

# **1 Herkunft und Entwicklung der Konzentrativen Bewegungstherapie**

*Silvia Schüller Galambos*

Die gesamte Geschichte eines Psychotherapieverfahrens auf wenigen Seiten darzustellen, ist ein unmögliches Unterfangen. Deshalb kann an dieser Stelle nur der Versuch unternommen werden, die wichtigsten Kristallisationspunkte zu benennen und die spezifischen Besonderheiten in der Entwicklung der KBT herauszuarbeiten. Sich mit der eigenen Geschichte zu beschäftigen, ist ein wichtiger Teil jedes therapeutischen Prozesses, denn dadurch kann deutlich gemacht werden, woher man kommt und wie man geworden ist, wer man heute ist. Analog dazu ist das Zurückkehren zu den Ausgangspunkten einer Therapiemethode eine essenzielle Bewegungsrichtung, um aus der Kraft der Vergangenheit besser zu verstehen, was sich heute zeigt, und um fruchtbare Wege in die Zukunft zu entwickeln.

Im Gegensatz zu einigen anderen psychotherapeutischen Schulen, steht am Beginn der KBT nicht eine einzelne charismatische Gründungspersönlichkeit. Mehrere Personen und Gruppen haben im dialogischen Mitseinander eine ganzheitliche Methode entwickelt, wie Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen in Wachstums- und Heilungsprozessen begleitet werden können.

## **1.1 Die körpertherapeutischen Wurzeln**

Von Elsa Gindler (1885–1961) gibt es nur einen einzigen gedruckten Artikel aus dem Jahr 1926, in dem sie ihre Arbeitsweise darlegt, und doch ist sie die inspirierende Persönlichkeit, die am Beginn vieler heute etablierter

körper- und psychotherapeutischer Verfahren steht. Sie selbst lehnte es ausdrücklich ab, eine eigene *Schule* oder Richtung zu begründen, und sie wollte auch kein therapeutisches Verfahren entwickeln. Ihr Anliegen war es, eine Suchende und eine Forschende zu sein, die sich in Gemeinschaft mit anderen erfahrbereit dem Leben zuwendet. In Berlin richtete sie ein Atelier ein, das sie ihr *Laboratorium* nannte. Sie arbeitete dort, bis zu dessen Zerstörung im Zweiten Weltkrieg, vor allem in Gruppen. Gemeinsam mit Heinrich Jacoby bot sie auch immer wieder Intensivkurse über zwei und mehr Wochen an (von Arps-Aubert, 2012). Für ihre Art zu Arbeiten stellte Gindler klar: »Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht nicht der menschliche Körper, sondern der Mensch. Der Mensch als Ganzes in all seinen Beziehungsmöglichkeiten zu sich, zu seinem Körper, zu seinem Leben und zu seiner Umwelt« (Ludwig, 2002, S. 125). Es waren vor allem Frauen, Schülerinnen von Gindler, die diese Art mit Menschen zu arbeiten, weiterentwickelten und in alle Welt trugen, so zum Beispiel Laura Perls, Charlotte Selver, Lily Ehrenfried, Ruth Cohn, Clare Fenichl, Gertrud Heller (Geuter, 2006).

## 1.2 Die tiefenpsychologischen Wurzeln

Die Psychoanalyse war nach der Ära der nationalsozialistischen Herrschaft auch in Europa wieder salonfähig geworden und erlebte einen beeindruckenden Aufschwung. Viele leitende Ärzt\*innen in Psychiatrischen, Neurologischen oder Psychosomatischen Kliniken verfügten über eine Ausbildung oder zumindest Erfahrungen mit dieser Methode. Die Psychoanalyse war zu dieser Zeit schon lange keine einheitliche Lehre mehr, verschiedene Zugänge und Methoden hatten zur Bildung zahlreicher Schulen geführt, die ein sehr unterschiedliches Verständnis vom Menschen und den therapeutischen Interventionen hatten.

Ursula Kost, Ärztin, Psychoanalytikerin und KBT-Therapeutin der ersten Stunde meinte dazu:

[...] ich möchte [...] anschließen, dass wir uns seit vielen Jahren nicht als analytisch fundiert, sondern als tiefenpsychologisch fundiert bezeichnen [...] Denn das Menschenbild in der Analyse ist doch sehr anders als unser Menschenbild. Dort wird das Kranke im Menschen in den Mittelpunkt gestellt, während wir von den Stärken und noch unentdeckten Ressourcen des Menschen sprechen. (Ach-atz-Petz, 2008, S. 79)

Hans Becker, Psychiater und Psychoanalytiker, verband die Erfahrungen aus der KBT-Praxis mit einem tiefenpsychologischen Grundkonzept. Er bezog sich dabei vor allem auf die entwicklungspsychologischen Modelle von Erik Erikson und Margret Mahler, auf deren Grundlage er sowohl die Entstehung als auch die Behandlung von psychischen Erkrankungen beschrieb (Becker, 1981).

## 1.3 Übergänge und Verbindungen

Gertrud Heller (1892–1984) war eine Schülerin Gindlers, die in der nationalsozialistischen Zeit nach Schottland geflohen war. Am Crichton Royal Hospital for Nervous and Mental Disorders arbeitete sie mit Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen und fand Wege, wie sie die *Gindlerarbeit* gerade auch für diese Personengruppe adaptieren konnte. In Ermangelung einer besseren Bezeichnung bot sie sogenannte *Entspannungsklassen* an. Durch die Wahrnehmungs- und Spürarbeit konnte bei zahlreichen Patient\*innen eine Verbesserung des Gesamtzustandes erreicht werden. Dazu schrieb sie:

Spontanität des Ausdrucks und der Bewegung ist gegeben, wenn inneres Wahrnehmen und nervale Reaktion wirklich gleichzeitig und zweckmäßig erfolgen; Seele und Körper sind dann eins, sind fähig die Bedeutung ihrer Erfahrung wahrzunehmen und abzuwägen. Diese unmittelbare Verbindung zwischen unserem Bewußtsein und unserer Sinneserfahrung gibt uns ein Gefühl von Sicherheit und körperlich-geistigem Wohlbefinden. (Heller, 1984, S. 244)

Somit war es Heller gelungen die wahrnehmende, spürende Erfahrungsarbeit in das Behandlungskonzept von Menschen mit psychischen Er-

krankungen zu integrieren. Helmuth Stolze begegnete ihr 1953 zum ersten Mal und war fasziniert von ihrer Arbeit (Achatz-Petz, 2008), denn als junger Facharzt für Neurologie war er auf der Suche nach neuen Behandlungsmethoden. Bei Heller lernte Stolze in Selbsterfahrung die neue Behandlungsmethode kennen und führte sie als Gruppentherapie in der Psychiatrischen Klinik in München ein. Er sprach zunächst, in Ermangelung einer geeigneten Bezeichnung für die neue Arbeitsweise, vom »Hellen« (Achatz-Petz, 2008, S. 211).

## 1.4    **Inspirierende Anfänge**

Einen wichtigen Impuls setzte Helmuth Stolze im Jahr 1958 auf den Lindauer Psychotherapiwochen, als er die Konzentrativen Bewegungstherapie als neues Körperpsychotherapeutisches Verfahren einem damals vor allem ärztlichen Publikum vorstellte. Mit Gertrud Heller, Christine Gräff, Lucie Lenz und Miriam Goldberg wurden in den folgenden Jahren Praxis- und Theorieseminare angeboten, die regen Zuspruch erfuhren. Diese erste Zeit war geprägt von Erfahrungen der eigenen Leiblichkeit, spannenden Gruppenprozessen und der ständigen Reflexion des Erlebten. Vor allem der Pionierarbeit von Christine Gräff ist es zu verdanken, dass sich die KBT als Gruppentherapie im klinischen Setting mit psychisch schwer erkrankten Menschen sehr bald etablieren konnte und eine weite Verbreitung erfuhr (Achatz-Petz, 2008).

## 1.5 Der Weg zur lehr- und lernbaren Psychotherapiemethode

Schon in seiner ersten offiziellen Präsentation der KBT setzte sich Helmuth Stolze dafür ein, dass die vorgestellte Arbeitsweise als vollwertige Psychotherapiemethode betrachtet werden müsse:

Und gleichzeitig möchte ich damit nachdrücklich die Aufmerksamkeit auf eine Form der Therapie lenken, die auch der Arzt, der nicht Fachpsychotherapeut ist, erlernen und verwerten kann, und zwar nicht als ‚Hilfsmethode‘ – das möchte ich noch einmal hervorheben –, sondern als ein vollgültiges und anderen Methoden gleichwertiges Verfahren einer modernen Psychotherapie. (Stolze, 1984, S. 26)

Einen weiteren Meilenstein in der Theoriebildung setzte Stolze mit der Einbeziehung und Weiterentwicklung des Gestaltkreises nach Viktor von Weizäcker zum Tetraeder des Begreifens (Stolze, o.J.).

Ein vollgültiges Psychotherapeutisches Verfahren zu sein, erforderte die unabdingbare Notwendigkeit, tragfähige Strukturen und einen institutionellen Rahmen dafür zu schaffen. So gründete Ursula Kost im Jahr 1977 den Deutschen Arbeitskreis für Konzentrativen Bewegungstherapie (DAKBT) als Verein und war neun Jahre lang dessen Vorsitzende. Viele KBT-Therapeut\*innen der Anfangszeit standen dieser Institutionalisierung durchaus kritisch gegenüber, denn sie fürchteten die Festlegung und Festschreibung, die im Widerspruch zur Experimentierfreudigkeit und Freiheit der ersten Jahre stand (Achatz-Petz, 2008). In der Folge entstanden Ausbildungsrichtlinien und -curricula, die dafür sorgten, dass die notwendige Einheitlichkeit sichergestellt war und auch die geforderten Qualitätsstandards eingehalten wurden.

In Österreich gründete eine Gruppe um Sylvia Csényi im Jahr 1980 den ÖAKBT und es gelang im Jahr 2001 die Anerkennung als eigenständige Psychotherapeutische Methode beim zuständigen Bundesministerium zu erreichen. Heute ist die fachspezifische Ausbildung zur\* zum KBT-Therapeut\*in ein universitärer Masterlehrgang an der Donau-Universität Krems.

## Literatur

- Achaz-Petz, G. (2008). Entstehung und Entwicklung der Konzentrativen Bewegungstherapie. 100 Jahre Psychotherapiegeschichte. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Becker, H. (1981). *Konzentратive Bewegungstherapie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Geuter, U. (2006). Geschichte der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*. (S. 17–32). Stuttgart: Schattauer.
- Heller, G. (1984). Über meine Arbeit am Chrichton Royal Hospital. In H. Stolze (Hrsg.), *Die Konzentrativen Bewegungstherapie. Grundlagen und Erfahrungen* (S. 243–247). Berlin: Mensch und Leben.
- Ludwig, S. (2002). Elsa Gindler – von ihrem Leben und Wirken. Wahrnehmen, was wir empfinden. Hamburg: Hans Christians.
- Stolze, H. (1984). Psychotherapeutische Aspekte einer Konzentrativen Bewegungstherapie. In H. Stolze (Hrsg.), *Die Konzentrativen Bewegungstherapie. Grundlagen und Erfahrungen* (S. 16–27). Berlin: Mensch und Leben.
- Stolze, H. (o.J.). Der Tetraeder des Begreifens. In B. Purschke-Heinz, & R. Schwarze (Hrsg.), *KBT auf dem Weg. Gedenkschrift für Helmuth Stolze, den Begründer der Konzentrativen Bewegungstherapie* (S. 81–119). Telgte: DAKBT e.V.
- von Arps-Aubert, E. (2012). Das Arbeitskonzept von Elsa Gindler (1885–1961) dargestellt im Rahmen der Gymnastik der Reformpädagogik. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

## **2 Wissenschaftliche und therapietheoretische Grundlagen**

*Silvia Schüller Galambos*

Um als psychotherapeutische Methode anerkannt zu werden, muss eine wissenschaftliche Fundierung nachgewiesen werden, die dem jeweiligen Stand der Forschung entspricht. Die KBT geht davon aus, dass körperliche und geistige Prozesse eines Menschen nicht voneinander getrennt werden können, sondern einander bedingen und hervorbringen. Daraus ergibt sich eine psychotherapeutische Methode, die versucht, den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit zu verstehen, und zwar in den Dimensionen seiner Leiblichkeit, seines Gewordenseins, seines intentionalen Handelns und seiner Bezogenheit auf andere Menschen und zur Welt (Cserny & Paluselli, 2006). Das beinhaltet, dass es keinen strikten Therapieablauf und keine Manuale gibt, die abgearbeitet werden. Dafür gibt es klare therapietheoretische Konzepte, die der Vorgehensweise zu Grunde liegen und strukturiertes und planvolles Handeln ermöglichen. Die KBT orientiert sich an der Individualität und Einzigartigkeit des hilfesuchenden Menschen, denn nur die jeweilige Person selbst kann in sich die Heilkraft finden, die Genesung ermöglicht. KBT-Therapeut\*innen sind kundige Wegbegleiter\*innen, die Veränderungsprozesse anstoßen und anregen.

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Theorien zur KBT aus Philosophie und Neurowissenschaften zur Sprache kommen und es wird gezeigt, wie sie in der Praxis des therapeutischen Tuns Eingang finden.

## 2.1 Vor allem anderen: Ethik

Wenn Menschen mit einer Psychotherapie beginnen, so tun sie das, weil sie sich in einem Leidenszustand erleben und sich Heilung oder zumindest eine Verbesserung ihres Zustandes erhoffen. Sie befinden sich in einer vulnerablen Lebenssituation und allein auf Grund dieser Voraussetzungen ist es von großer Wichtigkeit, dass sich Psychotherapeut\*innen ihrer ethischen Verantwortung bewusst sind, die sie für ihre Patient\*innen und den Therapieprozess übernehmen. Die Behandlungssituation erzeugt ein Ungleichgewicht in der Beziehung, ein Machtgefälle zwischen behandelnder und behandelter Person. Diese Besonderheit der Beziehung muss den Therapeut\*innen immer bewusst sein und laufend in der Supervision thematisiert werden. Im Allgemeinen müssen vier *medizinethische Grundregeln* Beachtung finden (Beauchamp & Childress, 2019):

- Jedes Handeln ist zum Wohl der Patient\*innen.
- Es darf kein Schaden zugefügt werden.
- Die Autonomie der Patient\*innen muss geachtet werden.
- Für Gerechtigkeit und Lastenausgleich ist zu sorgen.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist es notwendig, sich laufend mit den theoretischen und wissenschaftlichen Grundlagen der eigenen Methode auseinanderzusetzen. Die KBT erfordert darüber hinaus, dass sich die Therapeut\*innen selbst immer wieder auf den eigenen Erfahrungs- und Entwicklungsprozess einlassen, um einerseits eigenen Fragen und Lebenthemen genügend Raum zu geben und um andererseits ein immer tieferes Verständnis des eigenen therapeutischen Tuns zu entwickeln.

## 2.2 Begriffsklärung

Wann immer Menschen zum ersten Mal der KBT begegnen, ist es notwendig das Wort *konzentrativ* zu erklären. Helmuth Stolze benutzte ein Wort, das Herbert Binswanger in einer Studie zu den *autogenen Organübungen* geprägt und das in der Folge Johannes H. Schultz im Untertitel des Autogenen Trainings verwendet hatte. Konzentrativ meint nicht *konzentriert* im Sinne einer Einengung der Wahrnehmung oder völliger Entspannung, sondern einen Zustand erhöhter Wachheit und Erfahrbereitschaft, der den ganzen Menschen erfassst. In dieser offenen Haltung kann man sich selbst wahrnehmend in der Bewegung ganzheitlich und gegenwärtig erfahren. *Bewegung*, in ihren vielfältigsten Formen, war immer der zentrale Ausgangspunkt der KBT und meint ursprünglich neben dem *Sich-Bewegen* (motorische Funktionen) auch das innerliche *Bewegt-sein* und das *Auf-dem-Weg-Sein* der Patient\*innen (Stolze, 1984).

### 2.2.1 Leiblich

Das Leib-Seele-Problem zieht sich seit Beginn durch die Philosophiegeschichte. Vereinfacht kann gesagt werden, dass es zwei mögliche Positionen dazu gibt: den *Dualismus*, bei dem man davon ausgeht, dass es zwei unterschiedliche Substanzen gibt, eine materielle und eine geistige (René Descartes, Karl Popper, John Eccles ...), und den *Monismus*, bei dem man davon ausgeht, dass sich alles auf ein einziges Prinzip zurückführen lässt, welches körperliche und geistige Vorgänge hervorbringt (Parmenides, Baruch de Spinoza, Maurice Merleau-Ponty ...). Schon in der frühen KBT-Literatur findet man die klare Grundannahme, dass körperliche und seelische Prozesse einander durchwirken und nicht voneinander getrennt werden können (Stolze, 1984).

Auch wenn bis heute in Fachkreisen heftige Kontroversen um das Leib-Seele-Problem geführt werden, unterstützen neurowissenschaftliche Erkenntnisse die Seite des Monismus. Unberührt von diesen akademischen Diskussionen, ist das alltägliche Selbsterleben des Menschen ein grundlegend anderes. Gerhard Roth (2003) meint, es sei gerade unser Gehirn, das

in seiner Funktionsweise dafür sorgt, dass wir die Welt meist dreigeteilt erleben, nämlich als *Körper-Geist-Welt-Triade*. Diese drei würden sich als Wahrnehmungsfelder erweisen, die sich im alltäglichen Erleben deutlich voneinander abgrenzen und zeigen würden, wie das Gehirn Wahrnehmungen strukturiert, zusammenfügt und ins Bewusstsein hebt.

## 2.2.2 Körper-haben

Der alltägliche Zugang zu unserem Körper ist der des Habens. Wir haben einen Körper, der uns Verschiedenstes abverlangt oder ermöglicht. Er verlangt etwa danach gepflegt und ernährt zu werden. Er ermöglicht uns Bewegung und die Kontaktaufnahme mit anderen. Wir können den Körper in gewisser Weise gestalten (z. B. Bodybuilding, Training, Diät ...) oder durch invasive Eingriffe verändern (z. B. Schönheits-OPs, Tattoos, Piercings ...). Der Körper selbst wird zum Objekt, das gezeigt oder versteckt, das vergöttert oder abgelehnt wird und den Modeströmungen unterworfen ist. In diesem Modus scheint jeder Mensch über diesen Körper, wie über ein beliebiges anderes Objekt der Welt, zu verfügen und kann dazu ein innerliches Distanzgefühl aufbauen.

## 2.2.3 Leib-sein

Die wichtigste philosophische Grundlage der KBT ist die *Phänomenologie*, wie sie sich in Deutschland und Frankreich seit mehr als 100 Jahren entwickelt hat. Sie entfaltet ein Denken vom Leib als die Gesamtheit körperlicher und seelischer Prozesse eines Menschen, welche eine grundlegende Orientierung im therapeutischen Tun bieten kann. Eine zentrale Rolle in diesem philosophischen Diskurs spielt der französische Philosoph Maurice Merleau-Ponty (1908–1961), der in seinem Hauptwerk »*Phénoménologie de la Perception*« (Merleau-Ponty, 1974) das Phänomen der Wahrnehmung in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen stellt. Er versucht dabei, sich aus dem vorherrschenden dualistischen Sprachgebrauch von Körper und Geist zu lösen und führt dazu den Begriff der *Ambiguität* (*Mehrdeutigkeit*) des *Leibes* (»*le corps propre*«) ein. Der Leib ist weder Geist noch Seele, sondern die Gesamtheit der subjektiven Existenz eines Men-