

**Ernst Kern und Maxi Tengler**

## **Tanztherapie mit traumatisierten Patientinnen <sup>1</sup>**

In: GFK Texte 4, 1999, S. 64-71

Eine Situation in einer tanztherapeutischen Gruppe: Die PatientInnen sind beim Warm-up, es entsteht Bewegung und Lebendigkeit in der Gruppe. Mit dem Augenmerk auf fließenden, runden Bewegungen wird eine Akkordeonmusik gespielt. Alle beginnen auszuprobieren, bis auf einmal eine Patientin bleich wird, in ihrer Bewegung innehält, sich an den Rand des Raumes stellt und körperlich buchstäblich einfriert.

Was war passiert? In der Gruppe berichtet die Patientin danach, die Musik habe sie an "jemanden" erinnert, und das habe sie traurig gemacht. Später, im Einzelgespräch eröffnet sie, was es genau war. Es war der Familienangehörige, der sie sexuell missbraucht hatte und der selber Akkordeon spielte. Sie habe diese Musikvorliebe von ihm völlig vergessen gehabt, bis das in der Tanztherapiestunde wiederauftauchte. Alles in ihr habe sich wieder wie damals angefühlt.

Seit vielen Jahren führen wir in der Fachklinik Münchwies eine tanztherapeutische Indikativgruppe mit Patienten und Patientinnen der Abteilungen für Psychosomatik und für Entwöhnungstherapie durch. Eine nicht geringe Anzahl unserer Patientinnen <sup>2</sup> hat in der Biographie traumatische Erlebnisse gehabt, was auch und gerade bei einer körper- und bewegungstherapeutischen Zugangsweise besonderer Beachtung bedarf, um auf angemessene Weise damit umgehen zu können und gleichzeitig die speziellen Möglichkeiten der Körperpsychotherapie für die Bearbeitung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nutzen zu können.

## **Traumareaktionen als primär-biologische Überlebensmechanismen**

Traumatische Erlebnisse sind darüber definiert, dass eine Person eine partielle Bedrohung oder eine Lebensbedrohung von sich und ihrem Körper erlebte, dass sie sich in der Situation hilflos ausgeliefert fühlte und mit intensiver Furcht reagierte (Maercker 1997, vgl. auch DSM IV (Saß, Wittchen & Zaudig 1996)).

Eine solche Situation der existenziellen Bedrohung ruft primär-biologische Überlebensmechanismen hervor, das wäre zunächst ein Flucht- oder Angriffsverhalten. Wenn beides nicht möglich ist, bleibt als letztes biologisch angelegtes Überlebensmuster nur noch der Totstellreflex (vgl. Levine 1997). In diesem Erstarrungszustand ist das motorische System momentan stillgelegt, der gesamte Organismus bleibt aber in einem Zustand höchster innerer Erregung, um alarmbereit zu verharren für den Moment, an dem vielleicht doch noch ein Entkommen möglich ist. Tiere können dann aus so einem Erstarrungszustand wieder auftauen und z. B. davonlaufen, ohne ein Trauma davonzutragen.

---

<sup>1</sup> Diese Arbeit entstand aus einem Workshop mit kurzen Vortragsteilen zum Thema der körper- und tanztherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Patientinnen im Rahmen eines Symposiums zur modernen Traumatherapie, das 1998 an der Fachklinik Münchwies stattfand. Sie ist erstmals in einem Sammelband zu diesem Symposium erschienen: "Über das Leiden an der verdeckten Wunde - moderne Traumatherapie aus verschiedenen Perspektiven" Hrsg.: Dr. R. Jahrreiss, Münchwieser Hefte Nr. 22, April 1999, Westpfälzische Verlagsdruckerei St. Ingbert. Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Frau Dr. Jahrreiss. Der Sammelband kann bezogen werden über die Fachklinik Münchwies, Turmstr. 50-58, 66540 Münchwies/Neunkirchen (Saar).

In der hier in den GFK-Texten erscheinenden Version wurde vom Erstautor das Nachwort über die klientenzentrierte Perspektive angefügt, das in der Originalversion nicht enthalten ist.

<sup>2</sup> In der Folge wird von Patientinnen gesprochen, da es sich in unserer Klinik überwiegend um Frauen mit sexuellen Mißbrauchserfahrungen handelt, die von der posttraumatischen Belastungsstörung betroffen sind. Die Ausführungen lassen sich zum großen Teil wohl auch auf traumatisierte männliche Patienten übertragen.

Wenn das Wiederauftauen aber verhindert ist oder angehalten wird oder wenn die traumatische Situation sich wiederholt, kommt es zu pathologischen Veränderungen im Organismus, die dauerhafte Folgen nach sich ziehen können.

Da Schock also eine primär biologische und körpernahe Schutzreaktion ist, ist für die Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen der Einbezug des Körpers von besonderer Wichtigkeit.

## **Trauma und Gedächtnis**

Bei der Anwendung neuerer Modelle der Gedächtnispsychologie auf die Verarbeitung traumatischer Situationen (Bower 1981, Markowitsch 1992, Brenneis 1996, Person & Klar 1994), wird angenommen, daß Aufmerksamkeit und Gedächtnis nicht sequentiell (wie es beispielsweise von Freud (1900) in seinen Überlegungen zum Gedächtnis gesehen wird) sondern parallel, und zwar in mehreren Modulen, arbeiten.

In einer Trauma-Situation mit dem Zustand hoher innerer Erregung kommt es zu einer anderen Art von Informationsverarbeitung als in normalen Situationen. Aus überlebensrelevanten Gründen nimmt der Organismus eine Umverteilung der Ressourcen auf phylogenetisch ältere Hirnzentren vor.

Symbolverarbeitung und episodisches Gedächtnis stehen dabei an hinterster Stelle, werden evtl. phasenweise sogar ganz abgekoppelt, stattdessen erfolgt eine intensive Reizaufnahme auf den sensorischen Kanälen. Statt einer kohärenten Episode wird das Traumaerlebnis als Bündel von modalitätsspezifischen, visuellen, auditiven, olfaktorischen, kienästhetischen und motorischen Wahrnehmungen gespeichert, die hohe Intensität haben und weitgehend vom Affekt dissoziiert sein können. Eine adäquate Informationsverarbeitung unter Einbezug der höheren Gedächtnisfunktionen zur Symbolverarbeitung und zum episodischen Speichern wird somit verhindert.

Therapeutische Herangehensweisen z. B. über Imaginationen oder, wie im Falle der Körpertherapien, über motorische und kienästhetische Zugänge, haben die Gefahr und gleichzeitig die Kraft, solche isolierten Erinnerungsbereiche zu reaktivieren, d. h. eine Patientin wieder in einen der Traumatisierung ähnlichen Zustand bringen zu können. Die Handhabung dieser Situationen ist therapeutisch schwierig, eröffnet aber die Chance der Bearbeitung solcher, von der Person oft gar nicht oder kaum verarbeiteter Erfahrungen.

## **Der Kern der traumatischen Reaktion**

Levine (1997) sieht als Kern der traumatischen Reaktion folgende physiologische (oder zumindest körpernahe) Merkmale:

- das Einfrieren
- die Übererregung
- die Dissoziation.

Das Einfrieren ist eine universelle biologische Reaktion auf eine überwältigende Bedrohung. Dabei zieht sich der Körper zusammen, die Aufmerksamkeit ist ausschließlich auf die Bedrohung gerichtet. Mit dieser körperlichen Seite korrespondiert im Psychischen das Erleben einer völligen Hilflosigkeit. Die Übererregung soll als Alarmreaktion des Körpers dafür sorgen, dass alle Energien mobilisiert werden und abrufbereit sind. Levine vergleicht das damit, dass bei einem Fahrzeug gleichzeitig alle Bremsen angezogen sind (Erstarrung) und der Motor auf Vollgas läuft.

Dissoziation trennt das Körperempfinden vom bewussten Erleben, damit der Organismus die überwältigende Situation überhaupt ertragen kann. Bei sehr starken oder wiederholten Traumatisierungen kann die Dissoziation ebenso wie die anderen beiden Merkmale - das Einfrieren als chronische Erstarrung bzw. die Übererregung als dauerhafte Hypervigilanz) zu einer Art Dauerzustand der Person werden. Viele der späteren Symptome der PTBS stehen in Zusammenhang mit diesen primären somatischen und psychosomatischen Reaktionen des Organismus auf das Schockerlebnis. Wenn aus traumatischen Erlebnissen solche chronifizierte Veränderungen entstehen, wird auch von einer "komplexen posttraumatischen Belastungsstörung" gesprochen (Maercker 1997).

Das Hauptdilemma der Störung besteht in der Spannung zwischen dem Bestreben des Organismus, um jeden Preis die Erinnerung und Reaktivierung des Traumaerlebnisses zu vermeiden, und der inhärenten Tendenz zur Bearbeitung der bedrohlichen Erfahrung. Es gibt eine ungewollte Gebundenheit an das schreckliche Erlebnis (Maercker 1997). Die schlimmen Erfahrungen tauchen dann trotz oder gerade wegen der Verleugnung in Alpträumen und Intrusionen immer wieder auf. Wenn es in der Therapie zu einer intensiveren Bearbeitung und Versprachlichung des Traumas kommt, kann das sehr schmerzliche Körpererinnerungen wecken. Das steht für die Patientinnen dann oft im Widerspruch zu ihrer Hoffnung, daß mit dem Aussprechen direkt eine Verringerung des Leidensdrucks einhergehen müßte.

## **Körperbilder und Körpererleben sexuell missbrauchter Frauen**

Sexueller Missbrauch betrifft den Körper und die gesamte Person, somit hinterläßt er "Spuren" im Körper z. B. in Körpererinnerungen oder in den geschilderten Überlebensmechanismen wie Dissoziation, Übererregung, "Totstellreflex". Die zuletzt genannten Reaktionen waren während der traumatischen Situationen überlebensnotwendig und sind dann in starker oder abgeschwächter Form auch nach der Traumatisierung als Reaktionsweisen geblieben, selbst wenn inzwischen die negativen Wirkungen dadurch überwiegen. Wenn in der Körperarbeit z. B. Anregungen, die Unbeweglichkeit und Erstarrung aufzulösen, angeboten werden, muss das Schützende dieser "alten", gewohnten Verhaltensmuster berücksichtigt werden.

An dieser Stelle möchten wir - obwohl es eigentlich um Tanztherapie geht - zunächst etwas über Erfahrungen aus der Gruppe für Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen berichten (die Tanztherapeutin ist gleichzeitig Leiterin dieser Frauengruppe).

Die Frauen in dieser Gruppe ringen häufig mit der Einstellung zu ihrem Körper. Auffällig sind Ablehnung und Unlust, sich mit dem eigenen Körper zu beschäftigen, was sich z. B. darin zeigt, nicht in den Spiegel zu blicken oder in der Körperpflege nur die nötigsten Handgriffe zu verrichten. Immer wieder zeigen sich auch Autoaggressionen, was in der Regel erst offenbart wird, wenn viel Vertrauen besteht.

Sexualität wird meist aversiv erlebt und stellt einen sehr problematischen Bereich dar. Die Ausübung von Sexualität ist gekoppelt an Erinnerungen von Macht- und Gewalterleben, teilweise übergehen die Frauen auch heute ihre Empfindungen und Grenzen, oder sie schützen sich, indem keine Sexualität ausgeübt wird. Diese Thematik steht bei unseren Patientinnen, die oft am Anfang der Bearbeitung des Traumas stehen (den Missbrauch hier z. B. erstmalig "geoutet" haben), auch oft gar nicht im Vordergrund, da zunächst Existenzielleres ansteht und eine "befriedigende" Sexualität eher ein Fernziel darstellt.

Zum Verständnis der Autoaggression berichtet Steinhage (1991), daß die Aggression, welche von den Tätern gegen die Opfer gerichtet wurde, von den Opfern übernommen und in der "Identifikation mit dem Aggressor" gegen sich selber gerichtet wird, um zumindest auf diese Art an seiner Macht und Stärke teilzuhaben. Im inneren Erleben führen dann Schuld- und Schamgefühle sowie Selbstabwertungen zu dem Wunsch, sich selbst Schmerz zuzufügen.

Die Frauen schildern als Motive für Autoaggression, dass sie den seelischen Schmerz quasi durch körperlichen Schmerz übertönen wollen, dass sie sich spüren wollen und dass sie ihren Körper hassen, deshalb nicht "gut" mit ihren Körpern umgehen können.

In der Frauengruppe erfolgt eine Annäherung an die Thematik des Körpererlebens über das Zeichnen von Körperbildern.

Die Frauen werden dazu angehalten, ein Bild zu malen, wie sie ihren Körper erleben. Für das Bild sollen drei selber zu wählende Farben verwendet werden mit der Anregung, dass je eine Farbe für positiv besetzte, neutrale und negativ besetzte Körperregionen steht. Die entstehenden Bilder sind sehr ausdrucksstark und eindrucklich. Sie werden nicht von den Therapeutinnen als so genannten "Expertinnen" gedeutet, sondern sie dienen der Selbstreflexion sowie dem Austausch mit den anderen Betroffenen. Die wahrgenommenen Atmosphären und Eindrücke werden von den Gruppenmitgliedern rückgemeldet.

Folgende Bilder entstehen:

Manche Frauen schildern, dass sie ihre Bilder direkt nach dem Zeichnen zerrissen haben, zerreißen wollten oder dass sie sie zwischen dem Malen und dem Zeitpunkt der Besprechung nicht mehr angesehen haben. Das Bild stellt eine Konfrontation dar, die oftmals nur schwer zu ertragen ist. Häufig wird die Farbe Schwarz oder Rot für negative oder schmerzbehaftete Regionen gewählt. Direkt vom Missbrauch betroffenen Körperregionen stellen abgelehnte Bereiche dar. Insgesamt wird der überwiegende Teil des Körpers negativ bewertet. Um positive Regionen aufzufinden, bedarf es teilweise detaillierter Nachfragen und Sensibilisierungen.

Die dargestellten Wesen sind oft geschlechtsneutral, scheinen nicht selten eher ein Kind darzustellen oder einen Mann. Eckige "Computermännchen", Kreisfiguren, auch Strichmännchen werden gemalt, weibliche Körperformen sind seltener aufzufinden.

Manchmal zeigen die Abbildungen den Wunsch nach Stärke und Wehrhaftigkeit, z. B. durch breite Schultern und einen stabilen Stand, manchmal drückt sich aber auch die erlebte Hilflosigkeit aus, wenn sich die Frauen ohne Hände und Füße malen.

Die Bilder können eine Entwicklung signalisieren: Eine Frau malte ihr Körperbild zum zweiten Mal, da sie Monate zuvor in einer anderen Klinik die gleiche Aufgabe gestellt bekam. Das neue Bild strahlte den Aussagen der Gruppenmitglieder zufolge Selbstbewusstsein und Stärke aus. Es zeigte einige positiv besetzte Bereiche, weibliche Formen und einen offenen Blick. Erst in der ausführlichen Reflexion erinnerte sich die Frau, dass ihr letztes Bild noch ganz schwarz und ohne Extremitäten gemalt war. Die Patientin konnte die Veränderung ihres Bildes mit einer verändert erlebten Haltung gegenüber ihrem Körper in Einklang bringen.

Im Anschluss an den Austausch über die Bilder lassen sich Strategien entwerfen, wie ein ansatzweise liebevoller Umgang mit dem Körper gepflegt werden kann.

Hier kann die Tanztherapie einsetzen. Frauen, die in der Therapie soweit fortgeschritten sind, dass ihnen eine Auseinandersetzung mit dem Körper möglich erscheint, können im Rahmen dieses auch "spielerischen" therapeutischen Zugangs neue Körpererfahrungen sammeln.

## **Traumatisierte Patientinnen in unserer tanztherapeutischen Gruppe**

Patientinnen mit Traumaerfahrungen fallen in unserer tanztherapeutischen Gruppenarbeit oft durch bestimmte Besonderheiten und Reaktionsweisen auf:

- Patientinnen mit übermäßiger Wachsamkeit, chronischer Übererregung haben es z. B. sehr schwer bei ruhigen Übungen oder bei Anleitungen, die mit Loslassen der Kontrolle zu tun haben. Für viele ist das Schließen der Augen z. B. beim Körperspüren oder bei Imaginationsanleitungen nicht möglich.
- Bei allen Partnerübungen haben traumatisierte Patientinnen besondere Not, geraten dabei in starken Stress aufgrund ihres Misstrauens und ihres fehlenden Gefühls für sichere Grenzen. Wenn die Übung noch dazu mit Berührungskontakt verbunden ist, steigen viele Patientinnen aus.<sup>3</sup>
- Bei Körperwahrnehmungsübungen geben traumatisierte Patientinnen oft an, gar nichts zu spüren oder nur bis zu einem bestimmten Bereich (z. B. nur den Oberkörper).
- Bei bestimmten Bewegungen, Musikstücken, Übungsanleitungen können plötzliche Erinnerungen und Assoziationen einschlagen, die die Person völlig absorbieren und sie bedrohen, körperlich einen ähnlichen Zustand wie zum Zeitpunkt der Traumatisierung entstehen zu lassen. Manchmal besteht z. B. eine extreme Sensibilität auf Lautstärke, auf bestimmte Arten von Musik oder auf ein lautes Atmen oder gar Schwitzen von Mitpatienten. Solche Reize können als konditionierte Stimuli Auslöser für Traumareaktionen sein.
- Manche der Patientinnen können sich mit problematischen Gefühlen wie Trauer oder Wut kaum einlassen. Sie versuchen ihre innere Anspannung und Übererregung "abzutanzten", sobald sie in diesem Tempo verlangsamt werden, kommen sie in Schwierigkeiten.
- Auffällig sind auch bestimmte sehr schutzlose oder zu wenig abgegrenzte Körperhaltungen, die bei manchen Übungen plötzlich deutlich werden.

Oftmals geben solche meist unbewusst oder reflexhaft ablaufende Reaktionen erste Hinweise auf schlimme Lebenserfahrungen. Diese Reaktionsweisen traumatisierter Personen sind aus

---

<sup>3</sup> Das heißt allerdings nicht, dass man in der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit solchen Patientinnen Übungen mit Berührungen völlig vermeiden sollte. Klopstech betont, dass bei missbrauchten Frauen oft einerseits Berührung zuviel und in ihrer Biographie traumatisch war, andererseits aber (gute) Berührung entscheidend gefehlt hatte (vgl. Klopstech 1994, Dohmen 1994).

Überlebensstrategien entstanden, sich vor einer bedrohlichen äußeren und inneren Welt zu versuchen zu schützen und sind als solche unbedingt zu respektieren und zu würdigen. Aus dieser therapeutischen Haltung werden die Patientinnen in ihrem So-Sein, in ihren Schutzbedürfnissen und Sicherheitsmechanismen abgeholt, und der Erwerb eines erweiterten Bewältigungsspektrums kann eingeleitet werden.

Da das Körpergedächtnis zum Teil eigene Formen des Aufnehmens und Speicherns hat, bieten körperpsychotherapeutische Zugänge manchmal die Möglichkeit, relativ direkt an manche Konfliktbereiche zu gelangen. Bei der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen kann es passieren, dass der Körper den akuten Schockzustand wieder abrufen. Hier ist es wichtig, das schon in der Annäherung zu erkennen.

Es gibt einige konkrete Anhaltspunkte und Vorsichtsmaßnahmen zur Körperpsychotherapie mit traumatisierten Patientinnen:

Da traumatisierte Systeme sowieso chronisch überladen sind, sollte mit Aufladungsübungen zurückhaltend umgegangen werden, öfters ist es notwendig, Energie herauszunehmen. Die körpertherapeutische Traumaarbeit geht weniger über kathartische Prozesse als über langsames Schmelzen und Durcharbeiten der einzelnen Schockschichten.

Auf der anderen Seite muss man auch bei Entspannungsübungen Vorsicht walten lassen. Aufgrund der inneren Hypererregung und des hohen Angstpegels vieler Traumapatientinnen kommt es bei zu loser verbaler Begleitung schnell zu einem Abrufen des inneren Traumafilmes.

Schließlich gibt es einige konkrete Werkzeuge des Therapeuten zur Sicherung des Prozesses, wenn eine Patientin sich dem Trauma annähert. Sie haben das Ziel, immer wieder den Realkontakt herzustellen und zu sichern, die Patientin in das Hier und Jetzt zurückzuholen.

Solche wichtigen Werkzeuge sind: das Etablieren des Augenkontaktes, Unterstützung des Bodenkontaktes, Unterstützen des stimmlichen Ausdrucks (Töne machen), das Abmachen von unterbrechenden Signalen (z. B. "stop" sagen) und, wenn es zugelassen werden kann, Körperkontakt (z. B. die Hand halten).

### **Tanztherapeutische Arbeit mit der Hypererregung: Unterstützung der Sicherheitsbedürfnisse**

Wie wir gesehen haben, zeigt sich die Übererregung traumatisierter Patientinnen oft in chronischer Wachsamkeit, Überängstlichkeit, die in fehlenden Sicherheitsgefühlen wurzeln. Von verhaltenstherapeutischer Seite werden als typische Einstellungen einer traumatisierten Person genannt, dass sie "sich selbst als verletzt und zukünftig verletzbar, die Welt als feindlich, unverständlich und unkontrollierbar und sich selbst als beschädigt und wertlos" (Maercker 1997, S. 30) ansieht.

Das Trauma hat die Reizbarrieren einer Person niedergerissen, in der Therapie geht es darum, Grenzen wiederaufzurichten und zu sichern (vgl. Marcher und Levine 1992). Das wichtigste Ziel der Körper- und Bewegungstherapie ist hier zunächst das Respektieren, Unterstützen und Aufbauen der Sicherheitsbedürfnisse der Person.

Therapeutisch zentral für den Aufbau von Sicherheit ist der gute Kontakt, das "Holding", dazu gehört auch wesentlich eine tragende Gruppenatmosphäre.

Die Tanztherapie bietet viele Wege an, den Aufbau von Sicherheitsgefühlen zu unterstützen: Die Patientinnen müssen da an- und aufgenommen werden, wo sie sind, also in ihrer Übererregtheit und Verunsicherung. Das kann z. B. geschehen über ein anfängliches Gehen, Laufen oder über das Stampfen im afrikanischen Tanz. Das betonte und rhythmische Auftreten mit der ganzen Fußsohle auf den Boden verbessert das Groundinggefühl, das Gefühl der sicheren Verbindung mit dem Boden und letztlich auch mit dem eigenen inneren Grund (vgl. Boadella 1991). So kann es auch dazu kommen, die eigene Kraft deutlicher zu spüren, damit mehr Vertrauen in die eigenen Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten zu gewinnen, was sich durch "Kraft-Übungen" (z. B. gegen die Wand zu drücken, versuchen, einen Partner weg zu schieben) weiter unterstützen lässt.

Die Arbeit mit der Atmung kann bei regelmäßiger Durchführung Sicherheitsgefühle im Körper aufbauen helfen durch Wahrnehmung des Atems als inneren Grundrhythmus, der von ganz alleine geht. Bei der Anleitung von Atemübungen müssen dabei immer die traumabezogenen Schwierigkeiten beachtet werden, hilfreich ist hier eine dichtere verbale Begleitung und die explizite Erlaubnis, die Augen offen zu behalten.

Rituelle oder meditative Gruppentänze haben manchmal eine Verbindung schaffende und beruhigende Wirkung.

Übungen zum "sicheren Ort" lassen sich auf verschiedene Arten anbieten. Das kann das konkrete Suchen nach einer guten Stelle im Raum sein oder das Erspüren eines guten Ortes im Körper. Erweitern lässt sich das durch Übungen zum persönlichen körper-nahen Raum, zum sich-Raum-nehmen. Mögliche Anleitungen sind, den umgebenden persönlichen Raum zu ertasten und in ihm zu tanzen, evtl. verbunden mit einer Sicherheitsphantasie ("Du bist umgeben von einer schützenden Kugel"), oder sich mit Seilen und Material einen sicheren Platz konkret selber zu bauen.

In vielen Fällen wird bei der Tanztherapie mit traumatisierten Patientinnen ein Hauptziel überhaupt in einer Verbesserung ihres Sicherheitserlebens liegen, wobei es ganz wichtig ist, schon kleinste Veränderungen und Fortschritte als Therapieerfolge zu sehen und zu unterstützen. Dabei wird den Patientinnen immer wieder die Berechtigung und der Wert ihrer Schutzreflexe und ihrer bisherigen Überlebenserfahrungen bestätigt.

### **Tanztherapeutische Arbeit mit der Erstarrung: Unterstützung des In-Bewegung-Kommens**

Die Erstarrung konnte aus psychobiologischer Sicht verstanden werden als letzter, instinkthaft angelegter Ausweg des Körpers in einer lebensbedrohlichen Situation, wenn Kampf oder Flucht als Bewältigung nicht möglich sind. Bei manchen Patientinnen, speziell mit Mehrfachtraumatisierungen, wird dieses Einfrieren chronisch, sie sind in ihrer Beweglichkeit erstarrt.

Hier liegt die unmittelbarste Wirkung der Tanztherapie, die Person wieder in Bewegung zu bringen: "Tanz richtet sich immer an die gesunde Seite der menschlichen Natur, die in jedem noch so kranken oder verwirrten Menschen vorhanden ist. (...) Die Urfreude an der Bewegung lebt im Tanz in der vielleicht intensivsten Form weiter." (Schoop 1981)

Rudolf von Laban hat eine in der Tanztherapie als Grundlagenwissen verwendete Bewegungslehre entwickelt, die zentrale Aspekte der menschlichen Bewegung charakterisiert (von Laban 1988). Mit Hilfe der von ihm unterschiedenen Bewegungskategorien kann der körperliche Ausdruck - welcher zugleich auch ein psychischer Ausdruck ist - einer (traumatisierten) Person beschrieben und diagnostiziert werden. Gleichzeitig können daraus konkrete Bewegungsangebote abgeleitet und eine Einschätzung der Weiterentwicklung eines Patienten gewonnen werden.

Von Laban unterscheidet die Kategorien der Körperteilanwendung, der Raumorientierung, des Bewegungsantriebs und des Körperformens, die im Folgenden näher erläutert und in ihrer Relevanz für die Arbeit mit aufgrund von Traumata erstarrten Patientinnen diskutiert werden sollen.

#### **a) Körperteilanwendung:**

Hier geht es um eine Perspektive darauf, welche Körperteile die Person bewegt, welche ausgespart werden, wie ihre Körperteile zusammenwirken, von wo die Bewegung ausgeht, ob es Spaltungen im Körper gibt, Symmetrien oder Asymmetrien.

Ohnmacht durch erlebte Traumatisierungen bildet sich oft durch Inaktivität oder Erstarrung auch bestimmter Körperregionen ab. Es können Übungen zur Neugewinnung und Erweiterung der Bewegungsmöglichkeiten ausprobiert werden. Die Bewegungsangebote werden hier darauf hinweisen, auch mit bisher wenig oder kaum benutzten Körperteilen mehr in der Bewegung zu experimentieren. So bildete sich bei einem männlichen Patienten, der als Kind an den Armen gefesselt worden war, diese Erstarrung in der Bewegung ab, er bewegte seine Arme so gut wie gar nicht. Eine Patientin mit Traumaerfahrungen hielt ihre Arme beim Tanzen immer ganz eng am Körper, bewegte sie kaum, höchstens ab dem Ellenbogen. Für sie wurde es zu einem "Hauptprojekt", ihre Arme mehr einzusetzen, sich zu trauen, allmählich größere und raumgreifendere Bewegungen mit den Armen zu machen.

#### b) Raumorientierung:

Neben dem Erfahren der eigenen Kinesphäre, das gerade für misshandelte Personen besonders bedeutsam ist (wie bei der Diskussion der Sicherheitsbedürfnisse angeführt wurde) werden noch weitere Kategorien der Raumnutzung unterschieden, die Raumebenen und die Richtungen im Raum. Bei den Ebenen lassen sich eine tiefe (von Hüfthöhe bis Boden), eine mittlere und eine hohe Ebene (von den horizontal ausgestreckten Armen an aufwärts) unterscheiden. Des Weiteren gibt es verschiedene Richtungen im Raum: oben-unten, rechts-links, vorne-hinten und die Diagonalen. Die verschiedenen Räume legen oft bestimmte Themen oder Gefühlszustände nahe.

Diese Kategorien der Raumnutzung bieten sich für ein übungsorientiertes Arbeiten an zur Erweiterung des Bewegungsrepertoires, die Patientinnen werden sozusagen daran "erinnert", welche vielfältigen Möglichkeiten der Bewegung im Raum sie haben. Eingefrorene Patientinnen können auf diese Weise wieder eine Ahnung ihres Bewegungsreichtums bekommen, das stärkt gleichzeitig das Kontrollerleben.

Manche schildern sogar schlichtweg positives körperliches Befinden, Gefühle von Freiheit und Schweben, wenn es ihnen gelingt, viel Raum für sich zu nutzen und sich nicht so wie sonst einzuschränken.

#### c) Bewegungsantrieb:

Jede Bewegung lässt sich in Bezug zu den Faktoren Raum, Zeit, Gewicht (bzw. Schwerkraft) und Bewegungsfluss in Beziehung setzen. Die Bewegung kann in ihrem Antrieb im Bezug auf das Raumelement direkt oder indirekt, im Bezug auf das Zeitelement allmählich oder plötzlich sein. Weiterhin werden kräftige und zarte, fließende und gebundene Bewegungsantriebe unterschieden, wobei es neben den extremen Ausprägungen der Pole immer auch Zwischenstufen gibt. Jeder Mensch hat, beeinflusst durch seine Biographie, bestimmte Bewegungsvorlieben oder -einschränkungen.

Traumatisierte Personen können häufig keine frei fließenden, hingebungsvollen Bewegungen mehr zulassen, das Kontrollbedürfnis steht zu sehr im Vordergrund. Ebenso sind sie oft von ihrem Kräfteerleben und Kraftausdruck abgeschnitten.

Hier setzen z. B. Interventionen an, die Polarität leichte vs. kräftige Bewegungen im Tanz zu erproben oder auch nach ausreichender Sicherung kraftvolle Bewegungen zu verstärken.

Therapeutische Arbeit mit dem Faktor Zeit kann z. B. schnelle Bewegungen mit solchen im Zeitlupentempo kontrastieren. Auf diese Weise erleben die Patientinnen zum einen ihr eigentliches, aufgrund der Hypererregung oft viel zu hohes inneres Tempo, zum anderen auch ihre Möglichkeiten, selber beschleunigen und verlangsamen zu können.

Als besonders wichtig für die tanztherapeutische Arbeit mit erstarrten Patientinnen hat sich das Achten auf den Bewegungsfluss und dessen Unterstützung herausgestellt. Aus der ruckartigen, kontrollierten Bewegung in den Fluss einer kontinuierlichen Bewegung zu kommen, einen langsamen und einen schnellen Bewegungsfluss zu erleben, all das kann einen direkten Kontrast zum Zustand der Erstarrung schaffen.

Besonders sensibel in der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen, aber auch besonders wichtig ist die gezielte Arbeit am Übergang von der Nicht-Bewegung in die Bewegung. Dabei geht es nicht darum, etwa zu einer irgendwie mittleren oder "normalen" Ausprägung zwischen den Polen zu kommen oder die Patientinnen um jeden Preis in Bewegung zu bringen. Es geht vielmehr um die Hinarbeitung auf die Möglichkeit einer eigenen Entscheidung, die Bewegungsantriebe so erwerben und nutzen zu können, um damit mehr von der eigenen Person in die Welt bringen zu können, soweit es gerade zugelassen werden kann.

Hilfreich ist dabei, wie von bioenergetischer Seite betont wird, die Anleitung zum "betonten Wahrnehmen von Veränderung während einer Körperübung" (Peter 1994, S. 48). Das lässt sich z. B. anwenden bei einer geführten Bewegungsreise, alle Muskelgruppen nach und nach zu bewegen, als wäre es das erste Mal überhaupt.

Eine Patientin blieb bei so einer Gruppenanleitung nur bei ihren Fingern und Händen, während alle anderen sich schon aufrichteten oder herumgingen, berichtete danach sehr erstaunt, an ihren Händen die wunderbare Möglichkeit des sich-selber-bewegen-Könnens entdeckt zu haben

#### d) Körperformen:

Durch die Art und Weise, wie wir unseren Körper im Raum formen, ergeben sich ebenfalls vielfältige Erlebens- und Bewegungsqualitäten.

Beispiele für Bewegungsanleitungen wären, den Körper im Raum wie eine Welle, welche ständig ihre Form ändert, zu erleben, oder die Anweisung an die Gruppe, sich wie im dichten Gedränge aneinander vorbeizuschlängeln, ohne sich zu berühren.

Diese Kategorie wie überhaupt einige Konzepte von Labans Antriebslehre erinnern an die von Stern (1985) im Kontext der entwicklungspsychologischen Säuglingsforschung unterschiedenen

Vitalitätsaffekte, die er als primäre dynamisch-kinetische Gefühlsqualitäten (wie z. B. aufwallend, beschleunigend, verblassend, hinziehend, abklingend) eines Menschen verstand. <sup>4</sup>Das Richten der Aufmerksamkeit auf diesen Aspekt hin kann traumatisierten Patientinnen z. B. deutlich machen, dass sie ihren Körper und ihre Motilität unbewusst ständig einengen, zurückziehen oder bremsen.

## **Tanztherapeutische Arbeit mit der Dissoziation: Unterstützung der Körperwahrnehmung**

Die Dissoziation ist die Überlebensreaktion des Organismus, das Ich in verschiedene Zustände zu teilen, die ein Stück weit unabhängig voneinander existieren, sie ist so etwas wie das innere Gegenstück des Totstellreflexes. Dissoziation stellt eher eine elementare Form des Selbstschutzes dar (vgl. Krause 1998); sie verarbeitet das Erlebte kaum, sondern versucht vor allem, es getrennt vom Bewusstsein zu halten.

In der Körperpsychotherapie begegnet einem das als Trennung zwischen bewusstem Erleben und Körperempfinden, es kann aber auch Spaltungen geben zwischen verschiedenen Körperregionen (oben-unten, links-rechts) oder Organsystemen.

Therapeutisch zentral ist hier, dass der Klient lernt, den eigenen Körper wieder wahrnehmen und spüren zu können. In der körperpsychotherapeutischen Literatur zur Arbeit mit Schocks und Traumata wird das als Basis der Therapie betont:

" Vor und zunehmend während der Arbeit mit dem Schock ist es wichtig, Körperwahrnehmung zu lernen. (...) Die Fähigkeit, wahrzunehmen, was im Körper geschieht, ist der Hauptschlüssel des Haltens (engl. containment). Es ist nicht gut, mit Schock zu arbeiten, bis der Klient fähig ist, die Wahrnehmung seines Körpers zu "halten". Die Körperwahrnehmung ist tatsächlich das beste einzelne Instrument und die beste einzelne Hilfsquelle, die Sie ihrem Klienten bei der Arbeit mit seinem Schock geben können." (Rothschild 1993, S. 29)

Levine (1997) weist darauf hin, daß für die Körperwahrnehmung das Focusing-Modell von Gendlin (Gendlin 1998) besonders deutlich den Vorgang des Verbindens von innerem körperlichen Erleben (der "felt sense") mit dem Finden eines Ausdrucks dafür beschreibt und lehrbar gemacht hat. Gendlin verwendet das Bild eines Pendels; die Person fokussiert im Zustand innerer Achtsamkeit auf ihren inneren Erlebensstrom, sie pendelt nach innen und lässt daraus konkrete Wahrnehmungen in Form von inneren Bildern, Sätzen oder Körpererfahrungen aufsteigen.

Gendlin ist der Überzeugung, dass in jeder Therapie solche Prozesse der Symbolisierung inneren Erlebens stattfinden. Er versteht sein Focusing-Modell nicht als eigene Therapieform, sondern als eine Beschreibung dieses Vorgangs, den er als Essenz von Therapie versteht.

In den von uns durchgeführten Tanztherapiegruppen setzen wir in jeder Stunde Phasen des Körperspürens ein, um das in den Bewegungsteilen Erlebte nachspüren und nachklingen zu lassen. Dabei orientieren wir uns oft am Focusing-Modell.

## **Schlussbemerkung**

Vielleicht konnten aus unseren Ausführungen einige Aspekte und Möglichkeiten des körperpsychotherapeutischen Zugangs und speziell der tanztherapeutischen Vorgehensweisen für die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen deutlich werden. Hierin liegen gute psychotherapeutische Chancen. Gerade die Eigenschaft körperbezogenen Vorgehens, direkt das Körpergedächtnis erreichen zu können und damit möglicherweise psychische Abwehrbarrieren zu überrennen, schafft aber auch eine spezielle Verantwortung, sehr langsam und mit viel Respekt vor der Schutz- und Überlebensreaktion der "Symptome" der posttraumatischen Belastungsreaktion zu arbeiten. Schon kleinste Fortschritte in Richtung einer besseren Körperakzeptanz, eines differenzierteren und freundlicheren Körpererlebens oder von ein bisschen mehr Mut zu Bewegung und Ausdruck stellen dabei Therapieerfolge dar.

---

<sup>4</sup> Zur Bedeutung der Vitalitätsaffekte für die tanztherapeutische Arbeit siehe auch Siegel, Trautmann-Voigt und Voigt 1997, S. 24ff.



## Nachwort zur klientenzentrierten Sichtweise

Die speziellen Gegebenheiten, die in der therapeutischen Arbeit mit Traumata zu berücksichtigen sind, könnten den Eindruck erwecken, dass der Therapeut hier mehr als sonst als "Experte" auftritt. Er hat einerseits den Wissensvorsprung über die typische somatische und gedächtnismässige Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen, andererseits den Praxisvorsprung z. B. über die Beherrschung bestimmter Verfahren und Techniken zur Reizkonfrontation oder Stressreduzierung. Die Gefahr besteht in der Tat, aus dieser Sichtweise heraus ein primär psycho-educatives, mit hypnotherapeutischen und neuropsychologischen Vorgehensweisen kombiniertes Vorgehen als das einzig mögliche anzusehen und die Therapie daran auszurichten.

Coffeng (1996) diskutiert ausführlich die besondere klientenzentrierte Perspektive in der Arbeit mit früh (und oft mehrfach) traumatisierten Klientinnen.

Dabei stellt er bestimmte Punkte heraus, die aus klientenzentrierter Sicht besonders zu beachten sind:

- Der Klient wird als Experte seiner traumatischen Erfahrung gesehen.
- Die Symptome werden als Abwehrversuche, Schlimmeres zu verhindern, respektiert.
- Der Körper, das Körpererleben und Körpergedächtnis sind besonders wichtig bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse.
- Focusing bietet einen besonders guten, sanften, das persönliche Tempo und die Grenzen respektierenden Weg an, mit dem eigenen Körper in Kontakt zu kommen (vgl. auch Levine 1997), traumatische körperliche Erinnerungen zu finden und in Verbindung mit mentalen Repräsentationen und Symbolisierungen zu bringen.
- Eine tragende therapeutische Beziehung ist entscheidende Bedingung, damit genügend Vertrauen und Sicherheit gespürt werden kann, um die Annäherung an die bedrohlichen Erlebnisse und Gefühle überhaupt ertragen zu können. Diese Annäherung erfolgt langsam und Schritt für Schritt.

All diese Punkte wurden in diesem Artikel in der Darstellung der tanztherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Patientinnen betont und wurden an dieser Stelle noch einmal zusammengefasst dargestellt.

Darüber hinaus weist Coffeng (1996) darauf hin, dass schwer traumatisierte KlientInnen zu Beginn einer Therapie oft nur wenig in der Lage sind, schon auf einer symbolischen oder der bewussten Erfahrung nahen Ebene zu arbeiten. Daher scheint es notwendig, zunächst zumindest auch die Ebene der vor-symbolischen und prä-expressiven Erfahrung mit einzubeziehen. Hierfür verweist Coffeng auf das Konzept des "Pre-Experiencing" von Prouty (1994), das Prouty in der klientenzentrierten Therapie mit schizophrener PatientInnen entwickelt hat.

Im Mittelpunkt dieser vor-symbolischen Arbeit steht die Wiederherstellung der grundlegenden Kontaktfunktionen:

- der Realitätskontakt mit Ereignissen und Orten in der Welt,
- der affektive Kontakt mit sich selber und mit den eigenen Gefühlen,
- der kommunikative Kontakt zu den anderen Menschen.

Das therapeutische Vorgehen der "Pre-Experiencing"-Therapie besteht in einfachen, basalen Kontaktflektionen zu diesen grundlegenden Funktionen.

Wenn man als extremere Variante zu dissoziierten Prozessen die Arbeit mit akut schizophrenen Abläufen akzeptiert, so wird die hier bestehende Asymmetrie in der therapeutischen Beziehung sehr deutlich. Der Therapeut hat einen großen Wissens- und Realitätsvorsprung, den er aus klientenzentrierter Sicht eben nicht einfach dem Klienten durch Erklärungen aufdrücken kann. Durch die anhand von Coffengs Arbeit skizzierten Punkte sollte gezeigt werden, wie trotz dieser Asymmetrie ein klientenzentrierter Zugang aussehen kann. Gerade angesichts der schweren Verletzungen der körperlichen und emotionalen Grenzen und des Identitätsgefühls traumatisierter Menschen erscheint die Betonung solcher personzentrierter Aspekte für die therapeutische Arbeit besonders wichtig.

Die hier vorgestellte tanztherapeutische Gruppenarbeit hat meines Erachtens über das Medium der Bewegung und des Tanzes ein besonderes Potential, vor-symbolische und vor-bewusste Erfahrungen zunächst auf nicht so bedrohliche, eher spielerische Art wieder mehr in den Ausdruck zu bringen. Dann kann durch therapeutische Begleitung zunächst ein basaler Kontakt zu diesen bisher nicht symbolisierbaren, nicht bewusst erlebbaren Körpererinnerungen und Erfahrungen Schritt für Schritt aufgebaut werden.

## Literatur:

- Bower, G. H. (1981) Mood and Memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Boadella, D. (1991) *Befreite Lebensenergie*. München: Kösel.
- Brenneis, C. B. (1996) Memory systems and the retrieval of trauma. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 44, 1165-1187.
- Coffeng, T. (1996) The delicate approach to early trauma. In: R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. Schmid, R. Stipsits (Hrsg.) *Client-centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion*. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Dohmen, B. (1994) Berührung in der Therapie: Unterstützung oder Widerstand? In: D. Hoffmann-Axthelm Schock und Berührung. Oldenburg: Transform.
- Freud, S. (1900) Die Traumdeutung. *Ges. Werke* Bd. II/III.
- Gendlin, E. (1998) *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.
- Hoffmann-Axthelm, D. (1994) Schock auf doppeltem Boden. Zur Verletzung von Selbst und Selbstwert. In: D. Hoffmann-Axthelm Schock und Berührung. Oldenburg: Transform.
- Jörgensen, S. (1992) Schock-Therapie. In: *Energie und Charakter*, 23, 116-132.
- Jörgensen, S. (1994) Charakterstruktur und Schock. In: D. Hoffmann-Axthelm Schock und Berührung. Oldenburg: Transform.
- Klopstech, A. (1994) Das Trauma des sexuellen Mißbrauchs: Wo Berührung mißhandelt und wie Berührung heilen kann. In: D. Hoffmann-Axthelm Schock und Berührung. Oldenburg: Transform.
- Krause, R. (1998) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2: Modelle*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Laban, R. von (1988) *Kunst der Bewegung*. Noetzel: Wilhelmshaven.
- Levine, P. (1997) (with A. Frederic). *Waking the tiger. Healing trauma*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Maercker, A. (1997) Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforschung. In: A. Maercker (Hrsg.) *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. Berlin: Springer.
- Marcher, M. & Levine, P. (1992) Entwicklungstrauma und Schock-Trauma. In: B. Maul (Hrsg.) *Körperpsychotherapie oder die Kunst der Begegnung*. Maul: Berlin.
- Markowitsch, H. (1992) *Neuropsychologie des Gedächtnisses*. Göttingen: Hogrefe.
- Person, E. S. & Klar, H. (1994) Establishing trauma: The difficulty distinguishing between memories and fantasies. *Journal of the American Psychoanalytic Society* 42, 1055-1081.
- Peter, H. (1994) Vom Sein zum Werden - bioenergetisches Arbeiten an Übergängen. In: D. Hoffmann-Axthelm Schock und Berührung. Oldenburg: Transform.
- Prouty, G. F. (1994) *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy applications to schizophrenic and retarded psychoses*. New York: Praeger.
- Rothschild, B. (1993) Leitfaden zum Thema "Schock". *Energie und Charakter*, 24, 1993, 26-32.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996) *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schoop, T. (1981) ... komm und tanz mit mir. Zürich: Verlag Musikhaus Pan AG.
- Siegel, E., Trautmann-Voigt, S. & Voigt, V. (1997) *Tanz- und Bewegungstherapie. In Theorie und Praxis*. Frankfurt: Fischer.
- Steinhage, R. (1991) Sexuelle Gewalt an Mädchen. In: *Münchwieser Hefte*, Heft 10: Sexuelle Mißbrauchserfahrungen.
- Stern, D. (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.

