

Ulrike Schmitz

## Die therapeutische Beziehung – Aspekte zum Menschenbild und zur körperlichen Gegenübertragung aus Sicht der Konzentrativen Bewegungstherapie

The therapeutic relationship – aspects of the conception of man and body-centered countertransference as defined by concentrative movement therapy

Der Beitrag umreißt kurz die Sicht der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) auf die therapeutische Beziehung, ausgehend von den Anfängen durch ihren Namensgeber Dr. Helmuth Stolze 1958 bis in die heutige Zeit. Einige Beispiele aus der aktuellen Weiterbildung bebildern die Ausführungen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf dem zugrunde liegenden Menschenbild und der körperlichen Gegenübertragung.

Schlüsselwörter

Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) – Menschenbild – körperliche Gegenübertragung

*This article briefly outlines the point of view concentrative movement therapy has regarding the therapeutic relationship, from its beginning in 1958 by its founder Dr Helmuth Stolze up to the present time. Some examples of the advanced training illustrate this view focusing on the underlying idea of man and the body-centered countertransference.*

Keywords

*concentrative movement therapy (KBT) – idea of man – body-centered countertransference*

Die Konzentrative Bewegungstherapie wurde von Dr. Helmuth Stolze erstmals 1958 auf den Lindauer Psychotherapiewochen unter diesem Namen vorgestellt. Er bezeichnete den Namen, mit dem er nie ganz zufrieden war, als vorläufig, er wog auch den Begriff „Meditatives Sichverhalten“ und suchte nach weniger sperrigen Namen. Doch dann war die KBT schnell unter diesem Kürzel hauptsächlich in den psychosomatischen Kliniken eingebürgert und im Vormarsch, so dass der Name beibehalten wurde. Und auch die Verbreitung an den Kliniken hat bis heute angehalten. Eine Liste aller Kliniken, in denen die KBT heute vertreten ist, findet man unter [www.dakbt.de/therapiesuche.html](http://www.dakbt.de/therapiesuche.html). Es ist aber auch heute noch in Zeiten der Embodimentforschung und des Booms der Achtsamkeitspsychotherapie schwierig, in kurzen Worten das Wesentliche dieser Methode zu beschreiben, da sie sich sehr vielfältig präsentiert. Ihre größte Stärke liegt aus meiner

Sicht darin, dass sie sich individuell und situationsbedingt an die jeweiligen Gegebenheiten anpassen lässt und dies durch ihre Prämissen auch notwendig tut. So sagte Stolze schon bei der Vorstellung auf den Lindauer Psychotherapiewochen 1958:

*„KBT ist immer anders! Dieses Immer-wieder-anders-Sein ist so zu verstehen: Es lässt sich bei diesem Verfahren kein Programm aufstellen, das man dann abwickeln könnte“* (Stolze, S. 34).

Dies führt er 1966 näher aus, indem er seine Sicht des Übens der Erfahrbarkeitsbereitschaft und des Einspürens in den eigenen Körper beschreibt:

*„dass es keine Situation gibt, die sich in der KBT nicht zum Feld des Übens gestalten lässt, denn es gibt bei dieser Arbeitsweise keine definierten ‚Übungen‘, dass deshalb jeder Therapeut aus seiner persönlichen Lebens- und Praxiserfahrung heraus andere und immer wieder neue Situationen und einen eigenen Stil des Übens entwickeln wird und dass der Therapeut in einer der gleichschwebenden Aufmerksamkeit des Analytikers analoge Haltung immer zuerst wahrnehmen muss, was ihm die Patienten entgegenbringen, um dann damit zu arbeiten“* (Stolze, S. 290).

Das Manko der schwereren Lehrbarkeit, als dies bei einer manualisierten oder leitlinienbasierten Therapiemethode gegeben wäre, macht sie durch eine sehr am jeweiligen Beziehungsgeschehen orientierten Ansatz wett, der im Sinne des Sternschen Gegenwarts-momentes das größte Wachstumspotential in der Gestaltung einer neuen gemeinsamen Beziehungserfahrung sieht. Stern hat untersucht, wie Vergangenheit und Gegenwart in der Therapie aufeinanderprallen und im Moment ihrer Kollision Veränderung und Weiterentwicklung eröffnen können. Erst in diesem Moment der Begegnung gestalten Therapeut und Patient eine gemeinsame intersubjektive Erfahrung, die beide in ihrem impliziten Beziehungswissen bereichert und erweitert.

*„Sie haben ihre eigene Erfahrung und hinzu kommt die Erfahrung des anderen – das heißt, die Art und Weise, wie er sie erlebt, die sie seinen Augen, seiner Körperhaltung, seinem Tonfall usw. ablesen können. Das, was Sie selbst erleben, und das, was der andere erlebt, muss nicht genau dasselbe sein, denn diese Erfahrungen haben einen unterschiedlichen Ursprung und eine unterschiedliche Orientierung. (...) Aber sie sind einander so ähnlich, dass ihre wechselseitige Validierung das Bewusstsein weckt, dieselbe mentale Landschaft zu bewohnen. Ebendies ist intersubjektives Bewusstsein. Es ist das, was in der Psychotherapie in besonderen Gegenwarts-momenten geschieht ...*

*Warum unterscheidet sich eine (solche) gemeinsame Gefühlsreise so sehr von einer Situation, in der man einem Freund oder einem Patienten zubört, der Episoden aus seinem Leben erzählt? Auch in einer solchen Situation taucht man durch empathisches Verstehen in die Erfahrung des anderen ein. Der Unterschied ist folgender: Auf einer gemeinsamen Gefühlsreise wird die Erfahrung geteilt, noch während sie sich entfaltet. Es gibt keine zeitliche Distanz. Die Erfahrung ist direkt - nicht durch Worte vermittelt oder umformuliert. Sie wird von beiden Partnern gemeinsam erzeugt und von beiden gelebt“* (Stern, S. 179).

Wie wird nun in der KBT dieser gemeinsame Erfahrungsraum gestaltet? Wie kann in den Bewegungs- und Erfahrungsszenen gleichzeitig Raum für die Eigenentdeckungen des Patienten und die Zeugenschaft und das Mitbeteiligtsein des Therapeuten gelingen?

Stolze schreibt über die Aufgaben und Haltungen des Therapeuten (Stolze, S. 290 ff.): *„Seine Hinweise – am besten in Frageform gegeben, ohne damit Fragen zu sein, die überhaupt oder gar sofort beantwortet werden müssen – dürfen wohl Wahrnehmungen in Richtung auf eine Neuerfahrung stimulieren, dürfen sie aber nicht suggerieren. Es werden vom Therapeuten also immer nur Vorschläge gemacht, die beachtet werden, aber auch unbeachtet bleiben können. ... Zur Tätigkeit des Therapeuten gehört es also, Situationen zu schaffen, die von den Patienten beispielhaft oder symbolisch erfahren werden können für die Art der Beziehung zu sich selbst, zu ihrem Lebensraum, zu den Menschen ihrer nächsten Umgebung, zur Gesellschaft und zur Welt ihrer Arbeit ... Dadurch wird deutlich, dass die gesamten in der KBT geschaffenen Arbeitssituationen als Anregung für eine Selbstgestaltung der Patienten zu verstehen sind. Das bleibt nicht ohne Rückwirkungen auf ihr Selbstbewusstsein, sofern der Therapeut die Geduld aufbringt, die Patienten selbst die Bedeutung einer Situation finden zu lassen.“*

Aus diesen Zitaten geht hervor, welches Menschenbild der KBT zugrunde liegt. Sie betont die Eigenverantwortlichkeit des Patienten für die eigene Entwicklung und will einen Erfahrungsraum bieten, in dem Patientin oder Patient alte eingefahrene Handlungsmuster und Bedeutungserteilungen erlebt und erkennt und sie durch neue Erfahrungen und „Umerleben“ nach und nach verändern kann. Es wird davon ausgegangen, dass sich im Hier und Jetzt die geronnene Beziehungserfahrung aus der eigenen Geschichte zeigt, und damit in der Gegenwart in den Szenen, zu denen Therapeutin oder Therapeut anregt, diese erleben und entschlüsseln lässt. Die Gestaltung dieser Szenen und Erfahrungsangebote ist die therapeutische Kunst und erklärt, warum die Weiterbildung, und dabei auch der Selbsterfahrungsanteil mit dieser Methode, so ausführlich ausfällt.

Denn es wechselt je nach den Gegebenheiten der Anteil an strukturierter Körperarbeit, freien Körperassoziationen, Arbeit mit Symbolen, Erfahrungen mit konkreten Gegenständen, Verbalisierungsangeboten, verbaler und/oder leiblicher Interaktion mit Therapeutin oder Therapeut oder auch eventuell Gruppenteilnehmerinnen, Gruppenteilnehmern etc. Deshalb ist es selbstverständlich, dass sich die Anforderungen an die therapeutische Beziehung sehr unterschiedlich gestalten müssen.

Ein Hauptaugenmerk liegt in der Weiterbildung auf der Schulung der eigenen Körperwahrnehmung und der Abgegrenztheit bei gleichzeitigem Mitschwingen in der Beziehung. Dies wird schon in der therapeutischen Selbsterfahrungsgruppe mit den anderen Weiterbildungskandidat(inn)en erfahren und geübt, setzt sich aber auch in den Methodikseminaren und der fallbezogenen Supervision fort.

In der Weiterbildung will ich also genau das vermitteln (Schmitz, S. 28):

*„Der Beziehungsdialo g in der KBT erfordert ein ständiges partielles Sich-hineinziehen-Lassen in nonverbal mitgeteilte Kommunikationsmuster; ein partielles Sich-davon-frei-Halten, um eine reflektierende Instanz aufrechtzuerhalten, und danach ein gemeinsames Reflektieren, was da gerade miteinander geschehen ist.*

*Man könnte fast sagen, dass in den Handlungsszenen des Angebotsteils ein spielerisch markiertes Als-ob-Spiel mit erhöhter Aufmerksamkeit stattfindet, über das man dann als zwei klar voneinander abgegrenzte Erwachsene reflektiert.“*

In einem Seminar mit dem Titel: **Was machen Sie mit mir? Körperliche Gegenübertragung als Handwerkszeug zur Diagnostik, Selbstfürsorge und therapeutischer Weiterentwicklung** gebe ich nachfolgenden Reflexionsbogen aus. Es werden einige Erfahrungen damit im Rollenspiel gesammelt, bei dem ohne vorherige Beschreibung ein eigener Patient oder eine Patientin gespielt wird und der jeweilige „Therapeut“ oder die „Therapeutin“ nur darauf achtet, welche gefühlhaften und körperlichen Reaktionen bei ihm oder ihr ausgelöst werden. Es ist erstaunlich, in welcher kleinen Zeiteinheiten (meistens ca. zwei Minuten) schon ein sehr deutlicher Eindruck über die Beziehungszene entsteht, ohne dass irgendwelche anamnestiche Angaben vorliegen. Die daraus abgeleiteten Hypothesen sind zwar nur als Hypothesen über das weitere Vorgehen zu nehmen, machen aber deutlich, wie immer wieder die Begegnung in diesen kleinen Szenen uns einen Schlüssel in die Hand gibt, um die Beziehungserfahrung des Gegenübers, die eventuell nicht mit Worten mitgeteilt werden kann, zu verstehen.

*Im weiteren Verlauf des Methodikseminars soll das Augenmerk darauf gerichtet werden, mit welchen Patienten man am liebsten arbeitet und mit welchen man eher Schwierigkeiten hat. Für beide Pole dieses Erlebens werden Symbole aus den KBT-Gegenständen gesucht.*

*Herr X., ein ärztlicher Psychotherapeut in KBT-Weiterbildung, wählt einen sehr angeschrämten kleinen Gummiball für sein Gefühl einem Problempatienten gegenüber, dem er die Zeile „Ich fühle mich schuldig, gestehe Fehlverhalten von mir ein, rechtfertige mich“ aus dem Reflexionsbogen zuordnet.*

*Ein aus Karostoff genähtes Sandsäckchen symbolisiert die andere Seite: – Ich fühle mich sicher, kompetent, gebe sehr klar vor, was sein soll – ist der Satz dazu, und er ergänzt zudem, wie sich das Sandsäckchen anfühlt: Ich fühle mich dann unterstützend.*

*Die Aufgabe besteht nun darin, beide Gegenstände getrennt voneinander im Raum zu deponieren und dazwischen in unterschiedlichem Tempo und mit unterschiedlichen Gesten hin und her zu gehen und die jeweiligen Körper- und Gefühlsreaktionen detailliert wahrzunehmen. Herr X. geht ein paar Mal sehr nahe an seinen „Schuldgummiball“ heran, steht da mit gesenktem Kopf und hängenden Armen, wenn er dann auf das positiv getönt erlebte Sandsäckchen zugeht, strafft er sich sichtbar, die Schultern werden breiter, er strahlt auch ohne Worte Autorität aus. Die letzten Male geht er gar nicht mehr so weit wie bisher auf den Gummiball zu, sondern bleibt anderthalb Meter davor mit über der Brust verkreuzten Armen und erhobenen Hauptes stehen.*

*Auf meine Anregung, auch andere Perspektiven und andere Begegnungsabstände dazu auszuprobieren, tritt er deutlich aus der Linie zwischen seinen Gegenständen heraus.*

*Er experimentiert mit verschiedenen Blickwinkeln und findet dann in aufrechter Haltung, doch auch locker dabei, einen Standpunkt näher bei seinem Sandsäckchen, aber so, dass er beide Gegenstände auf einmal im Blick haben kann.*

*In der Rückmeldungsrunde erzählt er Folgendes über sein Erleben dabei:*

*Er habe erst im Umgang mit seinen beiden Symbolen bemerkt, wie sich die Gefühle und Haltungen im Umgang mit seinen „Lieblings- und Problempatienten“ mit früheren Gefühlen aus seiner Lebensgeschichte ähnlich seien. Auf der einen Seite das sichere Gefühl beim „Abspulen von Wissen“ und auf der anderen Seite ein sehr schambesetztes Sich-bloßgestellt-Fühlen beim kleinsten Fehler. Er habe da noch einmal sehr an seine Schulzeit denken müssen. Erst nach einigen Wiederholungen wäre es ihm gelungen, sich gegen die Annäherung an den „Schuldgummiball“ zu wappnen und dieses „alte Gefühl“ nicht so an*

## Anhaltspunkte zur gefühlshaften und körperlichen Reaktion auf Patientin oder Patient

Mein Gegenüber löst bei mir folgende Impulse, Gefühle, Körperreaktionen hervor:

- ich fühle mich angestrengt, werbe und versuche herauszulocken
- ich fühle mich geschmeichelt, werde bestätigt und irgendwie „eingelullt“
- ich fühle mich geängstigt, in Alarmbereitschaft, will mich absichern
- ich fühle mich sicher und kompetent, gebe sehr klar vor, was sein soll
- ich fühle mich unsicher und schwimmend, tastend in der Beziehung
- ich fühle mich ungeduldig, strukturiere streng, will etwas auf den Punkt bringen
- ich fühle mich gut unterhalten, eventuell belustigt, leicht und nett miteinander
- ich fühle mich gelangweilt, hingehalten, aufs Trockene gesetzt
- ich fühle mich vorsichtig, nicht zu klar ansprechend, nicht zu genau hinschauend
- ich fühle mich unterstützend, von Schuldgefühlen entlastend, mild erlaubend
- ich fühle mich schuldig, gestehe Fehlverhalten von mir ein, rechtfertige mich
- ich fühle mich ratlos, ohnmächtig, hilflos
- ich fühle mich nicht ganz da, schweife ab, verliere immer wieder den Kontakt
- ich fühle mich in Konkurrenz, um den Rang kämpfend, mich behaupten müssend
- ich fühle mich ablehnend, auf Abstand gehend, wertend
- ich fühle mich solidarisch, schützend, gegen Dritte Partei ergreifend
- ich fühle mich als Frau oder Mann attraktiv, werbend oder umworben
- ich fühle mich als Frau oder Mann entwertet, mit Rollenklischees abgestempelt

| Vom Wort zum Angebot            | Vom Angebot zur Reflektion                                 |
|---------------------------------|--|
| schnell, leicht, klarer Einfall | Handlungseinfälle und Assoziationen stimmig                |
| schwer, viel Anschub nötig      | Handlungseinfälle zäh, Reflektion bleibt an der Oberfläche |
| kaum Einfälle, Th. blockiert    | Handlungseinfälle unpassend, Assoziationen überschießend   |

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll nur eine Anregung sein die Gegenübertragungs -gefühle und -reaktionen möglichst genau zu explorieren.

Dabei ist es hilfreich sich die individuellen körperlichen Zustände zu den einzelnen Situationen möglichst prägnant erlebbar zu machen, mit der eigenen Geschichte in Verbindung zu bringen und sich Lieblings- oder Problempatienten hierzu vor das innere Auge zu rufen.

Damit wird deutlich, welche Reaktionen wir gerne zur Verfügung stellen und mit welchen wir eher unsere Schwierigkeiten haben.

Hilfreich ist eine freie, knappe Formulierung:

Mein Gegenüber löst in mir das Gefühl aus ..., körperlich empfinde ich ...

Beim Gespräch zum Angebot entsteht ..., im Angebot habe ich den Eindruck ..., beim Reflektieren des Angebots kommt es ...

sich heranzulassen. Er merke aber auch, wie bestimmte Patienten bei ihm diesen Knopf sehr leicht drücken könnten. Durch die verschränkten Arme hätte er das Gefühl bekommen, es nicht mehr so sehr an sich herankommen zu lassen, es aber trotzdem wahrzunehmen, aber es auch als Beziehungsmuster des Patienten sehen zu können, Schuldgefühle erzeugen zu müssen. Es hätte da plötzlich die Möglichkeit gegeben, einerseits zu wissen, dass das eine empfängliche Seite in ihm gibt, die jedoch auch wie ein Instrument eingesetzt werden kann, etwas vom Patienten zu spüren, ohne sich in diese Beziehungsgestaltung verwickeln zu lassen. Aber erst die Aufforderung, andere Blickwinkel einzunehmen, hätte noch eine wichtigere Erkenntnis möglich gemacht. Ihm sei aufgefallen, dass auch seine „Lieblingspatienten“ einen Knopf bei ihm drücken, indem sie ihm ermöglichen, seine „Einserschülermentalität“ abzuspuhlen. Das würde sich zwar nicht unangenehm anfühlen, aber natürlich auch echten Kontakt eher verhindern. Erst in einer Position, wo er beides im Auge habe, habe er das Gefühl gehabt, im richtigen Abstand zu den Patienten zu sein. In ihm wäre das Bild aufgekommen, dass er in beiden Händen Schnüre habe, die ihn mit den beiden Positionen verbinde, und wie bei einem Gleitschirm wäre es wichtig, die richtige Spannung zwischen beiden Seiten herzustellen, um die Bewegung koordinieren zu können.

*Kurz umreißen will ich auch zwei weitere Beispiele aus diesem Seminar:*

*Frau Y., Sozialpädagogin in KBT-Weiterbildung und in einem ambulanten Borderline-Projekt tätig, findet auf die Frage nach anderen Perspektiven zwischen ihren zwei Gegenständen eine völlig andere Lösung. Sie steigt probeweise auf einen Tisch, der an den Rand des Raumes geschoben ist. Dann legt sie einen weiteren Gegenstand unter diesen Tisch und schaut dann wieder von ihrer erhöhten Tischwarte darauf herunter. Im Gespräch sagt sie: Mir ist klar geworden, dass ich meinen inneren Beobachter öfter befragen muss. Ich will versuchen, immer wieder gleichsam von einer Metaebene auf die Szenen zwischen den Patientinnen und mir herabzublicken. Bisher ist mir das oft erst nach der Stunde gelungen. Jetzt habe ich versucht, mit der Aufmerksamkeit immer hin und her zu gehen zwischen dem Platzhaltergegenstand da unten, der für mich in der Beziehungsszene steht, und dem entfernteren und überblickwährenden Blick aus der höheren Perspektive. Ich denke, das wird haften bleiben.*

*Direkt anschließend berichtet Frau Z. von ihrem Erleben. „Ich schließe mich an, weil ich etwas total Gegensätzliches erlebt habe“, leitet sie ein. Sie arbeitet als psychologische Psychotherapeutin in einer Langzeiteinrichtung für psychisch Kranke. Als schwierigen Pol hat sie ein Babypüppchen gewählt für „Welche, die immer an mir saugen“. Ein stabiler Holzklötz mit einem Riss stellt den anderen Pol dar: „Welche, die trotz ihrer Krankheit noch für sich einstehen“. Beim Umgang damit habe sich ihre Sicht verwandelt. In der Nähe des Holzklötzes habe sie erlebt, dass sie in sich auch solche Durchhalteparolen habe und nur selten Schwäche oder Verletzungen zeigen dürfe. Als sie sich dann der Babypuppe angenähert habe, sei sie ganz automatisch in die Hocke gegangen. Das hätte sich zwar besser angefühlt, wäre aber auf Dauer auch zu anstrengend gewesen. Dann habe sie sich neben sie gesetzt und an die Wand angelehnt. Sofort wäre sie in einen inneren Dialog mit der vorher vorgestellten Patientin gekommen. Sie habe dabei gemerkt, dass es nicht darum ginge, die Patientin mit Durchhalteparolen und immer wieder neuen Vorschlägen irgendwobin zu bringen. Das verschleife nur ihre eigenen Kräfte und ermuntere den*



*Bremswillen der Patientin. Aber das unangestrengte Einfühlen in deren Situation erschie-  
ne ihr hoffnungsvoller, um mit ihr in Kontakt zu kommen und vielleicht peu à peu eine  
selbstgestaltete Änderung bewirken zu können.*

An diesen Beispielen wird deutlich, wie die Therapeutenpersönlichkeit gleichzeitig als Wirkfaktor und als Falle zu verstehen ist. Wir alle bringen aus unserer Lebensgeschichte unsere „roten Knöpfe“ mit, die einfach zu bedienen sind und für die besonders auch früh- und schwergestörte Patienten einen besonderen „Riecher“ mitbringen. Erst wenn wir diese besonderen Vulnerabilitäten und Verführbarkeiten genauer auch für die therapeutische Situation erforschen, können sie ein wichtiges Werkzeug werden, um schon im Vorwarnbereich Hinweise zu geben, wie eine Beziehungsgestaltung zu verstehen ist und in welcher Richtung sich Lösungswege anbieten. Dabei ist das genaue Erspüren der körperlichen Gegenübertragung mit den sich daraus ergebenden Impulsen für eine Bewegungsszene ein wichtiges Werkzeug, um Aufschluss über die Beziehungsgestaltung der Patienten zu bekommen und Wege zu finden, sich daraus zu lösen. Denn wir dienen den Patientinnen und Patienten auch als Modell, wie wir uns aus sich anbahnenden schwierigen Beziehungssituationen zu lösen wissen und abgegrenzt bleiben, ohne die Beziehung abubrechen.

## Literatur

- Schmitz, U. (2004). Konzentrierte Bewegungstherapie zur Traumabewältigung – ein handlungsorientierter Ansatz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stern, D. (2007). Der Gegenwartsmoment. Frankfurt a. M.: Brandes und Apsel.
- Stolze, H. (Hrsg.). (1984). Die Konzentrierte Bewegungstherapie – Grundlagen und Erfahrungen. Berlin: Mensch und Leben.

## Korrespondenzadresse

Ulrike Schmitz  
Lehrbeauftragte des DAKBT  
Kühnertsgasse 24 | 90402 Nürnberg  
kbt.schmitz-praxis.de