



Tanztherapie zwischen Retraumatisierung und Stabilisierung

Marianne Eberhard, Tanz- und Ausdruckstherapeutin BTd, Wissenschaftliche Leiterin am Langen Institut für Tanz- und Ausdruckstherapie

aus: "Zeitschrift für Tanztherapie - Körperpsychotherapie", Ausgabe 21/22.2005

Einleitung

Seit über vierzehn Jahren arbeite ich in stationären und ambulanten Einrichtungen mit traumatisierten Patientinnen. In den letzten Jahren war ich beteiligt an der Entwicklung eines Trauma-Behandlungskonzeptes und einer Traumafortbildung für Psychotherapeuten in Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie, Düsseldorf. In den letzten zehn Jahren hat sich vieles in Theorie und Technik der Traumabehandlung verändert. In dieser Zeitschrift und in der im Anschluss genannten Literatur ist ausführlich darüber berichtet worden, weshalb ich an dieser Stelle keine weitere Einführung in das Thema der Psychotraumatologie geben werde.

Ich möchte zur Qualitätssicherung der Tanz- und Ausdruckstherapie beitragen, indem ich darüber informiere, warum bestimmte Interventionen und Phänomene eine Retraumatisierungsgefahr beinhalten. Dieses soll dennoch kein Artikel mit erhobenem Zeigefinger sein, denn viele der Techniken, die ich beschreibe, waren mal "State of the Art" d.h., neuester Stand der Interventionstechnik. Verantwortliches Handeln zeigt sich nicht darin, nie Fehler zu machen, sondern darin, Fehler in ihrer schädlichen Wirkung auf Patientinnen zu erkennen, sie gegenüber den Patientinnen als solche anzuerkennen, und das eigene Vorgehen zu korrigieren. Diese Haltung des Therapeuten ist der wertvollste Schutz für die Patientinnen gegen Retraumatisierung überhaupt.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich in der Regel auf Menschen mit einer so genannten komplexen Traumatisierung, die ihr Leben lang unter Beeinträchtigungen in der Entwicklung ihrer psycho-sozialen Kompetenzen gelitten haben und infolge dessen gravierende Strukturelle Defizite aufweisen. Sie unterscheiden sich in der Behandlung wesentlich von Menschen, die eine ansonsten recht optimale psycho-soziale Entwicklung durchlaufen haben und eine isolierte traumatische Erfahrung erlebt haben.

Gib Dich nicht ohne Ausrüstung und Kenntnis des Geländes als Bergführer aus

Wie bei jeder anderen Therapiemethode ist die einfachste Ursache für Retraumatisierungen in der Tanztherapie die Behandlung von traumatisierten Patientinnen ohne ausreichende Kenntnisse der besonderen Eigenschaften und Bedürfnissen dieser Klientel und der Traumatherapie. War noch vor einigen Jahren keine ausreichend spezifische Theorie oder Methodik für die Behandlung von komplex traumatisierten Menschen verfügbar, so ist das Angebot heute vielfältig und gut zugänglich. Wer mit traumatisierten Menschen arbeiten möchte, sollte daher nicht die Lernmethode "Learning by doing" für sich in Anspruch nehmen, sondern Fortbildungen aufsuchen.

Tanztherapie zwischen Retraumatisierung und Stabilisierung
Marianne Eberhard

Seit über vierzehn Jahren arbeite ich in stationären und ambulanten Einrichtungen mit traumatisierten Patientinnen. In den letzten Jahren war ich beteiligt an der Entwicklung eines Trauma-Behandlungskonzeptes und einer Traumafortbildung für Psychotherapeuten in Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie, Düsseldorf. In den letzten zehn Jahren hat sich vieles in Theorie und Technik der Traumabehandlung verändert. In dieser Zeitschrift und in der im Anschluss genannten Literatur ist ausführlich darüber berichtet worden, weshalb ich an dieser Stelle keine weitere Einführung in das Thema der Psychotraumatologie geben werde.

Ich möchte zur Qualitätssicherung der Tanz- und Ausdruckstherapie beitragen, indem ich darüber informiere, warum bestimmte Interventionen und Phänomene eine Retraumatisierungsgefahr beinhalten. Dieses soll dennoch kein Artikel mit erhobenem Zeigefinger sein, denn viele der Techniken, die ich beschreibe, waren mal "State of the Art" d.h., neuester Stand der Interventionstechnik. Verantwortliches Handeln zeigt sich nicht darin, nie Fehler zu machen, sondern darin, Fehler in ihrer schädlichen Wirkung auf Patientinnen zu erkennen, sie gegenüber den Patientinnen als solche anzuerkennen, und das eigene Vorgehen zu korrigieren. Diese Haltung des Therapeuten ist der wertvollste Schutz für die Patientinnen gegen Retraumatisierung überhaupt.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich in der Regel auf Menschen mit einer so genannten komplexen Traumatisierung, die ihr Leben lang unter Beeinträchtigungen in der Entwicklung ihrer psycho-sozialen Kompetenzen gelitten haben und infolge dessen gravierende Strukturelle Defizite aufweisen. Sie unterscheiden sich in der Behandlung wesentlich von Menschen, die eine ansonsten recht optimale psycho-soziale Entwicklung durchlaufen haben und eine isolierte traumatische Erfahrung erlebt haben.

Gib Dich nicht ohne Ausrüstung und Kenntnis des Geländes als Bergführer aus

Wie bei jeder anderen Therapiemethode ist die einfachste Ursache für Retraumatisierungen in der Tanztherapie die Behandlung von traumatisierten Patientinnen ohne ausreichende Kenntnisse der besonderen Eigenschaften und Bedürfnissen dieser Klientel und der Traumatherapie. War noch vor einigen Jahren keine ausreichend spezifische Theorie oder Methodik für die Behandlung von komplex traumatisierten Menschen verfügbar, so ist das Angebot heute vielfältig und gut zugänglich. Wer mit traumatisierten Menschen arbeiten möchte, sollte daher nicht die Lernmethode "Learning by doing" für sich in Anspruch nehmen, sondern Fortbildungen aufsuchen.



Aus dem Programmtext des Burghausen 2004 (Jahresgespräch von Peter Herdick)

und gut möglich, dass mit traumatisierten Menschen arbeiten möchte, sollte daher nicht die Lernmethode "Learning by doing" für sich in Anspruch nehmen, sondern Fortbildungen aufsuchen.

Während mich andere Klientel widerständiger ist gegen die Fehler von Anfängern (ich meine hier Fachberufsanfänger, nicht Berufsanfänger), hilft dies auf komplexe traumatisierte Menschen nicht zu. Ein bestimmendes Merkmal ihrer Erkrankung ist, dass sie kaum intersubjektive Grenzen regulieren können. Daruntergeordnet können sie sich meist nicht gegenüber Methoden schützen, die ihnen (Klientel) nicht gerecht werden. Eine Retraumatisierung in einer therapeutischen Relation wirkt besonders schmerzhaft, weil Patientinnen, die von ihren Bezugspersonen Dasein erfahren mussten, in ihrer Überzeugung bestätigt werden, dass Gefahr insbesondere bei den Menschen lauert, die sich als Schutzgebende darstellen. Die Heranzweiflung der Patientin, therapeutische



Während manch anderes Klientel widerstandsfähiger ist gegen die Fehler von Anfängern (ich meine hier Fachgebietsanfänger, nicht Berufsanfänger), trifft dies auf komplex traumatisierte Menschen nicht zu. Ein bestimmendes Merkmal ihrer Erkrankung ist, dass sie kaum interpersönliche Grenzen regulieren können. Dementsprechend können sie sich meist nicht gegenüber Methoden schützen, die ihrem Krankheitsbild nicht gerecht werden. Eine Retraumatisierung in einem therapeutischen Rahmen wiegt besonders schwer, weil Patientinnen, die von ihren Bezugspersonen Gewalt erfahren mussten, in ihrer Überzeugung bestätigt werden, dass Gefahr insbesondere bei den Menschen lauert, die sich als Schutzgebende darstellen. Die Hemmschwelle der Patientin, therapeutische Hilfe für sich zu nutzen, wird noch höher.

An manchem Arbeitsplatz kommt man in die Situation, mit traumatisierten Patientinnen arbeiten zu müssen, ohne sich ausreichend vorbereiten zu können. Abgesehen von der Notwendigkeit dies nachzuholen, ist es fair, den Patientinnen gegenüber ggf. geringe Kenntnisse der Traumatherapie einzugestehen, und die Patientinnen dadurch in ihrem gesunden Misstrauen zu stärken.

Abgrenzung statt Einlassen fördern

Komplex traumatisierte Menschen können die Therapeutin mit ihrer "Weigerung" sich auf Übungen einzulassen massiv verunsichern, besonders in der Gruppentherapie. Auf die daraus entstehende Hilflosigkeit der Therapeutin können retraumatisierende Impulse aggressiver oder vernachlässigender Art folgen. Das in realen Unfähigkeiten, Ängsten und Misstrauen begründete Verhalten der Patientinnen ist zu Beginn der Behandlung ein konstruktiver Schutz und sollte als solcher gefördert werden. Arbeit direkt am Körper, dem "Ort des Traumas" (Reddemann 2002) ist konfliktorientiert, wenn nicht sogar explizite Traumaexposition. Dies sollte nur auf Wunsch der Patientin geschehen und nicht, weil es ein Konzept "Körperarbeit zur Symptombekämpfung" vorsieht. Erhebliche Stabilisierungsarbeit vor, während und nach den Körper-Interventionen ist angezeigt. Statt Körperbildarbeit kann Beziehungsarbeit durch Körperbewegung empfehlenswert sein - als ein zum Ziel führender Umweg. Der eigene Körper ist oft eine kontrollierbare Projektionsfläche für als unkontrollierbar erlebte Objektbeziehungen (Hirsch 1989). In den folgenden Ausführungen wird stets das vorhandene Verhalten der Patientin nicht pathologisiert, sondern als Ressource bestätigt, bevor die Gelegenheit, neue Kompetenzen zu erwerben, angeboten wird.

Was traumatisiert, was heilt: Schweigen oder Sprechen?

In der Tanztherapie wird nicht nur getanzt, sondern auch gesprochen. Es gibt Verfechter der Haltung, jegliches Sprechen über traumatisches Material, außer bei einer strukturierten Expositionssitzung, sei retraumatisierend. Positiv an dieser Haltung ist, dass die Patientin ein Gefühl für Intimitätsgrenzen bekommt, nicht jederzeit von den peinlichen Details erzählt. Außerdem kann die Vervollständigung des Selbstbildes durch den Fokus auf nicht-traumatische Lebensinhalte erreicht werden. Selbstschädigung durch das Hineinsteigern in Traumaerzählungen sollte jedoch von dem Bedürfnis unterschieden werden, sich zu entlasten im Sinne der Einweihung von unterstützenden Mitwissern nach Jahren der Einhaltung eines Schweigegebots. Eine Überbewertung der Macht des Traumamaterials, die Person aktuell zu schädigen, kann Ängste schüren. Ich glaube, es gibt keine kategorischen "Ja's" und "Nein's", auf die man sich verlassen kann, sondern man muss engmaschig die aktuelle Verfassung der Patientin kontrollieren: Wie geht es ihr im Anschluss an das Sprechen bzw. das Schweigen über das Trauma?

Darüber hinaus stellt die Arbeit mit Bewegung ohnehin eine besondere Situation in Verbindung mit Sprache dar. Denn nonverbal Reize erschließen den Zugang zu bisher sprachlosen Erfahrungswelten. Es geht also weniger um die Frage, ob Bezüge zu traumatischen Erfahrungen zugelassen werden, sondern wie mit ihnen umgegangen wird. Hilfreich ist, die Wirkung der biographischen Erlebnisse auf die aktuelle Aufgabe bzw. den aktuellen Alltag zu fokussieren. Der Raum und der Impetus für die psychomotorische Entwicklung werden somit nicht durch die Reflexion blockiert sondern weiterbewegt. Ein gesundes Maß zwischen Üben und Reflektieren wäre ideal, gemessen an den Signalen der Patienten.



Kontrolle vs. Katharsis

Die ursprüngliche Vorstellung vieler Körpertherapien und auch der Tanztherapie war, dass emotionale Erstarrung durch kathartischen Ausdruck/Abreaktion von Emotionen gelöst werde. In der praktischen Arbeit mit Menschen mit Traumatisierungen stellte sich heraus, dass die Gefahr von autoaggressiver Selbstregulation im Anschluss an eine solche Abreaktion sehr hoch ist aufgrund von:

- unkontrollierbarer Überschwemmung mit Flashbacks oder Affekten
- bestrafenden Antworten der Täterintrojekte/des Überichs auf wehrhaftes Verhalten Identitätsverlust oder Fragmentierung durch Identifikation mit dem Täter ("Jetzt bin ich genau so gewalttätig wie er/sie!")
- Mobilisierung von Verlassenheitsängsten, wenn der symbolische "Täter" (meist ambivalent besetzt: gehasst und geliebt) symbolisch zerstört wird
- Gefahr realer Sach- oder Personenschäden und entsprechender Ängste, Schuldgefühle und Selbstbestrafungen

Patientinnen sollten daher vor einer Ausübung von aggressiven Bewegungsqualitäten oder heftigen Affekten (auch der Trauer) geschützt werden, bis sie eine ausreichende Stabilität erworben haben.

Statt Katharsis ist der Fokus der Arbeit mit Affekten und Impulsen auf die (Wieder)Erlangung der Eigenkontrolle gerichtet, die eine Entkrampfung und einen nicht schädigenden Ausdruck erst möglich macht. Die Bewegungslehre des Kestenberg Movement Profile (Kestenberg-Amighi 1999, Eberhard 2000) bietet eine Palette an Differenzierungs- bzw. Regulationsmöglichkeiten analog zu den Bausteinen der nonverbalen affektiven Kommunikation. Die reale Erfahrung von physischer Kontrolle ist eine hilfreiche Einleitung von oder Ergänzung zu der mentalen Vorstellung der Kontrolle mit Sinnesqualität, die in den imaginativen Stabilisierungstechniken genutzt wird. Darüber hinaus ist die Affektregulation auf der Bewegungsebene leicht für Patientin und Therapeutin zu überprüfen, im Gegensatz zu der Imagination, die nicht von außen zu beurteilen ist.

Die Vermittlung von Impuls- und Affektkontrolle gelingt allerdings nicht, wenn Kompetenzen antrainiert und Abweichungen vom Ziel "wegkorrigiert" werden. Dies könnte die Entfremdung und Gefühle der Wertlosigkeit der Patientin verstärken und wertvolle Hinweise auf ihr Befinden überdecken. Der individuelle Ausdruck des Einzelnen sollte zunächst anerkannt werden. Die psychische Bedeutung und die praktische Auswirkung des Ausdrucks können anhand der Zielsetzung dann eruiert und gegebenenfalls der Behandlungsplan geändert werden. Biographische Bezüge werden gelegentlich von Patientinnen eingebracht, und es empfiehlt sich, diese auf das Geschehen im Hier und Jetzt zu beziehen und daraus Hinweise für eine mögliche Modifikation der Übung zu entwickeln.

Innere Beschützer vs. Täterintrojekte

Verinnerlichte Verhaltens- und Denkmuster tätlicher Bezugspersonen, auch Täterintrojekte genannt, melden sich oft zu Wort und Tat, wenn Patientinnen beginnen zu genesen. Rückfälle in schädigendes Verhalten vermitteln den Eindruck: "Es darf nicht gut werden". Traumatherapiekonzepte sehen meist vor, die Täterintrojekte zu externalisieren und symbolisch zu entmachten, möglicherweise zu vernichten. Für Patientinnen, bei denen z.B. der Hass eindeutig ist, scheint diese Technik zu funktionieren.

Doch: je näher die Täter der Patientin in einer sozialen Ordnung standen und je länger sie unter deren Einfluss gelebt hat, um so ambivalenter sind ihre Gefühle ihnen gegenüber. In solchen Fällen ist eine symbolische Attacke auf oder gar Beseitigung von Täterintrojekten retraumatisierend, aus den gleichen Gründen und mit ähnlichen Selbstbestrafungs-Maßnahmen begleitet, wie oben im Kapitel über Katharsis geschildert.

Unter diesen Umständen bietet die Theorie von Goodman und Peters (1995) eine Lösung des Dilemmas. Sie besinnen sich auf die Introjektion als Abwehr- oder Schutzvorgang. Scheinbar zerstörerische Anteile der Person, die einer Entwicklung neuer Verhaltensweisen und dem Sammeln neuer Erfahrungen im



Wege stehen, hätten demnach in erster Linie protektive Funktionen für die Patientin. Sie verhindern die Gefährdung ihrer Person durch expansives Verhalten, das in der Vergangenheit nachteilige Folgen hatte. Der entsprechende innere Dialog lässt sich regelmäßig beobachten, wenn Patienten mit neuen, insbesondere positiv erlebten Bewegungserfahrungen konfrontiert werden.

Diese Auffassung distanziert sich von der Vorstellung, etwas Fremdes sei in die Persönlichkeit der Patientin gelangt, das entfernt werden müsste. Es sind ihre Eigenschaften, ihre zerstörerischen inneren Kräfte, die sie in beschützende, versorgende Kräfte transformieren könnte. Die "Verfolger-Persönlichkeit", wie Goodman und Peters es nennen, soll nicht abgewertet, bekämpft, vertrieben oder gar zerstört werden. Stattdessen werden eine Relativierung ihrer Macht und eine Versöhnung und eine Zusammenarbeit mit dem Persönlichkeitsanteil angestrebt.

Ein schutzbewusster Umgang mit neuen Situationen, die die Notwendigkeit und somit die Macht der Beschützer-Anteile verringern, kann sich wie folgt gestalten:

- Welche Aspekte der neuen Bewegung/Situation sind bedrohlich? (z.B. wenn ich nein sage, könnte mich mein Gegenüber verlassen.)
- Wie kann diese Bedrohung berücksichtigt werden? (z.B. zuerst üben allein zu sein, so dass die Eventualität, verlassen zu werden, bestanden werden kann.)
- Konkrete Zeichen, Beweise und Prüfungen überlegen und umsetzen, die die Sorgen und Bedenken des Beschützer-Anteils beruhigen können. (z.B. die Regulierung von innerer Unruhe könnte beweisen, dass das Alleinsein ausgehalten und bewältigt werden kann.)

Dieser Umgang ist besonders hilfreich um Somatisierungen allmählich zu verringern.

Folgende Gestaltungsaufgaben haben Patientinnen für die Transformation der inneren Repräsentanz vom Verfolger zum Beschützer genutzt bzw. selbst entworfen:

- Übungen aus der Kategorie "Übergänge" aus den oben genannten "Modalitäten der Affektregulation", interpretiert als die Integration von "positiven" und "negativen" Ausdrucksqualitäten.
- Eine Versöhnungsmeditation mit sammelnden Bewegungen und Selbstberührungen.
- Eine Bewegungs-Metamorphose: Ein Bewegungsmuster für den Verfolger finden und über einige Zwischenstufen, in denen einzelne Laban'sche Bewegungsqualitäten modifiziert werden, zu einem Bewegungsmuster für den Beschützer gelangen.
- Ein Vorstellungsbild für das neue Wesen entwickeln und anwenden, wenn das alte Bild sich aufdrängen will. (z.B. ein Patient wurde von dem inneren Bild seiner Eltern mit 'Schlagstöcken' verfolgt, die ihm vor jeder neuer Handlung Angst machten, zu versagen. Bei der Übung hatte er den überraschenden Einfall, die Eltern in 'Schnatternde Gänse' zu verwandeln. Diese schlugen für ihn Alarm und er konnte sie zur Ruhe ermahnen, wenn eine Gefahr doch zu bewältigen war.)
- Motorisches Malen auf Papier, das eine sinnlich wahrnehmbare Grenze darstellt, ist für manche Patientinnen einfacher. Zum Beispiel malte eine Patientin mit eckigen Bewegungen ein Motiv des Zerstörerischen, das bei weiterer Bewegung auf dem Blatt allmählich in ein rundes, beschützendes Motiv überging. Die Motorik, die beim Malen angebahnt wurde, kann dann als Ausdrucksqualität in Bewegung mit dem ganzen Körper umgesetzt werden.
- Eine Transformation gestalten mittels Kostümwechsel.
- Die drei Figuren des Opfer/Täter/Retter-Dreiecks werden mit Medien oder Bewegung umgestaltet. Am Schluss zeigt jede Gestalt die Schwäche (Opferpotential), die Stärke (Rettungspotential) und die Gefahr (Täterpotential), die sie in sich trägt. Es kann damit gespielt werden, eine Qualität in den Vordergrund zu stellen und die zwei weiteren Qualitäten im Verborgenen zu halten.
- Ein imaginativer Appell an den zerstörerischen Persönlichkeits-Anteil, seine Kraft produktiv zu nutzen um eine krisenhafte Situation zu retten, wird verbal oder mit Bewegung gestaltet.



Die gestörte Beziehung zu weiblichen Bezugspersonen antizipieren

Die Aufdeckung des schrecklichen Ausmaßes der Gewalt gegen Frauen und Mädchen verdanken wir zum großen Teil der feministischen Bewegung in den 1970er Jahren. Eine Wahrnehmungseinschränkung, noch aus dieser Zeit, führt dazu, dass das männliche Geschlecht als größte Trigger/Gefahr für Inzest- oder Vergewaltigungsoffer bewertet wird. Patientinnen und Behandlerinnen glauben, in Frauengruppen und in der therapeutischen Beziehung zu einer weiblichen Therapeutin diese Retraumatisierungsgefahr gebannt zu haben. Oft bestehen jedoch Traumatisierungen durch weibliche Bezugspersonen. Diese geschehen möglicherweise in weit früheren Lebensphasen und unabhängig von den erinnerten Erlebnissen mit Männern. Die so betroffenen Patientinnen erlebten spätere Traumatisierungen um so heftiger, da ihre Kompetenzen, diese Ereignisse zu meistern, nicht entwickelt oder bereits angeschlagen waren.

Daher sollte die gestörte Beziehung zu weiblichen Personen, die Traumatisierungen selbst ausgeübt oder durch andere zugelassen, unterstützt oder im Nachhinein nicht aufgefangen haben, antizipiert und bearbeitet werden. Auch wenn darauf geachtet wird, keine regressionsfördernden Interventionen anzubieten, kann die nonverbale Interaktion in der Körpertherapie sehr frühe Interaktionsmuster mit den dazu gehörigen Empfindungen aktivieren, die in der Beziehung zu weiblichen Bezugspersonen entstanden sind. Diese äußern sich, neben Dissoziationen, in Form von Enttäuschungen, Frustrationen, Missverständnissen, Impulsdurchbrüchen und anderen Entfremdungserfahrungen. Symptomrückfälle können ebenfalls dazu gehören. Ergebnisse der Bindungsforschung (Shore in Rothschild 2002) und der Säuglingsforschung (Romer 1993) zeigen, dass die Wiederherstellung der Beziehung nach einer Entfremdung die Beziehungskompetenz und die Bindungssicherheit stärkt, mehr noch als eine kontinuierlich ungestörte Beziehungserfahrung.

Um die bindungsfördernde Sequenz Einstimmung - Entfremdung - Wiedereinstimmung zu unterstützen, kann es hilfreich sein, die Patientin im Vorfeld auf die Möglichkeit einer Störung und die Bereitschaft der Therapeutin, diese zu klären, hinzuweisen (Rothschild 2002). Es ist nicht immer möglich für die Patientin, die Störung aktiv anzusprechen. Daher ist es sinnvoll, dass die Therapeutin sich auf spontane Entfremdungseignisse einstellt und diese möglichst sofort anspricht. Ist eine Störung entstanden, ist es elementar wichtig,

- die Distanzierung der Vertrauensbeziehung zuzulassen, statt eine schnelle Harmonisierung der Beziehung erzwingen zu wollen;
- Affekte zu klärfizieren und zu differenzieren;
- reale Anlässe für die Entfremdung zwischen Patientin und Therapeutin (z. B. eine Verspätung der Therapeutin) von Übertragungsverzerrungen zu differenzieren (z.B. "Wie meine Mutter haben Sie mich absichtlich warten lassen, um mir zu zeigen, wie unwichtig ich bin.");
- die störende Wirkung der realen Anlässe auf die Patientin anzuerkennen;
- erneut die Phase der Vertrauensprüfung zu durchlaufen, mit besonderer Berücksichtigung der nun bekannten Störfaktoren. Dabei sollten diese Faktoren nicht vermieden oder eliminiert werden, noch sollte die Therapeutin die alleinige Verantwortung für die Entfremdung tragen. Stattdessen sollte die Patientin darin unterstützt werden, eine Strategie für Situationen zu entwickeln, die es mit anderen Menschen immer wiedergeben könnte.

Die Therapeutin muss es ertragen können, dass gewisse ihrer negativen Seiten gesehen werden und entsprechende Folgen haben. Gleichzeitig muss sie von ihrem grundsätzlichen Wohlwollen gegenüber der Patientin und von ihrer therapeutischen Kompetenz, bei aller menschlichen Fehlbarkeit, überzeugt sein. Diese Haltung, sich mit Fehlern zu akzeptieren, ist ein Modell für Patientinnen, das ihnen mehr nutzt, als der Anspruch auf Perfektion.



Körpervergessen ist genau so wichtig wie Körpererinnerung

Der Körper speichert synaptische Muster somatischer Abwehrformen im Augenblick der Traumatisierung. Als Teil des Schutzmechanismus des Körpers setzt die kognitive Verarbeitung der traumatischen Empfindungen aus. Zurück bleibt der letzte Eindruck vor dem Zusammenbruch der Wahrnehmung. Durch eine gezielte oder zufällige Wiederherstellung des entsprechenden sinnlichen Reizzustandes können traumatische Erinnerungen reaktiviert werden.

Auf die Risiken einer Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen ohne die Stabilität, diese verarbeiten zu können, ist an anderer Stelle eingegangen worden. Auf Grund dieser Risiken werden Körpererinnerungen zu Beginn der Therapie wie die Intrusionen und Flashbacks behandelt, die sie sind: mit Distanzierungs- und Stabilisierungsmaßnahmen. Oft kommt es vor, dass eine "Ahnung von einer Erinnerung" plötzlich wieder verschwindet und unzugänglich wird. Trotz des häufigen Drängens von Patientinnen, die durch fehlende Erinnerungen beunruhigt sind, halte ich es für unverantwortlich und ineffektiv, Körpererinnerungen seitens des Therapeuten explizit zu provozieren. Stattdessen ist es gewinnbringender, mit der Patientin zusammen zu entdecken, wie sie es schafft, Erinnerungen wieder aus ihrer bewussten Wahrnehmung zu entfernen. Gelingt es, die "Technik", die sie nutzt zu erfassen, kann sie diese als Distanzierungsmaßnahme in ihr Repertoire aufnehmen. Paradoxerweise steigen die Möglichkeiten der Patientin, die Erinnerung zuzulassen, wenn sie es will, umso mehr, je sicherer sie wird, dass sie die Erinnerung wieder loswerden kann.

Im Prozess der Ressourcenstärkung und unter den Bedingungen zunehmender Stabilität der Patientin und Sicherheit in der therapeutischen Beziehung gelangen durch auslösende Reize nach und nach Körpererinnerungen von selbst und in steuerbarem Maße in das Bewusstsein der Patientin.

Hierfür ist die Tanztherapie besonders wirksam bei Patientinnen, die in einer prä-verbalen Entwicklungsphase traumatisiert wurden, weil die Tanztherapie den Zugang zu und die kontrollierte Bearbeitung von Erlebnissen ermöglicht, die sprachlich nicht berührt oder ausgedrückt werden können. Da körperliche und sprachliche Erfahrungsrepräsentanzen im Gehirn grundsätzlich getrennt gespeichert werden, kann auch bei höher strukturierten Patientinnen die nonverbale Interventionsebene die Verknüpfung der nonverbal gespeicherten Erinnerungen und Affekte mit einer sprachlichen Erfassung und einer kognitiven Verarbeitung unterstützen (Schenk & Schedlich 2001).

Die letzte Phase des Umgangs mit der Körpererinnerung ist die Erweiterung des Lebens- und Handlungsraumes. Die Patientin wird ermutigt, die Vermeidung von triggernden Reizen aufzugeben und sich zurückzuerobern, was sie zu diesem Zweck an Spielraum aufgegeben hat. Die kognitive und sinnliche Differenzierung zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart hat sich als Technik für dieses Vorhaben bewährt.

Reinszenierung des Traumas vs. Inszenierung des bisher ungelebten Potentials der Patientin. oder Neuinszenierung mit Happy End vs. Das reale tragische Ende anerkennen

Instinktive Reaktionen wie Kampf oder Flucht waren meist in der traumatischen Situation unmöglich oder sinnlos. Fischer & Riedesser definieren das Trauma als eine "unterbrochene Handlung in einer vital bedeutsamen Problemsituation" (1998, 79). Traumatisierte Menschen neigen dazu, ihre traumatischen Erfahrungen zu reinszenieren und zu versuchen, die damals unterbrochenen Verhaltensmöglichkeiten auszuführen (Schedlich 2003).

Basierend auf dieser Tatsache besteht die verbreitete Überzeugung in den Körpertherapien, dass Traumatisierung durch die Gestaltung und erneute Durchlebung traumatischer biographischer Szenen mit glücklicherem Ausgang bearbeitet werden sollte. Wer mit komplex traumatisierten Patientinnen in stationärem Setting gearbeitet hat, weiß, dass sie der Wucht der Überflutung durch traumatische Erinnerungen nicht standhalten könnten, welche in einer körperlich gestalteten Szene entstehen würden. Auch stabilere Patientinnen zeigen nach anfänglicher Euphorie durch anschließende



Symptomverstärkung, dass sie eine einfache Auflösung ihrer Geschichte nicht verinnerlichen können. Im Folgenden erläutere ich einige weitere retraumatisierende Aspekte dieser Technik.

Ein viel zitierter Autor, Peter Levine (1998), spricht vom "zu Ende zittern" oder "zu Ende bringen von verhinderten Bewegungsmöglichkeiten", als hätte es kein Ende in der ursprünglichen Szene gegeben. Es gab jedoch ein Ende, meist in Form einer Lähmungserscheinung und einer Dissoziation. Letztgenannte Phänomene werden eher als Symptome gewertet, die zu bekämpfen sind, statt als Ressourcen gewürdigt, die das Überleben ermöglichten. Moderne Traumatherapie nutzt diese Ressourcen in einer kontrollierten Weise mit Imaginationstechniken zur Stabilisierung.

Nach Levine und anderen sollte die therapeutisch gestaltete Szene möglichst ein "Happy End" haben, in das der Protagonist über den Täter siegt bzw. Handlungen vollziehen kann, die er damals nicht ausführen konnte. Möglicherweise werden in der Szene Helfer eingebaut, die nicht vorhanden waren, oder das Verhalten von Schlüsselfiguren, wie der Eltern, verändert. Größen und Kräfteverhältnisse, die in der ursprünglichen Szene herrschten, werden nicht berücksichtigt. Als theoretische Fundierung dieses problematischen Vorgehens wird oft das (kritisch diskutierte) Konzept der "korrigierenden emotionalen Erfahrung" von Franz Alexander (Milch, 2000) eingebracht. Dieses Konzept beinhaltet gezielte Interventionen des Therapeuten, welche den negativen Erwartungen der Patientin widersprechen und sie so zu neuen emotionalen Erfahrungen führen und ihre Defizite ausgleichen sollen.

Das Bedürfnis nach einem Happy End der Ursprungsgeschichte geht statt von der Betroffenen oft von einer Umwelt aus, die das Entsetzliche nicht aushalten kann. In der Therapie treten Therapeutin und/oder die Gruppe anstelle der Herkunftsfamilie mit diesem Wunsch an die Patientin heran. Im Happy End wird die Patientin retraumatisiert, weil sie wieder allein gelassen wird mit dem tragischen Ende, das ihr wirklich passiert ist. Um die anderen zu entlasten, soll sie sich schnell abspesen lassen mit einer bereinigten Version der Geschichte, die alles wieder gut machen soll.

Die Unveränderbarkeit und Entsetzlichkeit der traumatischen Geschichte, und die Tatsache, dass die Patientin das tat, was ihr zu der Zeit möglich war, muss anerkannt werden. Es ist diese Bestätigung, und nicht die Korrektur der Szene, die die negativen Kognitionen der Patientin über sich selbst positiv zu transformieren vermag.

Der Begriff "Korrigierende Erfahrung" ist problematisch, weil es leicht zu dem Irrtum kommen kann, dass das Verhalten der Patientin korrigiert werden soll. Mit Alexanders Konzept ist jedoch gemeint, dass das Verhalten der Therapeutin oder der Gruppe anders verläuft als vergangene Erfahrungen der Patienten, und sie somit ihr Bild von Beziehungen "korrigieren" kann. Auch hier vermittelt der Begriff 'korrigieren' der Patientin, sie habe etwas falsch gemacht, was sie ja ohnehin glaubt. Doch ihr Bild von Beziehungen, basierend auf ihrer Wahrnehmung der ursprünglichen Täter, war richtig für diese Situation. Einer Korrektur bedarf lediglich die Verzerrung der Wahrnehmung vom gegenwärtigen Beziehungsangebot. Weniger anfällig für Missverständnisse ist die Formulierung, dass die Patientin jetzt ihre Wahrnehmung öffnen kann für die Unterschiede zwischen der aktuellen und der vergangenen Situation.

Durch die Körpererinnerung werden traumatische Szenen in der aktuellen Therapie wiederbelebt. Bewegungsimpulse, die in der traumatischen Situation unterdrückt werden mussten und bis heute im Bewältigungsrepertoire der Patientin blockiert sind, werden erkennbar. Die dauerhafte Auflösung dieser Blockierung gelingt meines Erachtens nicht durch die Rekapitulation früherer Erfahrungen, sondern durch das aktuelle Angebot von Entwicklungsaufgaben, die das salutogenetische Potential der Patientin aktivieren. Im therapeutischen Prozess unter Bedingungen, die in der traumatischen Situation nicht gegeben waren, kommen alternative Möglichkeiten oft spontan zum Vorschein, während bei der akkuraten Nachstellung der traumatischen Szene korrekterweise nur das gleiche Resultat wie damals entstehen kann.

Die traumatisch bedingte Wahrnehmungsverzerrung der Patientin ist in Bezug auf eine aktuelle Situation als Verzerrung belegbar und somit veränderbar. Ein Beispiel:

Eine Patientin kam von der Toilette zurück und stellte fest, dass die Gruppe sich bereits in einem Kreis formiert hatte, von dem sie in dem Moment ausgeschlossen war. Sie erstarrte für einen Moment, weil sie an die Situation erinnert wurde, wie sie oft in die Besenkammer gesperrt wurde und nicht an Familienessen teilnehmen konnte. Es wurde ihr bestätigt, dass sie damals in der Besenkammer nichts hatte machen können. Sie konnte dann sehen, dass sie in diesem Moment nicht eingesperrt war und ihre Möglichkeiten wie Fortbewegung, Sprache und Gesten nutzen könnte, um in den Kreis aufgenommen zu werden.



Gerade die Abstraktion und Gestaltung von Interaktionsmustern, wie es im Tanz üblich ist, bieten Vorteile gegenüber konkreten Rollenspielen. Muster sind distanzierter, überschaubarer, und die daraus gewonnenen Erfahrungen lassen sich leichter generalisieren und auf aktuelle und zukünftige Erfahrungen übertragen.

Grenzen anerkennen statt Größenphantasien in Rettungsaktionen ausleben

Retraumatisierung kommt, wieder Wolf im Schafspelz, oft in unerwartetem Gewand daher. Zu Beginn meiner beruflichen Erfahrung mit traumatisierten Menschen habe ich geglaubt, ich tue ihnen etwas Gutes, indem ich ihnen besondere Behandlungen zukommen lasse, Sitzungen überziehe, Sonderwünsche erfülle. Erst am Ende einer solchen "Sonderbehandlung" fand eine Patientin den Mut, mir zu schildern, was sie als retraumatisierend erlebt hatte:

"Sie haben mich total verunsichert. Sie halten die Zeit nicht ein. Sie meinen immer, "das Mehr" wäre besser, wertvoller, wertschätzender als "das Weniger". Dabei sind Sie total grenzüberschreitend, entmündigend, verachtend mit Ihrem Zuviel des Guten. Ich habe das Gefühl, Sie wollen einem Anspruch von sich genügen und fragen nicht, was mir wichtig ist, oder wie ich mich bei Ihrem "Mehr" fühle. Wie hätte ich Ihnen sagen sollen, dass mir meine Zigarettenpause zwischen den Therapien wichtiger ist, als zehn Minuten extra Tanztherapie? Da wäre ich doch als Patientin abgeschrieben gewesen."

Durch die interaktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung kann es in der Tanztherapie schnell zu unreflektierten Versuchen kommen, der Patientin eine Ersatzbefriedigung für ihre Mangel Erfahrungen anzubieten. Die Therapeutin wird irgendwann von der Unlösbarkeit dieser Aufgabe überfordert und bestätigt erneut das Misstrauen der Patientin. Selbst explizit geäußerte Wünsche oder Suiziddrohungen sind oft eigentlich ein Test, ob die Therapeutin, im Sinne einer positiven Elternfigur, Grenzen einhalten kann und Zutrauen in sich und die Patientin hat, dass sie beide mit der verfügbaren Portion Therapie zurechtkommen werden.

Im Allgemeinen kann man festhalten, dass der vereinbarte therapeutische Rahmen als verlässliche Orientierung für die Grenzen von Therapeutin und Patientin eingehalten werden sollte. Lässt sich der Rahmen nicht mehr verantworten, zum Beispiel bei Suizidgefahr, so ist es notwendig, den Rahmen mit klaren Bedingungen offiziell zu verändern. Wenn eine Patientin erfährt, dass sie durch eine bestimmte Handlung die Grenzen aufweichen kann, wird ihre Suche nach Sicherheit gebenden Grenzen sie dazu bewegen, so lange die unklaren Grenzen zu überschreiten, bis erkennbare Grenzen gesteckt werden. Ein Rahmen, der zum Beispiel prompt auf anhaltende Suizidgefährdung mit einer geschlossenen Unterbringung reagiert, klärt sehr schnell, dass Suizidalität eine Vorstufe zum Tod ist und kein Mittel, um Aufmerksamkeitsdefizite zu füllen.

Sind sichere Grenzen etabliert, kann die Tanztherapeutin Gelegenheiten schaffen, um vergangene Mangel Erfahrungen zu betrauern und gegenwärtige positive Erfahrungen zuzulassen. Die Patientin benötigt Unterstützung dabei, ihre Angst, erneut verletzt zu werden, zu bewältigen. Hierzu dient der Erwerb von konkreten Kompetenzen in der Beziehungsregulation und somit die Fähigkeit, selbst die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen und adäquat auf tatsächlich eintretende negative Erfahrungen zu reagieren.

Stabilisierung: Notwendiges Übel oder wertvoller eigenständiger Wirkfaktor?

Von Beginn der neueren Traumatherapie in Deutschland an war mehr Spannung als Integration zwischen den Faktoren Stabilisierung und Exposition zu verspüren. Ich erinnere mich, wie auf den Lindauer Psychotherapiewochen die beiden Verfechter der neuen methodischen Prinzipien gemeinsam auftraten. Die damals noch unscheinbar wirkende, leicht nuschelnd, im Sitzen sprechende Frau, Luise Reddemann, stellte das Konzept und die Techniken der Stabilisierung vor. Der charismatisch, in mitreißender Dramatik und im Stehen sprechende Mann, Ulrich Sachsse, stellte die Exposition vor. Der



Auftritt suggerierte eine Hierarchie zwischen den methodischen Elementen, die sich bis heute vielerorts gehalten hat, obwohl Luise Reddemann mittlerweile zu einer der bedeutendsten Traumatherapeutinnen geworden ist.

Die männlich-invasive Trauma-Exposition /-Aufdeckung/-Konfrontation birgt eindeutig die Gefahr der Retraumatisierung. Aus dem Aspekt "gefährlich" wird im Allgemeinen weiter gefolgert: gefährlicher, also wirksamer, schwieriger, etwas für qualifizierte Berufsgruppen. Die weiblich-protective Stabilisierung wird allgemein als ungefährlich eingeschätzt. Ungefährlich :also weniger wirksam, einfacher, etwas für weniger qualifizierte Berufsgruppen.

In der stationären Versorgung ist es häufig so organisiert, dass die Patientinnen Stabilisierungsübungen getrennt von der Traumaexposition machen. Die Zuordnung dieser Aufgaben zu bestimmten Berufsgruppen im hierarchisch strukturierten Gesundheitswesen verläuft in der Regel so, dass die hierarchisch höher stehenden Berufsgruppen für die Traumaaufdeckung zuständig sind, während niedriger stehende Berufsgruppen für die Stabilisierung zuständig sind. Dieses Vorgehen hat auf den ersten Blick ökonomische Vorteile, weil die "einfachen" Aufgaben an preiswertere Kräfte delegiert werden. Oft bestimmt die Therapiephase die Dauer des Kontaktes zu bestimmten Therapeuten: wer stabil ist, hat Kontakt zu den Therapeuten. Wer labil ist, bleibt beim Pflegepersonal. Fazit ist, Traumaexposition wird implizit höher bewertet als die Stabilisierung. Diese implizite Bewertung bleibt von den Patientinnen nicht unbemerkt. Stattdessen vermittelt es ihnen gewisse Lektionen, die jedoch dem widersprechen, was man später von ihnen im Umgang mit ihren traumatischen Bildern erwartet: die Spaltung von Ressourcen und Traumamaterial, Aufwertung der Traumainhalte und Abwertung der Ressourcen/der Stabilisierung.

Methodisch wird die Stabilisierung der modernen Traumaexposition, insbesondere dem EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) zeitlich vorgeschaltet. Oft wird Stabilisierung weniger als Ende in sich, sondern als Mittel zum Zweck vom Therapeuten vermittelt ("Wenn Sie die Stabilisierungstechniken beherrschen, dürfen sie an das Trauma-Material heran"). Diese Haltung erweckt bei nicht wenigen Patientinnen den Eindruck, dass die Exposition die endgültige Erlösung von ihren Qualen bringen wird, was jedoch, je komplexer und früher das Trauma, umso weniger der Fall ist. Damit wird gefördert, dass die Patientin in ihrer Verzweiflung endlich sich von den Qualen des Traumas zu befreien, sich selbst und anderen vor macht, dass sie stabil genug für die Exposition sei, obwohl sie tatsächlich noch labil ist.

In der praktischen Umsetzung ist es für eine Therapeutin leicht, wenn auch unprofessionell, Traumata aufzudecken. Viele komplex traumatisierte Patientinnen leben bereits mitten in ihren traumatischen Bildern. Gerade bei der Arbeit mit Bewegung ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass im Körper gespeicherte Erinnerungsfragmente angesprochen werden, was zu einer Destabilisierung führen kann.

Dagegen ist es sehr viel schwieriger, mit der Patientin stabilisierende Techniken zu finden, die zu ihr passen und wirken, diese zu erlernen und sicher zu beherrschen und vor allem dann einsetzen zu können, wenn sie durch Flashbacks, Alltagsereignisse oder Traumaaufdeckung destabilisiert wird. Die Suche nach stabilisierenden Faktoren kann immer wieder selbst zu Auslösern von Traumamaterial führen, was ungeschultes Personal nicht begleiten oder auffangen kann. Je schwerer, früher und dauerhafter die Traumatisierung war, um so mehr ist eine Exposition kontraindiziert. Für diese Fälle ist eine ausschließlich stabilisierende Therapie angezeigt. Diese kann in einer Atmosphäre, die vermittelt, dass die Stabilisierung nur die halbe Portion' einer möglichen Behandlung ist, nicht fruchten. Stattdessen sollte die Patientin erfahren, dass sie die best mögliche Therapie für ihre spezielle Problematik erhält.

Daher bin ich der Meinung, dass alle Beteiligten einer Traumabehandlung in der Stabilisierungsmethodik geschult und dafür verantwortlich sein sollten. Die Integration der beiden Aspekte Exposition und Stabilisierung sollten eine Gleichbewertung erhalten, sowohl im Umgang als auch in der inneren Haltung der Therapeutin. Im stationären Setting sollte die Tanztherapeutin die Möglichkeiten der Tanztherapie, Traumamaterial, das berührt wurde, im Anschluss durch Stabilisierung zu integrieren, beherrschen und im Team deutlich vertreten.



Überprüfung der Stabilität vor der Traumaexposition durch Bewegungstests

Über eine eindeutige innere Haltung gegenüber der Stabilisierung hinaus können Bewegungstests Patientin und Therapeut mehr Sicherheit über den Stand der inneren Vorbereitung der Patientin auf die Belastungen der Traumabearbeitung geben. Die dafür verwendeten Bewegungsmerkmale sind von Kestenberg-Amighi et. al. (1999) als Korrelate der psychischen Stabilität bzw. der Angstregulation in der Säuglingsforschung herausgearbeitet worden. Allerdings sind auch diese Sicherheitsmaßnahmen wirkungslos bei Personen, die durch besondere Bewegungskompetenz eine Spaltung zwischen Körper und Psyche beherrschen bzw. bei denen Medikamente oder somatische Erkrankungen das Bewegungsrepertoire beeinflussen.

Neben Bewegungsmerkmalen zur Affektregulation (Initiieren, Terminieren, Dauer, Intensität) und zur Stabilisierung interpersönlicher Grenzen (Schließen und Öffnen des Körpers, Abwehrgesten und Fortbewegung) sind folgende Merkmale aufschlussreiche Anzeiger für die Stabilität oder Labilität der Patientin.

- Gleichgewicht halten können: Die Patientin steht mit den Füßen hüftbreit und spürt ihrem Gleichgewichtsempfinden nach. Ist eine Stabilität äußerlich sichtbar und nach Bericht der Patientin innerlich spürbar, bitten wir die Patientin, die Augen zu schließen und erneut ihrem Gleichgewichtsempfinden nachzuspüren. Bei stabilem Empfinden und Ausdruck kann weiter mit der Balance auf Zehenspitzen oder auf einem Bein, zuerst mit geöffneten, dann mit geschlossenen Augen fortgefahren werden.
- Langsam rückwärts- und schnell vorwärts gehen können.
- Sich durch eine angemessene Geschwindigkeit und Tastbewegungen der Arme und Beine mit geschlossenen Augen in der Fortbewegung schützen und orientieren können.

Die Patientin führt die Bewegungen aus und vergleicht ihre Selbstwahrnehmung mit der Fremdwahrnehmung der Therapeutin. Rückfragen zu ihren Assoziationen zu den einzelnen Bewegungen werden gestellt. Wichtig bei der Durchführung jeder Übung ist es, das Ziel klar zu definieren. Es geht darum, das subjektive Befinden der Patientin, auch eine Labilität, als wertvolle Information für die Indikationsstellung oder Vorbereitung der Traumaexposition zu gewinnen, nicht Stabilität als Maßstab zu definieren.

Das innere Kind braucht eine innere Erwachsene

Eine Technik der Bearbeitung der Traumafolgen, die eine Tücke aufweist, ist die imaginative Arbeit mit dem inneren Kind (Reddemann 2001). Ziel dieses Konzeptes ist, dass die Patientin wahlweise Distanz oder Zugang zu Kindheitserfahrungen bekommt und somit diese bearbeiten kann. Patientinnen werden dazu aufgefordert, imaginativ das Kind, das sie einmal waren zu kontaktieren: zunächst das kompetente Kind, dann das verletzte Kind. Die Therapeutin begleitet dann die erwachsene Patientin dabei, wie sie sich um ihr inneres Kind kümmert und diesem zukommen lässt, was ihm in der Kindheit gefehlt hat: Trost, Fürsorge, Verständnis. Bei Patientinnen, die früh parentifiziert wurden, und die weiter ihre eigenen Schwächen damit abwehren, kann dieser Ansatz einer wertvollen Vervollständigung der Selbstwahrnehmung dienen. Patientinnen, die nicht lernen konnten, ihre kindlichen Impulse und Erlebnisweisen zu steuern, können durch die Betonung der Rolle der Erwachsenen an Kompetenz gewinnen.

Entscheidend bei dieser imaginativen Technik ist, dass die Patientin beide Rollen, Kind und Erwachsene, innehat und selbst die Verantwortung für ihr inneres Kind trägt. In der verkörperten Anwendung in der Tanztherapie kann es zu dem technischen Fehler kommen, dass die Patientin ganz in die Rolle des inneren Kindes schlüpft und die Therapeutin die erwachsenen Funktionen übernimmt. In dieser



Konstellation bleibt die notwendige Distanzierungsmöglichkeit für die Patientin aus. Sie kann in eine schwer zu begrenzende Regression geraten, die sie selbst überfluten und die Therapeutin überfordern kann. Die wertvolle Erfahrung der Selbstfürsorglichkeit fehlt, und eine Abhängigkeit zur Therapeutin wird hergestellt, was die Verlässlichkeitserfahrungen der Patientin wiedergegeben könnte, wenn die Therapeutin mal nicht verfügbar ist oder die Therapie zu Ende geht.

Für die verkörperte Umsetzung empfehle ich daher die Anwendung von Medien. Zum Beispiel kann die Patientin ihr inneres Kind auf ein Kissen oder einen Ball projizieren und mit Distanzierungsmöglichkeiten kontaktieren. Sie kann ihren Erwachsenen-Anteil beispielsweise auf eine schützende Decke projizieren und sinnlich erleben. Die wechselseitige Übernahme von Rollen in hierarchisch strukturierten Übungen wie Führen/Folgen, Fangen/Fallen ist ein weiterer Weg die beiden Anteile zuzulassen und durch den Wechsel zu relativieren oder zu begrenzen.

Trauma und Traumatherapie als narzisstische Plombe

Der Bruch mit dem Tabu, über Traumata öffentlich zu sprechen, hat Opfern die Chance auf mehr Schutz, mehr Gerechtigkeit, mehr Anerkennung ihres Leidens und schließlich mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung eröffnet. Nach diesem Segen ließ der Fluch nicht lange auf sich warten. Traumatisiert worden zu sein ist - man wagt es kaum zu sagen - chic. Die Auswüchse dieser Entwicklung, geschürt durch das gegenseitige Hochschaukeln von Medien und Konsumenten, reichen von Pseudoerinnerungen über Wettbewerbsverhalten (wer kann die schlimmsten Traumatisierungen vorweisen?) bis hin zur Selbstdefinition in Sinne von: "Ich bin mein Trauma, und ohne es bin ich nichts." Ähnlich faszinierend für das öffentliche Interesse wie traumatisierte Menschen selbst sind ihre Therapeuten. Unter Kollegen wird konkurriert, wer die schwierigsten Fälle betreut. Auf Fachtagungen fesseln traumatische Biographien die Zuhörer eher als eine gewöhnliche Fallgeschichte.

Retraumatisierend ist dieses Phänomen, wenn Patientinnen wieder einmal nur aufgrund von Traumatisierung und zur Lust- (hier die Angstlust oder die Schaulust) oder narzisstischen Befriedigung der anderen und nicht um ihrer Selbst willen Zuwendung erfahren. Dazu entsteht das Dilemma: kann eine Patientin genesen und das Lebenskapitel Trauma' abschließen, wenn sowohl für sie als auch für die Therapeutin dieses mit einem Verlust an Ansehen und Interesse verbunden ist?

So ungünstig es sein mag, die Identität einer Patientin auf ihr Trauma zu reduzieren, so gefährlich ist es auch, diese Identität oder narzisstische Plombe ersatzlos zu entfernen. Wenn es Anzeichen dafür gibt, dass das Trauma allein die Identität einer Patientin bestimmt, so ist es die Aufgabe der Therapeutin, einen Übergang zu schaffen. Die Kompetenzen, die zur Opferidentität gehörten, müssen von dem traumatischen Bezug isoliert werden. Mit diesen Bausteinen können gerade in der Bewegung oder mit Medien neue Identitätsentwürfe gestaltet werden.

Pathologische narzisstische Phänomene entstehen aus einem Mangel an Wahrgenommen- und Angenommensein. Patientinnen erzählen, der Verlust der Aufwertung durch das Außergewöhnliche des Traumas wurde für sie durch das Erlebnis von Normalität und Zugehörigkeit ausgeglichen. Dieses Erlebnis konnten sie in Kreistänzen und gemeinschaftlichen Bewegungen besonders intensiv spüren. Bis sie jedoch dazu in der Lage waren, mussten sie eingehend erfahren, dass sie gesehen werden, wie sie sind. Dann konnten sie das Risiko, scheinbar identitätslos in einer Masse unterzugehen, wagen und sich von ihren Möglichkeiten überzeugen, Zugehörigkeit und Gemeinschaft Identitäts-stiftend statt Identitäts-gefährdend zu gestalten.

Mary Wigman ermahnte einen angehenden Tanzpädagogen: "Vielleicht aber sollte man auch von der Liebe sprechen, von jener inneren Bereitschaft, die dem Menschen im Tänzer gilt, bevor man sich an den Tänzer im Menschen wendet" (S. 107, 1963). Eine Therapeutin benötigt eine gewisse Gewöhnung an traumatische Lebensgeschichten, damit sie wieder den Menschen im Traumatisierten erkennt. Und sie braucht die Liebe zum Menschen, der nach der Traumabearbeitung noch zahllosen "banalen" Problemen der Lebensbewältigung gegenübersteht. Diese unspektakuläre, mühevoll arbeitende Begleitung, ist für die Genesung der Patientin mindestens so wertvoll wie die traumabezogene Arbeit. Diese Tatsache sollte mehr Eingang finden in die Ausbildung, in die Medien getragen und auf jeden Fall den Patientinnen vermittelt werden.



Abstinente Berührung vs. Tabuisierung oder Verteufelung der Berührung

Die Anwendung von Körperberührung in der Psychotherapie kann zu Retraumatisierung oder infantiler Fixierung führen. Sie wird daher in der Regel aus psychodynamisch fundierten Psychotherapiemethoden als Teil des Abstinenzkonzeptes ausgeschlossen, und wird oft als Grund, die Körpertherapien in Zweifel zu ziehen, angeführt.

Einige Autoren (Rothschild 2002, Reddemann 2002) plädieren dafür, Berührung durch die Therapeutin insbesondere aus der Behandlung von traumatisierten Patientinnen auszuschließen. In ihrem ansonsten sehr empfehlenswerten Buch "Der Körper erinnert sich" meint Babette Rothschild, es sei besser die Berührung zu unterlassen, doch in zwei der von ihr vorgestellten Fallbeispiele findet genau diese statt! Andere (Klopstech 1994) werten den Ausschluss der Berührung als Gegenübertragungsagieren. Ich teile die Ansicht von Autoren wie Worm, Hoffmann-Axthelm, Geißler, Clauer und Heinerth, dass Abstinenz elementar wichtig ist, jedoch nicht in der Tabuisierung eines einzelnen Verhaltens bestehen kann. Angelehnt an die Konzepte von Bauriedl und Worm (1997) halte ich folgende Eigenschaften eines der Körpertherapie angemessenen Abstinenzbegriffs fest:

- Abstinenz betrifft die Intention, die Bedeutung oder die Wirkung jeder Handlung im Kontext der aktuellen Therapeut - Patientin Beziehung und keine einzelne Handlung (wie die Berührung) an sich.
- Abstinenz beruht auf einem Verstehen der Beziehungssituation der Patientin, das heißt, des Einflusses vergangener Beziehungserfahrungen auf die aktuelle Beziehungsgestaltung mit der Therapeutin und die dadurch angebahnte Entwicklung dieser Beziehung.
- Abstinenz betrifft die Unterlassung von Impulsen, seien diese verbaler, körperlicher oder sonst welcher Art, die zu Retraumatisierung, pathologischer Regression, Zementierung von pathologischen Beziehungsmustern oder Missbrauch der Patientin zur Befriedigung der Bedürfnisse des Therapeuten führen würden.
- Abstinenz ist ein dynamisches Phänomen, das mit der fortschreitenden Entwicklung der Patientin Schritt halten muss, um seine Wirkung zu entfalten. Ein Verhalten, das gestern abstinente war, kann heute die Patientin in ihrer Entwicklung hemmen.
- Abstinenz nach diesem Modell beruht weniger auf dem Konzept des Verzichtes auf überkommene Lösungen für psychische Konflikte, sondern auf dem Konzept der Herausforderung durch Entwicklungsaufgaben, die neue Lösungsstrategien erfordern (Eberhard 2003).

Die optimale Entfernung einhalten

Ein weiterer Mythos über Körpertherapien betrifft den Glauben, Patientinnen versuchen besonders in der Körpertherapie Körperkontakt zu ihren Therapeuten herzustellen und sie zu verführen.

Meine Erfahrung ist eine andere. Insbesondere bei Patientinnen, die durch andere Menschen traumatisiert worden sind, besteht eine starke Ambivalenz zwischen Angst vor und Sehnsucht nach körperlicher Berührung. In Interaktion mit einer berechenbaren Umwelt stellen Patientinnen eine Entfernung her, die ihren ambivalenten Empfindungen optimal entspricht. Schließt das therapeutische Setting beispielsweise Berührung in der Regel aus, kann die Patientin ihrem Bedürfnis nach Berührung Ausdruck verleihen ohne die Sorge, dies in die Tat umsetzen zu müssen. Es besteht eine relative Sicherheit, dass der Therapeut dazu beitragen wird, die optimale Entfernung aufrechtzuerhalten.

In der Tanztherapie, wo Berührung offenkundig zum Interventionsrepertoire gehört, werden Berührungängste stärker betont, Wünsche seltener, gegen Ende der Therapie und mit Ambivalenz ausgedrückt. Somit wird wieder die optimale Entfernung hergestellt.

Bei der Zusammenarbeit im interdisziplinären Team sollte es uns daher nicht wundern, wenn die verbalen Therapeuten häufiger mit dem Thema Berührung konfrontiert werden als die Tanztherapeutin.



Das Phänomen der "optimalen Entfernung" ist ebenfalls der Grund, warum der Versuch, das scheinbar fehlgeleitete Berührungsthema von der verbalen in die Tanztherapie zu delegieren, oft scheitert. Die Zuweisung der Patientin, welcher Therapeut an welchen Themen mit ihr arbeiten soll, anzuerkennen und mit ihr zu reflektieren, verspricht die besten Entwicklungschancen.

Unvermittelten Paradigmenwechsel vermeiden

Kritik am Phänomen der Berührung in Körpertherapien übersieht meist das differenzierte, komplexe, in sich schlüssige Interventionsinstrumentarium. Es ist eher das willkürliche Herausplücken einzelner Interventionen aus einem Paradigma und seine Einpflanzung in ein anderes, das Schäden anrichtet. Therapeuten mit einer Ausbildung in einem verbalen Verfahren, die körperbezogene Interventionen in ihre Behandlung integrieren möchten, sollten sich darüber im klaren sein, wie sie diese Interventionen mit ihrem Grundverfahren theoretisch, ethisch und technisch vereinbaren können. Dieses Prinzip lässt sich an Hand der Berührung als Intervention verdeutlichen.

Bei einem unvermittelten Paradigmenwechsel, von verbaler zu körperlicher Interaktion, droht die Gefahr einer retraumatisierenden Grenzüberschreitung in der therapeutischen Beziehung. Diese droht selbst dann, wenn die Patientin eine Mitbestimmung eingeräumt bekommt, da sie in diesem Moment nicht in der Lage ist, diese souverän zu nutzen, weil mit der Fragestellung bereits die sicheren therapeutischen Rahmenbedingungen aufgelöst wurden. Der Aufschieb um mindestens eine Sitzung wäre Voraussetzung für eine qualifizierte Meinungsäußerung, sofern die Patientin ein 'Nein' überhaupt äußern könnte.

Umgekehrt droht eine retraumatisierende Verlassenheitserfahrung beim unvermittelten Paradigmenwechsel von körpertherapeutischer Abstinenz im oben beschriebenen Sinne zum Berührungstabus. Obwohl seltener, solche Paradigmenwechsel kommen vor, beispielsweise, wenn die Traumatisierung einer Patientin erst im Laufe der Behandlung bekannt wird und das Behandlungskonzept der Einrichtung vorsieht, dass Traumatisierte grundsätzlich nicht berührt werden sollen. Komplexe posttraumatische Belastungssyndrome entstehen bekanntlich nicht nur aufgrund der Übergriffe eines designierten Täters, sondern in Kombination mit einem Mangel an Trost und Fürsorge von der (Rest-)Familie im Anschluss an Übergriffe. Viele traumatisierte Patientinnen fühlen sich als Geschändete, unwert und unberührbar. Wenn das Bekanntwerden ihrer Traumatisierung einhergeht mit dem Paradigmenwechsel von abstinenter Berührungstechnik zum Berührungstabus, werden diese Phantasien des 'Unwertseins' bestätigt.

Auch wenn ein Ausschluss der Berührung mit der Patientin vereinbart wurde, kommt es zu scheinbar zufälligen Berührungsmomenten, die einem reflektierten Bereich der Behandlung oft nicht zugeordneten sind. Insbesondere, wenn die Therapeutin unterstützend eingreift, bei somatischen Symptomen wie Schwindel, Kreislaufschwäche und bei der Dissoziation (Stützen, Auffangen, in eine stabile Lage bringen), können diese in erster Linie funktional intendierten Berührungen eine starke symbolische Komponente besitzen. Diese verdient die Aufmerksamkeit und Reflexion von Therapeutin und Patientin. Das Thematisieren der Berührung in der Therapie führt wesentlich besser zu einem wirksamen und nach ethischen Maßstäben geschützten therapeutischen Prozess als ein Berührungsverbot.

Literatur

Büntig, W. E. (1991) Die Entfaltung der Beziehung in der Körperpsychotherapie. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg.). Lindauer Texte, Berlin: Springer.

Clauer, J., Heinrich, V. (1999) Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten: Körper, Trauma und Seelenlandschaften. Zwischen Berührung und Abstinenz. Psychotherapie Forum 7: 75-93. Wien, New York: Springer.

Cremerius, J. (1984) Die psychoanalytische Abstinenzregel. In: Psyche, 9/84, S.770.

Downing, G. (1997) Körper und Wort in der Psychotherapie. München: Kösel.

Eberhard, M. (2004 a in Druck) Körper- und Bewegungsinterventionen bei traumatisierten Menschen. In: Wöller W, Matthess H et. al. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen und psychische Traumatisierung. Stuttgart: Schattauer.



- Eberhard, M. (2004b) Ein Gefährte für Narziss: Tanz- und Ausdruckstherapie mit Menschen mit Narzisstischer Persönlichkeitsstörung. In: Timmermann T (Hrsg.). Empfinden - Hören - Sehen. Welche Zugänge wählen nonverbale Psychotherapien? Am Beispiel der Diagnose: Persönlichkeitsstörungen. Wiesbaden: Reichert.
- Eberhard, M. (2003a) Als das Kaninchen vor der Schlange in Bewegung kam. Tanz- und Ausdruckstherapie mit traumatisierten Menschen. In: Hampe R, Martius P et. al. (Hrsg.). Trauma und Kreativität. Bremen: Universität Bremen.
- Eberhard, M. (2003b) Tanztherapie: Indikationsstellung, Wirkfaktoren, Ziele in: Landschaftsverband Rheinland, Hrsg.: Kreativtherapien: Wissenschaftliche Akzente und Tendenzen. Pulheim: Rhein-Eifel-Mosel-Verlag
- Geißler, P. (1998) Analytische Körperpsychotherapie: Gegenwärtiger Stand und klinische Praxis. In: Psychotherapie Forum 1998 6:152-166. Wien: Springer.
- Geuter, U., Schrauth, N. (2001) Emotionen und Emotionsabwehr als Körperprozess. In: Psychotherapie Forum 2001 9:4-19, Wien: Springer.
- Goodman, L., Peters, J. Verfolger-Persönlichkeiten, und Ego-States: Beschützer, Freunde und Verbündete in Dissociation, Vol. VIII Nr. 2, Juni 1995.
- Hirsch, M. (1989) Der eigene Körper als Objekt. Berlin: Springer.
- Klopstech, A. (1994) Das Trauma des sexuellen Missbrauchs: Wo Berührung misshandelt hat und wie Berührung heilen kann. In: Hoffmann-Axthelm D (Hrsg.). Schock und Berührung. Oldenburg: Transform.
- Kestenberg, Amighi, J., Loman, S., Lewis, P., Sossin, K. M. (Hrsg.) (1999) The Meaning of Movement. Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile. New York: Brunner-Routledge.
- Lausberg, H., Eberhard, M. (1999) Therapieziele in der Tanztherapie In: Ambühl H, Strauß B (Hrsg.). Therapieziele. Göttingen: Hogrefe.
- Loman, S. (1994) Einordnungsverfahren in der Tanztherapie: Modelle zur Beobachtung und Analyse von Bewegung In: Nervenlinik Spandau (Hrsg.). Sammelband der Hauptvorträge des I. Internationalen Klinischen Kongresses für Tanztherapie in Berlin "Sprache der Bewegung", Berlin.
- Levine, P. (1998) Trauma-Heilung. Essen: Synthesis.
- Lewis, P. (1972) Theory and Methods in Dance-Movement Therapy. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt.
- Reddemann L (2002). Imagination als Heilsame Kraft. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann L, Wöller W, Kruse J (2001) Opfer traumatischer Gewalt. In: Wöller W, Kruse J. (Hrsg.) Tiefenpsychologisch Fundierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Romer, G. (1993) Choreographie der Haltenden Umwelt. In: Hörmann, K., Hrsg. Tanztherapie. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Rothschild, B. (2002) Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis.
- Schedlich, C. Frey-Sander E (2001) Tanztherapeutische Interventionsmöglichkeiten in der Arbeit mit traumatisierte Patientinnen. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). Vorhang Auf! Tanz- und Dramatherapie im Rheinland. Pulheim: Rhein-Eifel-Mosel.
- Schedlich, C. (2003) Material zum Einführungskurs zur Ausbildung zum Fachberater für Psychotraumatologie. Universität Köln.
- Schenk, B. Schedlich C (2001) Trauma und Körperbild. Auswirkungen, Phänomene, und tanztherapeutische Überlegungen. In: Trautmann-Voigt T, Voigt B (Hrsg.). Bewegung und Bedeutung. Köln: Claus Richter.
- Schottenloher, G. (1994) Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder. München: Kösel.
- Streeck, U. (1998) Persönlichkeitsstörungen und Interaktion: Zur stationären Psychotherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. In: Psychotherapeut 3/98, Springer.
- Worm, G. (1998) Berührung als Abstinenzverletzung - Berührung als Heilungsvorgang. In: Richter-Appelt H (Hrsg.). Trauma, Verführung, Missbrauch. Gießen: Psychosozial.