

Ute Backmann

Körpermodifikationen

Interventionen der Konzentrativen
Bewegungstherapie (KBT)



 **Schattauer**

Ute Backmann

Körpermodifikationen

Interventionen der Konzentrativen
Bewegungstherapie (KBT)

Ute Backmann

Heinrichstraße 1

64646 Heppenheim

backmann@kbt-heppenheim.de

www.kbt-heppenheim.de

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe

Schattauer

www.schattauer.de

© 2024 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von shutterstock/Dean Drobot

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Marion Drachsel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40178-3

E-Book ISBN 978-3-608-12274-9

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20663-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen National-

bibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar

Vorwort

Gesellschaftliche und globale Zusammenhänge werden komplexer und bedrohlicher. Das Erleben von Krisen in der Corona-Pandemie oder im klimatischen Wandel, aber auch weltweite Kriege und nicht zuletzt der Ukraine-Krieg mitten in Europa mit seinen humanitären und wirtschaftlichen Folgen belasten uns Menschen. Psychische Erkrankungen mit ihren körperlichen Beeinträchtigungen nehmen zu. Die Fragilität von Lebenskonzepten und Entwürfen ist zumindest latent spürbar. Die in der westlichen Welt geltenden Imperative von Selbstbestimmung und Lebensoptimierung geraten ins Wanken. Unsicherheit, Ängste und Abhängigkeiten müssen in komplexen intrapsychischen Prozessen ausgehalten und ausgehandelt werden.

Demgegenüber schreiten die auf den Körper bezogenen Praktiken voran. Der eigene Körper erscheint möglicherweise noch als sicherster Garant für Verlässlichkeit, Selbstbestimmung und Optimierung. Vor diesem Hintergrund können die Ich-, Selbst- und Körperentwicklungen gelesen und verknüpft werden.

Ausgangs- und Bezugspunkt des vorliegenden Buches ist die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). Sie ist als Methode seit mehr als einem halben Jahrhundert in der psychosomatischen Medizin tradiert und zahlreiche Forschungen belegen ihre Wirksamkeit. Die KBT ist als körperpsychotherapeutisches Verfahren mit psychoanalytischen und psychodynamischen Theorien verknüpft und entwickelt vor diesem Hintergrund ihr diagnostisches und methodisches Vorgehen in den Therapien.

Der sperrige Name »Konzentrierte Bewegungstherapie« ist als Marke geschützt und hat der gängigeren angloamerikanischen Wortschöpfung des »Embodiment« sowie der Vereinheitlichung unter dem Überbegriff der Körperpsychotherapie widerstanden.

Sperrig ist auch mein Ansinnen, Körpermodifikationen nicht nur als Zeitgeschehen anzuerkennen, sondern dieses Phänomen – zumindest in seinen starken Ausprägungen – auf einem KBT-spezifischen Hintergrund zu beleuchten. Körpermodifikationen werden in die Nähe zu körperdestruktivem Verhalten – zu dem auch die Essstörungen zählen – gerückt. Die postulierte Selbstbestimmung in den Körpermodifikationen wird so genauer betrachtet und manches Mal infrage gestellt.

Ein solches Vorgehen kann durchaus kritisch bewertet werden und zu Kontroversen führen. Ich möchte betonen, dass ich in der vorliegenden Arbeit keine allgemeinen und wertenden Kriterien zum Für und Wider von Körpermodifikationen aufstelle.

Aufgrund meiner Tätigkeit als Therapeutin der Konzentrierten Bewegungstherapie im stationären und ambulanten Kontext bin ich jedoch sehr an dem (körperlichen) Selbst- und Geworden-Sein meiner Patient:innen interessiert und möchte mit ihnen die Bedeutung der Objektverwendung ihres Körpers verstehen. Körperdestruktives Verhalten ist hingegen in der KBT in jedem Fall behandlungsbedürftig.

Deshalb gilt an dieser Stelle als Erstes den Patient:innen mein Dank für ihre Bereitschaft, sich auf ihre therapeutischen Prozesse in der KBT einzulassen.

Danken möchte ich auch meinen KBT-Kolleg:innen, die in den Gremien des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT e. V.) die Methode in Theorie, Diagnostik, Lehre und Forschung kontinuierlich weiterentwickeln.

Frau Dr. Nadja Urbani und Frau Marion Drachsel vom Schattauer Verlag haben die Entstehung des Buches in kompetenter Weise begleitet. Auch ihnen gebührt mein Dank.

Mein besonderer Dank gilt meinen Kindern Gabriel, Louis Paul, Constantin und Lissy Susanna. Als einer jungen erwachsenen Generation angehörig, erleben und vertreten sie auf ihre je eigene Art differenzierte Sichtweisen zur Körperlichkeit, die zu manchen Kontroversen führen, jedoch auch zum Nachdenken anregen.

Heppenheim, im Herbst 2023

Inhalt

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | Einleitung | 11 |
| 2 | Konzentrierte Bewegungstherapie | 16 |
| 2.1 | Methodisch-praktische Grundlagen | 16 |
| 2.2 | Geschichte und Entwicklung des Verfahrens | 18 |
| 2.3 | Theoretische Grundlagen | 19 |
| 2.4 | Diagnostik | 20 |
| 2.5 | Die Bedeutung der Gruppentherapie in der stationären psychosomatischen Behandlung | 20 |
| 2.6 | Die Bedeutung der Einzeltherapie im stationären und ambulanten Setting | 22 |
| 3 | Psychoanalytische Konzepte und Körper | 23 |
| 3.1 | Freud: Ich-Trieb und psychosexuelle Entwicklung | 24 |
| 3.1.1 | Stufen der psychosexuellen Entwicklung – Erstes bis sechstes Lebensjahr | 25 |
| 3.1.2 | Stufen der psychosexuellen Entwicklung – siebtes Lebensjahr bis Erwachsenenalter | 31 |
| 3.2 | Ich-Psychologie und Körperschema | 33 |
| 3.2.1 | Ich und Körper | 34 |
| 3.2.2 | Körperschema | 35 |
| 3.2.3 | Körperliche Bewegung und deren Wahrnehmung | 40 |
| 3.3 | Selbst-Psychologie und Körper selbst/Körperbild | 42 |
| 3.3.1 | Selbst und Körper selbst | 43 |
| 3.3.2 | Das verkörperte Selbst | 44 |
| 3.3.3 | Körper selbst/Körperbild | 46 |
| 3.4 | Objektbeziehungstheorien und Körpererleben | 50 |
| 3.4.1 | Körpererleben | 51 |
| 3.4.2 | Übergangsobjekte: Bezogenheit auf den anderen bei Getrennt-Sein | 54 |
| 3.4.3 | Der Körper als Übergangsobjekt und Übergangsphänomen | 55 |
| 3.4.4 | Der Trennungsprozess als Entwicklungsaufgabe | 57 |
| 3.5 | Verführungstheorien und Körperidentität | 61 |
| 3.5.1 | Körperidentität | 61 |
| 3.5.2 | Sexuelle Körperidentität | 66 |
| 4 | Optimierung, Perfektionierung und Körper | 68 |
| 4.1 | Körperkonjunkturen | 69 |
| 4.2 | Vergänglichkeit und Zeit verleugnen | 70 |
| 4.3 | Narzisstische Motive | 74 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4.4 | Ausdruck eines (grausamen) Über-Ich | 75 |
| 4.5 | »Bin ich schön?« – Medialer Einfluss auf die Selbstoptimierung und Essstörung | 76 |
| 5 | Psychodynamische Begriffe und Körper | 78 |
| 5.1 | Körperliche (Gegen-)Übertragung | 78 |
| 5.1.1 | Körperliche Gegenübertragung und projektive Identifizierung | 78 |
| 5.1.2 | Körperliche Gegenübertragung als Gegenstand intersubjektiver Übertragungsinzenierungen | 79 |
| 5.1.3 | Gegenübertragungsreaktionen im stationären Therapie-Setting | 80 |
| 5.1.4 | Körperliche Gegenübertragung in der KBT | 81 |
| 5.1.5 | Körperkontakt und Berührung | 85 |
| 5.1.6 | Körperliche Veränderungen, Beeinträchtigungen und Erkrankungen der Körperpsychotherapeut:innen | 86 |
| 5.1.7 | Fazit | 86 |
| 5.2 | Symbolisierung und szenisches Verstehen in der KBT | 87 |
| 5.2.1 | Symbol | 87 |
| 5.2.2 | Symbolisierung | 87 |
| 5.2.3 | Die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit | 89 |
| 5.2.4 | Symbolisierung mit Gegenständen und Spielen | 90 |
| 5.2.5 | Symptome und Symbolisierung | 92 |
| 5.2.6 | Szenisches Verstehen | 93 |
| 5.3 | Abwehr, Widerstand und Körper | 94 |
| 5.3.1 | Abwehr und Widerstand – eine Differenzierung | 94 |
| 5.3.2 | Abwehrmechanismen in den Phasen der Psychoanalyse | 95 |
| 5.3.3 | Abwehrmechanismen und ihre Auswirkungen | 96 |
| 5.3.4 | Körperliche Abwehrprozesse | 98 |
| 5.3.5 | Widerstandsphänomene | 102 |
| 5.4 | Konflikt, Struktur, Trauma und Körper | 105 |
| 5.4.1 | Konflikt und Körper | 106 |
| 5.4.2 | Struktur und Körper | 108 |
| 5.4.3 | Traumatisierung und Körper | 111 |
| 5.4.4 | Fazit | 115 |
| 6 | Der Körper als Austragungsort des psychischen Geschehens | 116 |
| 6.1 | Körpermodifikationen | 120 |
| 6.1.1 | Tätowierungen – auf und unter der Haut | 123 |
| 6.1.2 | Schönheitsoperationen | 127 |
| 6.1.3 | Schönheitschirurgische Eingriffe | 130 |
| 6.1.4 | Körpermodifizierende Maßnahmen im Verlauf transidentitärer Entwicklungen | 133 |
| 6.2 | Körperdestruktivität | 135 |
| 6.2.1 | Körperdestruktivität als Aggression gegen das Ich/Selbst | 136 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 6.2.2 | Differenzierung und Angleichungen: Körpermodifikationen und Körperdestruktivität | 140 |
| 6.3 | Hypochondrie, Körperdysmorphophobie, Körper-Integritäts-Identitäts-Störung | 142 |
| 6.3.1 | Hypochondrie | 142 |
| 6.3.2 | Körperdysmorphophobie | 144 |
| 6.3.3 | Körper-Integritäts-Identitäts-Störung | 145 |
| 6.4 | Essstörungen | 145 |
| 6.4.1 | Körperbild | 146 |
| 6.4.2 | Körperbildtherapie | 147 |
| 6.4.3 | Die Module in der Körperbildtherapie | 149 |
| 6.4.4 | Fazit | 154 |
| 6.5 | Traumatisierungen und Selbsterleben | 155 |
| 6.5.1 | Einzeltherapeutische KBT-Interventionen | 157 |
| 6.5.2 | Gruppentherapeutische KBT-Interventionen | 158 |
| 6.6 | Traumatisierungen und chronischer Schmerz | 165 |
| 6.6.1 | Schmerzgedächtnis und Selbstentfaltung | 165 |
| 6.6.2 | Das Schmerzgedächtnis als Interpretation des Anderen/der Traumatisierung | 166 |
| 6.6.3 | Schmerz im Kontext von Bindungserfahrungen | 166 |
| 6.6.4 | Konzentrierte Bewegungstherapie bei Schmerzpatient:innen | 167 |
| 7 | Die Bedeutung der Berührung in der KBT | 173 |
| 7.1 | Die physische Berührung | 174 |
| 7.1.1 | Tastsinnessystem | 174 |
| 7.1.2 | Sensomotorische Entwicklung | 176 |
| 7.1.3 | Chemische Botenstoffe | 177 |
| 7.1.4 | Berührung, Gehirn, Emotion | 178 |
| 7.1.5 | Der metaphysische Berührungsraum – Resonanz | 180 |
| 7.2 | Funktionen und Formen der Berührung im therapeutischen Kontext | 180 |
| 7.2.1 | Die taktile Berührung als Element der Praxis | 180 |
| 7.2.2 | Funktionen von Berührung | 181 |
| 7.2.3 | Formen der Berührung | 181 |
| 7.3 | Die therapeutische »Haltung« | 186 |
| 7.4 | Ethische Aspekte | 186 |
| 8 | Zusammenfassung | 188 |
| | Literatur | 191 |
| | Sachverzeichnis | 199 |

1 Einleitung

Die körperlichen Wandlungen und Änderungen des Erscheinungsbildes

»Das Ich ist vor allem ein körperliches, es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer Oberfläche.« (Freud 1993 [1923], S. 266)

Das Ich findet seine Bedeutsamkeit im gegebenen Körper (Bürgin 2022) und dort seine Sprache (Lemma 2018). Dennoch ist der Körper vielfach der stille Begleiter (Hirsch 1989a, b), dessen Botschaften erst durch Schmerz, Erschöpfung, Krankheit oder Alter Bedeutsamkeit erlangen.

Wie beständig, stark und eindeutig körperliche und psychische Entwicklungen lebenslang aneinander gekoppelt sind, wird in besonderen Prozessen und Lebensereignissen (wie Geburt, Erkrankungen, Unfällen oder Tod) sichtbar, ist wohl aber nicht durchgängig präsent.

Menschen sind an ihren Körper gebunden, der lebenslange Entwicklung und Veränderung erlebt und dies auch nach außen präsentiert. Die Individualität des Körpers zeigt sich nicht nur in der Einmaligkeit des genetischen Ausdrucks, sondern im gesamten Habitus. Mit dem Körper sind wesentliche Erfahrungen verbunden. Das Erleben von Vitalität und körperlichem Austausch in Beziehungen sind nur zwei von vielen Aspekten. Freudvolle und schmerzliche Erfahrungen sind im Körper repräsentiert und schreiben ihre ganz eigene Körpergeschichte. Diese körperliche Biografie zeigt unser individuelles subjektives menschliches Sein.

Körperliche Veränderungen und Wandlungen sind im psychoanalytischen Verständnis verbunden mit primären Beziehungserfahrungen, die ihre jeweilige Repräsentanz finden. Sie spiegeln sich wider in der Wahrnehmung des Körperschemas, des Körperbildes und zeigen sich im Körpererleben sowie in der Körperidentität.

Zunehmend scheint diese Körperlichkeit jedoch nicht mehr als gegeben akzeptiert zu werden. Mode, Schminke, Diäten oder sportliche Disziplinierungen sind veränderbare Variablen in der Körpergestaltung. Doch häufiger finden modifizierende – und damit irreversible – Veränderungen am Körper statt, die Körperlichkeit herstellen sollen. Der Körper wird in seiner Gestaltung zur Bühne des inneren und äußeren Geschehens und inszeniert, was er möglicherweise doch zu verbergen sucht.

Nun ist die körperliche Verwandlung ein Phänomen, das die Menschheit seit jeher beschäftigt. Tätowierungen und Verschönerungen am Körper durch Piercing oder

andere Praktiken der Modifizierung einzelner Körperbereiche sind Jahrtausende alt. Sie sind verbunden mit religiösen Initiationsriten oder kultureller Identität.

In Europa dienten diese Praktiken wesentlich der Kennzeichnung und Identifikation zu bestimmten Subgruppen und Szenen (Pöhlmann et al. 2014). Gab es lange Zeit Vorbehalte gegenüber Personen, die ihren Körper aktiv verwandelten, so scheint dies – bis auf extreme Ausnahmen – heute keine Aufmerksamkeit mehr zu generieren.

Aus gesellschaftlicher historischer Sicht waren Körper, ihre Optimierung und Idealisierung immer schon verbunden mit Ansehen, Leistung und Disziplin. Normalität, Gesundheit und Schönheit – in den Vorstellungen des jeweiligen gesellschaftlichen Diskurses – waren und sind die (scheinbaren) Garanten für Identität (Backmann 2019; Möhring 2004; Wedemeyer-Kolwe 2004).

Das Streben nach körperlicher Optimierung, nach subjektiver Darstellung, körperlicher Selbstverbesserung oder gar Perfektionierung kann man als leitende Idee individueller und gesellschaftlicher Idealvorstellungen ansehen. Sie sind in viele Lebens- und Erfahrungsbereiche eingedrungen und können als mehr oder weniger verinnerlicht wahrgenommen werden (King et al. 2021a).

Die »Arbeit« am Körper und die damit einhergehende Lebensführung gelten heute allerdings eher als Gestaltung des subjektiven Selbst denn als Anpassung an eine gesellschaftliche Norm. Das Selbstbild soll den eigenen Vorstellungen des körperlichen Seins entsprechen. Der gegebene gesellschaftliche Imperativ, der Normen und Grenzen festlegt, tritt in den Hintergrund. So sind Menschen zunehmend selbstverantwortlich für ihren Körper. Schönheit und Individualität können selbstständig hergestellt werden und sind nicht mehr abhängig von genetischen oder krankheitsbedingten Vorgaben. Der perfekte Körper verspricht ein perfektes Leben.

Mit der Selbstoptimierung gehen zunehmend mehr – auf den Körper bezogene – Praktiken einher, die vielfach erst durch technische und medizinische Entwicklungen möglich werden. Körpermodifikationen haben stark zugenommen. Sie subsumieren Eingriffe am Körper, die auf langfristige oder dauerhafte Veränderungen abzielen (Borkenhagen und Brähler 2014).

Abgegrenzt, aber dennoch vielfach in Grenznähe zu Körpermodifikationen, ist destruktives Körperagieren zu verstehen. Die Verwendung des Körpers als Objekt, dem Selbstbeschädigungen zugefügt werden, steht zumindest bei den Essstörungen vordergründig häufig im Dienst der Disziplinierung und Schönheitsidee.

Soziologische Theorien, aber vor allem psychoanalytische Konzeptionen versuchen zum Verständnis von Körpermodifikationen und Körperdestruktionen beizutragen.

Dabei sind die psychologischen Konzeptionen von Ich und Selbst in der Entwicklung der Persönlichkeit bedeutsam. In den psychoanalytischen Theorien sind sie insbesondere bei Freud (1993 [1915]) in der Triebtheorie als Grenzbegriffe zwischen Psychischem und Somatischem zu verstehen. Trieb bezieht sich als ein psychosomatisches Konzept auf die wechselseitige Wirkung von Psyche und Soma aufeinander. Der körperlichen psychosexuellen Entwicklung kommt eine besondere Bedeutung zu. Schrittweise wird es in der Entwicklung von Ich und Selbst möglich, andere als differenzierte, vom Selbst unabhängige Personen zu erkennen. Sie können als Objektrepräsentanzen

verinnerlicht bzw. das Objekt der Vorstellung sein. In der Konstanz verlässlicher Objekte entwickelt sich die Fähigkeit zur Symbolisierung. Sie ist Grundlage von Erinnerung, Fantasie, Erwartung und Vorstellung. Letztlich ist die Fantasie eng mit der Affekt- und Sprachentwicklung gekoppelt. Die Internalisierung von Objektrepräsentanzen sowie die Stufe der Symbolisierungsreife münden in Konzepten von Übertragung und Gegenübertragung. Abwehrformen und Widerstand gegenüber Veränderungsprozessen schützen vor unaushaltbaren Affekten (Storck 2021).

In diesem Buch soll den Phänomenen der Körpermodifikationen und der Körperdestruktivität nachgegangen werden.

Inwiefern Körpermodifikationen und Optimierungen Ausdruck des subjektiven Selbst oder innerer destruktiver behandlungsbedürftiger Zustände sind, wird anhand psychoanalytischer Konzepte beleuchtet. Übergangsphänomene und Symbolisierungsprozesse stellen vertiefte Entwicklungsphasen dar und können als Rahmen für die diagnostische Einordnung verwendet werden.

Die Konzentrierte Bewegungstherapie sucht – stärker als die reinen Gesprächstherapien – die Geschichte des subjektiven Körpers zu verstehen. Psychosomatische Krankheitsbilder oder Störungsmuster stehen im Fokus der Behandlungen. Körpererfahrungen und Körpererinnerungen sind maßgeblich für die Anamnese. Auf dieser Grundlage werden psychodynamisch und phänomenologisch Behandlungskonzepte entwickelt, die es den Patient:innen ermöglichen, sich in einem grundlegenden und sorgfältigen Prozess selbst zu verstehen und anzunehmen. Der Körper wird in Ruhe, Bewegung und Ausdruck als einzigartig angesehen.

Die KBT widmet dem Phänomen der Körpermodifikation und Körperdestruktivität besondere Aufmerksamkeit im behandlungs- und störungsspezifischen Kontext. Als körperpsychotherapeutisches Verfahren ist die KBT in vielen psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken oder in ambulanten Praxen vertreten. Insofern schauen Therapeut:innen der KBT aufgrund ihrer Ausbildung und des Tätigkeitsbereiches eher auf die psychischen Hintergründe, Auswirkungen und Störungen der Versuche, den Körper zu nutzen.

Hier soll jedoch auch der gesamtgesellschaftliche Kontext mitgedacht werden. Ob und warum Menschen mit dem Wunsch nach Körpermodifikation eher in der Schönheitschirurgischen Klinik oder in der (körper-)psychotherapeutischen Behandlung ankommen, ist nicht unerheblich. Dies soll keineswegs in Abrede stellen, dass bestimmte Formen der Körpermodifikationen subjektives Körper- und Selbsterleben steigern oder erhalten können. Doch grundsätzlich wird dieses Phänomen im Folgenden kritisch, differenziert und aus psychodynamischer Sicht betrachtet. Der sich beschleunigenden Selbstoptimierung wird die weitaus entschleunigende Sicht auf das Selbst-Sein gegenübergestellt.

Psychoanalytische Konzeptionen dienen als Basis KBT-spezifischer Theoriebildungen und sind handlungsleitend für den Aufbau körperpsychotherapeutischer Behandlungen. Das Verständnis für körperliche Entwicklungen basiert auf körperlich-analytischen Theorien. Den verschiedenen psychologisch-analytischen Theorien können

KBT-spezifische Begriffe zugeordnet werden, welche die Ansätze der Konzentrativen Bewegungstherapie fundieren.

Im folgenden Kapitel 2 wird zunächst die Konzentrative Bewegungstherapie in ihren Grundzügen dargestellt.

Anschließend werden in Kapitel 3 die psychoanalytischen Konzeptionen von Trieb, Ich-Psychologie, Selbst-Psychologie, Objektbeziehungstheorien und Verführungstheorien im Kontext von körperlicher/leiblicher Entwicklung abgehandelt. Dabei werden psychoanalytische Theorien mit KBT-spezifischen Terminologien verbunden. Sowohl die unausgereifte Entwicklung als auch die Regression auf frühe körperliche Zustände werden im Kontext von Körpermodifikationen, Essstörungen und destruktivem Körperagieren untersucht. Ebenso wird die Bedeutung von Traumatisierungen auf das Erleben und die Beschädigungen des Körpers beleuchtet.

In Kapitel 4 werden soziologische Annahmen zu Körpermodifikationen mit analytischen Theorien verbunden. Körper sind immer auch durch die gesellschaftlichen Vorgaben geprägt. Dieser Aspekt darf im Zeitalter medialen Konsums nicht außer Acht gelassen werden.

Kapitel 5 vertieft die KBT-spezifischen behandlungsleitenden theoretisch-methodischen Aspekte. Diese beziehen sich auf die körperliche (Gegen-)Übertragung, die Symbolisierung, auf Abwehrmechanismen und Widerstandsphänomene sowie auf die diagnostische Differenzierung zwischen Konflikt, Struktur und Trauma.

In Kapitel 6 werden körperpsychotherapeutische Aspekte der Sicht auf Körpermodifikationen und Körperdestruktionen anhand von Praxisbeispielen erläutert. Insgesamt erhebt die KBT den Anspruch, das körperliche Selbst – den Menschen in seiner Gesamtheit – zu sehen, zu verstehen und subjektive Leiblichkeit zu fördern. In diesem psychodynamischen Sinne, ergänzt durch soziologische und kulturwissenschaftliche Aspekte, soll mit den Klient:innen und Patient:innen ein Bewusstsein für den Hintergrund oder das Unterbewusste der Körpermodifikationen und besonders der Körperdestruktivität geschaffen werden. Bindungsstile, Selbstwerterleben, Traumatisierungen, Körperwahrnehmung und Symbolisierungsfähigkeit sind nur einige Begriffe, die erklärt und mit heilenden körperpsychotherapeutischen Angeboten in Verbindung gebracht werden. Dabei wird dem verkörperten Selbst und dem Leib-Körper-Dualismus, letztendlich den leiblichen Erfahrungen unter psychodynamisch-psychosomatischen Aspekten besondere Aufmerksamkeit geschenkt. KBT-spezifische Konzeptionen für die Behandlung von Patient:innen mit (komplexer) Posttraumatischer Belastungsstörung, mit Essstörungen und chronischem Schmerzerleben wurden von mir ausgearbeitet und sind hier dargestellt. Insbesondere erfolgt die Sicht auf die Essstörungen an dieser Stelle im spezifischen Kontext von Traumatisierungen und körperaggressivem Verhalten. Damit unterscheide ich mich in meinen Ausführungen von jenen Konzepten, welche die Bindungs-, Entwicklungs- und Mentalisierungsstörungen in den Fokus rücken (Zeek und Euler 2023).

Kapitel 7 stellt die Besonderheit und Notwendigkeit der körperlich/leiblichen Berührung für die KBT als behandlungsleitend heraus. Therapeutisch heilende Erfah-

rungen können (nur) in der direkten Berührung stattfinden, um so das subjektive körperliche Selbst-Sein zu stärken. Dieser besondere KBT-spezifische Behandlungsaufbau wird ausführlich beschrieben und durch die Darstellung zahlreicher KBT-Angebote vertieft.

Letztlich stellt sich die Frage, welche inneren und äußeren Motive Körpermodifikationen, körperdestruktives Verhalten und Essstörungen begünstigen. Im Zusammenhang psychotherapeutischer bzw. psychosomatischer Behandlungen ergeben sich daraus sowohl diagnostische Kriterien als auch Leitlinien zum therapeutischen Vorgehen in der KBT.

2 Konzentrierte Bewegungstherapie

2.1 Methodisch-praktische Grundlagen

Die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) ist ein körperorientiertes, psychotherapeutisches Verfahren, das Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage von Erfahrung und Handeln nutzt.

Dieses Prinzip basiert auf der Gestaltkreislehre, die von Viktor v. Weizsäcker (1986 [1940]) entwickelt wurde. Das Erleben von Bewegung, das äußerliche und damit auch das innerliche Bewegt-Sein, das »Auf-dem-Weg-Sein« entfalten ihre Wirkung im therapeutischen Raum und in der Begegnung mit anderen Menschen:

»Das bedeutet, dass Patient:innen sich schrittweise entfalten bei der Überwindung tatsächlicher und/oder phantasierter äußerer oder innerer Hemmnisse.« (Jahresprogramm DAKBT 2023, S. 9)

Unmittelbare Sinneserfahrungen werden mit psychoanalytisch und psychodynamisch orientierter verbaler Bearbeitung verbunden. Durch die konzentrierte Hinwendung auf das eigene Erleben werden Erinnerungen belebt, die sich körperlich in Haltung, Bewegung und Verhalten ausdrücken. Das Körperliche bildet die Grundlage und das Beziehungsfeld für individuell-eigengesetzliche, physische, psychosomatische und psychische Abläufe. Die Problematik wird »begreifbar«. Dies kann durch die unmittelbare Auseinandersetzung mit der Körpererfahrung oder durch verbale Bearbeitung des Erlebens geschehen, das aus der bewussten und vorbewussten Lebensgeschichte auftaucht (DAKBT 2023).

In der Aufforderung zur Wahrnehmung und Bewegung können sich die Patient:innen in ihrer (körperlichen) Subjektivität erleben. Sie werden konsequent darin unterstützt, einen wachen, erfahrbereiten Bewusstheitszustand zu erreichen. In der KBT-Gruppentherapie wird ein Spiel-, Handlungs- und Erfahrungsraum geschaffen, in dem die Beziehungsfähigkeit zu sich selbst, zum eigenen Körper, zu Affekten, zu Gegenständen, zu Raum und Zeit (Umwelt) sowie zu anderen Personen gefördert wird.

In der strukturierten Leibarbeit erleben sich die Patient:innen liegend, sitzend, stehend und gehend. Sie werden angeleitet, sich tastend und spürend zu erforschen. Die Differenzierung der Körperlandschaft entfaltet sich im therapeutischen Prozess. Auf dieser Ebene können frühe Traumatisierungen wiedererinnert und in der Folge bearbeitet werden. Die Verbindung zwischen vegetativen Reaktionen, Affekten und kognitiver Bearbeitung wird unmittelbar erlebt. Affekte werden als aktive Tätigkeit der

Hinwendung zur inneren Bewegung verstanden. Neue selbstbestimmte positive Erfahrungen werden möglich. Körperbezogenes Erleben wie Sinneswahrnehmung, Bewegung, Interaktion mit belebten und unbelebten Objekten wechseln sich mit verbalen Phasen ab.

Als Gegenstand kann prinzipiell jedes Objekt des Alltags und der Natur verwendet werden. Typische Gegenstände der KBT sind beispielsweise Bälle, Stäbe, Seile, Decken, aber auch Holzkugeln, Muscheln oder Murmeln. Die Ebenen der Arbeit mit den Gegenständen sind die Real- und Sinneserfahrung des Objektes, die Wahrnehmung des Körpers mithilfe des Gegenstandes, die intermediäre Erfahrung in einer Beziehung sowie die Symbolisierung.

Am Beispiel des Holzstabes kann zunächst dessen Struktur in Material, Form und Temperatur erfasst werden. Gleichzeitig lassen sich in diesem Prozess bereits Erinnerungen auslösen. In der Wahrnehmung des Körpers durch den Stab werden die Strukturen der Knochen, der Muskeln, des weichen Körpergewebes und der Haut erlebbar. Gleichzeitig werden die Körpergrenzen bewusst. Die Beziehungsaufnahme mit dem Stab zu anderen Personen kann spielerisch, behutsam, aber auch hart oder kräftig initiiert werden. Der Stab kann haltgebend und stützend erlebt werden, aber auch bedrohlich. In aller Regel reinszenieren sich in dem Erleben Eigen- und Objektwahrnehmungen, die affektiv besetzt sind. Aufgrund der Analogie des Geschehens in der frühkindlichen Entwicklung und des therapeutischen KBT-Prozesses eröffnet sich ein Zugang zu abgewehrten frühkindlichen Konflikten, der so in den rein verbalen Therapieformen nicht möglich ist.

Die Gestaltung und Reflexion der Beziehung zu anderen Personen sind wesentliche Grundlagen der Konzentrativen Bewegungstherapie. Die KBT hat sich als gruppentherapeutisches Verfahren entwickelt. Positive oder negative Beziehungserfahrungen spiegeln sich unmittelbar in der therapeutischen Situation wider.

Beispielsweise wird im Umgang mit einem Ball sofort sichtbar, ob Patient:innen positive, lebendige, spielerische frühe Erfahrungen verinnerlicht haben. Sie sind dann in der Lage, schnell eine kreative Kontaktaufnahme zu anderen zu initiieren, während andere Patient:innen unlebendig wirken oder sogar schreckhaft vor der Energie eines Ballkontaktes zurückweichen.

Die therapeutische Beziehung ist geprägt durch eine emotionale Anteilnahme, die Einleitung eines subjektiven Verstehensprozesses, aber auch durch die Förderung neuer Möglichkeiten des Handelns und der Beziehungsaufnahme. Das Erproben im geschützten Raum sowie das Lernen am Modell sind bedeutende Gruppenwirkfaktoren.

2.2 Geschichte und Entwicklung des Verfahrens

Die Anfänge der KBT sind im Kontext der Lebensreformbewegung und der mit ihr einhergehenden Körperkulturbewegung (Wedemeyer-Kolwe 2004) anzusiedeln, die als gesellschaftliche Phänomene dem Körper, seiner Gestaltung und Selbstkontrolle, aber auch der Einheit von Körper, Geist und Seele besondere Aufmerksamkeit schenkten.

Die Aufwertung des Körpers kann unter verschiedenen Aspekten verstanden werden: Zum einen gingen die Anhänger der Körperkulturbewegung davon aus, dass die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Industrialisierung ihren Körper schwächten und degenerierten. Dagegen wurde das antiindustriell aufgewertete reformerische Körperbild der Körperkultur mit Natürlichkeit, Authentizität und Individualität verknüpft. Zum anderen galt die Annahme, dass durch die Ausbildung eines gesunden Körpers auch gesellschaftliche und soziale Probleme gelöst werden können. Ziel der Praktiken der Körperkultur war nicht die Leistung durch den Körper, sondern die gesamthafte Ausbildung des Körperbildes (Möhring 2004).

Während der Lebensreformbewegung im beginnenden 20. Jahrhundert entwickelten sich die Ansätze der Psychoanalyse entscheidend weiter. Diese stellten die rationalen, wissenschaftsgläubigen, vernunftorientierten Denkmuster der Aufklärung infrage und beschrieben ein Menschenbild mit archaischen Wahrnehmungs- und Sinnbildungsfähigkeiten mit schwer vorhersehbaren Wirkungen. Das (kollektive) Unbewusste bekam eine besondere Bedeutung. Die in der KBT vorgenommene Verknüpfung des freiheitlichen Körpererlebens mit der Psychoanalyse ist somit auch aus historischer Sicht konsequent (Backmann 2019).

Elsa Gindler (1885–1961) entwickelte eine Form der Gymnastikarbeit, welche die »Konzentration« auf die Selbstwahrnehmung und das Selbsterleben in den Fokus rückte. Dabei ging es darum, einen subjektiven körperlichen Ausdruck zu erlangen, der dem inneren (psychischen) Ausdruck entsprach (Arps-Aubert 2010).

Während der Zeit des Nationalsozialismus schlossen sich viele Schulrichtungen der Rhythmischen Gymnastik dem Deutschen Gymnastik-Bund an. Viele Lehrer:innen mussten aufgrund ihrer jüdischen Herkunft emigrieren oder arbeiteten zurückgezogen von der Öffentlichkeit weiter, so auch Elsa Gindler (Backmann 2019).

Gertrude Heller (1892–1984), eine ihrer Schülerinnen, arbeitete mit den erworbenen Kenntnissen in einer schottischen Klinik mit psychisch kranken Patient:innen und entwickelte daraus einen pädagogisch therapeutischen Ansatz, indem sie bereits das Wahrnehmungs- und Bewegungserleben mit psychodynamischen Ansätzen verband. Im Kontakt mit Dr. Helmut Stolze fand dieses Konzept zwischen 1959 und 1962 erstmals Eingang bei den Lindauer Psychotherapiewochen (Schreiber-Willnow 2016). Miriam Goldberg setzte diese Tradition fort.

In den folgenden Jahren bewährte sich die KBT in den psychosomatischen Kliniken. Zu den klinischen Pionieren gehörten Christine Gräff und Dr. Ursula Kost. Zusammen mit weiteren KBT-Kolleg:innen wurde die KBT durch ein experimentelles Erproben zur »Methode«. Ihren sperrigen, aber dennoch treffenden Namen erhielt sie durch Dr. Helmut Stolze. Auf Initiative von Dr. Ursula Kost wurde 1977 der »Deutsche Arbeits-

kreis für Konzentriative Bewegungstherapie« gegründet, unter dessen Dach bis heute die Weiterbildung und Forschung durchgeführt und weiterentwickelt wird. Inzwischen hat sich die Methode im europäischen Raum unter dem Dachverband des »Europäische Arbeitskreises für Konzentriative Bewegungstherapie« etabliert.

Dr. Helmut Stolze und Dr. Hans Becker sahen die KBT im psychotherapeutischen Kontext und gaben ihr eine psychodynamische/psychoanalytische theoretische Fundierung (Becker 2019; Stolze 1989).

2.3 Theoretische Grundlagen

Historisch gesehen entwickelte die KBT ihre Ansätze und Vorgehensweisen aus der Bewegungsschulung, die auf Elsa Gindler zurückgeht (Arps-Aubert 2010). Die subjektive Menschenbildung stand im Fokus. Die wissenschaftlichen Grundannahmen wurden anhand der Methodik reflektiert.

Ausgehend von der Gestaltkreislehre (von Weizsäcker 1986 [1940]) werden Bewegung und Wahrnehmung als Vorstufe und Bedingung von Denken und Sprechen in einer beständigen Wechselwirkung verstanden (Stolze 2005). Entwicklungspsychologisch ist vor allem die Phasenlehre zur Entwicklung der Intelligenz (Paluselli 2006; Piaget 1992 [1947]) von Bedeutung, in der die frühen Entwicklungsphasen der sensorischen Intelligenz und des vorbegrifflich-symbolischen Denkens grundlegend für formales Denken gesehen werden. Die KBT unterstützt durch die Förderung der Sensomotorik damit grundlegend den Denkprozess, der für die rein verbalen Psychotherapien Voraussetzung ist. Ausgehend von den phänomenologisch-philosophischen Grundlagen des subjektiven Leibes (Fuchs 2020; Merleau-Ponty 1974; Waldenfels 2016) entwickelt die KBT ihre Angebote zwischen leiblicher Wahrnehmung, Wahrnehmung und Gestaltung des zwischenleiblichen Raumes und persönlichem subjektivem Ausdruck (Backmann 2021). Frühe körperliche und psychische Erfahrungen haben Einfluss auf die Hirnentwicklung, auf die Verarbeitung von Stress und die Bedeutung emotionaler Reaktionen (Grawe 2004; Hüther 2013; Müller 2022). Der Körper ist das Fundament des bewussten Geistes. Selbststrukturen sind unauflöslich mit dem Körper verbunden. Ursprüngliche Gefühle, die für die Erfahrung des eigenen lebendigen Körpers sorgen, sind das elementarste Produkt des Selbstbewusstseins (Damasio 2013, 2017). Tiefenpsychologische Fundierung (Becker 2019), Objektbeziehungstheorien (Bowlby 2016; Kernberg 1992; Klein 1994; Spitz 1988; Winnicott 1989) sowie die Säuglingsforschung (Dornes 1992; Stern 1992) fokussieren die Bedeutung der Bindung zu frühen Primärpersonen. Durch die unmittelbare Berührung können frühe Formen des Selbstempfindens erinnert und der Verbalisierung zugänglich gemacht werden. Der KBT liegt eine wissenschaftliche klinische Evidenz zu Grunde (Schreiber-Willnow 2010, 2016; Seidler et al. 2020).