



Anita Wilda-Kiesel / Anette Tögel / Uwe Wutzler

Kommunikative Bewegungstherapie

Brücke zwischen Psychotherapie und Körpertherapie

2., vollständig überarbeitete Auflage



Kommunikative Bewegungstherapie

Kommunikative Bewegungstherapie

Anita Wilda-Kiesel, Anette Tögel und Uwe Wutzler

Programmbereich Psychiatrie und Psychotherapie

Anita Wilda-Kiesel
Anette Tögel
Uwe Wutzler

Kommunikative Bewegungstherapie

Brücke zwischen Psychotherapie und Körpertherapie

2., vollständig überarbeitete Auflage



Dr. phil. Anita Wilda-Kiesel

Akademie für Kommunikative Bewegungstherapie e.V.
Mozartstraße 9
04107 Leipzig
E-Mail: a.wilda-kiesel@t-online.de

Anette Tögel

Akademie für Kommunikative Bewegungstherapie e.V.
Mozartstraße 9
04107 Leipzig
E-Mail: anette.toegel@gmail.com

Dr. med. Uwe Wutzler

Asklepios Fachklinikum Stadtroda
Bahnhofstraße 1a
07646 Stadtroda
E-Mail: u.wutzler@asklepios.com

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Medizin/Psychiatrie
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea, Wiebke Erchinger
Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Hahn, Meckenheim
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: GettyImages/stockphotodirectors
Umschlaggestaltung: Hogrefe AG, Bern
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Schleunungdruck GmbH, Marktheidenfeld
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

2., vollständig überarbeitete Auflage 2026

© 2026 Hogrefe AG, Bern

© 2010 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96363-1)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76363-7)

ISBN 978-3-456-86363-4

<https://doi.org/10.1024/86363-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	13
Zum Geleit	17
Geleitwort zur 2. Auflage	19
I Psychotherapeutische Grundbegriffe und Prinzipien der Kommunikativen Bewegungstherapie	21
1 Einführung	23
<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
1.1 Wofür steht der Begriff „Kommunikative Bewegungstherapie?“	24
1.2 Eine Gruppentherapie in der Psychotherapie	26
1.3 Indikationskriterien für die Kommunikative Bewegungstherapie	30
2 Die Entwicklung der Methode	33
<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
2.1 Entstehungsbedingungen für die Kommunikative Bewegungstherapie	33
2.2 Erste konzeptionelle Vorstellungen einer psychotherapeutisch ausgerichteten Bewegungstherapie	34
2.2.1 Lucie Heyer-Grote – und 18 Seiten im Handbuch der Neurosenlehre	34
2.2.2 Elsa Gindler: Werden sie erfahrbereit!	35
2.2.3 Kurt Höck: Die Fortbildung in intendiert dynamischer Gruppenpsychotherapie	36
2.2.4 Hana Junova: Einflüsse der Psychogymnastik	37
2.3 Chronologie der Weiterbildung/Fortbildung in Kommunikativer Bewegungstherapie	38
3 Psychodynamische Grundlagen zum Verständnis psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder	41
<i>Uwe Wutzler</i>	
3.1 Begriffsbestimmungen	41
3.1.1 Was ist eine Neurose?	41
3.1.2 Das Drei-Instanzen-Modell	41

3.1.3	Selbst und Objekt	42
3.1.4	Das Körperbild	43
3.1.5	Abwehrmechanismen	45
3.1.6	Widerstand	49
3.2	Was versteht man unter der Psychodynamik einer Erkrankung?	49
3.3	Psychogenetische Modelle zur Introjektion pathogener Affektkomplexe	53
3.3.1	Der neurotische Konflikt als unbewältigter kindlicher Entwicklungskonflikt	53
3.3.2	Das Defizitmodell	57
3.3.3	Das Traumamodell	62
4	Differenzielle Krankheitslehre	69
	<i>Uwe Wutzler</i>	
4.1	Depressive Störungen	69
4.1.1	Einleitung und Bedeutung	69
4.1.2	Krankheitsbild	69
4.1.3	Psychodynamische Grundlagen	69
4.1.4	Behandlung depressiver Störungsbilder mit der Kommunikativen Bewegungstherapie	70
4.2	Angststörungen	71
4.2.1	Einleitung und Bedeutung	71
4.2.2	Krankheitsbilder	71
4.2.3	Psychodynamisches Verständnis von Angststörungen	71
4.2.4	Behandlung mit der Kommunikativen Bewegungstherapie	72
4.3	Persönlichkeitsstörungen	73
4.3.1	Einleitung und Bedeutung	73
4.3.2	Darstellung ausgewählter Störungsbilder	73
4.3.3	Psychodynamische Perspektiven der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen	74
4.3.4	Behandlung mit der Kommunikativen Bewegungstherapie	75
4.4	Somatoforme Störungsbilder	75
4.4.1	Einleitung und Bedeutung	75
4.4.2	Krankheitsbilder mit der Einordnung in der ICD-10 und ICD-11	77
4.4.3	Psychodynamisches Verständnis des Krankheitsbildes	77
4.4.4	Behandlung mit der Kommunikativen Bewegungstherapie	78
4.5	Essstörungen und ihre Behandlung mit der Kommunikativen Bewegungstherapie	79
4.5.1	Einleitung und Bedeutung	79
4.5.2	Krankheitsbilder nach der ICD-10 und ICD-11	79
4.5.3	Psychodynamisches Verständnis	79
4.5.4	Behandlung mit der Kommunikativen Bewegungstherapie	80

5	Therapeutische Grundlagen und Methoden	85
	<i>Uwe Wutzler</i>	
5.1	Wirkfaktoren des Verfahrens	85
5.2	Grundlagen einer guten Gruppenleitung	88
5.3	Die therapeutische Grundhaltung	89
5.3.1	Empathie	89
5.3.2	Positive Wertschätzung und Akzeptanz des Patienten	90
5.3.3	Echtheit	91
5.3.4	Therapeutische Abstinenz	92
5.3.5	Neugier und mentalisierungsförderndes Verhalten	93
5.4	Übertragung und Gegenübertragung	93
5.5	Interventionstechniken	96
5.5.1	Beobachten und zuhörendes Schweigen	97
5.5.2	Paraphrasieren	98
5.5.3	Verbalisieren	98
5.5.4	Herstellen der Metaebene	100
5.5.5	Konfrontieren	101
5.5.6	Klären	101
5.5.7	Ich-Botschaft	102
5.5.8	Feedback geben	103
5.5.9	Validieren	104
5.5.10	Wertschätzung und Lob	105
5.5.11	Mentalisierungsfördernde Interventionen	106
5.6	Schwierige Situationen in der Therapie	107
5.6.1	Interventionstechniken bei akut auftretenden dissoziativen Zuständen	107
5.6.2	Intervention bei akuten Panikattacken	108
5.6.3	Umgang mit Verletzungen des therapeutischen Rahmens – ein stufenbasiertes Interventionsmodell	110
6	Planung und Prinzipien der Therapie	119
	<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
6.1	Therapeutisches Gruppensetting	119
6.2	Planung und Gliederung einer Therapiestunde	121
6.2.1	Einleitender Stundenteil	121
6.2.2	Hauptteil	124
6.2.3	Stundenabschluss	127
6.3	Steigerung der Anforderungen im Therapieverlauf	128
6.4	Die Therapie als Prozess	129
6.4.1	Das Kennenlernen, die Orientierung und die Abhängigkeit	130
6.4.2	Fokussierung der Auseinandersetzungsfähigkeit	131
6.4.3	Arbeitsphase und emotionale Erfahrung	132
6.4.4	Der Abschied	133

7	Aufgaben und Verhalten des Therapeuten	135
	<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
7.1	Allgemeine Merkmale	135
7.2	Spezielle Merkmale	136
7.2.1	Aktionen	136
7.2.2	Beobachtung	138
7.2.3	Reaktion und Reflexion	140
7.3	Das Therapeutenverhalten in der therapeutischen Beziehung	141
7.3.1	Die therapeutische Beziehung	141
7.3.2	Die Kommunikationsebenen	143
II	Praktischer Teil: Therapeutische Ziele und Aufgabenstellungen	147
8	Die Zeit der Orientierung	149
8.1	Beobachten, Kennenlernen, Integrieren	149
	<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
8.1.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	149
8.1.2	Beispiele für die Aufgabenstellungen	150
8.1.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	158
8.2	Ich-Entwicklung	159
	<i>Anette Tögel</i>	
8.2.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	160
8.2.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	161
8.2.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	169
8.3	Gruppenentwicklung	169
	<i>Anette Tögel</i>	
8.3.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	169
8.3.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	170
8.3.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	177
9	Die Zeit der Auseinandersetzung	179
	<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
9.1	Auseinandersetzungsfähigkeit/Positionierung	179
9.1.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	179
9.1.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	180
9.1.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	185
9.2	Entscheidungsfähigkeit	185
9.2.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	185
9.2.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	187
9.2.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	192

10	Die Arbeitsphase und die emotionale Erfahrung	193
10.1	Mut und Risikobereitschaft	193
	<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
10.1.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	193
10.1.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	194
10.2	Führen und Geführtwerden	196
	<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
10.2.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	196
10.2.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	197
10.2.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	199
10.3	Vertrauensfähigkeit	200
	<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
10.3.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	200
10.3.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	201
10.3.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	204
10.4	Emotionale Erfahrungen, Erleben von Nähe und Betroffenheit	205
	<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
10.4.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	205
10.4.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	207
10.4.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	213
10.5	Kreativität	213
	<i>Anette Tögel</i>	
10.5.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	213
10.5.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	214
10.5.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	222
10.6	Die Sprache in der Therapie	223
	<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
10.6.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	223
10.6.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	224
10.7	Soziodynamische Aufgabenstellungen	227
	<i>Anita Wilda-Kiesel und Anette Tögel</i>	
10.7.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	227
10.7.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	227
10.7.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	230
11	Der Abschied von der Therapie	233
	<i>Anita Wilda-Kiesel und Anette Tögel</i>	
11.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	233
11.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	234
11.2.1	Abschied am Ende einer Stunde	234
11.2.2	Abschied am Ende der Therapie	234

11.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	237
11.4	Spiele	237
11.4.1	Für den Stundenabschluss oder den Abschied	237
11.4.2	Für die Zeit der Auseinandersetzung und der Arbeitsphase	238
11.4.3	Spiele der emotionalen Phase	240
12	Modifizierungen in der Kommunikativen Bewegungstherapie	241
	<i>Anita Wilda-Kiesel und Anette Tögel</i>	
12.1	Bewegungstherapie unter kommunikativem Aspekt	241
	<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
12.1.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	241
12.1.2	Methodik	243
12.1.3	Therapeutenverhalten	244
12.2	Die Kommunikative Bewegungstherapie in der Psychiatrie	245
	<i>Anita Wilda-Kiesel</i>	
12.2.1	Beobachtung des Patienten als Befundaufnahme	246
12.2.2	Ziele der Therapie und ihre Realisierung	248
12.3	Therapie von Patienten mit essgestörtem Verhalten	249
	<i>Anette Tögel</i>	
12.3.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	250
12.3.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	251
12.3.3	Therapeutenverhalten	259
12.4	Therapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen	259
	<i>Anette Tögel</i>	
12.4.1	Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten	259
12.4.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	260
12.4.3	Therapeutenverhalten	263
12.5	Therapie von Kindern und Jugendlichen	264
	<i>Anette Tögel</i>	
12.5.1	Therapieziele und Situation des Patienten	264
12.5.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	266
12.5.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	267
12.6	Therapie von Patienten mit Suchterkrankungen	267
	<i>Anette Tögel</i>	
12.6.1	Therapieziele und Situation des Patienten	269
12.6.2	Beispiele für Aufgabenstellungen	270
12.6.3	Therapeutenverhalten und Reflexion	271

13 Stundenbeschreibungen	275
<i>Anette Tögel</i>	
13.1 Fokus Orientierung	275
13.1.1 Kennenlernen und sich gegenseitig beobachten	275
13.1.2 Stimmungen und Gefühle darstellen und in Begegnung bringen	276
13.2 Fokus Auseinandersetzung	277
13.2.1 Balance	277
13.2.2 Skulpturen bauen – Feedback geben	278
13.2.3 Turmbau	280
13.2.4 Halten und Gehaltenwerden oder eine neue Offenheit	281
13.2.5 Erster sein	282
13.2.6 Alten Überzeugungen neue Erfahrungen entgegensetzen	283
13.2.7 Therapieweg in Schritten	284
13.3 Fokus Patienten mit essgestörtem Verhalten	285
13.3.1 Wie liege ich, wie sitze ich und wie stehe ich	285
13.3.2 Modenschau	286
13.3.3 Vertrauen, Halten und Gehaltenwerden	286
13.4 Fokus Abschied	287
13.4.1 Eine misslungene Abschiedsstunde	287
13.4.2 Eine gelungene Abschiedsstunde	288
13.4.3 Die Verabschiedung einer Patientin	289
III Anhang	291
Kurzvita der Autorinnen und des Autors	292
Sachwortverzeichnis	294
Hinweise zu digitalen Zusatzmaterialien	304

Vorwort

Die Kommunikative Bewegungstherapie (KomBT) wurde als psychotherapeutische Bewegungstherapie von Anita Wilda-Kiesel in ihrem gleichnamigen Buch 1987 erstmals beschrieben. Nach über 15-jähriger Anwendung der Methode wurde eine theoretische Konzeption erforderlich, die als Basis dienen sollte für die weitere Entwicklung, für den Erfahrungsaustausch der Fachphysiotherapeuten sowie für die Übertragung der Methode auf andere Therapieformen. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten schon eine große Anzahl von Physiotherapeuten, die in der Psychotherapie, der Psychosomatik und in der Psychiatrie arbeiteten, eine Ausbildung zum Fachphysiotherapeuten absolviert und wendete die Kommunikative Bewegungstherapie in ihren Arbeitsbereichen an. Die Auflage war bald vergriffen, zu einer Neuauflage kam es nicht, weil die Wendezeit und die damit verbundene Neuorientierung keine Zeit dafür ließ.

Das Interesse an der Methode und ihr Einsatz in der Therapie psychisch Kranker hatten sich in den ostdeutschen Kliniken auch mit der politischen Wende nicht verändert, sodass bald wieder ein Bedarf an gut ausgebildeten Therapeuten bestand.

Anita Wilda-Kiesel begann mit den Fachphysiotherapeutinnen Erika Eichhorn, Eveline Fredrich, Anette Tögel, Elfruna Orthmann und Dörthe Maria Zorr, in der Arbeitsgruppe „Kommunikative Bewegungstherapie“ der Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie (GPPMP) eine neue Fortbildung für die Kommunikative Bewegungstherapie zu konzipieren. Heute wird diese weitergeführt von der Akademie für Kommu-

nikative Bewegungstherapie e.V. in Leipzig unter der Leitung von Anette Tögel.

In diese Fortbildung gingen die persönlichen Erfahrungen der sechs Lehrtherapeutinnen mit der Therapie ein. Sie alle waren von dem Potenzial der Methode überzeugt. Sie hatten während ihrer Arbeit in den Kliniken erlebt, wie diese handlungsorientierte Therapie dem Patienten helfen kann, wichtige Erkenntnisse zu neurotischen Fehlhaltungen zu erhalten, indem das Erleben und Verhalten in der Gruppe erfahren werden kann. Sie haben ihren Patienten geholfen, neue adäquatere Möglichkeiten für deren Leben zu erproben und zu verinnerlichen.

Die Fortbildung wurde mit 150 Stunden konzipiert, die Aufgaben der Kommunikativen Bewegungstherapie bildeten die Themen für die zehn Wochenenden eines Lehrganges. Auf diese Weise konnte die Kommunikative Bewegungstherapie klar strukturiert werden, und die Inhalte der Therapie lassen sich übersichtlich vermitteln. Zu den bisherigen Aufgabenstellungen wie Kennenlernen, Auseinandersetzung, Entscheidung, Vertrauen und Emotionalität kamen neue Themen in das Lehrprogramm. Es waren die Ich-Entwicklung, die Gruppenentwicklung, die Kreativität und die Sprache in der Therapie sowie die Kommunikative Bewegungstherapie in der Psychiatrie.

Zu diesem Zeitpunkt wurde ein neues Lehrbuch gebraucht und gewünscht: für sowohl diejenigen, die mit der Methode arbeiteten, als auch für diejenigen, die sich fortbilden wollten. So sollte es ein Leitfaden für die Gestaltung der Therapie und das Erlernen der Methode werden.

Wir, die Autoren, konnten den Titel „Kommunikative Bewegungstherapie. Brücke zwischen Psychotherapie und Körpertherapie“ 2011 beim Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern veröffentlichen. Das Lehrbuch von A. Wilda-Kiesel von 1987 wurde durch die theoretische Fundierung der Methode und die Aufnahme neuer Anwendungsfelder erweitert.

Seit 2024 ist diese Auflage vergriffen. Der Bedarf an einem solchen Lehrbuch besteht aber weiterhin, er hat sich aus unserer Sicht sogar deutlich erweitert, weil in den letzten Jahren die stationären Behandlungen im akuten wie auch rehabilitativen Bereich deutlich angestiegen sind. Das zeigt sich auch an der erweiterten Nachfrage an Personengruppen, die am Erlernen dieser Methode interessiert sind: Neben den ursprünglichen Interessenten wie Physio- und Ergotherapeuten, Sporttherapeuten und Krankenschwestern sind es inzwischen auch Psychologen und Ärzte, die den Körper und den interaktionellen Prozess als wichtig erachten.

Die klinische Realität ist mit einer deutlichen Änderung der therapeutischen Prozesse in den stationären Einrichtungen verbunden. Gesprächstherapeutische Prozesse finden in offenen und halboffenen Gruppen statt. Oft ist der Anschluss der Gesprächstherapie an die anderen Verfahren nicht mehr gegeben. So müssen die einzelnen Verfahren oft ihre Wirksamkeit separat entfalten. Deshalb muss auch die KomBT noch ausführlicher einen Schwerpunkt auf die Reflexion des Therapiegeschehens richten. So wurde es auch erforderlich, in der Fortbildung noch intensiver die Gesprächsführung und das Wissen der therapeutischen Haltung zu unterrichten.

Mit der Entwicklung störungsspezifischer Behandlungsangebote und der altersspezifischen Versorgung umfasst die Fortbildung nun 255 Stunden, verteilt auf 17 Wochenenden. Damit können wir den Anforderungen der unterschiedlichen klinischen Einrichtungen besser gerecht werden.

An dieser Weiterentwicklung der KomBT ist vorrangig die Gruppe der derzeitigen Lehr-

therapeuten für Kommunikative Bewegungstherapie beteiligt. Unser besonderer Dank gilt hier Tom Andre, Regina Germanus, Grit Koldewitz, Ursula Schmieg, Dr. Grit Schöley, Gesine Seifert, Anette Tögel, Katja Trojan und Uwe Wutzler.

Die Autoren sind dem Verlag Hogrefe, Bern, zu besonderem Dank verpflichtet, weil er uns eine zweite, überarbeitete Auflage angeboten und ermöglicht hat. So konnten wir alle neuen klinischen Entwicklungen aufnehmen und die Verfahren anpassen.

Parallel zur klinischen Weiterentwicklung des Verfahrens galt ein besonderes Engagement der wissenschaftlichen Untersuchung der Methode. Diese wurde maßgeblich von Jessica Heine und Uwe Wutzler vorangebracht. Im Mittelpunkt dieser umfangreichen Untersuchungen stand eine multimodale Studie, die mit einem großen Datensatz die Anwendung der KomBT in klinischen Prozessen beschreiben konnte. Aus diesen umfangreichen Datensätzen entstanden mehrere Bachelor- und Masterarbeiten und eine Promotionsarbeit. Im Ergebnis zeigte sich, dass das Verfahren hauptsächlich die Kohäsion in den Gruppen fördert und zum körperlichen Wohlbefinden in Gruppen beiträgt.

Wir sind uns bewusst, dass eine so lebendige, variable Methode wie die Kommunikative Bewegungstherapie, deren therapeutischer Ablauf stets an viele aktuelle Ereignisse gekoppelt ist, sehr schwer beschrieben werden kann. Jeder, der das Buch liest, wird zwar eine ausführliche Anleitung zur Anwendung der Therapie finden. Die Fähigkeit zu einem variabel handelnden, einfühlsamen, sicheren Therapeuten kann jedoch nur über eine gründliche Fortbildung erworben werden.

In der überarbeiteten Auflage möchten wir wieder mit einer Anzahl von Abbildungen wesentliche Gruppensituationen verdeutlichen. Für die Aufnahmen haben sich die Kolleginnen und Kollegen des Lehrgangs zum Therapeuten für Kommunikative Bewegungstherapie XXXII, Jahrgang 2024/25 zur Verfügung

gestellt. Wir bedanken uns bei ihnen sehr für diese Bereitschaft.

Susann Busch, Fotografin aus Leipzig, und Sebastian Tögel, Mediengestalter für Bild und Ton aus Berlin, stellten mit großem Einfühlungsvermögen für die therapeutische Situation die Fotos her.

Die Zeichnungen haben wir aus der ersten Auflage übernommen, sie wurden von dem Leipziger Maler und Grafiker Manfred Trauzettel (verstorben 2001) gestaltet.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern vornehmlich die männliche Form (generisches Maskulinum) verwen-

det. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter; soweit singuläre Formen wie Arzt, Patient, Therapeut o.Ä. in den Texten des Lehrbuches verwendet werden, bezeichnen sie auch Pluralformen sowohl des weiblichen, des männlichen als auch eines möglichen dritten Geschlechtes. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Anita Wilda-Kiesel

Uwe Wutzler

Anette Tögel

Zum Geleit

Bewegung ist das Tor zum Leben

Gleichklang und Harmonie sind erstrebenswert, sie lassen den Menschen in sich ruhen oder verharren. Erst die Auseinandersetzung mit den Bedingungen des Lebens, die Fähigkeit zur Kooperation mit anderen und zur Auseinanderset-

zung mit den Lebensbedingungen, sich zu entscheiden, anderen und sich selbst zu vertrauen, Mut, Risikobereitschaft und Kreativität sowie die Liebe zu sich selbst und zu anderen, bringen den Menschen voran, setzen ihn in Bewegung.

Anita Wilda-Kiesel

Geleitwort zur 2. Auflage

In der im September 2025 ganz frisch „eröffneten“ digitalen Ausstellung „Seelenarbeit im Sozialismus“ (www.sisap-ausstellung.de), in der rückblickend Fakten und Impressionen zur Psychotherapie, Psychiatrie, Psychologie und dem Gesundheitswesen in der DDR zusammengefasst sind, finden sich in dem „Psychotherapiestrang“ Hinweise und Definitionen zu den in der DDR entwickelten und kultivierten psychotherapeutischen Ansätzen.

Zur Kommunikativen Bewegungstherapie heißt es dort u. a. „In den 1960er Jahren entwickelt sich die Kommunikative Bewegungstherapie unter der Leitung von Christa Kohler (1928–2004) in der Psychotherapie-Abteilung der Karl-Marx-Universität Leipzig. Mit dem Leitungswechsel von Dietfried Müller-Hegemann zu Kohler beginnt an diesem Standort eine *völlig neue Psychotherapiebewegung*. Hierbei kommt ein multimodales Therapiekonzept zum Einsatz Neben dem nonverbalen Verfahren der Kommunikativen Bewegungstherapie ergänzen Musik- und Gestaltungstherapie die Behandlung. Einen entscheidenden Impuls für die Bewegungstherapie bringt Kohler von ihrem Besuch 1962 aus Lindau mit, wo sie erstmals eine Gruppentherapie beobachtet, bei der Patienten ermutigt werden, kommunikativ miteinander in Kontakt zu treten. Gleichzeitig stößt Anita Wilda-Kiesel auf Texte von Lucy Heyer-Grote (1931) und Elsa Gindler, die Körpertherapie und die bewusste Wahrnehmung des eigenen Körpers in den Mittelpunkt stellen. In den 1970er Jahren wird die Kommunikative Bewegungstherapie zunehmend in die Therapielandschaft der DDR-Kliniken integriert. Im Jahr

1972 wird auch in der Fachliteratur die Bezeichnung „Kommunikative Bewegungstherapie“ aufgegriffen. Nach dem krankheitsbedingten Rückzug Kohlers 1974 setzt sich der Werdegang der Kommunikativen Bewegungstherapie im Rahmen der Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie (GÄP) fort. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass neben anderen Therapiemethoden die Konzentrative Bewegungstherapie „KBT“ durchaus ein echtes „Eigengewächs“ der DDR-Psychotherapie darstellt!

Ich selbst, lange Zeit auch in einer Klinik im stationären Setting psychotherapeutisch aktiv, war immer ein großer Freund „extraverbaler“ und körperorientierter Ansätze, wenn gleich ich diese nicht selbst praktiziert (und auch nicht gelernt) habe. Ich war auch immer offen, körpertherapeutische Gesellschaften zu beraten und zu unterstützen, wenn es um empirische Forschung und Evidenzbasierung ging.

Meine eigene Begegnung mit der *Kommunikativen Bewegungstherapie (KomBT)* war zunächst die Verwunderung, warum man denn im Osten die „Konzentrative Bewegungstherapie“ (üblicherweise mit KBT abgekürzt) kannte. Dies war natürlich nur ein Zeichen meiner absoluten Unkenntnis der DDR-Psychotherapie und so wurde ich spätestens mit meiner eigenen Umsiedlung nach Ostdeutschland 1996 gewahr, welche Tradition die „KBT Ost“ hat und wie effektiv sie in verschiedensten stationären, aber auch ambulanten Settings eingesetzt wurde. Inhaltlich involviert in die stationäre psychosomatische Therapie der Klinik für Psychiatrie in Jena und später dann auch im Konzept der von mir begründeten Tagesklinik für Psychosomatik und

Psychoonkologie trugen die dort tätigen Therapeutinnen mit Anleihen der Kommunikativen Bewegungstherapie zum Gelingen der Behandlungen bei, auch weil der Ansatz eine echte „Brücke zwischen Körpertherapie und Psychotherapie“ darstellt.

Nachdem ich eine Vorstellung von der Kommunikativen Bewegungstherapie entwickeln konnte, habe ich schon die 1. Auflage des Buches von Anita Wilda-Kiesel, Anette Tögel und Uwe Wutzler sehr begrüßt und die Praxisorientierung geschätzt. Die Tatsache, dass es nun 15 Jahre später eine 2. Auflage gibt, zeigt, dass die Kommunikative Bewegungstherapie noch sehr lebendig ist! Die Neuauflage beschreibt die Methode „modernisiert“, der Praxisteil ist deutlich aufgaben- und zielorientierter gestaltet,

die Anwendungsmöglichkeiten sind stark erweitert.

Mich als Psychotherapieforscher erfreut besonders, dass die Autoren auch empirische Forschung zur Kommunikativen Bewegungstherapie einschließen, die ich selbst in bescheidenem Maße (in Form zweier betreuter Masterarbeiten) auch mitgestalten konnte.

Das Buch setzt der Kommunikativen Bewegungstherapie neuerlich ein Denkmal und weist Perspektiven auf, die psychotherapeutische Konzepte noch sehr lange bereichern werden. Ich wünsche der 2. Auflage Erfolg und vor allem Personen, die sich von der Methode anstecken und inspirieren lassen!

Bernhard Strauß, Jena

I

Psychotherapeutische Grundbegriffe und Prinzipien der Kommunikativen Bewegungstherapie

1 Einführung

Anita Wilda-Kiesel

Die Anfänge der Kommunikativen Bewegungstherapie (KomBT) liegen Mitte der 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts. In der Leipziger Universitätsklinik für Neurologie und Psychiatrie, Abteilung für Psychotherapie und Neurosenforschung wurde die Methode von Anita Kiesel unter der ärztlichen Leitung von Christa Kohler entwickelt. In Kap. 2 wird dargestellt, unter welchen Bedingungen die Methode entstand, welche Anregungen halfen, den Weg zu einer neurosenspezifischen, in der weiteren Entwicklung zu einer dynamisch intendierten gruppenpsychotherapeutischen Körperpsychotherapie zu gehen.

Erstmals hat Kiesel in der Monografie *Kommunikative Psychotherapie* von Christa Kohler, 1968, S. 113–127, über eine Gruppenbewegungstherapie für Patienten mit neurotischen Störungen in einer Psychotherapeutischen Klinik geschrieben. Es war eine **Bewegungstherapie unter kommunikativem Aspekt**. Der Begriff „Kommunikative Psychotherapie“ wurde schon in den 70er Jahren nicht mehr benutzt, für die Bewegungstherapie blieb „das Kommunikative“ erhalten, denn der Name **Kommunikative Bewegungstherapie** beschreibt das Wesentliche der Methode.

Kommunikation/kommunikativ steht für die zwischenmenschliche Begegnung, für das Handeln in unserem Sein und damit auch für das Erleben im sozialen Umfeld des Menschen. Nicht nur über die Sprache werden die Kontakte zur Umwelt aufgenommen; mehr als dem Menschen im Allgemeinen bewusst ist, verbinden ihn Gestik, Mimik, Körperhaltung und sein Verhalten – also der nonverbale Be-

reich der Kommunikation – mit der Umwelt. Sie drücken deutlicher als das gesprochene Wort aus, ob Kontaktaufnahme, Zuwendung, ein Miteinander stattfinden soll oder ob sich der Mensch abgrenzen, abwenden, in sich zurückziehen möchte. So ist der freundliche Blick, das Sich-zu-Lächeln oder Sich-zu-Winken der kürzeste Weg für eine Verständigung. Die offenen Arme zeigen als Geste „Du bist mir willkommen“. Die niedergeschlagenen Augen, die Abwendung des Körpers drücken aus, dass kein Kontakt aufgenommen werden soll; die Unruhe des Körpers, insbesondere der Hände und Füße, zeigt möglicherweise Angst oder Unsicherheit. Somit ist der Körper neben der Sprache ein wesentlicher Teil der Beziehungsgestaltung im zwischenmenschlichen Bereich.

Bewegung/Bewegungstherapie steht

- a) im physischen Bereich für Handlung und Tätigkeit und somit für körperliches Bewegen, für ein Verändern der Lage, für Sich-Fortbewegen;
- b) im psychischen Bereich unseres Seins für Veranlassen und für Bewegt-Werden oder Bewegt-Sein. In seinem Inneren berührt, bewegt, wird der Mensch durch Ereignisse und Worte, durch zwischenmenschliche Begegnung, gemeinsames Handeln und die bewusste Erfahrung der damit verbundenen Stimmungen, Gefühle oder Affekte.

Der Körper ermöglicht dem Menschen im umfassenden Sinne diese Bewegung, das Bewegt-Sein. Diese wunderbare Eigenschaft wird selten bewusst erlebt, sie wird als Selbstverständlich-

keit hingenommen. Der menschliche Körper wird benutzt, er hat die physischen Aufgaben zu erfüllen. Er ist dann das Mittel zum Zweck, um den Menschen in der rational bestimmten gedanklichen Welt zu bewegen. Erst wenn sich Störungen einstellen, wenn der Körper nicht mehr wie gewünscht funktioniert, wird er wieder wichtig, und es stellen sich Fragen nach Hilfe ein. Das bedeutet: nach Therapie, nach Körpertherapie, nach Körperpsychotherapie.

1.1 Wofür steht der Begriff „Kommunikative Bewegungstherapie?“

Kommunikative Bewegungstherapie (KomBT) ist

- **Bewegungstherapie**, weil die Körperbewegung und die Körpersprache als therapeutische Mittel genutzt werden. Die eigenen Bewegungen und die Bewegung auf den anderen zu und mit dem anderen in der Gruppe ermöglichen dem Übenden, sein emotionales Erleben rational zu erfahren und sein Verhalten in den durch die spezifischen Aufgabenstellungen entstandenen Situationen zu erleben und zu reflektieren.
- **Kommunikation**, zwischenmenschliche Begegnung, weil während der Therapie die Kontaktaufnahme über den nicht-sprachlichen Bereich gefördert wird. Dies vollzieht sich über den Blickkontakt im Beachten und Beobachten des anderen in der Gruppe. Die Begegnung erfolgt über den Berührungs- und Körperkontakt während des gegenseitigen Haltens und Gehaltenwerdens. Sie vollzieht sich während des gegenseitigen Spürens, des Sich-Anlehns und Sich-Ertastens sowie in der Kooperation beim Lösen der Aufgaben mit dem Einzelnen oder der ganzen Gruppe.
- eine **Methode der Körperpsychotherapie**, weil sie körperliche und psychische Störungen von Krankheitswert in spezieller Weise beeinflussen kann. Dies ergibt sich daraus,

dass gestörte Einstellungen und Beziehungen zu sich selbst und zum anderen im therapeutischen Handeln bewusst gemacht und neue Erfahrungen während des Gruppenprozesses ermöglicht werden. Gleichzeitig bewirkt das Zulassen und Reflektieren von Gefühlen und Affekten, die von den Aufgabenstellungen der Therapie provoziert werden, dass der Patient eine neue Qualität seines emotionalen Erlebens erreicht, indem er die psychischen und körperlichen Veränderungen der Emotionen zunehmend besser wahrnimmt und lernt, sie zu akzeptieren, einzuordnen und den Situationen gemäß mit ihnen umzugehen.

- eine **tiefenpsychologisch orientierte Gruppenpsychotherapie**, weil die Entwicklungsgesetze einer intendierten dynamischen Gruppenentwicklung in das Therapiekonzept einbezogen sind, indem für die einzelnen Phasen der Therapie eindeutige Aufgabenstellungen beschrieben sind und sich der Therapeut gemäß den therapeutischen Erfordernissen verhält. So ist er in der Lage, den Fokus der Therapie den momentanen Gegebenheiten der jeweiligen therapeutischen Situation anzupassen.

Die Therapie beinhaltet, die im Rahmen von inneren Reflexionen gewonnenen Erkenntnisse anzunehmen, das Bewusstwerden von Haltungen, Affekten, inneren Widersprüchen und Konflikten im Handeln und Verhalten zu verändern. Der Therapeut beobachtet das Geschehen in der Gruppe und verbalisiert seine Beobachtungen. Das kann eine allgemeingültige Feststellung sein oder er regt die Gruppe zum Nachdenken an. Auf diese Weise wird auch ein Erfahrungsaustausch im Gespräch zwischen den Patienten oder mit dem Therapeuten entstehen (s. Kap. 7.2.3).

Das Vorgehen hat das Ziel, dass die Patienten ihr gestörtes Erleben und Verhalten erkennen, damit sie weitere Angebote im Handlungsbereich zur Konfliktlösung oder zur Verbesserung der Frustrationstoleranz annehmen und neue Verhaltensmuster aus-

probieren können. Diese Entwicklung steht in engem Zusammenhang mit allen weiteren therapeutischen Maßnahmen.

- eine **handlungsorientierte Therapie**, weil es ihr Ziel ist, über den körperlichen Bereich auf die Störungen der Patienten einzuwirken. Sie benutzt die Bewegungen als Aktionen im gemeinsamen Handeln, zur Integration und Kooperation, wobei die Patienten sich selbst in ihrer Entwicklung und im momentanen Sein erfahren können. Sie erleben während der Therapie, dass ihre Störungen im Erleben und Verhalten während der zwischenmenschlichen Begegnung ihren Ausdruck finden. Sie können erleben, dass es viele Dinge gibt, die ihnen leichtfallen, die ihnen keine Schwierigkeiten bereiten, und sie erfahren, wo sie ihre Stärken haben. Diese Erkenntnisse verhelfen den Patienten zu einem verbesserten Selbstwert-Erleben, sie helfen ihnen bei der Stärkung ihres Ich. Die Kontakte zwischen den Gruppenmitgliedern werden über den Blick, die körperliche Berührung und den mimisch-gestischen Ausdruck inhaltlich bestimmt. Die Gruppenmitglieder werden während der Therapie mit eigenen und anderen Verhaltensmöglichkeiten, Reaktionsformen und Kommunikationsstilen konfrontiert.

Während des gemeinsamen Handelns ergeben sich verschiedene Bezugsebenen unter den Patienten, die dem Einzelnen neue Erfahrungen vermitteln können. So kann er sich Störungen und Fehlhaltungen eingestehen, sie akzeptieren. Er kann im geschützten Raum der vertrauten Gruppe Veränderungen ausprobieren und sein Verhalten den Erfordernissen entsprechend anpassen.

Die vom Therapeuten angeregten Reflexionen über das persönliche Erleben und Verhalten im Hier und Jetzt bewirken den bewussten Umgang der Patienten mit ihren Erfahrungen in der Gruppe. Das ist eine Voraussetzung dafür, dass die Patienten in der Therapie neue Erfahrungserfahrungen sammeln können. Sie bil-

den eine Basis für die bessere Bewältigung der Lebensanforderungen.

Spezielle Aufgabenstellungen aktivieren die zwischenmenschliche Begegnung und die Entwicklung von Beziehungen untereinander. Themen sind: Wahrnehmen, Kennenlernen, Integration, Ich-Entwicklung, Auseinandersetzung und Entscheidung, Mut, Risikoverhalten und Vertrauensfähigkeit, Kreativität, die Erfahrung von Emotionalität sowie der Abschied.

Für alle Aufgabenbereiche gibt es viele Angebote, die einen situationsgerechten Einsatz der Anforderungen an die Patienten im Therapieverlauf ermöglichen.

Der Therapeut hilft dem Patienten über die Reflexion des Geschehens im Hier und Jetzt sein Verhalten und Erleben wahrzunehmen, es zu akzeptieren und damit situationsgerecht umzugehen.

Beachte

Von besonderer Bedeutung für eine erfolgreiche Therapie ist die Information und Kooperation zwischen allen, die im therapeutischen Team zusammen arbeiten.

Hieraus ergibt sich die Definition der Methode:

Definition

Kommunikative Bewegungstherapie (KomBT)

Die Kommunikative Bewegungstherapie (KomBT) ist ein körperpsychotherapeutisches Verfahren, das darauf beruht, dass der Körper ein zentrales Ausdrucksorgan psychischer Vorgänge ist. Das Verfahren nutzt die Bewegung und den interaktionellen Prozess in der Gruppe als Medium, um zwischenmenschliche Kommunikation, Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung zu fördern. Es verbindet Elemente aus Körperwahrnehmung und Gruppendynamik.

Hier sei auf die Titel von Bauer (2006, 2007) hingewiesen, in der die zwischenmenschliche Beziehung als der Motor des Lebens benannt wird. Er schreibt, dass neue Erkenntnisse der Neurobiologie den Menschen als ein Wesen bezeichnen, dessen zentrale Motivation auf Zuwendung und gelingende mitmenschliche Beziehungen gerichtet ist. Die Entdeckung der Motivationssysteme mit ihrem Sitz im Mittelhirn und die Aktivierung dieser Systeme durch die Botenstoffe Dopamin und Oxytoxin haben ergeben, dass der Kern aller Motivation in zwischenmenschlicher Anerkennung, Wertschätzung und Zuwendung oder Zuneigung zu finden oder zu geben ist. Aus neurobiologischer Sicht sind wir somit auf soziale Resonanz und Kooperation konstruierte Wesen.

Berichte von Patienten wie Therapeuten und ihre Erfahrungen, die seit über vierzig Jahren bei der Anwendung der KomBT gemacht werden, bestätigen diese Erkenntnisse. Es hat sich gezeigt, dass die Kooperation, das Miteinander, die Integration des Einzelnen in die Gruppe und der auf positive Erfahrung angelegte Therapieverlauf die Gruppenmitglieder während der Therapie in einen Zustand der Konzentration und Handlungsbereitschaft versetzen. Sie werden während der Therapie immer mehr motiviert, sich einzubringen und an ihren Problemen und Störungen zu arbeiten. Nach Bauer kann dies nun mit einer Aktivierung der zentralen Motivationssysteme wissenschaftlich erklärt werden.

Im Jahr 2008 legten Gumz und Kollgen das Ergebnis einer Studie vor, die mit dem Ziel durchgeführt wurde, eine Evaluation des multimodalen Therapiekonzeptes aus der Sicht der Patienten herzustellen; die Studie wurde an der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Leipzig an 269 Patienten durchgeführt. Im Ergebnis wurde die KomBT von den Patienten nach dem Einzelgespräch im Prozesserleben als zweitwichtigste Therapie eingeschätzt. Erfasst wurden drei Aspekte des Erlebens: Hilfe bei der Problembewältigung, Gewinnen von Einsicht und gefühlte Belastung (Gumz et al., 2008).

Dieses Ergebnis weist eindeutig auf die besondere Rolle der KomBT im Rahmen einer psychodynamisch orientierten Körperpsychotherapie hin.

1.2 Eine Gruppentherapie in der Psychotherapie

Das bisher Gesagte macht deutlich, dass KomBT nur in einer Gruppe stattfinden kann. Eine psychotherapeutische Gruppe ist, wie jede andere Gruppe auch, immer ein soziales Gebilde, das aus mehreren Personen besteht, deren Mitglieder wechselseitige Beziehungen eingehen. Diese Beziehungen bilden sich auf der Basis gemeinsamer Ziele und Anliegen oder eines gemeinsamen Interesses. In der Therapie bestehen die Ziele immer in einer Veränderung der momentanen psycho-physischen und sozialen Situation. Daraus ergeben sich Aktivitäten, die eine **Entwicklung** auslösen. Diese führt zur eigentlichen Entstehung der therapeutischen Gruppe. In ihr übernehmen die Gruppenmitglieder unterschiedliche Aufgaben und Rollen. Es entwickelt sich ein verstandesmäßiges und gefühlsmäßiges Wir-Gefühl. Die Gruppe entwickelt eine typische Struktur. Voraussetzung dafür ist, dass die Gruppenmitglieder über einen bestimmten Zeitraum häufig Kontakt miteinander haben und dass sie im Rahmen der Begegnungen versuchen, ihr Gruppenziel zu erreichen.

Die Anzahl der Gruppenmitglieder sollte garantieren, dass jede Person mit jeder anderen Person in der Gruppe ständig in Verbindung treten kann, sodass sich eine **Gruppendynamik** entwickelt. Daraus folgt, dass die Zahl der Patienten mindestens 3 und höchsten 14 betragen sollte. Die optimale Mitgliederzahl liegt bei 12 Personen.

Eine Gruppe in der KomBT ist für das einzelne Mitglied immer zeitlich begrenzt. Je nachdem, ob sie als offene, halboffene oder geschlossene Gruppe durchgeführt wird, kommt es unter den Gruppenmitgliedern zu den ver-

schiedensten Interaktionen. Der Kontakt zwischen den Gruppenmitgliedern wird von den sozialen Vorstellungen, wesentlich bedingt vom sozialen Gewordensein, den individuellen Verhaltensstilen und den Erwartungshaltungen des Einzelnen sowie von den Angeboten des Therapeuten geprägt.

Im Verlauf ihrer Zusammengehörigkeit entwickelt die Gruppe Normen. Das sind Verhaltensregeln, die in der Gruppe dominieren. In der Körperpsychotherapie können dies Hilfsbereitschaft, Rücksichtnahme, Pünktlichkeit, typische Begrüßungsrituale sowie Aufgeschlossenheit gegenüber den therapeutischen Angeboten sein. Es können aber auch Angst, Abwehr, Widerstand und Regression in der Gruppe dominieren.

In den ersten Therapiestunden besteht in der Gruppe nur eine informelle, affektive Struktur, die von der Sympathie und Antipathie der Mitglieder untereinander bestimmt wird. Nach ihr richtet sich die Stellung der beliebten, unbeliebten und abgelehnten Mitglieder. Erst im Verlauf der Therapie führen die konkreten Erfahrungen des gemeinsamen Handelns und des Lösen der gestellten Aufgaben zu einer bewussten Rollenübernahme oder Rollenzuordnung durch die Gruppe. Allmählich werden Rangstrukturen deutlich, die sich nach Raoul Schindler (1999) als charakteristische Rollen in Form einer Binnengliederung in jeder sich strukturierenden Gruppe beobachten lassen.

Gruppenstruktur: Während des therapeutischen Geschehens kommt es in der Gruppe zur typischen **Rollenverteilung und Rollenstruktur**, die sich auf der Basis der gegenseitigen Erfahrungen herausbilden. So hat jede Gruppe zu jeder Zeit ein charakteristisches Beziehungssystem und eine entsprechende Struktur. Sie wird charakterisiert durch:

- **die Alpha- oder Anführerrolle:** Das Gruppenmitglied, das diese Rolle repräsentiert, steht für das Anliegen, das die Gruppe aktuell beschäftigt. Dies kann eine besondere Identifikation mit den Zielen der Gruppe, aber auch mit den Umgangsformen, den Ge-

bräuchen und Gewohnheiten der Gruppe sein. Der Anführer ist der Initiator für das Lösen der Gruppenaufgaben. Er besitzt echte Autorität, indem er die Gruppennormen vertritt. Er ist aber auch in der Lage, für Ausgleich und Entspannung zu sorgen.

- **die Gamma-Rolle:** Sie partizipiert an der Alpha-Rolle. Diese Gruppenmitglieder identifizieren sich mit dem Anführer. Sie sind seine helfenden Mitstreiter und treten so als ergänzende oder kontrollierende Gruppenmitglieder positiv in Erscheinung. Es werden drei Subpositionen unterschieden, der „Assistent“ von Alpha, der „Mitläufer“, der sich komplementär zu Alpha stellt, und der „Wächter“ darüber, damit alles so passiert, wie Alpha es will. Ein Teil der Gruppenmitglieder in dieser Rolle kann auch eine schweigende, das Alpha akzeptierende Gruppe bilden.
- **die Beta-Position:** Sie bezeichnet den Fachmann, die Graue Eminenz, den Experten oder Schiedsrichter, der distanziert eine bedingte Pro- oder Kontraposition zu Alpha realisiert. Etwa: „Im Prinzip schon, aber ...“, „Nein, außer ...“, „Teils so, teils so ...“. Es handelt sich hier um die Rolle des Vermittlers zwischen Alpha und Omega. Diese Rolle wird im prägruppalen Stadium der Gruppenentwicklung häufig vom Gruppentherapeuten übernommen.
- **die Omega-Position:** Sie bezeichnet den Störer der Aktionen von Alpha. Im Omega repräsentiert sich der abgewehrte Teil der Gruppe. Wird dieser Anteil zu groß, dann kippt die Gruppensituation und das Omega wird zum Alpha. Die Ziele der Therapie können dann nicht mehr erreicht werden, da die anfangs vom Therapeuten vorgegebenen Ziele im Verlauf der Gruppenentwicklung von der Gruppe angenommen und realisiert werden müssen. Ist der Repräsentant von Omega ein schwaches Gruppenmitglied, dann wird es leicht zum Sündenbock, auf dessen Kosten Spannungen abreagiert werden. Besonders gefährlich ist es, wenn das

schwache Omega abgelehnt und ausgegrenzt wird. Es zieht dann alle negativen Projektionen auf sich, dadurch kann bei Ich-schwachen Gruppenmitgliedern die Gefahr der Dekompensation bestehen. In diese Position geraten oft schwache, unterlegene, schwierige Patienten. Sie sind nicht in der Lage oder nicht bereit, an der Lösung der Gruppenaufgaben teilzunehmen. Sind sie genügend stark, treten sie als Störer auf.

Ganz allgemein ist es die Aufgabe des Gruppentherapeuten, den Wortführer für die Ziele der Therapie zu gewinnen, wodurch auch die Mitläufer positiv auf die Therapie eingestimmt werden. Die Fachleute in der Beta-Position können in der KomBT beispielhaft in den Bereichen wirken, in denen sie besondere Stärken haben. Die Omega-Position sollte vom Therapeuten rechtzeitig erkannt werden, denn diese Patienten muss er besonders im Auge haben. Das schwache Omega gilt es z.B. zu schützen und über die Stärkung des Ich an die Gruppe heranzuführen. Gemeinsam mit der Gruppe kann er versuchen, die Ursachen für das jeweilige Verhalten zu erkennen, um allen eine Integration in die Gruppe zu ermöglichen. Deshalb sind für den Gruppentherapeuten die Kenntnisse der Gruppenstrukturen von großer Bedeutung.

Zusätzlich können Soziogramme (Hess, 2001) und soziodynamische Aufgaben (s. Kap. 10.6) sowie die Selbst- und Fremdbildwahrnehmung die Objektivierung der Beobachtungen des Therapeuten unterstützen.

Die eigentliche Therapie beginnt, wenn die Gruppenmitglieder die Ziele der Therapie kennengelernt haben und wenn sie diese akzeptieren. Sie entwickeln in dieser Zeit mit den anderen in der Gruppe das **Wir-Gefühl** und grenzen sich nach außen gegen andere Gruppen oder Gruppenformen ab. Diese **prägruppale Entwicklung**, wenn die Gruppe beginnt, sich nach außen abzugrenzen, wird in der KomBT während der Phase der Orientierung angestrebt. Die Patienten lernen sich im Handeln kennen, sie lernen sich selbst und andere zu beobachten

und wahrzunehmen, sie lernen sich in die Gruppe einzubringen, zu integrieren und erfahren sich in ihren Bedürfnisstrukturen sowie in ihren Beziehungen zu den anderen Gruppenmitgliedern. Am Ende dieses Prozesses erleben sie deutlich ihre Zusammengehörigkeit und kennen die therapeutischen Ziele bzw. Möglichkeiten, welche die Therapie ihnen bietet (s. Kap. 8.1).

Die unterschiedlichen Angebote an die Gruppe ermöglichen es den Patienten, während der Zeit der Auseinandersetzung und der Arbeitsphase (s. Kap. 6.4.3) oder – wenn in halboffenen Gruppen der Fokus z.B. auf den Themen Auseinandersetzung, Entscheidung, Vertrauen oder Mut und Risikobereitschaft liegt – immer dann die Position des Alphas oder Betas zu übernehmen, wenn die Aufgabenstellungen seinen persönlichen Stärken entsprechen. Kann sich ein Gruppenmitglied z.B. angepasst auseinandersetzen und ist es in dieser Situation für die anderen ein Vorbild, dann wird es bei allen Aufgaben zu diesem Thema die Alpha-Position übernehmen, was ihm in schwierigeren Situationen hilft, sich Probleme und Schwächen einzugestehen, die es womöglich im Bereich des Sich-Anvertrauens und Sich-Überlassens hat.

Während der Arbeits- und emotionalen Phase gewinnen **sozialpsychologische Methoden** an Bedeutung. Die im Kap. 10.6 beschriebenen soziodynamischen Aufgaben sind geeignet, den Patienten ihre therapeutischen Fortschritte oder ihren Stillstand zu verdeutlichen. Die therapeutische Gruppe wird im Verlaufe ihres Bestehens außerdem dazu beitragen, dass der persönliche „blinde Fleck“ bald kleiner wird. Unter diesem blinden Fleck verstehen Joseph Luft und Harry Ingham (Luft, 1971) den Bereich der Persönlichkeit, der dem Selbst unbekannt, anderen aber bekannt ist. Auch der Persönlichkeitsbereich der freien Aktivitäten, Stärken und Schwächen, die einem selbst und anderen bekannt sind, wird vergrößert. Er soll im Rahmen einer Gruppentherapie den weitaus größten Raum aller Aktivitäten einnehmen. Ebenso soll der Bereich des Verbergens schrumpfen. Das unbewusst Verborgene, dem Selbst und anderen

unbekannt, wird auch im Rahmen einer Gruppentherapie weitgehend verborgen bleiben.

Im Verlauf des Bestehens der Gruppe entwickeln die Gruppenmitglieder **gemeinsame Emotionen** in Bezug auf die Situationen, die sie miteinander erlebt haben. Die Gruppenmitglieder können Nähe und Bezogenheit besser ertragen, ihre Frustrationstoleranz erhöht sich, die Einsatzbereitschaft in der Gruppe und die Motivation, die Therapieinhalte optimal auszufüllen und zu nutzen, wird gesteigert. Aus diesen Kriterien bildet die Gruppe ihre typischen gemeinsamen Handlungs- und Reaktionsweisen.

Vorteile einer Gruppenpsychotherapie: Die **allgemeinen Vorteile** gegenüber einzeltherapeutischen Verfahren treffen nicht nur auf Gesprächsgruppen zu, sondern gelten sicher in noch stärkerem Maße auch für Körperpsychotherapie wie eben die KomBT. Sie werden durch folgende Aspekte gekennzeichnet:

- Die Gruppensituation entspricht der eigentlichen Wirklichkeit und der natürlichen Umwelt des auf soziales Handeln angelegten Menschen.
- Die Gruppe ermöglicht als natürliches und soziales Medium menschlicher Beziehungen eine Fülle von Orientierungen und Hilfen auf der Basis der intensiven zwischenmenschlichen Begegnung. Dazu zählen die Erfahrung menschlicher Solidarität, gegenseitiger Hilfe und Förderung, die Erfahrung von Behinderung der eigenen Potenzen, Schwierigkeiten und Auseinandersetzung mit den anderen, nachahmenden Verhalten sowie die Möglichkeiten des Lernens vom anderen.
- Gruppentherapie eröffnet neue Möglichkeiten der Selbsthilfe, weil der Einzelne in der Gruppe vom Therapeuten unabhängiger wird und lernt, für sich selbst zu sorgen, zu entscheiden und Kontakt aufzunehmen. Nach Yalom (1989) wird hier der Umgang miteinander geübt.

Spezielle therapeutischen Vorteile: Die Gruppensituation ermöglicht es dem Therapeuten, viel stärker als in einer Einzeltherapie den

Gruppenmitgliedern Entscheidungen über die Gestaltung der gestellten Aufgaben und die Verantwortung füreinander zu überlassen. So repräsentiert die Gruppe nicht nur die reale Umwelt, sondern jedes Gruppenmitglied ist zugleich eine selbst handelnde Person, die aktiv in das therapeutische Geschehen eingreift (Höck, 1976).

- Die Gruppe ermöglicht es, vom anderen zu erfahren, dass er auch leidet, ähnliche oder andere Schwierigkeiten hat und dass dies den Einzelnen erheblich entlastet und ihn aus seiner Isolierung befreit.
- Die anderen sind nicht nur Mitpatienten, sondern sie stellen eine durchschnittlich reagierende Umwelt dar, an der die eigenen Verhaltensweisen erprobt und korrigiert werden können.
- Die Gruppenmitglieder können in der Gruppe mitmenschlichen Kontakt erleben und entwickeln, der ihnen oft erst die weitere Kontaktfindung außerhalb der Gruppe ermöglicht.
- In der Gruppentherapie verteilen sich Übertragung, Identifikation und Projektion, die sich in einer Einzeltherapie ausschließlich auf den Therapeuten richten und oft eine intensive Haftung nach sich ziehen, auf mehrere Personen, da sich jedes Gruppenmitglied mit einer Mehrzahl von Personen auseinandersetzen kann und entsprechende Emotionen und Affekte auf unterschiedliche Mitpatienten projiziert werden können (Höck, 1976).

Diese Kriterien treffen uneingeschränkt auf die KomBT zu, die zusätzlich in besonderer Weise ermöglicht, dass

- jedes Gruppenmitglied seine Stärken und Schwächen im persönlichen Erleben und Verhalten real erfahren kann, was zu einer Verbesserung der Eigen- und Fremdwahrnehmung führt;
- die körperpsychotherapeutische Methode viele Möglichkeiten anbietet, neues Verhalten zu erleben, indem die Entscheidungsfä-

higkeit gefördert wird, Vertrauen und Sich-Anvertrauen erfahren werden, Auseinandersetzung, Mut und Risikobereitschaft erprobt werden können und sich die Gruppe am Therapieende mit dem Abschied konfrontieren muss.

- die Erhöhung der Selbstsicherheit, die Verbesserung der Frustrationstoleranz und die bessere Integration der Gruppenmitglieder in die Gruppe zu einer Ich-Stärkung führen.
- die Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen erlebt und mit der Zeit anerkannt werden können. Dies bildet die Voraussetzung für das neue Lernen an sich und auch für das Lernen vom anderen.
- ergänzend oder konträr zum kognitiven Wissen im affektiven Bereich das Selbstbild ganz neu erlebt, neues Verhalten ausprobiert und dies immer selbstverständlicher in das bisherige Selbstbild integriert wird.
- damit eine Korrektur am Ich-Ideal möglich wird, das der Realität und damit optimalen Handlungsmöglichkeiten besser angepasst werden kann.
- alte Überzeugungen neu betrachtet werden können und andere möglich werden.
- neue zwischenmenschliche Beziehungen im geschützten Rahmen der Körperpsychotherapie realisiert werden, ehe sie außerhalb der Therapie erprobt werden.
- die Therapie Bewältigungsstrategien fördert, die es ermöglichen, sich innerlich auf eine Aufgabe vorzubereiten.
- aktives zielgerichtetes Handeln, Sich-Mut-Zusprechen und Abwarten gelernt werden können.
- sich der Patient nicht unter Druck setzen lässt und ein Gefühl dafür entwickelt, dass genügend Raum und Zeit zur Verfügung stehen, um in Ruhe handeln zu können.
- der Einzelne sich entlastet fühlt, wenn andere handeln, womit er Zeit und Raum für bewusste Entscheidungen gewinnen kann.

1.3 Indikationskriterien für die Kommunikative Bewegungstherapie

Da die KombT im Rahmen einer stationären Therapie entwickelt wurde, die vorwiegend nach tiefenpsychologischen Aspekten arbeitete und später wichtige Einflüsse von der intendierten dynamischen Gruppenpsychotherapie erhielt, ist sie eine Therapie der neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (s. Kap. 5).

Sie ist Bestandteil eines psychotherapeutischen Prozesses, den die Patienten während ihrer Therapie – stationär, tagesklinisch oder in ambulanter Gruppenpsychotherapie – durchlaufen. Sie ergänzt komplementär die Gesprächstherapie bzw. steht mit ihr in enger Wechselbeziehung. Die Bewegungstherapeuten erheben nicht den Anspruch, die Konflikte, Frustrationen und Störungen der Persönlichkeit, die während ihrer Therapie offengelegt wurden, zu bearbeiten; dies ist die Aufgabe der dafür ausgebildeten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Methoden ergänzen und gemeinsam den Therapieprozess voranbringen, sowie eine gute Kooperation auf beiden Seiten, damit der therapeutische Prozess in seiner Wechselwirkung stattfinden kann.

Einem gut ausgebildeten kommunikativen Bewegungstherapeuten ist es möglich, sich auf die therapeutischen Anforderungen einer dynamischen Gruppenpsychotherapie ebenso einzustellen wie auf eine tiefenpsychologisch geführte Einzelgesprächstherapie oder auch auf eine Verhaltenstherapie. So eignet sie sich v.a. für solche Patienten, deren innere Konflikte sich in interpersonellen Konflikten äußern; sie eignet sich auch zur Behandlung von Psychoneurosen, bei denen dies auf den ersten Blick nicht der Fall zu sein scheint.

Während der langjährigen Anwendung durch gut ausgebildete Kommunikative Bewegungstherapeuten ergab sich zusätzlich eine Reihe von

Modifizierungen, welche die Anwendung der Methode in der Psychiatrie, insbesondere bei affektiven Störungen, als Bewegungstherapie unter kommunikativen Aspekten (s. Kap. 12.1) und bei Essstörungen, Borderline-Persönlichkeiten und Abhängigkeitserkrankungen ermöglichten. Eine besondere Rolle spielt die KomBT in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, wo sie Dörthe-Maria Zorr schon Anfang der 80er Jahre einführte. Auf der 7. Jahrestagung der Sektion Gruppenpsychotherapie 1987 berichtete sie mit Agathe Israel detailliert über ihre Erfahrungen (Israel & Zorr, 1988).

Literatur

- Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle, was du fühlst: Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Heyne.
- Bauer, J. (2007). Der Körper als Zeichengeber. Das System der Spiegelneurone als neurobiologisches Korrelat für intuitives Verstehen. In R. Vogt (Hrsg.), *Körperpotenziale in der traumaorientierten Psychotherapie* (S. 12–16). Psychosozial-Verlag.
- Gumz, A., Villmann, T., Geyer, M. & Schmidt, B. (2008). Wirksamkeitserleben unterschiedlicher Therapieverfahren eines multimodalen stationären Behandlungskonzepts. In M. Geyer & G. Plöttner (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapie und ihre Therapeuten. Lebenswirklichkeiten und Identitäten von Psychotherapeuten* (S. 181–213). Psychosozialverlag.
- Hess, H. (2001). Ambulante Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Thieme.

- Höck, K. (Hrsg.). (1976). *Gruppenpsychotherapie: Einführung und Aspekte*. Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Israel, A. & Zorr, D.-M. (1988). Anwendung der kommunikativen Bewegungstherapie innerhalb der intendierten dynamischen Gruppentherapie neurotischer Jugendlicher. *Psychotherapieberichte*, 40.
- Kohler, C. (1968). *Kommunikative Psychotherapie* (S. 113–127). VEB Gustav Fischer.
- Luft, J. (1971). *Einführung in die Gruppendynamik*. Klett.
- Schindler, R. (1999). *Psychotherapie und Gruppendynamik. Visionen einer mündigen Gesellschaft*. Studienverlag.
- Yalom, I.D. (1989). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Pfeiffer.

Weiterführende Literatur

- Höck, K. & Hess, H. (1981). Ausbildung in Gruppenpsychotherapie durch Selbsterfahrungsgruppen. In J. Ott (Hrsg.), *Psychotherapie und Grenzgebiete* (Bd. 1, S. 70–96). Johann Ambrosius Barth.
- Wilda-Kiesel, A. (2011). Kommunikative Bewegungstherapie. In M. Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Ostdeutschland, Geschichte und Geschichten 1945–1995* (S. 325–331). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wilda-Kiesel, A. (2011). Die Kommunikative Bewegungstherapie nach 1990. In M. Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Ostdeutschland, Geschichte und Geschichten 1945–1995* (S. 797–799). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wilda-Kiesel, A. (2011). Leipzig. In M. Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Ostdeutschland, Geschichte und Geschichten 1945–1995* (S. 181–189). Vandenhoeck & Ruprecht.

6 Planung und Prinzipien der Therapie

Anita Wilda-Kiesel

Wie ein Therapeut die KomBT plant und durchführt, ist von mehreren Faktoren abhängig. Wir gehen davon aus, dass die Therapie im Rahmen einer Psychotherapie, dynamisch, tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch determiniert, stattfindet. (Modifizierungen und die Bewegungstherapie unter kommunikativem Aspekt werden in Kap. 12 beschrieben.)

Zu Beginn der Planung stehen die Fragen:

- In welchem therapeutischen Kontext findet die Therapie statt?
- Welche Störungen haben die Patienten in der Gruppe?
- Ist es eine halboffene, offene oder geschlossene Gruppe?
- Wie plant und gliedert der Therapeut seine Therapie?
- In welcher Phase der Entwicklung befindet sich die Gruppe?
- Welche Themen dominieren den Gruppenprozess in der KomBT und worauf soll der Fokus der Therapiestunde gerichtet werden?
- Ist ein neues Mitglied in die Gruppe gekommen oder muss ein Patient verabschiedet werden?
- Gibt es aktuelle Ereignisse, die zu beachten sind?
- Wie werden das Therapeutenverhalten und der Therapieplan der aktuellen Patientensituation angepasst?

6.1 Therapeutisches Gruppensetting

Die therapeutische Konzeption einer stationären, tagesklinischen oder ambulanten Therapie entscheidet, unter welchem Aspekt die KomBT durchgeführt wird. Sie steht in ständiger Beziehung zu allen therapeutischen Massnahmen. So werden Erfahrungen aus der KomBT z. B. häufig zum Thema im therapeutischen Gespräch.

Häufigkeit und Dauer: Für den Therapieprozess ist es günstig, wenn die Therapie 2- bis 3-mal pro Woche stattfindet und 30 bis 45 Minuten dauert.

Zusammensetzung der Gruppe: Die Gruppe ist so zusammengesetzt, wie es den Bedingungen des normalen Lebens entspricht. Frauen und Männer in allen Altersgruppen, die sich gerade im Therapieprozess befinden, können ebenso teilnehmen wie Patienten, die z. B. in ihrem Bewegungssystem behindert sind. Es ist ein wichtiges Ziel der Therapie, dass jeder Patient die für ihn außerhalb der Therapie wichtigen Regeln der Rücksichtnahme oder der Annahme von Hilfe erlebt und dass er lernt, seine Kräfte entsprechend seinen Möglichkeiten einzusetzen bzw. dass er lernt, so für sich zu sorgen, dass es ihm gut geht.

Patienten mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Herz-Kreislauf-Funktion sollten vom Facharzt für therapiefähig erklärt werden. Grundsätzlich gilt aber, dass der Patient in der Therapie lernt, seine physische Belastung einzuschätzen und sie dementsprechend auch einzusetzen.

Ungünstig ist es für die Gruppenentwicklung, wenn sich außer den Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen eine größere Gruppe von Patienten mit Persönlichkeits- bzw. mit Verhaltensstörungen befindet, da diese deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der Beziehungsgestaltung haben; sie können den Therapieprozess erheblich beeinträchtigen oder ihn sogar verhindern. In diesem Fall ist es besser, die Patientengruppe mit einer ausgesprochen strukturierten Bewegungstherapie zu behandeln (s. Kap. 12).

Gruppengröße: Die Gruppe sollte so groß sein, dass stets ausreichend Begegnungen in der Gruppe möglich sind, dafür sind mindestens fünf Patienten erforderlich. Sind mehr als zwölf Patienten in einer Gruppe, dann ist der Therapeut mit seinen Beobachtungsmöglichkeiten überfordert, und in der Gruppe selbst können sich Untergruppen bilden; eine größere Teilnehmerzahl ist somit ungünstig. Sind mehrere Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der Gruppe, dann sind kleine Gruppen von etwa sechs Teilnehmern erforderlich.

Gruppenformen: Eine **halboffene** Gruppe nimmt in regelmäßigen Abständen ein oder zwei neue Mitglieder auf und entlässt andere. Der Vorteil dieser Gruppenform besteht darin, dass die Mitglieder der Gruppe, die schon länger in der Therapie sind, ihre Erfahrungen an die neuen weitergeben können, dass diese in eine positive Gruppenatmosphäre hineinkommen und erleben, wie konstruktiv die Gruppe mit den Aufgaben umgeht. Der Therapeut ist verantwortlich dafür, dass die neuen Gruppenmitglieder ihren Möglichkeiten entsprechend an die Ziele und ihre Aufgabenstellungen herangeführt werden. Eine klare Entwicklung des Phasenverlaufs der Therapie lässt sich in halboffenen Gruppen nicht immer deutlich erkennen. Da der Therapeut den Gruppenprozess jedoch genau beobachtet, ist er in der Lage, seine

Therapiestunden so zu gestalten, dass sich in ihnen die jeweilige Entwicklung der Gruppe widerspiegelt bzw. mit dem Stundenthema weiter gefördert wird.

In diesen Gruppen erleben die Patienten auch mehrfach den Abschied von Patienten, deren Therapie zu Ende geht. Sie können dabei erfahren, wie Ängste überwunden worden sind und Mut und Risikobereitschaft das Ende der Therapie bestimmen. (s. Kap. 11). Da in halboffenen geführten Gruppen der Wechsel der Patienten relativ langsam erfolgt, arbeiten diese Gruppen insgesamt recht erfolgreich miteinander.

Die **offenen Gruppen** erweisen sich für die KombT als äußerst problematisch. In eine offene Gruppe kommen zu jeder Zeit mehrere neue Patienten, andere verlassen sie. Der für den Therapieerfolg notwendige Prozess der Strukturierung der Gruppe, um die Therapieziele zu erreichen, findet selten statt. Die Gruppe beginnt immer wieder mit den Aufgaben des Kennenlernens, Beobachtens und Integrierens in ihre Therapie. Ein Abschied für die ausscheidenden Patienten ist ebenfalls kaum möglich, da sie häufig nur eine kurze Zeit in der Gruppe waren und ohne Vorankündigung wegbleiben. Diese Gruppen können deshalb lediglich wie die Gruppen unter kommunikativem Aspekt durchgeführt werden (s. Kap. 12.1).

Eine **geschlossene** Gruppe ist eine Gruppe, die gemeinsam die Therapie beginnt und sie gemeinsam beendet. Der Vorteil dieser Gestaltung der Therapie ist, dass sie allen Patienten eine kontinuierliche Erfahrung des therapeutischen Prozesses mit stetig steigenden Anforderungen im psychophysischen Bereich ermöglicht. Im therapeutischen Alltag wird diese Therapieform kaum noch angewendet. Als Nachteil kann sich zudem erweisen, dass die Gruppe aus Patienten besteht, die der Therapie destruktiv gegenüberstehen; sie wird dann eine längere Zeit benötigen, um die therapeutischen Möglichkeiten zu erkennen.

6.2 Planung und Gliederung einer Therapiestunde

Ehe ein Therapeut mit seiner Gruppenarbeit beginnt, wird er die Ziele der Therapie im gesamten Therapieplan festlegen. Im Einzelnen wird er sich über das aktuelle Gruppenthema informieren, er wird den Entwicklungsprozess der Gruppe bedenken und sich über die aktuellen Tagesbedingungen erkundigen.

Nach diesen Gesichtspunkten legt er die Inhalte und Ziele jeder einzelnen Stunde fest und plant darüber hinaus jede Therapiestunde in ihrem zeitlichen Ablauf.

Eine Therapiestunde **gliedert sich in drei Stundenabschnitte**: den einleitenden Stundenteil, den Hauptteil und den Abschluss oder Ausklang. Diese Phasen werden nach den Prinzipien der Steigerung der Anforderungen (s. Kap. 6.3) aufeinander abgestimmt, sie sind im Allgemeinen auf **ein Ziel** ausgerichtet, z.B. Kennenlernen, Entscheidung oder Auseinandersetzung.

Für die **zeitliche Planung** gilt, dass die Einleitung etwa 1/5, der Hauptteil 3/5 und der Stundenabschluss 1/5 der zur Verfügung stehenden Zeit einnimmt.

6.2.1 Einleitender Stundenteil

Zu jeder Therapiestunde kommen die Patienten wieder in der Gruppe an, deshalb findet im ersten Teil eine **psychophysische Erwärmung** statt. Die Erwärmung im körperlichen Bereich ist wichtig, damit sich die Muskulatur sowie Herz- und Kreislauf auf die Bewegungsübungen einstellen können. Im psychischen Bereich ist es die Einstellung auf die Begegnung mit den anderen in der Gruppe, auf den Therapeuten und auf den Raum. Der Patient selbst kann seine Tagesbefindlichkeit wahrnehmen und sich auf die Therapie einstellen. Sehr gut eignen sich hierfür das Gehen im Flankenkreis, das freie Gehen im Raum und der Innenstirnkreis.

Gehen im Flankenkreis: Beim Gehen im Flankenkreis kann sich jedes Gruppenmitglied auf sich konzentrieren und für sich einen geschützten Raum finden, denn alle haben im Kreis einen festen Platz, einen bestimmten Vorder- und Hintermann, sie brauchen nur die erforderlichen Abstände einzuhalten. Der Therapeut veranlasst den Patienten, sich auf seinen Körper zu konzentrieren und die momentane Befindlichkeit wahrzunehmen. Folgende Anregungen helfen den Patienten beim **Wahrnehmen underspüren ihres Körpers**:

- *Achten Sie auf Ihren Gang, welchen Schrittrhythmus haben Sie gewählt?*
- *Wie setzen Sie Ihre Füße auf dem Boden auf?*
- *Spüren Sie das Abrollen der Füße?*
- *Lassen Sie Ihre Gedanken von den Füßen aufwärts durch den Körper wandern, unternehmen Sie eine gedankliche Tastreise.*
- *Spüren Sie die Beine in der Bewegung.*
- *Spüren Sie den Rücken, ist er mehr gebeugt oder gestreckt?*
- *Wie bewegen sich Ihre Arme?*
- *Wie halten Sie Ihren Schultergürtel und den Kopf?*

Er kann die Gruppenmitglieder auffordern, ihren richtigen Schrittrhythmus zu finden. Wenn sie langsamer gehen möchten, können sie dies im kleineren Innenkreis; wenn sie schneller gehen wollen, bleiben sie im Außenkreis (s. Abb. 6-1 und Abb. 6-2).

Hinweise zur Beobachtung und Einstellung auf den Vordermann:

- *Betrachten Sie Ihren Vordermann, prägen Sie sich von ihm Merkmale ein.*
- *Gleichen Sie den Abstand zwischen sich und dem vor Ihnen Gehenden aus.*
- *Beobachten Sie seine Schrittfolge und stellen Sie sich darauf ein, sodass die Gruppe einen gemeinsamen Rhythmus findet und zur gleichen Zeit das rechte und das linke Bein vorsetzt.*
- *Wenn ein Gruppenmitglied eine Bewegung beginnt, beobachten Sie das und führen Sie diese Bewegung auch aus; wenn alle die Bewegung*

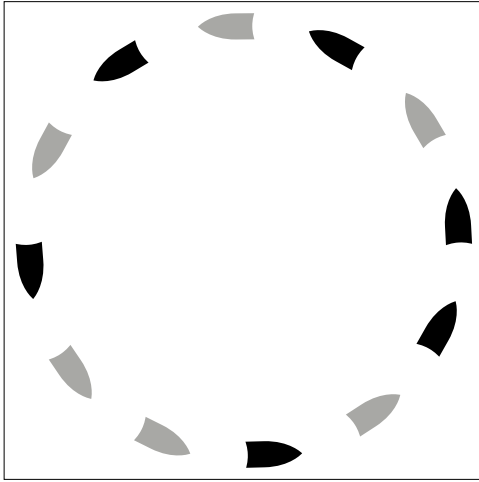


Abbildung 6-1: Gruppe geht im Flankenkreis

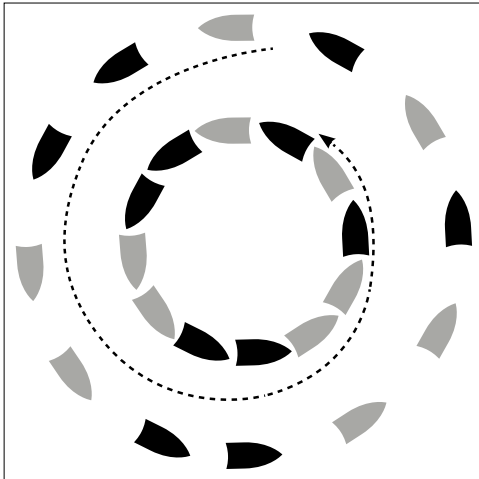


Abbildung 6-2: Schnelles Gehen im Außenkreis, langsames Gehen in Innenkreis

aufgenommen haben, schlägt ein anderer eine neue Bewegung vor.

- *Gehen Sie gemeinsam nach innen zu einem engen Kreis und wieder nach außen zu einem weiten Kreis.*

Freies Gehen im Raum: Im Unterschied zum Flankenkreis ermöglicht das freie Gehen im Raum dem Patienten eine größere Selbstbestimmung; das kann für ihn leichter sein, wenn er sich nur schwer einordnen kann. Es kann

dem Patienten sehr schwer fallen, wenn bei ihm Unsicherheit und Ängstlichkeit dominieren. Geht jeder seinen eigenen Weg, dann bestimmt jeder selbst, wohin er geht und wem er begegnet. Jeder wird seine eigenen Wege finden und auch Begegnungen mit Gruppenmitgliedern suchen oder Abstand zu ihnen halten (s. Abb. 6-3).

Dem Therapeuten ermöglicht das freie Gehen zu Beginn der Stunde eine ausgiebige **Beobachtung** der Patienten. Er kann sehen, wer ganz außen bleibt und die übrigen meidet, er sieht, wer mutig durch die Mitte geht und wie sich jeder zu den anderen verhält, z. B. ob Blickkontakte aufgenommen werden oder ob Patienten den anderen ausweichen. Er beobachtet das Schrittempo und die Körperhaltung seiner Patienten.

Während des freien Gehens können auch erste direkte Kontakte zu den anderen aufgenommen werden, indem die Gruppenmitglieder ein Stück des Weges mit einem anderen gehen und sie sich begrüßen oder sich führen lassen und geführt werden.

Dem Patienten helfen folgende Hinweise des Therapeuten:

- *Gehen Sie Ihren eigenen Weg!*
- *Erproben Sie beim Gehen die Möglichkeiten des Raumes, gehen Sie auf Ihren Wegen überall hin!*
- *Nehmen Sie die Bedingungen des Raumes wahr: Wo müssen Sie achtsam sein, wo haben Sie Platz?*
- *Wer ist mit Ihnen im Raum, wer begegnet Ihnen, wen kennen Sie schon, wen kennen Sie noch nicht?*
- *Gehen Sie ein Stück des Weges mit einem schon bekannten, später mit einem noch nicht bekannten Gruppenmitglied.*
- *Ein Teil der Gruppe bleibt stehen, der andere geht um diese herum.* (S. Abb. 6-4 und Abb. 6-5)

Innenstirnkreis: Der Innenstirnkreis ermöglicht allen Gruppenmitgliedern Blickkontakt. Außerdem kann aus dieser Position leicht Kontakt mit den beiden Nachbarn aufgenommen werden. Die Gruppenmitglieder können sich begrüßen und ihre Namen nennen, sie können sich an den Händen fassen und gemeinsame Übungen durchführen (s. Abb. 6-6).

9 Die Zeit der Auseinandersetzung

Anita Wilda-Kiesel

9.1 Auseinandersetzungsfähigkeit/Positionierung

9.1.1 Therapeutische Zielstellung und Situation des Patienten

Die Patienten sollen die Auseinandersetzung mit sich selbst und den anderen in der Gruppe erfahren. Voraussetzung für die Konfrontation der Gruppenmitglieder mit ihrer Auseinandersetzungsfähigkeit ist, dass die Patienten im Verlauf der Therapie erlebt haben, was sie besonders gut können und wie ihr Körper auf Entspannungs- und Belastungssituationen reagiert. Sie können sich inzwischen gut auf das Gruppengeschehen konzentrieren. Sie wissen besser, wie sie mit den anderen in der Gruppe umgehen können und was sie von ihnen zu erwarten haben.

Sich mit einer Sache auseinanderzusetzen, bedeutet, sich zu positionieren, einen Standpunkt einzunehmen, zu dem man sich bekennt und den man verteidigt. Die Möglichkeiten und die Mittel, mit denen die Auseinandersetzung geführt wird, sind breit gefächert. Sie kann konstruktiv erfolgen, einfühlsam, die Belange des anderen beachtend – aber ebenso destruktiv, in Form offener oder verdeckter Aggression.

Therapeutische Zielstellung: Ziel aller Aufgabenstellungen an die Gruppe zum Thema Auseinandersetzungsfähigkeit ist, dem Patienten seine am häufigsten verwendeten Formen der Auseinandersetzung bewusst zu machen. Er kann erfahren, wie er sich mit sich selbst, mit ihm sehr nahestehenden und/oder Fremden auseinandersetzt. Die Gruppe gibt ihm einen

Raum, in dem er neue Formen der Auseinandersetzung erproben kann.

So wird die Aufmerksamkeit des Patienten auf sein Erleben und Verhalten gerichtet im Bereich der Auseinandersetzung mit sich selbst, bei Konfliktsituationen, bei Frustration, bei Forderung anderer an ihn oder bei erlebter Über- und Unterforderung.

Die Gruppensituation ermöglicht immer die Auseinandersetzung der Gruppenmitglieder untereinander. Erfahrungen können gemacht werden in Situationen wie:

- einen Standpunkt haben und verteidigen
- den Standort festlegen und ihn behalten
- sich etwas Gewünschtes erkämpfen
- eine Meinung, einen Besitz verteidigen
- unbeirrt einem Ziel zuzustreben

Situation des Patienten: Über die Reflexion im Hier und Jetzt wird dem Patienten sein Erleben und Verhalten in Situationen bewusst gemacht, die als Grundhaltung Auseinandersetzung erfordern. Anders als in der Gesprächstherapie können gewohnte verbale Mittel nicht eingesetzt werden, es sind viel mehr die körperlichen Ausdrucksformen, die die Auseinandersetzung bestimmen. Der Patient kann erleben, wie er sich in den entsprechenden Situationen verhält und ob er eine klare Position einnehmen kann. Er lernt mit fairen Mitteln zu kämpfen bzw. sich durchzusetzen. Er erfährt seine Möglichkeiten in Bezug auf Aktivität, Beharrlichkeit und Durchsetzungsvermögen und wie er sie den Aufgaben gerecht und zielstrebig einsetzen kann. Dabei lernt er die Grenzen im Miteinander richtig einzuschätzen und sammelt Erfah-

rungen in Bezug auf sein Verhalten und Erleben. Neben der kämpferischen Auseinandersetzung wird der Patient mit seiner Risikobereitschaft, seinem Einfühlungsvermögen und mit seiner Kompromissbereitschaft konfrontiert. Da Auseinandersetzungen am häufigsten verbal mit dem entsprechenden körperlichen, mimischen und gestischen Ausdruck geführt werden, erlebt jeder in der nonverbalen Situation seine Grundhaltungen und Einstellungen zur Auseinandersetzung viel intensiver. Die Patienten erleben, wie sie z.B. ihre Kraft einsetzen, um ihr Ziel zu erreichen. Sie können erleben, dass sie unfähig sind, um etwas zu kämpfen, sie geben zu schnell auf oder finden kein Ende und kämpfen bis zum Umfallen. Wenn sie sich ihres Verhaltens bewusst werden, reagieren die Patienten häufig mit aggressivem Verhalten. Das zeigt sich u.a. in feindseliger Verweigerung, vorwurfsvollem Schweigen, Tränen, ironischem Lachen oder wütendem Verlassen des Gruppenraumes. Die Aggression richtet sich auch auf den Therapeuten, denn dieser hat sie in die schwierige Lage gebracht. Jetzt zeigen sich deutlich Formen des Widerstandes gegen den Therapeuten. Die Patienten erleben auch, dass sie sich zum einen bisher den Stolz auf etwas Er kämpftes verweigert haben und zum anderen, wie wenig sie ihren eigenen Wert geschätzt haben.

9.1.2 Beispiele für Aufgabenstellungen

Bevor die Gruppe mit dem Thema Auseinandersetzung konfrontiert wird, legt der Therapeut Regeln fest. Die wichtigste ist die **Stopp-Regel**. Sie besagt, dass jedes Gruppenmitglied, wenn ihm der Kampf zu gefährlich wird, diesen mit dem Partner oder der Gruppe stoppen kann. Außerdem wird besprochen, dass die Partner ständig gewechselt werden, damit jeder mit jedem möglichst viele Erfahrungen sammeln kann.

Einstieg

Im freien Gehen regt der Therapeut die Gruppe zum Nachdenken über Auseinandersetzung im Allgemeinen an:

- Was heißt „Auseinander-Setzung“?
- Wie verhalten Sie sich in einer Auseinandersetzung?
- Dabei werden Gedanken kommen wie: Zwei Menschen haben sich voneinander entfernt, sie „sitzen“ jeder auf einem anderen Stuhl oder stehen auf einem festen Platz. Sie haben einen anderen Standpunkt; aus dieser Position können sie miteinander reden, kämpfen, sich streiten, ihre Position verteidigen, bis sie sich langsam wieder näherkommen.
- Die Patienten sollen nonverbal über Gestik und Mimik ihre Gedanken darstellen.

Je größer die Unterschiede in den vertretenen Positionen werden, umso weiter rücken die Patienten auseinander, je mehr sie sich einigen, umso näher rücken sie aufeinander zu.

Auseinandersetzung des Einzelnen mit der Gruppe

Freies Gehen im Raum:

- Die Gruppenmitglieder begrüßen sich, suchen zuerst die Mitpatienten, die sie schon gut kennen, dann die, mit denen sie noch wenig Kontakt hatten.
 - Während des Gehens überlegen alle, wie sie sich noch begrüßen können, z. B. wenn sie einen Kumpel treffen oder wenn sie sich bemerkbar machen wollen. Häufig wird vorgeschlagen, dass sie sich anrem-peln können oder den einen oder anderen etwas anschubsen. Bringt die Gruppe keine Vorschläge, dann bietet der Therapeut ihr Möglichkeiten an:
- „Anwärmaufgaben“ für die Auseinandersetzung sind:
Sich dick machen, viel Platz einnehmen, dem anderen dabei den Weg versperren.

- Haschen Spielen: Jeder soll so oft wie möglich andere antippen, selbst jedoch ausweichen.
- Alle versuchen „Füße zu sammeln“; dabei soll jeder versuchen, einem anderen auf die Füße zu treten (s. Abb. 9-1).
- Weg versperren: Einige breiten die Arme aus und versperren anderen den Weg, diese müssen versuchen, die Sperre zu überwinden. Mit dem Ausbreiten der Arme wird angezeigt: Ich lasse dich nicht durch. Jedem Gruppenmitglied ist es überlassen, wie oft es seine Arme hebt und anderen den Weg versperrt. Jeder sollte aber mindestens zweimal beide Möglichkeiten ausprobiert haben (s. Abb. 9-2).

Im Kreis:

- Alle fassen sich an den Händen und bilden einen Kreis: Jedes Gruppenmitglied zieht die anderen in eine Richtung und versucht dabei, so viele wie möglich mitzuziehen. Variationen sind das Ziehen ganz in die Mitte, nach außen und nach rechts und links.
- Alle legen bei gebeugten Armen die Handflächen aneinander und drücken den rechten und linken Partner von sich weg; die Nachbarn werden mehrmals gewechselt.



Abbildung 9-1: Ich versuche, dir auf die Füße zu treten

In zwei Gruppen:

- Wald: Die Hälfte der Gruppe bleibt stehen und bildet „einen Wald“, diese Gruppenmitglieder bilden Bäume; die anderen gehen durch diesen Wald, der bald vom Wind, später von einem Sturm bewegt wird. Jeder versucht nun recht geschickt durch diesen Wald zu kommen. Der Gruppe wird es überlassen, wie schwer bzw. wie leicht sie es den anderen macht. Nach einiger Zeit werden die Aufgaben gewechselt.
- Lebendigs Hindernis: Die Hälfte der Gruppe bildet eine Linie, die andere versucht hinter die Linie zu gelangen, die erste Hälfte der Gruppe ist so ein lebendiges Hindernis, das es zu überwinden gilt.
- Die eine Gruppe bildet einen Kreis, die anderen stehen im Kreis oder außerhalb und versuchen den Kreis zu durchbrechen. Diese Übung kann als das Spiel „Katze und Maus“ durchgeführt werden (s. Kap. 11.4.2).

Stille Reflexion: Jeder bedenkt, ob er sich mehr aktiv oder passiv verhalten hat und mit welchen Mitteln er gekämpft hat.



Abbildung 9-2: Kämpfe dich an mir vorbei!



Abbildung 9-3: Die Partner schieben sich Rücken an Rücken stehend vom Platz

Auseinandersetzung mit einem Gruppenmitglied (Partnerübung)

- Im freien Gehen sucht sich jeder einen Partner, mit dem er gern einmal kämpfen möchte, dann sucht sich das Paar einen günstigen Platz im Raum.
- Wenn die Partner ihren Platz gefunden haben, spürt jeder für sich: *Was habe ich für einen Standpunkt, wenn ich ihn verteidigen oder erkämpfen soll?*
- Dann stellen sich die Partner Rücken an Rücken.



Abbildung 9-4: Die Partner schieben sich Seite an Seite stehend vom Platz

- Ohne Einsatz der Hände versuchen sie nun, sich vom Platz weg zu schieben, das machen sie so lange, bis die Wand erreicht ist (s. Abb. 9-3).
- Partner stehen Seite an Seite und schieben sich mit der Hüfte weg (s. Abb. 9-4).
- Partner stehen sich gegenüber, legen die Handflächen gegeneinander und schieben den anderen weg (s. Abb. 9-5).
- Partner fassen sich an beiden Händen, später an einer Hand, und ziehen den anderen zu sich heran oder über eine gedachte Linie bzw. bis zur Wand (s. Abb. 9-6).
- Partner sitzen auf dem Boden, zuerst üben sie Rücken an Rücken, dann stellen sie die Füße gegeneinander und zuletzt sitzen sie seitlich zueinander, sie versuchen sich aus den verschiedenen Positionen vom Platz wegzuschieben.
- Ein Partner liegt auf der Decke, der andere versucht seine Lage zu verändern.

Beachte

- 1) Diese Aufgaben sind sehr anstrengend, der Therapeut hat darauf zu achten, dass sich keiner überfordert, er setzt die Grenzen und sorgt für zwischenzeitliche Lockerung und Entspannung.
- 2) Die verschiedenen Formen der Auseinandersetzung können die Gruppenmitglieder am besten erleben, wenn sie möglichst viele dieser Aufgaben durchführen. Deshalb ist es günstig, dass die Paare immer wieder ihren Partner wechseln. Das ist möglich, indem immer wieder ein neuer Partner gewählt wird; oder die Gruppe bildet einen Außen- und einen Innenkreis, entweder die Gruppenmitglieder im Außenkreis oder die im Innenkreis rücken jeweils einen Partner weiter. Die sich gegenüberstehenden Patienten kämpfen miteinander. Anfangs kann der Therapeut den Wechsel festlegen, später wechselt die Gruppe selbständig.