau und Erhalt, als auch der Umgang der Therapeutin oder des Therapeuten mit sich selbst als auch die Wirkung der KBT wichtige Kriterien in der Arbeit sind. Dass diese Kriterien jedoch speziell bei der Behandlung von Menschen mit einer Körperbehinderung beachtet werden müssen, konnte nicht festgestellt werden. In dieser Arbeit wird deshalb nicht näher auf sie eingegangen.

4 Auswertungen der Daten der Interviews

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Daten der Interviews präsentiert.

(1) Im ersten Teil wird beschrieben mit welchen Behinderungen die Therapeutinnen und Therapeuten konfrontiert wurden. Dieser Teil bildet die Basis der Aussagen der Auswertung. Er gibt Aufschluss darüber, bei welchen Menschen mit welcher körperlichen Behinderung Konzentrierte Bewegungstherapie angewendet wurde.

(2) Der zweite Teil beschäftigt sich mit den Auswirkungen und Konsequenzen, die eine Behinderung haben kann. Dabei geht es gerade nicht um die Benennung der Behinderung selbst, sondern darum, welchen Folgen sich jemand stellen muss, wenn er mit einer Behinderung lebt, und mit welchen Fragen er sich in Zusammenhang mit der Behinderung auseinandersetzen muss.

Es geht also um die Auswirkungen und um den Umgang mit den Auswirkungen, die nicht direkt die Behinderung sind, aber aus der Behinderung folgen.

Diese Gegebenheiten können Aufschluss darüber geben, was für die Therapie der KBT von Bedeutung sein kann. Das Wissen über Auswirkungen und den Umgang damit kann einen Hinweis auf bestimmte therapeutische Handlungen geben.

Es zeigt auch, womit Therapeutinnen und Therapeuten in der Arbeit mit körperbehinderten Menschen eventuell konfrontiert werden können.

(3) Im dritten Teil werden die inhaltlichen therapeutischen Themen behandelt, die einerseits aus der Realität der Behinderung selbst entstehen, aber auch solche, die in Zusammenhang mit den Konsequenzen aus der Behinderung stehen.

(4) Die zu beantwortende Forschungsfrage, welche Möglichkeiten und Grenzen die Konzentrierte Bewegungstherapie in ihrer Anwendung bei Menschen mit einer körperlichen Behinderung hat, wird in Teil vier behandelt. Er beschäftigt sich mit der Auswertung der konkreten Anwendung der KBT der Interviewteilerinnen und Interviewteiler.

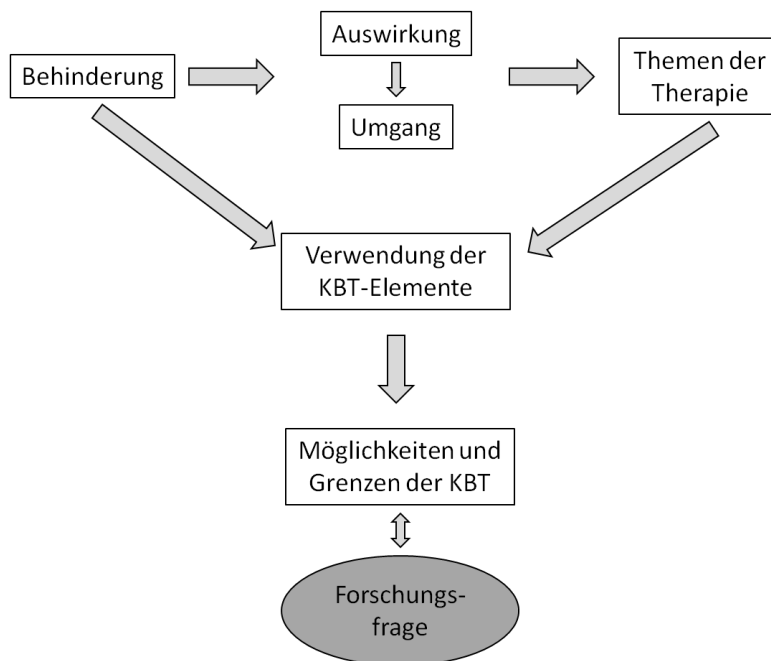


Abbildung 2 Erläuterung zur Auswertung der Interviews

4.1 Kontextkategorie Kategorie 1

In dieser Kategorie wird beschrieben mit welchen Behinderungen die Therapeutinnen und Therapeuten konfrontiert waren und mit wem Konzentrierte Bewegungstherapie angewendet wurde.

Wenn man von körperlicher Behinderung spricht, kann es sich dabei um sehr viele verschiedene Arten von Behinderungen handeln. Auch die Erfahrungen der interviewten Therapeutinnen und Therapeuten lassen erkennen, dass es nicht nur eine Art der körperlichen Behinderung gibt, mit denen Erfahrungen gemacht wurden. Der Begriff der körperlichen Behinderung umfasst also ein breites Spektrum an Beeinträchtigungen.

In dieser Arbeit wird das Thema der geistigen Behinderung nicht behandelt. Es wurde in den Interviews nur Bezug zu den Erfahrungen mit Menschen mit einer körperlichen Behinderung genommen.

Um die Auswirkungen der Behinderung, und den jeweiligen Umgang mit der Behinderung verstehen zu können, wird hier noch unterschieden zu welchem Zeitpunkt die Behinderung eingetreten ist. Das heißt, ab wann lebt der betroffene

Mensch mit der Behinderung und wodurch ist sie entstanden. Eine weitere Differenzierung von Behinderung, die auch das Verstehen für die Problematik mancher behinderter Menschen verbessern kann, ist die Unterscheidung, ob es sich dabei um eine fortschreitende Erkrankung oder um eine bleibende Beeinträchtigung handelt.

In den Interviews wurde auf die von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern mit KBT behandelten Menschen mit den folgenden Behinderungen Bezug genommen:

4.1.1 Behinderungen von Geburt an

- Spastische Lähmung, spastische Bewegungsstörung: durch die Geburt verursachte, nicht fortschreitende, aber bleibende Bewegungsstörung, kann den Gebrauch eines Rollstuhls erfordern und das Sprechen beeinträchtigen. (vgl. De Gruyter 2011)
- Spina bifida: fehlender Zusammenschluss von Wirbelbogenabschnitten, Wirbelspalt. Die Folge kann eine Sensibilitätsstörung sein, es kann zu einer Blasenentleerungsstörung kommen, zu Lähmungen oder Fußdeformitäten. (vgl. De Gruyter 2011)
- Trichterbrust: vermutlich vererbte, oft erst im Kindes- oder Jugendalter auffallende Fehlbildung des Brustbeins und der angrenzenden Rippenknorpel mit Einziehung der Brustoberfläche. (vgl. De Gruyter 2011)

4.1.2 Behinderungen von Geburt an und fortschreitend

- Muskeldystrophie: Veränderung von Muskelgewebe, Muskeldystrophie ist eine Sammelbezeichnung für degenerative Muskelerkrankungen. Kennzeichen einer Muskeldystrophie ist eine fortschreitende Muskelschwäche. Die Erkrankung ist nicht heilbar, ist vererbt und bedeutet in vielen Fällen eine verkürzte Lebensdauer. (vgl. De Gruyter 2011)
- Ascher Syndrom: eine erblich bedingte Kombination von langsam fortschreitender Netzhautdegeneration und bereits früh einsetzender Innenohrschwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit von Geburt an. Sie kann bis zur vollständigen Taubheit und Erblindung führen. (vgl. De Gruyter 2011)

- Hereditäre Neuropathie: Oberbegriff für chronische, fortschreitend verlaufende, vererbte Nervenerkrankungen. Ein wesentliches Merkmal ist die sich ausbreitende Schwäche mit Muskelschwund. (vgl. De Gruyter 2011)

4.1.3 Behinderungen, die im Laufe des Lebens entstanden sind

- Querschnittslähmung: vollständige oder anteilige Schädigung des Rückenmarks mit der Folge von Bewegungseinschränkungen oder Bewegungsunfähigkeit, Sensibilitätsstörungen (völliges Fehlen oder Steigerung der Wahrnehmung von Sinnesreizen, andersartige Wahrnehmung, z.B. dumpf brennende Schmerzwahrnehmung, Störung der Schmerz- oder Temperaturempfindung). (vgl. De Gruyter 2011)
- Hemiplegie nach Schlaganfall: Lähmung einer Körperhälfte (vgl. De Gruyter 2011)
- Amputierter Unterschenkel nach Unfall
- Sehbehinderung, gleichbleibend
- Erblindung
- Hörbehinderung

Außer der jeweiligen Behinderung selbst gab es bei den Menschen, die von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern behandelt wurden, zusätzliche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen, die in der Therapie ebenfalls zum Tragen kamen. Es handelt sich dabei um folgende Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen, die in unterschiedlichen Kombinationen aufgetreten sind:

Persönlichkeitsstörungen, Morbus Crohn, Wanderpupille, Burnout-Syndrom, Depressionen, Angstzustände, Suizidgedanken, Schmerzen.

Die Klärung, inwieweit zwischen der körperlichen Behinderung und der Zusatzerkrankung ein Zusammenhang besteht, hätte den Rahmen der Interviews gesprengt. Der Autorin ist es jedoch wichtig, diese zusätzlichen Beeinträchtigungen zu benennen.

4.2 Konsequenzen aus der Behinderung und der jeweilige Umgang damit

Dieses Kapitel gibt Aufschluss darüber, welche Konsequenzen die unterschiedlichen Behinderungen haben können. Dazu gehören die Auswirkungen einer körperlichen Behinderung auf das Leben eines Menschen, aber auch, wie er damit umgeht. Der Autorin erscheint es wichtig, zur Klärung ihrer Forschungsfrage nicht nur die Behinderung selbst, sondern auch die Aspekte zu beachten, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der körperlichen Einschränkung stehen. Denn auch sie müssen in der Therapie berücksichtigt werden, bzw. sind selbst auch Thema in der Therapie.

4.2.1 Körperliche Entwicklung, Raum Lage Entwicklung

Eine Konsequenz der körperlichen Behinderung ist, dass Kinder, die von Beginn ihres Lebens an behindert sind, dadurch in der normalen körperlichen Entwicklung eingeschränkt sind. Sie können sich nicht alleine umdrehen, lernen nicht zu krabbeln und richten sich nicht von alleine auf. Das Stehen und Gehen kann von ihnen nicht ohne Hilfe erlebt werden. Hier ist die Autonomieentwicklung gemäß Eriksons Phasenmodell (Kapitel 2.3) in Phase zwei betroffen. Durch die begrenzte Bewegungsmöglichkeit kann auch Raum nicht erkundet werden. Sie sind dadurch auch in ihrer Selbstwirksamkeit eingeschränkt. Außerdem haben diese Menschen ein eingeschränktes Raum-Lage-Gefühl. Die Dreidimensionalität des Raumes (Kapitel 2.5.2) kann nicht erfasst werden. Bedingt durch die begrenzte Raumerkundung haben sie manchmal keine Erfahrung etwa über die anderen Stockwerke in dem Haus, in dem sie leben. Es ist bisweilen schwer für sie, sich auf einem größeren Gelände zu orientieren. Hier ist das von Betker beschriebene Erlernen der Bewegung (Kapitel 2.4.2) beeinträchtigt.

„Dann ist auch oft die Orientierung eingeschränkt. Ich mach das dann auch oft so, dass ich sie anleite, sich auch im Raum umzuschauen, zu bemerken, was vielleicht auffällt, da geht es mir dann um die Orientierung im Nahraum, viele haben ja große Orientierungsschwierigkeiten, die muss ich dann auch immer abholen und in meinen Raum holen und wieder zurückbringen ins Klassenzimmer.“ (Expertin 1 2010, 10)

4.2.2 Körperempfindung

Es gibt Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung bestimmte Körperteile oder Regionen nicht empfinden, nicht spüren können.

„Das Körpergefühl und das Raum-Lage-Gefühl sind sehr eingeschränkt.“ (Expertin 1 2010, 10)

Das bewirkt ein eingeschränktes Körpergefühl, Verletzungen sind nicht spürbar und es besteht kein Bezug zu dem nicht spürbaren Körperteil.

Manche Menschen gehen so damit um, dass sie diese nicht spürbaren Körperregionen ablehnen, es zu Vernachlässigung dieser Regionen kommt oder diesen Körperteilen gegenüber Gleichgültigkeit besteht. Wichtig ist dabei, diese Regionen zu integrieren, sie in die Körpererfahrung (Kapitel 2.6.1) einzubeziehen.

4.2.3 Eigenberührung

Eine mögliche Konsequenz aus der Behinderung kann sein, dass die behinderte Person nicht in der Lage ist, sich selbst anzufassen. Dieses Unvermögen besteht aufgrund der Bewegungseinschränkung. Die positive Wirkung der Eigenberührung auf den Selbstwert und auf differenzierte Wahrnehmung (Kapitel 2.6.2) kann sich hier nicht in vollem Umfang entfalten.

Sich selbst nicht zu berühren, kann jedoch auch damit zusammenhängen, dass jemand sich nicht berühren möchte. Menschen, die bestimmte Körperregionen oder Körperteile nicht spüren können, lehnen manchmal den Kontakt oder die Berührung zum eigenen, nicht spürbaren Körperteil ab. Sie vermeiden die Berührung mit der Begründung, dass wenn etwas nicht spürbar ist, es deshalb auch nicht beachtet werden muss.

Es kann auch vorkommen, dass jemand die Körperstelle, die im Laufe des Lebens behindert wurde, nicht berühren möchte.

„Aber sie selber hat den Stumpf nicht einmal berührt, oder eingecremt oder massiert auch wenn er gerade einmal nicht geschmerzt hat.“ (Expertin 4 2010, 3)

Anleitung zur Berührung kann im therapeutischen Prozess (Kapitel 2.6.2) stattfinden.

4.2.4 Pflegebedarf

Körperliche Pflege durch andere Personen ist bei vielen körperlichen Behinderungen eine Notwendigkeit.

Pflegebedürftig zu sein, macht behinderten Menschen oft zu schaffen, sie werten sich deshalb oft selber ab. Sie meinen und glauben, dass sie eine Belastung für andere Menschen sind.

4.2.5 Wohnen

Eine Konsequenz, die aus körperlichen Behinderungen entsteht, ist die Tatsache, dass Wohnungen adaptiert werden müssen. Denn oft haben sie z. B. keinen barrierefreien Zugang oder in der Wohnung oder dem Haus, in dem die behinderte Person lebt, fehlen die zum Wohnen notwendigen Bedingungen. Es ist also nötig, sie umzubauen und so einzurichten, dass die behinderte Person so gut wie möglich zurechtkommt.

Behinderte Menschen leben in unterschiedlichsten Wohnformen: als Kinder sowie auch als Jugendliche und Erwachsene in ihren Ursprungsfamilien. Oder sie wohnen mit Partnerinnen und Partnern und eventuell eigenen Kindern zusammen, oft aber auch alleine. Außerdem gibt es Heime und Wohngemeinschaften, die eine weitere Wohnform darstellen. Die Angst, das gewohnte Wohnumfeld z. B. aufgrund einer fortschreitenden Behinderung verlassen zu müssen, beschäftigt Menschen mit Behinderung und kann Thema in der Therapie sein.

„Die haben eigentlich alle privat gewohnt. Das ist auch so eine große Angst: ‚Ja nicht in einem Heim wohnen müssen! ‚ Das gibt es schon, ein Wohnheim von dieser Institution. Da gibt es zwei solche Heime, das Angebot ist da, das dürften aber eher so Altersheime sein. Das ist auch so eine große Angst, dass man dort hinkommt.“
(Expertin 1 2010, 4)

4.2.6 Behelfe

Eine Konsequenz aus körperlicher Behinderung ist, dass es oft notwendig ist Hilfsmittel in Anspruch zu nehmen. Um etwa kommunizieren zu können, bedarf es unterschiedlicher Hilfsmittel, die sich die behinderte Person beschaffen und in ihren Alltag integrieren muss. Für Menschen, die schlecht hören, gibt es Hörgeräte, leuchtende Telefone oder Türglocken. Für blinde Menschen stehen spezielle Lese-

und Schreibhilfen und der Blindenstock zur Verfügung. Für bessere Mobilität sorgen diverse Hilfsmittel, und außerdem viele individuelle, der jeweiligen Beeinträchtigung entsprechende Behelfe.

Mit den diversen Hilfsmitteln gehen Behinderte unterschiedlich um: Einerseits kämpfen sie oft darum, da sie ihnen den Alltag erleichtern, andererseits bestehen auch große Hemmungen, die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel anzunehmen. Der Grund, sie mitunter nicht zu verwenden, kann sein, dass jemand nicht als behindert deklariert werden möchte. Durch das Hilfsmittel ist die Sichtbarkeit der Hilfsbedürftigkeit aber offensichtlicher. Ein weiteres Motiv, das Hilfsmittel nicht zu verwenden, kann sein, dass man ganz einfach nicht auf Hilfe angewiesen sein, sie auch nicht bekommen möchte.

4.2.7 Schule, Arbeit

Manchmal passiert es, dass eine körperliche Behinderung bei Kleinkindern fehlinterpretiert wird, oder es zu einer Fehleinschätzung der Intelligenz des behinderten Menschen kommt. Dies hat zur Folge, dass normal intelligente Menschen Schulen besuchen, die nicht ihrem Intelligenzniveau entsprechen. „Sie ist intellektuell nicht beeinträchtigt, aber sie ist z. B. auch in die Sonderschule gegangen. Ihre Sorge oder ihre Bewusstheit war immer: ‚Ich bin dumm!‘ Aber sie ist eine sehr intelligente Frau, oder eine vollkommen normal intelligente Frau. Sehr wachsam, sehr differenziert, ich hätte da keine Lernbehinderung feststellen können. Es ist aber klar, dass es nicht leicht ist, sich mit so einer Beeinträchtigung im Schulsystem durchzusetzen, sie hat dann sogar eine Lehre als Einzelhandelskauffrau gemacht.“ (Expertin 5 2010, 2)

Eine im Laufe des Lebens erworbene Behinderung kann Auswirkung auf den Arbeitsplatz haben. Sie kann zu Arbeitsunfähigkeit führen oder aber dazu, dass man sich am alten Arbeitsplatz neu orientieren muss.

Ist eine Behinderung als solche offiziell anerkannt, wirkt sich dies im Allgemeinen positiv aus. Der Arbeitsplatz kann nicht so leicht gekündigt werden. Es gibt Vergünstigungen für Menschen mit Behinderung. Bei den Krankenkassen kann es zu einer Besserstellung kommen. Eine Verschlechterung einer Erkrankung oder Behinderung kann zu einer Erhöhung der Pflegegeldstufe führen.

„Sie hat jetzt die Aussicht auf eine Stelle in dem Integrationsamt. Da ist sie die Vermittlerin zwischen Behinderten, den Angestellten und den Arbeitgebern. Und da hat sie gesagt, sehr erfreut, dass das das erste Mal ist, dass ihre Behinderung ein Vorteil ist.“ (Expertin 4, 2010, 7)

Aus den Interviews wurde klar, dass behinderte Menschen immer wieder darum bemüht sind, nach einem Unfall, der zur Behinderung geführt hat, weiter im Beruf zu bleiben, weiter zu arbeiten.

Behinderte Menschen nehmen mitunter Schwierigkeiten in Kauf und auf sich, um ein Studium erfolgreich abzuschließen. Sie müssen mitunter Geld für sehr teure Hilfsmittel beschaffen, die es ihnen ermöglichen, ihren Alltag besser zu bewältigen. „Die Leute haben alle miteinander eher das große Problem, dass sie kein Geld haben. Das ist ihr großes Thema, dass alles halt auch eine finanzielle Sache ist. Die Studentin, die hat z. B. zwei Jahre lang gekämpft und an verschiedenen Stellen versucht, Mittel zu bekommen. Sie hat dann nach zwei Jahren so ein Sehhilfegerät bekommen.“ (Expertin 2, 2010, 4)

4.2.8 Soziales Umfeld

Die Angehörigen einer behinderten Person sind durch die Behinderung ebenfalls betroffen. Auch für sie hat die Einschränkung der behinderten Person Konsequenzen: Eltern werden damit konfrontiert, statt eines gesunden Kindes ein behindertes Kind großzuziehen. Geschwister können eine vernachlässigte Position im Familienbund einnehmen, oder aber sie werden bevorzugt, was eine andere Dynamik im Zusammenleben auslöst.

Partner und Partnerinnen müssen sich ebenfalls mit der Gegebenheit der Behinderung auseinandersetzen und eine Haltung oder einen Umgang damit finden. Wohnungsadaptionen müssen mitgetragen werden. Alle im Haushalt lebenden Personen sind dadurch auf unterschiedliche Art und Weise von der Behinderung betroffen.

Behinderte Menschen haben oft ein schlechtes Gewissen ihren Angehörigen gegenüber, sie wollen sie schonen, ihnen nicht zu sehr zur Last fallen.

„Es fiel ihr schwer, so mit dem Schmerz zu ihrem Mann zu gehen, weil der dann so schnell Schuldgefühle gekriegt hat. Sie hat auch immer versucht, ihn zu schonen.“
(Expertin 4 2010, 3)

Eine mögliche Reaktion auf Behinderung kann auch Rückzug sein, oftmals wird das Zuhause bleiben dem Besuch öffentlicher Orte vorgezogen.

Behinderte Menschen sind oft einsam und isoliert.

4.2.9 Eingeschränkte Autonomie

Behinderten Menschen ist es oft ein Anliegen Selbstständigkeit zu erlangen oder diese zu erhalten. Den Alltag selbstständig zu erledigen und ein eigenständiges Leben führen zu können, ist sehr wichtig für viele Menschen, die eine Beeinträchtigung haben. Diese Autonomie auch in der Partnerschaft zu behalten, hat ebenfalls eine große Bedeutung.

Hilfe wird nicht gerne benötigt oder in Anspruch genommen. Spenden werden dann gerne genommen, wenn auch selber ein Spendenbeitrag geleistet wurde. Selbst etwas beizutragen und von sich etwas herzugeben, hat einen höheren Stellenwert als etwas anzunehmen.

Behinderte Menschen hoffen oft auf medizinischen Fortschritt, um Erleichterung zu bekommen.

Der Umgang, den behinderte Menschen mit Psychotherapie haben, ist unterschiedlich. Die Behinderung als solche wird für viele nicht als eine Begründung oder Rechtfertigung angesehen, eine Psychotherapie zu machen. Es wurde beschrieben, dass oftmals eine gewisse Skepsis der Psychotherapie gegenüber vorherrscht. Konnte jedoch ein Vertrauensverhältnis hergestellt werden, war die Beteiligung sehr rege und aktiv.

4.2.10 Entwicklung spezieller Ressourcen

Die Auswertung der Daten hat ergeben, dass manche Menschen aufgrund ihrer Behinderung spezielle Fähigkeiten oder Ressourcen entwickeln.

Für blinde Menschen wurden die Hände als große Ressource beschrieben. Sie sind eine wichtige Stütze und werden viel verwendet.

Menschen mit einer Sinnesbeeinträchtigung haben oft eine höher ausgeprägte Wahrnehmungsdifferenzierung. Ihr Tastsinn ist stark ausgeprägt und sie besitzen oft eine sehr gute Orientierung am Körper.

Manchmal wird Sprache als Kompensation der körperlichen Beeinträchtigung sehr geschickt verwendet.

Als Ressource wurde beschrieben, dass viele behinderte Menschen sich neuen Gegebenheiten rasch anpassen und oftmals in der Lage sind, schnell neue Strategien zu entwickeln.

„Das ist meine Beobachtung bei den Muskeldystrophikern, nämlich, dass die das sehr kompensieren, dass die überhaupt sehr gut kompensieren können. Also, sobald eine Fähigkeit verloren geht, finden die eine Lösung und finden da eine andere Möglichkeit.“ (Expertin 1 2010, 6)

4.2.11 Annehmen

Die Tatsache, dass jemand eine Behinderung hat, bedeutet, dass er sich damit beschäftigen muss, sie als Realität anzuerkennen. Eventuelle Veränderungen müssen angenommen werden. Dies wird von verschiedenen betroffenen Personen unterschiedlich bewältigt.

Das Annehmen und Integrieren einer Behinderung kann mit Schwierigkeiten verbunden sein. Das Zugeständnis von Behinderung kann bedeuten, dass man dabei eingesteht, weniger belastbar zu sein als jemand ohne Behinderung. Als schwach gesehen zu werden, bereitet Schwierigkeiten.

Eine einmalige, gleichbleibende Behinderung wird nach den Erfahrungen der Therapeutinnen und Therapeuten besser angenommen und mitunter auch integriert als eine fortschreitende Erkrankung.

Bei fortschreitender Erkrankung ist immer wieder neues Annehmen erforderlich, sie verlangt ständige Anpassung, ein stetiges Einstellen auf veränderte Gegebenheiten. Eine fortschreitende Erkrankung kann massive Einschränkungen zur Folge haben. Es kann zum Nachlassen der Funktionalität der Muskeln und der Organe kommen. Eine Erkältung kann einen Schub bedeuten, der womöglich eine Verschlechterung der Erkrankung mit sich bringt. Dies erfordert Adaption, es muss immer wieder neu erlernt werden, welche Tätigkeiten unter welchen Umständen weiterhin gemacht

werden können. Außerdem verursachen diese Veränderungen große Angst, die im therapeutischen Prozess bearbeitet werden kann.

„Da war das ein großes Thema, bis zuletzt, und auch deshalb, weil es ständig einer Anpassung bedurfte. Das war nicht ein Faktum, mit dem sie sich arrangiert hat, sondern es ist ja immer schlechter geworden. Da war auch immer die Angst davor, da war auch das Spüren und dann der Entschluss: ‚Ich glaube, dass ich wieder zur Untersuchung muss! ‚ Dann hat sie Therapievorschläge bekommen aber eigentlich hat sie in dem Wissen gelebt, dass sie völlig erblinden und ertauben wird. Außer das Hoffen auf medizinischen Fortschritt war da diese Gewissheit.“ (Expertin 5 2010, 3f)

Im normalen Entwicklungsprozess eines Menschen geht es zumindest in der ersten Hälfte des Lebens darum, selbstständig und unabhängig zu werden (Kapitel 2.3, Phasen von Erikson). Eine fortschreitende Behinderung wirkt sich rückläufig aus: Sie bedeutet weniger Selbstständigkeit und manchmal sogar die Abhängigkeit von einer Maschine, die das Weiterleben überhaupt ermöglicht.

„Das ist ja auch oft mit einer Erkältung oder einer Erkrankung verbunden, dann ist wieder so ein deutlicher Schritt in den Abbau zu spüren. Das ist natürlich auch verbunden mit der Erfahrung immer weniger Atem zu bekommen, dann fängt die Beatmung an, also stundenweise, dann nachts, und dann eventuell auch eine Maskenbeatmung oder eben ein Luftröhrenschnitt. Und dann ist das irgendwann eine Abhängigkeit von der Maschine.“ (Expertin 1 2010, 7f)

Menschen, die im Laufe ihres Lebens behindert werden, müssen sich abrupt einer neuen Realität stellen. Sie müssen Gewohntes umlernen, sie müssen sich damit abfinden, dass sie bestimmte Dinge nicht mehr so machen können wie bisher. Sie müssen sich mit einer Bewegungseinschränkung abfinden. Sie müssen sich plötzlich mit anders gelagerten Lebensperspektiven beschäftigen.

Auf unterschiedliche Art und Weise wurde in den Interviews immer wieder erwähnt, dass das Herzeigen einer Behinderung schwerfällt und nicht gerne gemacht wird. Wenn es möglich ist, werden Wege ersonnen, die Behinderung zu verheimlichen oder zu verstecken. Manchmal wird darauf viel Energie verwendet. Um nicht aufzufallen, wird z. B. das Hörgerät dezent hinter dem Ohr versteckt, der Blindenstock zwar in die Handtasche gesteckt, aber nicht benutzt oder das fehlende Bein so gut wie möglich verdeckt. In der Öffentlichkeit als behindert angesehen zu werden, ist für manche Menschen ein Tabu. Behinderte Menschen vermeiden es

bisweilen, den behinderten Körperteil einzusetzen. Sie führen ihre Tätigkeiten dann lieber ohne Zuhilfenahme dieses Körperteils aus. Die KBT hat die Möglichkeit therapeutisch auf das Körperbild (Kapitel 2.6.1) einzuwirken.

„Das ist aber immer so, dass diese Behinderung, etwas ist, wofür sich die Patientinnen und Patienten schämen, wo sie weg schauen wollen, auch schmerzhaft. Und das Besondere ist vielleicht, dass man immer darauf achten muss, das erfahrbar und erfüllbar zu machen. Das sehe ich als eine große Chance. Es geht dann darum, genau mit diesem ungeliebten Teil umzugehen, etwas damit zu machen, um das zu integrieren ins ganz persönliche Körperbild.“ (Expertin 5 2010, 3)

4.3 Inhaltliche Themen der Therapie

Die Auswertung der Daten hat ergeben, dass bei der Arbeit mit Menschen mit einer Körperbehinderung in der Therapie sehr viele unterschiedliche Themen bearbeitet werden. Die Lebensgeschichte wird angesprochen und unterschiedliche Aspekte des Alltags werden bearbeitet. Behindertenspezifische Arbeitsschwerpunkte gibt es nicht, jedoch kann festgestellt werden, dass bestimmte Inhalte der Therapiestunden deshalb behandelt werden, weil die Behinderung oder die Auswirkungen und deren Umgang damit den Anlass dazu geben.

Aus den erhobenen Daten kristallisierten sich folgende Themengebiete heraus:

4.3.1 Unabhängigkeit und Selbstständigkeit

Unabhängigkeit und Selbstständigkeit sind wesentliche Werte, nach denen behinderte Menschen streben oder die sie erhalten wollen. Die Angst davor, sich nicht oder nicht mehr selbst versorgen zu können und in einem Heim wohnen zu müssen, oder nicht mehr selbst bestimmt leben zu können, sitzt tief und ist ein wichtiges Thema bei Menschen mit einer Behinderung. In der Therapie geht es darum, herauszufinden, ob die Angst, Selbstständigkeit zu verlieren, berechtigt ist, und wenn ja, welche Lösungen gefunden werden können, um dann mit dieser Realität zurechtzukommen.

4.3.2 Kraft und Selbstwirksamkeit

Es kann festgestellt werden, dass es ein sehr wesentliches Anliegen von Menschen mit einer Behinderung ist, Kraft zu haben. Sie wollen sie zeigen, die eigene Kraft gut einsetzen, etwas gut können und Potenz zeigen. Das heißt, das Bedürfnis, etwas zu leisten, stark zu sein und womöglich selbst Hilfe anzubieten, ist groß. Das Ziel in der Therapie kann sein, die Selbstwirksamkeit zu fördern und verborgene Fähigkeiten zu entdecken und weiterzuentwickeln und sie nicht aufgrund der Behinderung ruhen zu lassen. Die eingeschränkte Bewegungsmöglichkeit verhindert den Erhalt bzw. den Aufbau von Muskulatur, die das emotionale Erleben von Kraft ermöglicht (Kapitel 2.4.2), was von den behinderten Menschen als Manko erlebt wird und in der Therapie zum Thema wird.

„Es findet ja genau die pubertäre adoleszente Entwicklung statt, Jungs mit 14, 15, 16 müssen ihre körperlichen Kräfte ausprobieren, bringen ihre Aggressionen natürlich auch körperlich zum Ausdruck und auch verbal, also das ist eine ganz normale adoleszente Entwicklung mit der Besonderheit dass die Behinderung einen anderen Weg geht. Die Behinderung macht die Jugendlichen immer schwächer, schwächer und schwächer, dabei wäre eigentlich dran Kräfte messen, Kräfte erproben, rausgehen, sich den Raum erobern, sich mit anderen Jungs kloppen usw. Das wäre halt die adoleszente Entwicklung.“ (Expertin 1 2010, 6)

Etwas durch eigenen Willen bewirken zu können steht ebenfalls in Zusammenhang damit die Kraft der Muskulatur zu erfahren (Kapitel 2.5.6) und sie dosieren zu können. Auch das bringen behinderte Menschen in die Therapie ein.

4.3.3 Selbstwert und Abwertung

Worunter viele behinderte Menschen leiden, und was sie dann auch als Thema in die therapeutische Situation einbringen, ist der eigene Selbstwert. Viele haben Selbstzweifel, meinen nicht zu genügen, fühlen sich minderwertig, weil sie z.B. im Rollstuhl nicht auf der gleichen Augenhöhe mit jemand sind, der aufrecht stehen kann. Dazu kommt, dass behinderte Menschen sich oft gesellschaftlich abgewertet fühlen, sich selbst abwerten und ihre Eltern damit konfrontieren, wieso sie überhaupt geboren sind, weil sie sich so wertlos fühlen. Etwas nicht oder nur teilweise zustande bringen können aufgrund der körperlichen Begrenztheit kann dazu führen, sich weniger wert zu fühlen. In der von Erikson beschriebenen Entwicklungsphase

„Werksinn versus Minderwertigkeitsgefühl“ (Kapitel 2.3) wird darauf Bezug genommen. Diese Selbstwertproblematik wird in den Therapiestunden aufgegriffen und bearbeitet.

4.3.4 Die Behinderung selbst

Die Behinderung selbst beschäftigt alle körperbehinderten Menschen meist stark und sie bringen dieses Thema in die Therapiestunden ein.

Wie schon oben erwähnt, ist es für manche von ihnen wichtig, ihre Behinderung zu verstecken, zu verbergen. Bedürftigkeit zu zeigen, ist ein Tabu. Sie schämen sich oft für ihre Behinderung. Hilfsmittel werden nicht gerne verwendet und ebenso verborgen wie etwa das Fehlen eines Beins.

Thematisiert werden kann auch, ob jemand sich als behindert deklariert und einen Behindertenausweis beantragt, oder ob jemand dies lieber unterlässt. Es verändert sich etwas im Leben eines Menschen mit einer solchen Anschaffung, da es um die Identität geht, ein Thema, das dann in der Therapie angegangen wird.

Außerdem hadern manche behinderte Menschen mit ihrem Schicksal, sind zornig und sehr wütend und beneiden andere um das uneingeschränkte Leben. Auch dies hat Platz in der Therapie.

Manche Menschen leiden unter den Einschränkungen, die ihre Behinderung mit sich bringt. Das Anliegen, damit einen Umgang zu finden, bringen sie ebenfalls in die Therapie ein.

Bei fortschreitender Erkrankung gilt es, einen ständig neuen Umgang mit der Behinderung zu finden. Deshalb wird dies auch immer wieder thematisiert. Dabei geht es auch darum, die Tatsache anzunehmen, dass der Krankheitsverlauf nicht aufzuhalten ist und mit der schlimmsten Befürchtung (völlige Erblindung, Pflege rund um die Uhr, Heimaufenthalt, usw.) enden kann.

Aus all diesen Punkten lässt sich also schließen, dass es auch wichtig ist die Behinderung selbst zu thematisieren, sie soll jedoch nicht das gesamte therapeutische Geschehen in Beschlag nehmen. Wenn es gelingt, durch Selbsterforschung das Selbstbild zu verändern (Kapitel 2.6.1) und dies ins persönliche Körperbild zu integrieren, dann ist viel erreicht.

4.3.5 Ablösung

Ein wesentliches Problem, das immer wieder viel Platz in der Therapie einnimmt, ist die Thematik der Ablösung von den Eltern. Das betrifft oft Kinder und Jugendliche, aber auch noch bei den Eltern wohnende Erwachsene, die auf Hilfe angewiesen sind. Darunter leiden die Kinder und die Jugendlichen, aber auch die Eltern. Der normale Lauf der Dinge ist es, dass Kinder immer selbstständiger werden und schließlich ihr Leben selbst in die Hand nehmen, wie es Erikson in seinen Entwicklungsphasen (Kapitel 2.3.) beschreibt. Ein Behinderter jedoch wird weiterhin Hilfe im Alltag benötigen. Das frustriert Eltern einerseits, andererseits wollen sie gewährleistet haben, dass ihr Kind bestmöglich versorgt wird, und daher die Alltagshilfe und Pflege nicht in fremde Hände legen. Das wiederum bewirkt, dass Kinder an ihr zu Hause gebunden bleiben, obwohl der innerliche Drang sie nach außen streben lässt. Das ergibt ein Konfliktpotenzial, das in der Therapie zum Thema wird. Die oft erforderliche Pflege bewirkt einen erschwerten Ablösungsprozess von den Eltern.

4.3.6 Pflege

Die notwendige Pflege ist ebenfalls oftmals ein Anliegen von Behinderten, mit dem Therapeutinnen und Therapeuten konfrontiert werden.

Pflege bedeutet eine künstlich hergestellte Intimität. Sie ist ein Eindringen in die Intimsphäre eines Menschen. Sie ist jedoch oft notwendig. Sie führt, wenn sie von einer fremden Pflegeperson ausgeführt wird, oft zu Missverständnissen der pflegenden Person gegenüber. Es kann zu einer Vermischung von der Betreuungsbeziehung mit Freundschaft und enger Beziehung kommen, was wiederum Enttäuschung und Kränkung auslösen kann. Die Pflegenotwendigkeit kann außerdem zu einer Erschwernis der Nähe-Distanz-Regulierung führen und Schamgefühle auslösen.

Die notwendige körperliche Pflege stellt oft eine unvermeidbare, inadäquate Nähe her, was sich auf die nicht ideale Entwicklung von Intimität auswirkt. Es kann zu einer verminderten Entwicklung von Empfindung von Intimität kommen oder überhaupt zu einer Verletzung der Intimsphäre. Dies beeinflusst die Entwicklungsphase „Intimität und Distanzierung versus Isolierung“ nach Eriksons (Kapitel 2.3).

Dieses Thema ist sowohl für die Pflegekräfte als auch für die Menschen, die auf sie angewiesen sind, eine Herausforderung.

4.3.7 Sexualität

Sexualität an sich ist ein schwieriges Thema, und mit einem noch größerem Tabu behaftet, als bei Menschen ohne Behinderung. Es kann in der Therapie vorkommen, dass ein Kind oder eine Jugendliche aber auch ältere Menschen aufgeklärt werden müssen. Eltern haben oft eine große Hemmung, dies zu tun. Sie fühlen sich überfordert und haben Angst, Sexualität zu thematisieren. Für die behinderten Menschen selbst ist Sexualität oft ein sehr verunsicherndes und beschämendes Thema, das mitunter weggeschoben wird und sehr eng mit dem Selbstwert in Zusammenhang steht.

4.3.8 Schule, Arbeit

Angelegenheiten, die die Schule, den Beruf oder die Arbeit betreffen, verlangen in der Therapie auch nach Aufmerksamkeit. So können etwa die Beschaffenheit der Räumlichkeiten der Schule oder des Arbeitsplatzes thematisiert werden, aber auch Auseinandersetzungen, die aufgrund der Behinderung in der Schule oder am Arbeitsplatz stattfinden. Es kann um Neuorientierung im Job gehen, wenn jemand z.B. nach einem Unfall an seine alte Stelle zurückkehrt. Fehlende Wertschätzung, Kränkung und Scham stehen oft in Zusammenhang mit dieser Thematik.

4.3.9 Finanzielle Sicherheit

Die Frage nach der finanziellen Sicherheit ist ein wesentlicher Faktor, der behinderte Menschen beschäftigt, und von ihnen angesprochen wird. Die Berufswahl, ein Studium oder die Weiterführung der ursprünglichen Arbeit, sind wichtige Entscheidungen, die wohlüberlegt getroffen werden müssen.

Die Gespräche können sich auch darum drehen, für eine außergewöhnliche und teure Anschaffung, die nicht leistbar ist, kämpfen zu müssen, oder sich die Erlaubnis zu geben, sich etwas Ungewöhnliches zu gönnen, das mit teurem Aufwand verbunden ist.

Darüber, mit wenig Geld auskommen zu müssen und darunter zu leiden, wird auch oft geredet.

4.3.10 Psychoedukation in Zusammenhang mit Schmerzen

Behinderung kann mit psychischen Leidenszuständen und Schmerzen verbunden sein. Darauf, wie damit umgegangen werden kann und wie ein besseres Verständnis für sich selbst zu erreichen ist, wurde in den Therapiestunden eingegangen.

4.3.11 Soziale Kontakte, Beziehungen

Therapeuten und Therapeutinnen erfahren auch viel über Probleme, aber auch freudige Ereignisse oder Erfolgserlebnisse, die sich aus dem Zusammenleben und sonstigen sozialen Kontakten ergeben haben.

Konflikte zwischen Eltern und Kindern, so zeigt sich, entstehen oft im Zusammenhang mit der Behinderung: Das eigene Leben als nicht lebenswert einzustufen, weil die Belastung spürbar ist, die die Behinderung mit sich bringt, kann zu massiven Vorwürfen den Eltern gegenüber führen.

„Ich habe da jetzt ein Mädchen, die sagt zu ihrer Mutter: ‚Ja dann hättest du mich halt abgetrieben!‘ Das betrifft die Mutter sehr. Aber wo sie vielleicht schon auch was Wahres trifft. Das ist eine, die gerade voll in der pubertären Ablösung ist und genau diesen Punkt auch trifft. ‚Warum hast du mich geboren so wie ich bin?‘“ (Expertin 1 2010, 19)

Aus der Auswertung kann geschlossen werden, dass es, wie im Kapitel 4.3.5 bereits beschrieben, zu massiven Problemen in Zusammenhang mit Ablösung von den Eltern oder auch Großeltern kommen kann.

Gleichzeitig thematisieren in der Therapie aber auch schon erwachsene Menschen, die im Laufe ihres Lebens eine körperliche Einschränkung bekommen haben, dass sie sich mehr Unterstützung von den Eltern wünschen, oder mehr Anerkennung.

Neid Geschwistern gegenüber wird ebenfalls angesprochen.

Gedanken machen sich Behinderte auch darüber, wie das Zusammenleben mit Partnerinnen und Partnern gestaltet wird. Manchmal sind Schuldgefühle vorhanden, sowohl gegenüber der nicht behinderten Partnerin oder dem nicht behinderten Partner, aber auch von Seiten der Partnerinnen und Partner in Bezug auf den behinderten Menschen.

Es kommt mitunter zu Scheidungen aufgrund einer Körperbehinderung, was sehr kränkend sein kann. Es kann aber auch Thema sein, dass ein Behinderter es wieder gewagt hat, sich einer neuen Beziehung zu stellen.

Den eigenen Kindern gegenüber haben Menschen mit einer Körperbehinderung ebenfalls oft Schuldgefühle. Da geht es mitunter auch darum, die eigenen Kinder nicht, oder nicht mehr so gut versorgen zu können, was mit einem schlechten Gewissen verbunden sein kann.

Wie die Verwandten oder Freundinnen und Freunde mit der Körperbehinderung umgehen, ist ebenfalls ein wichtiges Anliegen. Wenn die Behinderung tabuisiert wird, oder eventuelle Fortschritte nicht gesehen werden, kann das zu großen Kränkungen führen, die dann in der Therapie besprochen werden.

Mitunter ziehen sich Menschen mit einer Körperbehinderung wegen ihrer Behinderung zurück. Das kann unterschiedliche Gründe haben: Oftmals schämen sie sich oder es fehlt der Antrieb oder sie fallen in eine Depression.

Der Wunsch nach Kontakt ist groß, bei gleichzeitigen Kontaktschwierigkeiten.

„Ja, also die Selbstwertproblematik, ist ein ganz großes Thema, auch Depression, Traurigkeit, sich selber abwerten. Es gibt auch Schwierigkeiten mit dem Kontakt. Es gibt einen großen Kontaktwunsch, aber wenige Fertigkeiten im Kontakt aufnehmen.“
(Expertin 1 2010, 9)

4.3.12 Emotionen

In diesem Kapitel werden nun die Gefühle, die in den Therapiestunden zum Ausdruck gebracht wurden, zusammengefasst dargestellt.

Im Zusammenhang mit Behinderung treten oft viele Ängste auf. Angst, den gesellschaftlichen Normen nicht zu genügen, Angst vor der Reaktion der Umwelt auf die Behinderung, Angst vor Gefahren, Angst vor Verschlechterung der Behinderung, Angst wertlos zu sein, und auch Todesangst.

„Also, das ist schon immer wieder die Verzweiflung. Und natürlich sind da auch die Todesängste. Die kommen auch immer dann, wenn die Krankheit einen Schritt weiter geht.“ (Expertin 1 2010, 7)

Behinderte Menschen fühlen sich manchmal einem besonders hohen Druck ausgesetzt, was vermehrten Stress bedeutet. Sie haben diesen Druck, weil sie auf Grund des Mangels, den sie bei sich empfinden, besonders darum bemüht sind, alles richtig machen zu müssen.

Der Mangel an Perfektheit bewirkt einen besonders hohen Leistungsdruck und führt dazu, dass die behinderte Person sich wegen ihrer Einschränkungen schämt.

Oft fehlt es an Wertschätzung und Wohlwollen, was zu Kränkung führen kann. Behinderte Menschen fühlen sich oft aufgrund ihrer Behinderung wertlos. Sie haben einen geringen Selbstwert. Sie zweifeln an sich, meinen Fehler zu machen und sind davon überzeugt, dass sie wegen ihrer Beeinträchtigung nicht liebenswert sind. Das Gefühl der Ohnmacht kann sich einstellen, wenn ein behinderter Mensch seine Aufmerksamkeit darauf richtet, dass es keine Perspektive für eine Veränderung oder positive Entwicklung gibt, weil die körperliche Beeinträchtigung zementiert ist. Mitunter hadern Menschen mit einer Behinderung mit dem Schicksal. Sie sind zornig über die Gegebenheiten. Sie werten mitunter nicht nur sich selbst ab, sondern auch ihre Umgebung.

„Er ist verbal sehr geschickt, und er teilt eben verbal aus, weil er körperlich nicht mehr austeilen kann. Da gab es also Konflikte in der Schule, und in der Wohngruppe, weil er also ganz schön unverschämt war.“ (Expertin 1 2010, 6)

Depressionen und Suizidgedanken können ebenso eine Folge einer körperlichen Behinderung sein.

Menschen haben auf Grund ihrer körperlichen Beeinträchtigung mit Schmerzen zu kämpfen.

Jedoch muss es nicht bedeuten, dass jemand mit Behinderung sich notwendigerweise auch schwach fühlen muss. Behinderte Menschen können sich auch als sehr kraftvoll und energiegeladen sehen.

4.3.13 Körperbild

Einer Interviewpartnerin war in ihrer Arbeit die Beschäftigung mit dem Körperbild sehr wichtig. Sie hat erwartet, dass die Klientin, die sie in der Therapie behandelt hat und die auch im Laufe ihres Lebens mit einer Körperbehinderung konfrontiert war, immer wieder mit ihrem Körperbild beschäftigt sein würde.

Sie war davon überzeugt, dass das unumgänglich ist, wenn jemand mit einer massiven, traumatischen Veränderung des Körpers konfrontiert wird.

Mit Erstaunen hat die Therapeutin nun festgestellt, dass sie in dem therapeutischen Prozess, den sie mit ihrer Klientin hatte, das Körperbild nie hat legen lassen.

Nachdem sie den therapeutischen Prozess beendet und die Therapie gut abgeschlossen hatte, stellte sie in der Reflexion darüber fest, dass die Beschäftigung mit dem Körperbild für diese Frau noch zu früh gewesen wäre. Es hat also für die

Therapeutin gepasst, dass diese spezielle Arbeit in der KBT bei ihr nicht stattgefunden hat. Sie war sich jedoch auch sicher, dass die Körperbildarbeit zu einem späteren Zeitpunkt bei dieser Klientin Thema werden würde.

Der Autorin ist diese Begebenheit zu erwähnen wichtig, weil die Körperbildarbeit ein so wesentlicher Baustein der KBT ist. Er wurde zwar in diesem speziellen Fall nicht angewendet, dies erlaubt aber gleichzeitig die Aussage, dass es keine vorher festgelegten Themen oder Schwerpunkte in einer KBT-Therapie gibt.

Genauso wenig, wie es keine festgelegten Themen oder Schwerpunkte gibt, die eine körperliche Behinderung mit sich bringt. Man kann aufgrund der Tatsache einer körperlichen Behinderung oder einer speziellen Behinderung keinen „Themenkatalog“ abarbeiten.

Wie im Kapitel 2.4.4 und 4.4.2 beschrieben, ist das Phänomen der Ausgangspunkt der therapeutischen Arbeit. Aus den Daten kann geschlossen werden, dass auch alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner das Phänomen als ihren Ausgangspunkt nehmen. Die körperliche Behinderung wird dabei gesehen und mit ins Erscheinungsbild genommen.

4.4 Verwendete KBT-Elemente

Die Auswertung dieser Kategorie ergibt, welche Elemente der KBT bei Menschen, die eine Behinderung haben, angewendet werden. Bei den Vorüberlegungen der Autorin wurde die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass es Teilaspekte der KBT geben kann, die nicht oder nur schwer anwendbar sind, oder solche Elemente, die besonders bedeutungsvoll in der Anwendung sind. Die Auswertung der Daten hat ergeben, dass KBT in durchaus umfassender Weise bei Menschen mit einer Behinderung angewendet wird und auch gut anwendbar ist.

Eine Grenze für bestimmte KBT-Angebote kann jedoch sehr wohl körperlich bedingt sein. Das Angebot selber muss dann adaptiert bzw. so angeboten werden, dass der damit geplante therapeutische Zweck, der Sinn des Angebots, beibehalten und erfüllt wird. Jedoch bedeutet das nicht, dass das Angebot überhaupt nicht in irgendeiner Form angewendet werden kann und in weiterer Folge womöglich die KBT als Therapiemethode ausgeschlossen werden muss. Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner haben zumindest Alternativen zu einem Angebot gefunden und konnten KBT so weiterhin anwenden.

Ein Grund, wieso eine körperbehinderte Person nicht mit KBT behandelt werden kann, sind die eventuell nicht behindertengerechten Praxisräume der Therapeutin oder des Therapeuten. Das lässt sich aber ändern, wenn die Räume adaptiert werden.

Für die KBT bzw. das therapeutische Setting selber sind allerdings auch Rahmenbedingungen zu beachten.

Aus den Daten geht hervor, dass ein wesentlicher Faktor die Zeit sein kann. Eine Interviewpartnerin hat z. B. beschrieben, dass ihre Klientinnen und Klienten sehr oft viel zu früh in die Therapiestunde kommen, weil sie mit einem Fahrdienst gebracht werden, der nur in einem bestimmten Zeitrahmen zur Verfügung steht. Jemanden, der nicht so gut hören kann, muss möglicherweise öfter gesagt werden, was die nächste Intervention ist. Ein blinder Mensch braucht eine längere Vorinformation, was z. B. die Beschaffenheit des Raumes betrifft, als jemand, der sich mit seinem Sehsinn gleich selbst einen Überblick verschaffen kann.

Wichtig erscheint außerdem auch die Beachtung der Behinderung selbst. Sie muss als Realität und Tatsache ernst genommen werden. Sie muss gesehen und auch als solche benannt und deklariert werden. Würde man das nicht beachten, bestünde ansonsten einerseits die Gefahr der Selbstüberschätzung der Klientin oder des Klienten oder die der Tabuisierung der Behinderung. Wird die Behinderung als Gegebenheit angenommen, schafft das Klarheit. Es kann damit auch auf die Besonderheit der Bedürfnisse, die durch die Behinderung entstehen, eingegangen und Bedingungen geschaffen werden, die das Ankommen in der Therapie besser gewährleisten. Wichtig ist es, den Ressourcen des behinderten Menschen Raum zu geben. Gleichzeitig ist aber auch der Anteil der Behinderung angemessen zu würdigen.

Die Möglichkeiten der Klientin oder des Klienten müssen von der Therapeutin oder dem Therapeuten richtig eingeschätzt werden. Es ist wichtig, eine Offenheit für veränderte Gegebenheiten zu bekommen.

In der Folge wird nun dargestellt, was die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner tatsächlich mit ihren Klientinnen und Klienten angewendet haben. Mögliche Schwierigkeiten oder Grenzen, die in Zusammenhang mit der körperlichen Behinderung des behinderten Menschen aufgetaucht sind, werden hier beschrieben. Auch die Art und Weise wie die Therapeutinnen und Therapeuten damit

umgegangen sind und welche Lösungen sie für diese Grenzen gefunden haben, werden vorgestellt.

4.4.1 Das Setting

Die Interviewpartnerinnen haben Erfahrungen sowohl im Einzelsetting, als auch im Gruppensetting. Die Mehrzahl der Klientinnen und Klienten wurden von ihnen jedoch im Einzelsetting behandelt. Das lag einerseits daran, dass es Bedarf an Einzeltherapie gab und andererseits daran, dass Gruppen, die ursprünglich angeboten wurden, sich auf lange Sicht aufgelöst haben und die Therapie von den übrig gebliebenen als Einzeltherapie genutzt wurde. Im Einzelsetting konnten sich die Klientinnen und Klienten besser auf die Therapie einlassen, weil der Rahmen geschützter war.

„Die wissen, wenn sie dann mit jemanden in der Gruppe sitzen, dass sie dann intime Dinge erfahren, oder, dass sie Details von sich erzählen, und wissen aber, dass sie womöglich zehn Jahre später noch mit dem anderen einen Ausflug machen oder sich auf Weihnachtsfeiern oder sonst wo treffen. Deshalb hat für viele das Gruppensetting nicht gepasst. Die kommen dann lieber Einzeln.“ (Expertin 2 2010, 5)

4.4.2 Das Phänomen

Das Phänomen, das heißt das Erscheinungsbild eines Menschen, wird als Ausgangspunkt für therapeutisches Handeln angesehen und verwendet, wie dies im Kapitel 2.4.4 beschrieben wird. Hier kann festgestellt werden, dass dies sowohl in der Behandlung von Menschen mit einer körperlichen Behinderung als auch in der Behandlung von Menschen geschieht, die ohne Beeinträchtigung leben.

„Ja und für mich war das dann gut im Kontakt zu bleiben, sie dabei anzuschauen, auch zu sagen, was ich wahrnehme, dass das ja ganz glatt ist, dass der Stumpf relativ klein und schmal ist. Dann hat sie auch gesagt, dass der auch schmaler wird, dass der sich auch verändert. Damit ging es mir dann auch wieder besser, ich bin am Phänomen geblieben, und im Kontakt, dadurch dass ich ihr gesagt habe, was ich wahrnehme, und das war für mich gut, und ich hoffe auch für sie.“ (Expertin 4 2010, 4)

4.4.3 Der Boden

Der Boden ist auch in der Arbeit mit behinderten Menschen ein zentraler Arbeitsplatz. Auch hier wird er als Bezugspunkt (Kapitel 2.5.7) für die Körperwahrnehmung herangezogen. Die Füße am Boden bemerken, die Erfahrung des Liegens am Boden für jemanden, der ansonsten im Rollstuhl sitzt, Vertrauen zum Boden gewinnen bei jemanden, der nicht oder nur sehr schlecht sehen kann, den Bodenkontakt bemerken, und ihn als tragenden Grund (Kapitel 2.5.7) erkennen, sich vom Boden aus orientieren, sind Angebote, die angewendet werden.

Jedoch ergibt sich hier das Problem bei Menschen, die den Boden noch nie spüren konnten, die ihn auch jetzt nicht spüren können, die ihn nicht als Widerstand wahrnehmen können (Kapitel 2.5.7), die nicht stehen können, das Gewicht nicht bemerken können, nicht differenzieren können, wie sie das Gewicht verlagern oder den Boden oder eben die Füße unterschiedlich wahrnehmen.

4.4.4 Stehen und Gehen

Stehen und Gehen sind zwei zentrale Angebote in der KBT (Kapitel 2.5.4 und 2.5.5). Hier kann festgestellt werden, dass durch Erlangung von Sicherheit des eigenen Stehens und Gehens, mehr Sicherheit im Alltag entstanden ist. Eine Klientin konnte sich im eigenen Gehen (Kapitel 2.5.5) besser kennenlernen und dabei mehr Sicherheit für sich gewinnen.

„Sie hatte eine große Unsicherheit beim Gehen, z.B. beim Busaussteigen. Da habe ich ganz viel am Boden mit ihr gearbeitet und sehr viel am Stand, auch Gehen und auf die Schwerkraft und auf die Orientierung vertrauen, das Vertrauen, das sie vom Boden hat und über die Schwerkraft erlebt.“ (Expertin 5 2010, 6)

Dies ist ein Angebot, das bei Menschen mit Sinnesbeeinträchtigung so angewendet wird, wie auch bei Menschen ohne Körperbehinderung. Bei Menschen, die nicht gehen können, fällt dieses Angebot in der Form weg. Hier ist noch darauf hinzuweisen, dass das Nicht-Stehen-können oder Nicht-Gehen-können auch bedeutet, dass das Erleben des vollständigen Sich-Aufrichten-Könnens (Kapitel 2.5.3) für diese Menschen nicht möglich ist.

Eine Besonderheit ergibt sich, wenn jemand nur ein Bein hat. Dann sind Stehen und Gehen sehr wohl Angebote, die zum Zuge kommen und sogar besonders wichtig sind, um herauszufinden, wie die Person, die das betrifft, es macht und damit umgeht.

„Wenn man dann z. B. sagt: ‚Na, dann gehen sie einmal!‘ Ja, da hab ich sie auch gefragt, wie sie das dann jetzt spürt, wie ist denn der Unterschied mit dem Fuß, mit dem eigenen Fuß im Unterschied zur Prothese: ‚Wo geht es leichter?‘ oder ‚Wo und wie nehmen Sie die wahr?‘ So was, das ist natürlich auch eine Besonderheit.“
(Expertin 4 2010, 5)

4.4.5 Körperwahrnehmung

Die Auswertung der Daten hat ergeben, dass Körperwahrnehmungsarbeit in der Form angewendet wird, wie auch bei Menschen ohne Behinderung: Es werden einzelne Körperregionen wie die Schulter, oder das Schulterblatt oder der Rücken hervorgehoben und auf unterschiedliche Weise wahrgenommen. Die Extremitäten, der Kopf, der Rumpf, überall wird, wie auch sonst, zur Körperwahrnehmung angeregt und angeleitet. Damit kann die Festigkeit des Körpers bemerkt, Körpergrenzen deutlich gemacht (Kapitel 2.5.6) und die vorhandene Kraft erfahren werden. Hier muss allerdings wieder auf zwei Aspekte hingewiesen werden, bei denen die körperliche Behinderung einschränkend wirkt: Kann jemand bestimmte Körperregionen oder Körperstellen nicht spüren, weil das für die Person aufgrund der Behinderung nicht möglich ist, muss die Körperwahrnehmung auf die Regionen beschränkt werden, die spürbar sind. Es gilt dann einen Umgang damit zu finden, die Existenz der nicht spürbaren Regionen zu beachten und sie ins eigene Körperbild (Kapitel 2.6.1) zu integrieren.

„Da liegt meistens eine Querschnittslähmung oder mindestens eine inkomplette Querschnittslähmung vor. Da ist es so: Die Füße sind denen wurscht, also, wenn die irgendwo anstoßen und eine Wunde haben an den Füßen, dann spüren sie das nicht, dass sie Druckstellen haben. Und die haben ganz wenig Verbindung mit ihrem gelähmten Körper. Das wollen die auch nicht. Das ist ausgeblendet. Mit den anderen ist es schon auch möglich, z. B. auch einmal den Atem wahrzunehmen, da die Hand

draufzulegen, zu fragen, wo man sich gut spürt, also solche Angebote mache ich schon.“ (Expertin 1 2010, 11)

Bei Menschen, die sich nur eingeschränkt selber bewegen können und deshalb bestimmte Körperregionen, die sie selber zwar spüren können aber nicht selbst berühren können, ist es nicht möglich oder nur eingeschränkt möglich, Eigenberührung anzubieten. Das bedeutet, dass Eigenberührung als Erfahrung nicht möglich ist, jedoch Fremdbberührung durch eine andere Person oder durch Gegenstände sehr wohl, wie dies auch im Kapitel 2.5.6. dargestellt wird.

„Da war ein Mädchen, dem habe ich gesagt, dass ich ihm einmal mit dem Ball den Rücken abrolle. Und das fand die so klasse! Das habe ich gemacht, das war eine Tetraspastikerin, und ich habe dann versucht, ihr auch einmal so einen Tennisball in die Hände zu geben, damit sie das auch einmal selber machen kann, das war dann aber auch sehr schwierig und auch sehr frustrierend. Aber das fand sie total schön, diesen Schulter-Nacken-Bereich, den habe ich ihr dann immer wieder abgerollt, und auch die Arme runter, also es war möglich, ihr von mir aus diese Körpererfahrung anzubieten. Aber das kann sie selber nicht machen.“ (Expertin 1 2010, 12)

Wie es sich anfühlt, sich anzulehnen oder Rücken an Rücken mit jemanden zu sein und dies als Stütze zu empfinden, ist wiederum etwas, was als Angebot bei allen angewendet werden kann, den Umständen entsprechend jedoch adaptiert werden muss.

Das Gefühl, wenn jemand zu nahe kommt, und wie es möglich werden kann, Nähe und Distanz selbst zu regulieren (Kapitel 2.5.6), kann ebenfalls gut angewendet werden.

Manchmal ist Körperwahrnehmung auch angstbesetzt, dies muss jedoch nicht mit der körperlichen Behinderung in Zusammenhang stehen.

4.4.6 Wahrnehmungsdifferenzierung

Wahrnehmungsdifferenzierung wird angewendet und ist auch wesentlicher Bestandteil in der Arbeit bei Menschen mit Behinderung.

Unterschiede zwischen links und rechts bemerken, den Unterschied bemerken zwischen gehoben werden und liegen, den Unterschied bemerken, wie es ist von einem Gegenstand berührt zu werden oder gar nicht berührt zu werden, Temperaturunterschiede bemerken, den Unterschied bemerken zwischen am Boden sitzen und im Rollstuhl sitzen und den Unterschied von weich und hart bemerken. All dies wird angewendet, bei Menschen mit einer Sinnesbeeinträchtigung, bei Menschen mit einer Bewegungs- und Mobilitätseinschränkung, bei allen, die sich selbst ganz gut spüren können und bei solchen Menschen, die sich nur teilweise körperlich spüren können. Wahrnehmungsdifferenzierung wird uneingeschränkt angewendet. Die Wahrnehmung eröffnet den Zugang zu den Emotionen (Kapitel 2.4.3) und ermöglicht die Arbeit an aktuellen und in der Vergangenheit liegenden Themen.

4.4.7 Über die gesunde Seite Kontakt zur kranken Seite bekommen

„Ich habe ein Kind behandelt, das war damals vier Jahre alt, mit einer Hemiplegie. Dieses Kind hat sich ursprünglich geweigert Therapie zu machen. Es ist mir dann auch klar geworden, warum es sich geweigert hat. In der Physiotherapie ist ständig mit der schwachen Seite gearbeitet worden. Der Junge war so empfindlich, er wollte nicht mehr angelangt werden und gar nichts mehr machen, dann ist sie mit dem kleinen Kerl zu mir gekommen, der hatte einen richtigen Charme, der war so nett, mein Herz war gleich ganz offen. Ich hatte ja keine Ahnung von Physiotherapie und habe überlegt, wie ich es anstellen soll, dass er seine beiden Seiten kennenlernen kann. Seine beiden Seiten im wahrsten Sinn des Wortes. Und dazu muss er einmal seine sogenannte starke Seite kennenlernen. Ich habe mit ihm dann sehr viele kleine Raufspiele gemacht. Sehr viele Spiele und da konnte er mir immer zeigen wie stark er auf der rechten Seite war. Und während ich immer so mit ihm gerauft habe, habe ich immer die linke Seite mit einbezogen, immer wieder die linke Seite mit einbezogen. Und danach war es selbstverständlich, dass er mit der linken Seite genauso reagiert und geantwortet hat, wie mit der rechten Seite. Ich habe es jetzt ‚Raufspiel‘ genannt. Es war ein Körperdialog, den ich mit ihm gemacht habe. Wir sind am Boden gesessen, haben uns herumgezogen, gerupft und gezupft, gekitzelt und herausgefordert. Und der hat das gerne gemacht, und die Abneigung gegenüber seiner linken Seite schien weg zu sein. Die linke Seite war einfach da. Über die

gesunde Seite zur anderen Seite gelangen, so, wie Elsa Gindler das auch gelehrt hat. Und nicht mit Übungen, sondern im Kontakt, im Dialog.“ (Expertin 3 2010, 2)

Hier wird der Ansatz der KBT getroffen: Es geht um die Stärkung der gesunden Anteile, dem Kennenlernen der starken Seite, um Aktivierung von Ressourcen um Betonung von stärkenden Elementen. Es geht darum, über die gesunde Seite im Dialog zur kranken Seite zu gelangen. Es wird betont, wie etwas, das ursprünglich schwer oder gar nicht realisierbar ist, womöglich trotzdem gehen kann, vielleicht über Umwege, vielleicht über andere Ressourcen.

4.4.8 Berührung

Die Auswertung der Daten hat ergeben, dass es unterschiedliche Erfahrungen mit Berührung geben kann. Es kann festgestellt werden, dass Berührung als KBT-Element angewendet wird. Menschen, die auf körperliche Pflege angewiesen sind, sind es gewohnt, berührt zu werden, allerdings nicht im therapeutischen Sinn. Sie haben mitunter negative, ihre Intimsphäre nicht beachtende Erfahrungen gemacht. Diese schließen es zunächst einmal aus oder machen es zumindest schwierig, im therapeutischen Setting zu berühren. Es ist aber nicht unmöglich, denn dadurch kann auch eine andere, neue, positive Erfahrung gemacht werden. Wie in Kapitel 2.6.2 dargestellt, werden in der therapeutischen Arbeit durch Berührung (körperlich oder mit Blicken) Spuren hinterlassen, die neue Beziehungserfahrungen ermöglichen. Bei Partnerangeboten, die Berührung von Gruppenmitgliedern beinhalten, muss bei übergriffigem Verhalten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer regulierend eingegriffen werden, die Fähigkeit, sich selbst abgrenzen zu lernen vermittelt werden. Sich selbstbestimmt aus der Berührung oder einem zu nahen Kontakt lösen zu können bedeutet einen Schritt in die Autonomie (Kapitel 2.6.2).

Erfahrung wurde auch damit gemacht, dass jemand, der sich selbst nicht berühren konnte, die Fremdberührung der Therapeutin durchaus als angenehm und als eine Bereicherung erlebte. Berührung kann eben nicht nur als Eigenberührung wirken, sondern kann von anderen Personen durchgeführt werden oder mit Hilfe von Gegenständen (Kapitel 2.6.2) stattfinden.

Berührung kann beruhigend aber auch beängstigend wirken. Sie verändert den Spannungszustand im Körper, führt zu einer Entspannung oder Verspannung. Wichtig ist es, jeweils entsprechend darauf zu reagieren.

Als eine Besonderheit in der Arbeit mit behinderten Menschen wurde die Berührung der behinderten Körperstelle selbst beschrieben. Dies hat in einer Therapeutin viel ausgelöst, war auch mit Überwindung und Aufgeregtheit verbunden. Letztlich wurde es jedoch als ein großer Beitrag empfunden, der zur Vertiefung der therapeutischen Beziehung geführt und den Verlauf der Therapie beeinflusst hat. Mit der äußeren Berührung konnte auch eine innere Berührung ausgelöst werden. Die körperliche Berührung hat eine emotionale Berührung (Kapitel 2.6.2) bewirkt. Es ist Vertrauen entstanden, was dazu beigetragen hat, dass weitere Themen gut bearbeitet und Widerstände überwunden werden konnten.

Oftmals wünschen sich behinderte Menschen Nähe und Berührung. Gleichzeitig besteht aber die Ambivalenz zwischen Wunsch und Sehnsucht nach Nähe und Angst davor. Berührung ist eine Form von Nähe und Kontakt (Kapitel 2.6.2) und wirkt deshalb möglicherweise auch beängstigend, weil damit Erfahrungen erinnert werden, die mit negativen Gefühlen verbunden werden.

4.4.9 Der Atem

Die bewusste Atmung wird genutzt, um Bewegungen am Körper zu bemerken. Der Atem kann als Ressource wahrgenommen werden, die Bewegungen, die er im Körper auslöst, können mit Berührung begleitet werden und somit zu Wahrnehmungsdifferenzierung beitragen.

So, wie Wahrnehmungsdifferenzierung kann und wird auch die Atmung uneingeschränkt in der Behandlung von Menschen mit Behinderung genutzt und angewendet.

4.4.10 Bewegung

Die zentrale Einschränkung der körperlichen Behinderung ist die, dass Menschen, die mit einer körperlichen Behinderung leben, sich nicht uneingeschränkt bewegen können. Auf einen Rollstuhl angewiesene Menschen sind davon genauso betroffen, wie solche mit einer Sinnesbeeinträchtigung oder amputierten Gliedmaßen. Die Auswertung der Daten hat ergeben, dass die Therapeutinnen und Therapeuten

unterschiedlichste Ideen entwickelt haben, Bewegung trotzdem zu ermöglichen. Neue Spielregeln wurden erfunden und Spiele adaptiert.

Sinnesbeeinträchtigungen können dazu führen, dass jemand sich zwar von seiner körperlichen Konstitution her auch schneller oder langsamer bewegen könnte, jedoch aufgrund einer Sinnesbeeinträchtigung unsichere Bewegungen vollführt. Gehen üben, mit einem Stab umgehen lernen und damit Gehen üben oder den Kontakt zum Boden sichern, wie im Kapitel 2.5.7. auch ausgeführt wird, wurden mit den Klientinnen und Klienten gemacht.

„Ich habe gemerkt, dass das z. B. ein großes Manko war, dass die Leute ihr eigenes Tempo nicht leben dürfen. Also manchmal sind die Leute innerlich so beschleunigt, und können aber nie laufen, springen oder schnell gehen, müssen immer vorsichtig sein, müssen immer aufpassen. Das ist auch als großes Thema aufgetaucht, dass sie ja eigentlich nur ganz selten die Möglichkeit haben, die Geschwindigkeit auszuagieren. Das habe ich in neue Angebote umgesetzt: Ich habe z. B. ein Angebot entwickelt, da habe ich ihnen ein großes Packpapier, sehr groß auf den Boden gelegt, und dazu einen Kuli zur Verfügung gestellt. Die Spielregel war die: Sie sollten ihr inneres Tempo nach außen bringen, indem sie den Kuli über das Packpapier bewegen, ohne diesen abzusetzen. Sie sollten da bleiben und ihr inneres Tempo nach außen bringen. Das war fulminant! Eine Frau hat dabei geweint, war ganz erleichtert, dass so was endlich möglich war. Ein anderer Mann hat gesagt, er hätte sich vorgestellt, dass er endlich über eine Wiese rennt. Er wäre ganz unbeschwert und bewege sich. Das war für die wie eine Erlösung, das Innen und das Außen einmal zusammen zu bringen.“ (Expertin 2 2010, 7)

Sehr vermisst hat eine Patientin, sich so unbeschwert bewegen zu können wie sie das vor dem Erwerb der Behinderung konnte. Bewegung drückt Lebensfreude aus (Kapitel 2.4.2) und in der therapeutischen Behandlung wurde all das ausprobiert, was noch gut an Bewegung möglich war, das heißt, die noch vorhandenen Ressourcen wurden in den Vordergrund gestellt und aktiviert.

4.4.11 Kraft

Im Kapitel 2.4.2 wird die Bedeutung der Bewegung, der damit verbundenen Kraft und Kompetenz beschrieben. Genauso wird im Kapitel 2.5.6, in dem es um die Selbsterfahrung geht, auf Kraft und Selbstwirksamkeit durch die eigene Kraft hingewiesen. Hier wird nun erläutert, welche Möglichkeiten die Therapeutinnen und Therapeuten nutzen, um ihren Klientinnen und Klienten die Erfahrung der eigenen Kraft zu ermöglichen.

Aus der Auswertung der Daten ergibt sich, dass um Kraft zu spüren, Seile genutzt sowie Bälle aller Größen und Varianten geprellt werden. Vermittelt werden sollte, wie es sich anfühlt, seine Kräfte zu messen, Kraft einzusetzen, und die Art und Weise ihrer Dosierung. Bei Menschen, die im Rollstuhl sitzen und deren Kraft aufgrund einer fortschreitenden Krankheit immer weniger wird, ist dabei Kreativität in der Angebotsanwendung erforderlich. Hilfreich kann sein, erschwerende Bedingungen für die Therapeutin oder den Therapeuten zu bestimmen, oder die Spielregeln so zu verändern, dass das Spiel, bei dem es um Kraft geht, trotzdem gespielt werden kann.

„Also, ich hab z. B. viele Stunden mit dem Jungen mit der Muskeldystrophie, Ball gespielt, das hat er sich gewünscht. Der saß also im E Rollstuhl, war also sehr bewegungseingeschränkt. Die erste ¼ Stunde musste ich im Tor stehen, er hat geschossen, und wir haben uns alle möglichen Behinderungen für mich einfallen lassen, so dass es für mich schwer ist. Also, wenn das für mich zu einfach war, dann musste das Tor verkleinert werden, oder ich durfte nur auf einem Bein stehen. Das hat dem riesigen Spaß gemacht! Das hat der sich immer wieder gewünscht, und hat sich total gefreut, wenn er ein Tor geschossen hat. Also, wenn er mich überlistet hat, sozusagen. Er konnte also kaum diesen Tennisball hochheben, das war von der Handfunktion schon sehr eingeschränkt. Der sitzt im E Rollstuhl, er hat vor sich ein Brett, ich habe ihm den Ball quasi auf sein Tischchen gelegt, und dann hat er mit der einen Hand den Arm ein bisschen in die Höhe gehoben und dann eigentlich fallen gelassen, dem Ball eine Richtung gegeben, und es ging dann auch immer besser, er hat dann ganz gute Techniken entwickelt, das dann mit der anderen Hand abzustützen, so, dass der Ball dann auch höher kam, also mehr Schwung gekriegt hat. Also es ist dann eigentlich darum gegangen: Wie kann Ball spielen oder Tore werfen trotz meiner Behinderung gehen?“ (Expertin 1, 2010, 5)

4.4.12 Angebote zum Umgang mit Emotionen

Die Auswertung der Interviews ließ auch erkennen, dass der Umgang mit Emotionen ein zentraler Punkt ist und dazu Angebote zur Verfügung gestellt wurden.

Dazu gehörte, in Ruhe und Anwesenheit der Therapeutin oder des Therapeuten bewusst wahrzunehmen, welche Emotionen gerade gespürt wurden und sie in Begleitung zuzulassen und auszuhalten. In aufmerksamer Anwesenheit der Therapeutin oder des Therapeuten konnte das, was war, gewährt und dann Strategien entwickelt werden, die einen weiteren Umgang damit erleichtern sollten. Emotionen können durch bewusstes Wahrnehmen in den Hintergrund treten, und dadurch nicht mehr so bestimmend wirken. Sich in bewusster Aufmerksamkeit dem eigenen Körper zuwenden kann bedeuten, die Fähigkeit zu erlangen, die Realität zu akzeptieren und sich ihr gewachsen zu fühlen (Kapitel 2.4.1).

Dieses Angebot kann uneingeschränkt bei allen körperbehinderten Menschen angewendet werden.

Einer möglichen Wut Ausdruck zu verleihen und dabei z. B. Betttücher zu zerreißen oder einen kraftvollen Umgang mit Bällen zu haben, ist wiederum für Menschen, die dazu nicht die nötige Kraft oder Feinmotorik haben, nicht möglich.

Eine Interviewpartnerin hat beschrieben, dass ein Klient sich verbal besonders gut und geschickt ausdrücken konnte. Er hat damit offenbar seine körperliche Einschränkung gut kompensiert. Schwierigkeiten hat dies ergeben, als er verbal ausfällig wurde. Es musste nun ein Weg gefunden werden, wie er einerseits seinem Zorn Ausdruck verleihen und gleichzeitig auch sozial verträglichen Umgang pflegen konnte. Er selbst hatte außer der verbalen Strategie auch noch die Möglichkeit mit dem Elektro-Rollstuhl mit hohem Tempo durch den Park, oder mit hohem Tempo mit dem Rollstuhl gegen die Wand oder den Tisch zu fahren, was ihm beides Erleichterung verschafft hat. Folgende Lösungen wurden nun gefunden: Die Therapeutin hat ihn dazu motiviert, am Elektro-Rollstuhl-Hockey, das von der Einrichtung angeboten wurde, teilzunehmen. Außerdem wurden die Therapiestunden auch genutzt, um über seinen Umgang mit dem Zorn zu sprechen und darüber, was ihn sonst noch bewegt hat.

„Wenn jemand dann nur noch die Hand heben kann, dann kannst du nur mehr am Joystick irgendwelche Computer Gewalt Spiele machen. Der Computer ist ein Segen! Da können die ganz schön viel ausleben auch an Macht. Aber die Aggression ist natürlich, also der Ausdruck von Emotion ist eingeschränkt, und meine Hypothese ist, ich kann das gar nicht so belegen, aber durch das, dass die Muskeln, die ja abgebaut werden, ist auch der Ausdruck von Emotionen schwieriger. Weil Emotion über Motion läuft, also über die Bewegung.“ (Expertin 1 2010, 7)

4.4.13 Das Sprechen in der KBT

Wenn es möglich ist mit jemanden zu sprechen und die Person sprechen kann, wird gesprochen. Das Sprechen und auch die Reflexion über die Sprache sind ein wichtiger Bestandteil der KBT und werden auch bei Menschen mit einer Behinderung angewendet. Piaget (Kapitel 2.2) hat die Bezogenheit von Denken und Sprechen aufeinander beschrieben, im Kapitel 2.4.7 wird betont, dass Verbalisierung wichtig ist, um sich dessen, was wahrgenommen wird, auch bewusst zu werden.

Schwierigkeiten können sich ergeben, wenn jemand aufgrund der Behinderung nur sehr schwer verständlich spricht oder so schlecht hören kann, dass das Gesprochene deshalb nicht verstanden wird. Beides erschwert die Anwendung der KBT erheblich.

Einen Dialog zu halten, mit Lauten in Kombination mit Bewegungen, ist eine Möglichkeit, dieser Erschwernis entgegenzutreten.

Die Stimme zu verwenden, sie lauter und leiser werden zu lassen, Laute in allen Höhen und Tiefen und Varianten tönen zu lassen, ist etwas, was bei allen Menschen, die Laute von sich geben können, angewendet werden kann.

Mit dem Stab auf den Boden aufklopfen und gleichzeitig einer Aussage oder einem Wort mehr Gewicht zu verleihen, ist ein Angebot, das angewendet werden kann, wenn jemand in der Lage ist, den Stab zu halten.

4.4.14 Gegenstände

Aus der Auswertung der Daten geht auch hervor, dass alle Gegenstände und Materialien, die Bestandteil der KBT sind, in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung ebenso angewendet werden wie bei Menschen ohne Behinderung.

Auch bei ihnen eignen sich Bälle, Stäbe, Seile, Decken, Kissen, Sandsäcke, Tücher, Steine, Kugeln, Murmeln, Muscheln, Figuren, Natur- und sonstige Materialien. Genauso, wie im Kapitel 2.4.8 beschrieben, werden sie unter den verschiedenen therapeutischen Aspekten genutzt.

Die Einschränkung, die gemacht wurde, war die Anwendung der Stäbe bei Rollstuhlfahrern, die eine fortschreitende Erkrankung hatten. Hier war die Größe hinderlich und sogar gefährlich.

Als besonders wertvoll hervorgehoben wurde das Angebot, den Stab quer auf dem Kopf zu balancieren, vor allem für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen. Diese versetzte das Angebot in Erstaunen und es bereitete ihnen große Freude: Zum einen, weil sie den Stab überhaupt balancieren konnten, aber auch, weil sie dabei nicht mit den anderen Gruppenteilnehmerinnen und Gruppenteilnehmern zusammenstießen, während sie damit im Raum herumgingen.

Der Stab wurde außerdem als Ersatz für den Blindenstock angewendet, um den Umgang damit zu zeigen sowie zu üben.

Jemanden in Decken wickeln und sich selbst befreien lassen, jemanden in einer Decke gewickelt schaukeln, sich ins Seil oder die Decke fallen lassen, und dabei Gewicht abgeben: All dies sind weitere Angebote mit Gegenständen, die in der Arbeit mit körperbehinderten Menschen gemacht werden. Dabei muss jedoch natürlich auch auf die körperliche Grenze geachtet werden.

4.4.15 Gestaltungen und Symbolarbeit

Gegenstände und Materialien werden aber ebenso für Gestaltungen und für die Symbolarbeit (Kapitel 2.4.6) verwendet: Skulpturen oder Szenen aus der Erlebniswelt der letzten Zeit werden gelegt, ein Gegenstand für sich selbst wird ausgesucht, Klinikaufenthalte werden dargestellt und Krafttiere und Figuren werden zum Ausdruck von Emotionen oder inneren Anteilen verwendet. Das Körperbild kann gelegt werden, und das Verhältnis zu bestimmten Personen kann mit Hilfe der Materialien dargestellt werden.

Blinde Menschen und solche mit einer Sinnesbeeinträchtigung wählen Materialien und Gegenstände aus, indem sie sie ertasten. Das tun Menschen, die sehen können, nicht. Darin ist ein Unterschied in der Anwendung zu sehen, jedoch kein Ausschlussgrund für die Anwendung.

4.4.16 Schreiben, Malen und Arbeit mit Ton

Etwas aufschreiben, malen oder einen Gegenstand aus Ton formen – all das ist in der Arbeit mit Menschen mit einer Körperbehinderung ebenso möglich wie bei Menschen ohne Beeinträchtigung.

Für jemanden der aufgrund der körperlichen Behinderung keinen Stift halten kann oder für jemanden der nicht sehen kann müssen andere Möglichkeiten gefunden werden, um das, was ausgedrückt werden soll zu gestalten.

Eine besondere Bedeutung wurde in einem der Interviews einer aus Ton geformten Figur beigemessen, die auch als Kraftgegenstand diente und als Übergangsobjekt auch im Alltag außerhalb des therapeutischen Settings gewirkt hat.

4.4.17 Systemische Arbeit

Ein wesentlicher Anteil in der Arbeit mit körperlich Behinderten nimmt das Rollenspiel ein. Dialoge werden geübt. Das Brett, das dem behinderten Menschen im Rollstuhl als Tisch dient, wird zur Bühne. Darstellungen werden betrachtet und von unterschiedlichen Perspektiven angesehen. Systeme werden aufgestellt und unterschiedliche Abstände zu diesen Systemen ausprobiert. All das kann gut angewendet werden und wird es auch sehr gerne.

4.4.18 Interaktive Arbeit

Interaktives Arbeiten ist wesentlich in der KBT, auch mit körperbehinderten Menschen. Sich den Rücken mit dem Ball abrollen lassen, sich eine Kugel zurollen, Fußball spielen, möglicherweise mit veränderten Bedingungen für die Therapeutin oder den Therapeuten, miteinander in Kontakt treten, miteinander sprechen, über einen Gegenstand miteinander kommunizieren, gemeinsam ein Aufklärungsbuch anschauen oder über Aufzuklärendes sprechen, miteinander Spaß haben und gemeinsam am Boden liegen: All das kann gut mit allen Menschen gemacht werden, die eine körperliche Beeinträchtigung haben.

4.4.19 Imaginationen

Die Auswertungen haben ergeben, dass imaginatives Arbeiten einen wichtigen Bestandteil in der KBT-Arbeit mit Körperbehinderten darstellt. Körperreisen werden gerne angeboten. Positive Imaginationen können als Kraftquelle wahrgenommen

werden. Durch imaginatives Arbeiten kann Entspannung herbeigeführt werden. Und Imaginationen können als vorbereitende Unterstützung für kritische Ereignisse, wie Klinikaufenthalte angeboten werden.

4.4.20 Übertragung, Gegenübertragung und Körperresonanz

In der Arbeit mit Körperbehinderten haben die Expertinnen und Experten auch Übertragung, Gegenübertragung und Körperresonanz beschrieben, die mit zum Arbeitsgebiet der KBT gehören.

Übertragungsphänomene zu erkennen und darüber zu reflektieren (Kapitel 2.4.9) wurde von den Expertinnen und Experten als ein wesentlicher Bestandteil ihrer Arbeit angesehen.

Benannt und bemerkt wurden Gefühle wie Ohnmacht, Abwertung, Aggression, Genervtheit und Ungeduld. Hadern mit dem Schicksal, Scham und Trauer wurden ebenso wahrgenommen wie Freude und Stolz.

Körperresonanz wurde von den Therapeuten und Therapeutinnen ebenfalls registriert. Sie hat sich mitunter ausgedrückt als eigene Einschränkung in der Lebendigkeit und Beweglichkeit.

„Also diese ganzen Themen kommen natürlich schon an und die bemerke ich ganz oft in der Gegenübertragung. Und es ist nicht so einfach das anzusprechen, oder jetzt sag ich einmal, dass ich das äußerst schwierig finde. Also ich bin da oft auch Container, nehme sehr viel auf, und muss dann irgendwie schauen, wie ich es wieder los werde.“ (Expertin 1 2010, 19)

Außerdem konnte in der Körperübertragung auch Ekel festgestellt werden.

„Ja, das passt, ich muss es gestehen, es ist mir ein bisschen peinlich, aber ich hatte auch einen gewissen Ekel. Das habe ich schon gespürt.“ (Expertin 4 2010, 4)

Durch das Eingestehen dieser Gefühle kann gut nachvollzogen werden, wie es behinderten Menschen gehen kann und auch geht.

4.5 Zusammenfassung: Möglichkeiten und Grenzen

Die Forschungsfrage welche Möglichkeiten und Grenzen die KBT in der Anwendung bei Menschen mit körperlicher Behinderung hat, lässt sich nun zusammengefasst wie folgt beantworten:

Die KBT bietet ein breites Spektrum an Möglichkeiten, um mit Menschen mit einer körperlichen Behinderung zu arbeiten.

Aus der Vielfalt der therapeutischen Handlungsinstrumente der KBT können viele Teilbereiche uneingeschränkt angewendet werden. Das Setting kann so gewählt werden, wie es der Person entspricht (Kapitel 4.4.1). Ausgangspunkt des therapeutischen Handelns ist immer das Phänomen (Kapitel 4.4.2). Von dort aus lässt sich die ganze Bandbreite der praktischen Anwendungen der KBT nutzen: So kann sowohl interaktiv (Kapitel 4.4.18) als auch systemisch (Kapitel 4.4.17) gearbeitet werden oder angeregt werden über die gesunde Seite Kontakt zur kranken Seite zu bekommen (Kapitel 4.4.7), die Atmung kann wahrgenommen und mit ihr gearbeitet werden (Kapitel 4.4.9). Gestaltungen können gelegt werden und die Symbolisierung kann zum Tragen kommen (Kapitel 4.4.15). Es gibt eine Vielfalt an Möglichkeiten mit Emotionen umgehen zu lernen (Kapitel 4.4.12), die eigene Kraft kann gespürt oder gemessen werden (Kapitel 4.4.11). Man kann Angebote zur Wahrnehmungsdifferenzierung machen (Kapitel 4.4.6), ebenso wie zur Arbeit mit Bewegung, die auch dazu beitragen kann, die individuelle Bewegungsmöglichkeit auszuloten (Kapitel 4.4.10). Imaginationen können in der Behandlung eingesetzt werden (Kapitel 4.4.19) und Berührung kann stattfinden (Kapitel 4.4.8). Übertragung, Gegenübertragung und Körperresonanz stehen uneingeschränkt als Diagnostik- und Reflexionsmittel zur Verfügung (Kapitel 4.4.20).

Meine Frage nach den Grenzen der KBT und ihren Anwendungsmöglichkeiten bei Menschen mit Behinderung lässt sich wie folgt beantworten: Es gibt sie und sie beziehen sich vor allem auf die Arbeit am Boden (Kapitel 4.4.3), betreffen das Aufrichten, Gehen und Stehen (Kapitel 4.4.4) und zum Teil Gegenstände, die ungeeignet für manche Menschen sind (Kapitel 4.4.14). Auch Körperwahrnehmungsangebote sind mit Einschränkungen verbunden (Kapitel 4.4.5), ebenso wenn es ums Schreiben, Malen und Tonarbeit geht (Kapitel 4.4.16). Können Klienten nicht sprechen oder hören ergeben sich weitere Hindernisse (Kapitel 4.4.13).

All diese Einschränkungen bedeuten jedoch nicht, dass KBT bei körperbehinderten Menschen gar nicht anwendbar ist. Es heißt nur, dass diese bestimmten Teilaspekte oder Anwendungsmöglichkeiten angepasst oder auf eine andere Art angeboten werden müssen. Und davon profitieren nicht nur die Klienten und Klientinnen. Auch die Therapeuten und Therapeutinnen gewinnen ganz neue, sie selbst überraschende Einsichten durch die Abwandlung ihrer Angebote, die von den körperbehinderten Menschen vorgegebenen, ganz individuellen Grenzen bestimmt wird.

Literaturverzeichnis

Achatz-Petz Gudrun (2005): Die Entstehung und Entwicklung der Konzentrativen Bewegungstherapie, Vortrag zur Erlangung des Lehrtherapeutenstatus im ÖAKBT. Salzburg: persönliches Script.

Bayerl Barbara, Möller Christine (2006): Körperliche Selbsterfahrung. In: Schmidt Evelyn (2006) (Hg.), 82-85.

Becker Hans (2001, zweite Auflage): Konzentrative Bewegungstherapie, Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozeß. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Betker Waltraut (2006): Bewegung und Ausdruck. In: Schmidt Evelyn (2006) (Hg.), 71-79.

Carl Anemone (2006): Entwicklungstheoretische Modelle. In: Schmidt Evelyn (2006) (Hg.), 27-40.

Cserny Sylvia (1989): Das Leib – Seele Problem, Entwicklungspsychologische Grundlagen für eine körperorientierte Psychotherapie am Beispiel der Konzentrativen Bewegungstherapie. Salzburg: Selbstverlag.

Cserny Sylvia, Tempfli Ulrike (1999): Die Wirkung von Körperinterventionen auf das psychische Geschehen und dessen Veränderung. In: Cserny Sylvia, Paluselli Christa (2006) (Hg.), 11-30.

Cserny Sylvia (2006): Zur Entwicklung und Geschichte der KBT. In: Cserny Sylvia, Paluselli Christa (2006) (Hg.): 31-65.

Cserny Sylvia (2006): Grundwissen. In: Cserny Sylvia, Paluselli Christa (2006) (Hg.) 67-157.

Cserny Sylvia, Paluselli Christa (2006) (Hg.): Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens, Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Gräff Christine (2008 vierte Auflage): Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.

Eulenpesch Brigitte (2006): Gegenstände. In: Schmidt Evelyn, (2006) (Hg.), 86-89.

Herold Reinhard, Weiß Heinz (2008): Übertragung. In: Mertens Wolfgang, Waldvogel Bruno (2008, dritte überarbeitete und erweiterte Auflage) (Hg.), Seite 799-811.

Hochgerner Markus (2000): Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). In: Stumm Gerhard, Pritz Alfred (2000) (Hg.), 370-371.

Hochgerner Markus (2007): Die Verwendung von Gegenständen in der Psychotherapie Erwachsener, Masterthese zur Erlangung des Titels MSc Psychotherapie, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau Universität Krems.

Löchel Elfriede (2008): Symbol, Symbolisierung. In: Mertens Wolfgang, Waldvogel Bruno (2008, dritte überarbeitete und erweiterte Auflage) (Hg.), Seite 733-737.

Mayring Philipp (2002 fünfte, überarbeitete und neu ausgestattete Auflage): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring Philipp (2010 elfte, aktualisierte und überarbeitete Auflage): Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mertens Wolfgang, Waldvogel Bruno (2008, dritte überarbeitete und erweiterte Auflage) (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer

Meyer Joachim Ernst (1961): Konzentrierte Entspannungsübungen nach Elsa Gindler und ihre Grundlagen. In: Stolze Helmuth (1989, zweite ergänzte Auflage) (Hg.), 50-59.

Österreichisches Bundesbehinderteneinstellungsgesetz § 3

Österreichisches Bundesbehindertengleichstellungsgesetz § 3

Pernstich Karin (2005): Berührung als Wirkfaktor in der (Wieder-) Aneignung von Selbst und Welt, ein Therapieprozess mit Konzentrativer Bewegungstherapie, Zulassungsarbeit zur Lehrbeauftragung im ÖAKBT. Eppan: Eigenverlag.

Pokorny Veronika, Hochgerner Markus, Cserny Sylvia (2001, zweite überarbeitete und erweiterte Auflage): Konzentrativ Bewegungstherapie, von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Rudolf Gerd (2005, zweiter unveränderter Nachdruck): Strukturbezogene Psychotherapie, Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart New York: Schattauer.

Schmidt Evelyn (2006) (Hg.): Lehrbuch Konzentrativ Bewegungstherapie, Grundlagen und klinische Anwendung. Stuttgart: Schattauer.

Schmidt Evelyn (2006): Zur Bedeutung des Körperbildes. In: Schmidt Evelyn, (2006) (Hg.), 3-20.

Schwarze Renate (2006): Berührung. In: Schmidt Evelyn, (2006) (Hg.), 99-105.

Schwarze Renate (2006): Einzeltherapie. In: Schmidt Evelyn, (2006) (Hg.), Seite 109-137.

Stolze Helmuth (1972): Selbsterfahrung und Bewegung. In: Stolze Helmuth (1989, zweite ergänzte Auflage) (Hg.), 71-85.

Stolze Helmuth (1989, zweite ergänzte Auflage) (Hg.): Die Konzentrativ Bewegungstherapie, Grundlagen und Erfahrungen. Berlin: Springer Verlag.

Stumm Gerhard, Pritz Alfred (2000) (Hg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Frankfurt: Zweitausendeins.

Wöller Wolfgang, Kruse Johannes (2009, zweite überarbeitete und erweiterte Auflage, zweiter Nachdruck): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer.

Internetquellen

De Gruyter Pschyrembel online (2011): Klinisches Wörterbuch online.
<http://www.degruyter.de/cont/fb/me/pschyrembel/online.cfm>

Abbildungsverzeichnis

Nummer	Seite
Abbildung 1: Gestaltkreis des Begreifens (Stolze 1972, 73)	14
Abbildung 2: Erläuterung zur Auswertung der Interviews	48

Anhang

Im Anhang befindet sich der Interviewleitfaden, im Buchrücken der gebundenen Masterthese eine CD mit den transkribierten, anonymisierten Interviews.

Interviewleitfaden/Fragen

Allgemeine Fragen zur Person und Erfahrung der Therapeutin oder des Therapeuten:

Wie viele Jahre haben Sie Berufserfahrung als KBT Therapeutin, KBT Therapeut?

Mit Patientinnen oder Patienten mit Behinderung?

In welchem Bereich haben sie gearbeitet? Institution oder ambulant?

Im Einzelsetting/Gruppensetting?

Allgemeine Fragen zur Person des behinderten Menschen:

Mit welchen Behinderungen hatten Sie es zu tun? Behinderung seit Geburt? Unfall?

Mit welchem Alter? Wie?

Welche Auswirkungen der Behinderung gab es im Lebensvollzug der PatientInnen?
(Rollstuhl, wie mobil?, Sprache, Verpflegung: körperliche Pflege und
Essensaufnahme, besondere soziale Faktoren?, besondere technische
Hilfsmittel?,.....)

Fragen zur KBT mit Menschen mit Behinderung:

Gibt es Besonderheiten bei der Arbeit mit PatientInnen mit Behinderung?

Was ist das Besondere an der therapeutischen Beziehung mit diesen Patientinnen oder Patienten?

Gab es besondere Arbeitsschwerpunkte/ Themen in diesen Behandlungen?

Haben Sie eine mögliche Auswirkung der Behinderung auf den Ausdruck der Emotionen bemerkt?

Was haben Sie als Behinderung im Verhalten erlebt?

Gab es aufgrund der Behinderung besondere Verhaltensweisen?

Was war hilfreich, was war besonders erfolgreich bei der Arbeit mit Menschen mit Behinderung? Arbeit am Körper? Arbeit mit Gegenständen? Interaktives Arbeiten? Arbeit mit Körper und Bewegung? Was noch?

Was muss Ihrer Meinung nach in der Behandlung bei Menschen mit Behinderung auf jeden Fall getan werden?

Gibt es etwas, das auf gar keinen Fall getan werden darf?

Gab es Auswirkungen der Behinderung, die sich im Kontakt zur Therapeutin widerspiegelt haben?

Was würde man gerne tun? Was geht nicht? Wo sind Grenzen?

Wodurch unterscheidet sich die Arbeit mit Menschen mit Behinderung von der mit Menschen ohne Behinderung?

Was machen Sie immer mit Behinderten, was Sie mit Nicht behinderten Menschen nicht machen?

Fragen zur Person der Therapeutin, des Therapeuten:

Welche Resonanz konnten Sie bei sich feststellen? Gab es besondere Körperresonanzen? Gab es besondere Gegenübertragungsgefühle?

Gab es besondere Tabus? Was hat Freude gemacht? Was war leicht?