

# Hexentanz – Inszenierung einer Vernichtungsangst in der getanzten Übertragung

*Sybille Scharf-Widder*

---

**Zusammenfassung:** Im Folgenden wird die Fallvignette einer analytischen Tanztherapie vorgestellt und im Anschluß unter verschiedenen psychoanalytischen Aspekten diskutiert. Zunächst werden speziell die Sequenzen beschrieben, in welchen sich der zentrale unbewusste Konflikt und, wie sich zeigen wird, das frühe Trauma der Patientin in der getanzten Übertragung, hier verstanden als inszenierte Interaktion, zeigt. Durch die zusätzliche Verwendung von Träumen kann in der vorliegenden Vignette das frühe Trauma schließlich als Geburtstrauma identifiziert werden. Im Anschluß wird die Frage diskutiert, worin sich sinnlich erlebte Interaktionen von denen in der Vorstellung unterscheiden und welche Rolle sensumotorische Erfahrungen bei der Erinnerung spielen. Ferner wird diskutiert, wie valide Erinnerungen an die Geburt sind und welche Rolle dabei Träume spielen. Zum Abschluß soll die Rolle der heftigen aggressiven Impulse im Zusammenhang mit dem frühen Trauma beleuchtet werden.

**Abstract:** In the following article I will describe the case study of an analytical dance therapy in order to discuss some psychoanalytical aspects afterwards. First of all the description focuses on those sequences, in which the central unknown conflict and, as will be shown, the early trauma of the patient will appear in the danced transference, or in other words, a danced enactment. Additional dreams show that the early trauma can be identified as a birth trauma in this case. The question will be discussed, in how far the sensual experienced interaction is different from those interactions in mind and which role sensumotor experiences in regard to memories plays. There will be further discussed, how valid memories referring to birth experiences and how meaningful connected dreams are. The discussion will be concluded by illuminating the strong aggressive impulses in connection to the early trauma.

**Stichwörter:** Tanztherapie, Psychoanalyse, sensumotorische Erfahrungen, Erinnerung, Geburtstrauma

## **Einleitung**

Auffallend an dem Fallbeispiel, das ich hier vorstellen möchte, war für mich zunächst einmal, dass mir die szenischen Interaktionen mit der Patientin, die Bilder ihrer Bewegungen allein wie auch die damit zusammenhängenden Träume mit eindrucksvoller Klarheit in Erinnerung geblieben sind und wesentlich plastischer als viele Übertragungssituationen mit meinen analytischen Patienten. Ich fragte mich, woran das lag und welche Unterschiede das Erleben der Übertragung in der körperlichen Interaktion im Vergleich zu der Übertragung auf der Couch aufweist. Ausgehend von dieser Fragestellung möchte ich den tanztherapeutischen Prozess der hier vorgestellten Fallvignette unter psychoanalytischen Gesichtspunkten beleuchten.

### **Tanztherapie als inszenierende Interaktion**

In psychoanalytischen Begrifflichkeiten wurde die Tanztherapie wiederholt mit einem Handlungsdialog verglichen (u. a. Voigt 1996). Der Begriff des Handlungsdialogs, von Klüwer (1983) eingeführt, bezieht sich in seiner ursprünglichen Bedeutung auf eine unbewusste Verstrickung des Analytikers, die die Arbeitsbeziehung zum Patienten unterwandert und zunächst nur schwer bewusst zu machen ist. Um diese spezifische Bedeutung zu wahren, spreche ich in Anlehnung an Scharff (2007) von einer inszenierenden Interaktion, da in der Tanztherapie die handelnde Interaktion bewusst intendiert ist. Das Besondere der Tanztherapie ist, dass sich aus dem freien Bewegungsfluss und der sich daraus ergebenden Interaktion mit der Therapeutin eine zuvor unbewusste Szene herausbildet, die dann weiter bearbeitet werden kann. Insofern ähnelt der freie Bewegungsfluss der freien Assoziation in der Psychoanalyse. Der freie und nicht zweckgebundene Bewegungsfluss, den ich auch als elementaren Tanz verstehe, bietet dabei jenseits aller therapeutischen „Nutzung“ ganz besonders die Möglichkeit, um es mit Rolf Kühns (2007) Worten auszudrücken, „im je subjektiven Leiblichsein selbst auf die entscheidende Offenbarung des Lebens zu stoßen, um von daher eine neue Ausrichtung der Existenz vorzunehmen, die durch nichts anderes mehr in Frage gestellt werden kann“. Anders ausgedrückt bietet die Selbstbewegung die Möglichkeit, die Ursprünglichkeit der eigenen Existenz zu erfahren.

Im Folgenden möchte ich nun eine Fallvignette vorstellen, um im Anschluss daran einige Wirkfaktoren zu diskutieren, die in der Tanztherapie und speziell in dieser von mir vorstellten Therapie von Bedeutung sind und waren.

### **Fallbeispiel**

Die Patientin, deren persönliche Daten verändert wurden, möchte ich hier Lilly nennen. Sie war zu Therapiebeginn 35 Jahre alt, verheiratet und hatte drei Kinder im Alter von zwei, fünf und acht Jahren. Vor zwei Monaten war sie mit ihrer Familie von einem vierjährigen Aufenthalt in Amerika zurückgekommen, wo ihr Mann als leitender Angestellter einer großen Firma beruflich zu tun hatte. Die Patientin selbst hatte Sozialpädagogik studiert und in Amerika zeitweilig in einem Frauenförderprojekt mitgearbeitet.

Die Patientin ist klein und sehr zierlich, trägt an die Hippiezeit erinnernde wallende Gewänder, jedoch in einem grauen, gedeckten Ton, so dass sie auf den ersten Blick unscheinbar wirkt. Sie spricht mit einem dünnen Stimmchen, übertrieben freundlich und fast devot, so dass mir die Frage durch den Kopf geht, wie viel Aggression wohl dahinter steckt und ich unwillkürlich ein ungutes Gefühl habe, denke, das könnte kompliziert werden, und in Frage stelle, ob ich sie nehmen soll. Schon in den probatorischen Stunden zeigt sich jedoch eine reiche Phantasie und Kreativität, die mich sehr für Lilly einnimmt und mein Interesse weckt.

Als Lilly zu mir kommt, klagt sie darüber, dass sie sich ohne jegliche Kraft fühle, ständig müde sei, „fertig mit den Nerven“ und Rückenschmerzen habe. Ihren drei Söhnen gegenüber könne sie sich nicht durchsetzen. In Amerika habe sie auch unter Schlafstörungen gelitten. Ein anderes Problem, das sie beschäftige, bestehe darin, dass sie große Angst habe, dass sie über andere Macht ausüben könne,

bzw. ihre Macht, z. B. ihren Kindern gegenüber, zu missbrauchen. Schließlich seien Kinder so leicht zu beeinflussen und könnten sich so schlecht wehren.

*Zur lebensgeschichtlichen Entwicklung:* Die Patientin war als jüngstes von insgesamt fünf Kindern ein Nachzüglerkind und unerwünscht. Sie hat zwei Brüder (drei und viereinhalb Jahre älter) und zwei Schwestern (acht und zehn Jahre älter). Der Vater war Professor für Frühgeschichte, ihre Mutter Lehrerin. Die Mutter sei sehr erschöpft gewesen, so dass die Patientin große Schuldgefühle hatte, sie zu beanspruchen. Ihren Vater hat sie als Kind sehr geliebt. Sie schildert ihn als warmherzig, jedoch hochmoralisch und jegliche negative Emotion unterdrückend. Wenn sie als Kind aggressiv war oder etwas falsch gemacht hatte, seien die Eltern nie verärgert gewesen, sondern nur ungeheuer enttäuscht. Sie habe häufig das Gefühl gehabt, die Eltern zu stören, ihnen zur Last zu fallen. Dass die Familie sich von einem Kindermädchen umzugsbedingt trennen musste, erlebt die Patientin im Alter von vier Jahren als schmerzhaften Verlust. Eine untergründige Bedrohung drückt sich in dem Bild aus, mit welchem sie ihr Familiengefühl in der Kindheit beschreibt: „ein warmes Nest auf einem Fass Dynamit“. In der Schulzeit hatte sie stets wenige, aber intensive Freundschaften. Sie lernte Ballett, Reiten, spielte Klavier und Geige. Letzteres gefiel dem Vater, jedoch fand er Tanzen „atavistisch“, also affenartig.

*Setting:* Da Lilly gerne Bewegung einbeziehen möchte und eine Fortbildung in Tanztherapie abgeschlossen hat, vereinbaren wir, tanztherapeutisch zu arbeiten. In meinem Raum gibt es eine Sitzecke mit zwei Stühlen, wo in der Regel das Anfangsgespräch stattfindet. Die Bewegungseinheiten finden in einem ca. 60 Quadratmeter großen Raum, mit einer Säule in der Mitte, statt. Als Beobachterin der Bewegung nehme ich dann einen anderen Platz im Raum ein. Wenn ich mich mitbewege, wechseln Bewegungsinteraktion und Gespräch je nach Bedarf ab.

Im Folgenden möchte ich diejenigen Stunden genauer beschreiben, in welchen sich die Entwicklung des zentralen unbewussten Konflikts der Patientin in der Übertragung und Gegenübertragung und in der Bewegung zeigt und uns zu einem neuen Verständnis führen.

### *1. Stunde*

Da Lilly gerne frei tanzt und sehr eigenständig und reflektiert wirkt, schlage ich in der ersten Stunde vor, im Setting der „authentischen Bewegung“ zu arbeiten, was bedeutet, dass sie sich bewegt und ich als Witness (Zeugin) zuschaue und, falls sie nicht vorher aufhört, nach einer vorher verabredeten Zeiteinheit das Ende der Bewegungseinheit deutlich mache. Mit einer leisen, leicht rhythmischen Musik möchte ich Lilly in der ersten Stunde Unterstützung für ihre Bewegung geben.

*Verlauf:* Die Patientin bewegt sich zunächst in mittlerer Kinesphäre mit eher leichten, aber rhythmischen Bewegungen, indem sie etwa ein Drittel des Raumes nutzt. Allmählich schränkt sie ihren Bewegungsradius immer mehr ein, bis sie sich an einem von mir relativ weit entfernten Platz hinsetzt, sich in ihre Kleidung einwickelt, schließlich nochmals aufsteht und ihre lange schwarze Jacke holt, in welche sie sich dann an dem ausgewählten Sitzplatz wie in einen „schwarzen Kokon“ einhüllt.

In der Gegenübertragung empfinde ich Schuldgefühle, Lilly mit dem vorgeschlagenen Setting überfordert zu haben, so dass sie sich in einen schützenden Raum zurückziehen muss. Gleichzeitig wirkt der „schwarze Kokon“ nur teilweise beschützend, erweckt durch seine Farbe auch Assoziationen zu Leblosigkeit und Depressivität. Einerseits erlebe ich die Patientin überfordert, andererseits bin ich beeindruckt von der mutigen und dramatischen Inszenierung ihres deutlichen Rückzugs, die unbewusst auch den Vorwurf ausdrücken könnte: „Dahin hast du mich gebracht!“

*Gespräch:* Im anschließenden Gespräch, in welchem ich die Patientin zuerst reden lasse, ohne ihr meine Eindrücke mitzuteilen, meint sie, dass sie jetzt ganz kalte Hände habe, die seien ganz taub. Außerdem fühle sie sich ausgeliefert, wenn nur ich schaue. Sie habe dann das Gefühl, vielen kritischen Augen ausgesetzt zu sein. Sie erinnert sich, dass sie im Alter von sieben oder acht Jahren während eines Urlaubs mit ihren Eltern mehrmals verloren ging, und jedes Mal habe sie gedacht, jetzt habe sie ihre Eltern für immer verloren. Als sie später mit ihrem Mann wieder in diese Gegend kam, habe sie intensive Handschmerzen bekommen und konnte die Fahrradtour für einige Tage nicht fortsetzen. Als Kind sei sie während der Schulzeit wegen Nervenschmerzen an den Händen behandelt worden.

*Reflexion:* Ich verstehe, dass sie während der Bewegungsphase das Gefühl hatte, mich verloren zu haben, sich nicht an mir festhalten konnte. Mir scheint es notwendig, zunächst etwas dafür zu tun, um den Kontakt zwischen der Patientin und mir sicherer und vertrauensvoller zu machen, um später die angedeuteten Probleme weiter untersuchen zu können. Ich frage sie daher, ob sie gerne hätte, dass ich mich das nächste Mal mitbewege. Sie bejahte sofort und wirkte erleichtert.

## 2. Stunde

*Verlauf:* Lilly und ich bewegen uns auf eine Musik mit deutlichem Rhythmus. Mein Angebot dazu war, dass sie sich nach ihrem eigenen Bewegungsbedürfnis bewegen könne und wir gemeinsam schauen, wohin es uns führt. Ich habe intuitiv das Bedürfnis, mich mit klaren Bewegungen in einem begrenzten, wohl definierten Raum zu bewegen, dabei teilweise ihre Bewegungen spiegelnd. Lilly bewegt sich zunächst in großem Bogen von mir weg, nähert sich mir dann wiederholt, wobei wir uns in kraftvollen Bewegungen treffen. Schließlich entfernt sie sich wieder, scheint sich zurückzuziehen und ihre Bewegungen verebben.

*Gespräch:* Im anschließenden Gespräch bemerkt Lilly, dass sie sich gescheut habe, mich anzuschauen, aus Angst, sie könnte mich damit stören. Sie wünscht sich gleichzeitig jedoch auch, mich anzuschauen und meine Bewegungen mitzumachen, befürchtete dann aber, sich selbst nicht abgrenzen zu können. Sie habe auch bemerkt, dass sie ihre Kraft verlöre, wenn wir uns zu nahe gekommen seien. Sie habe aber auch den Eindruck gehabt, dass sie mir meine Kraft genommen habe. Es tue ihr gut, wenn ich meinen eigenen Rhythmus habe.

*Reflexion:* In der Gegenübertragung hatte ich mich unbewusst teilweise empathisch spiegelnd, teilweise abgrenzend bewegt und habe damit dem Wunsch der Patientin nach einem sicheren, abgegrenzten Gegenüber/Objekt entsprochen.

Ihre Phantasie, aufgrund fehlender Grenzen könnte unser Kontakt uns beide beschädigen (uns die Kraft nehmen), deutete sich an.

### *Folgende Stunden*

Lilly berichtet, dass die Mutter oft so erschöpft gewesen sei, dass die Patientin große Schuldgefühle hatte, wenn sie sie brauchte. Sie schildert wiederholt die Szene, wie sie mit etwa 2 Jahren nachts auf dem Topf saß und Angst und Schuldgefühle hatte, weil sie ihre Mutter wecken musste, damit diese sie wieder ins Bett brachte. Später hatte sie das Gefühl, wenn sie ihre Mutter ein bisschen brauchte, bekam sie von ihr gleich viel zu viel, so dass es ihr zu eng wurde und sie sich vereinnahmt fühlte. Grenzen habe es zwischen ihr und ihrer Mutter nicht gegeben, das sei auch nicht erlaubt gewesen. Wenn sie als Kind aggressiv war oder etwas falsch gemacht habe, seien die Eltern nie ärgerlich gewesen, sondern nur ungeheuer enttäuscht. Es sei jedoch alles in Ordnung gewesen, wenn sie krank war. Sie habe sich jedoch dem „Einlullen“ ihrer Mutter entwinden wollen. Insgesamt habe sie das Gefühl gehabt, die Eltern zu stören, ihnen zur Last zu fallen, ihnen zu viel zu sein.

*Reflexion:* In der Phantasie der Patientin hat sie ihre Mutter mit ihren unersättlichen Bedürfnissen nach Zuwendung und Fürsorge beschädigt, was mit großen Schuldgefühlen verbunden ist. Später projizierte sie ihre eigenen Bedürfnisse in die Mutter und fühlte sich vereinnahmt. Da jegliche aggressiven Impulse als zerstörerisch phantasiert wurden, konnte die Patientin keine stabilen Subjekt-Objekt-Grenzen errichten. Dies zeigte sich in unserer Bewegungsinteraktion, als Lilly und ich uns mit kraftvollen, d. h. für sie aggressiven Bewegungen trafen. Der hierin enthaltene Wunsch nach Kontakt und Abgrenzung zugleich erweist sich in ihrer Phantasie in Ermangelung klarer Grenzen für uns beide als Beschädigung. Ihre Lebensbewegung verebbt.

### *12. Stunde*

*Bewegungsinteraktion:* Lilly bewegt sich raumgreifend, mit weiter Kinesphäre durch den ganzen Raum. Ich „beantworte“ ihre Bewegung, teilweise spiegelnd, teilweise eigenen Bewegungsimpulsen nachgehend. Dabei kommt es wiederholt dazu, dass wir uns mit weit ausgebreiteten Armen gegenläufig aneinander vorbei bewegen, ohne uns zu berühren.

*Gespräch:* Im anschließenden Gespräch betont die Patientin, wie glücklich sie darüber ist, dass da für uns beide Platz ist, dass wir uns nicht stören. Sie hätte ihre Kraft jetzt nicht verloren.

*Reflexion:* Ich bin doch ziemlich erstaunt über ihre Phantasie, dass der Raum mit 60 Quadratmetern für zwei Personen noch zu klein sein könnte. Meist tritt das gegenteilige Problem ein, dass sich Patienten in dem großen Raum verloren fühlen. Insgesamt hat Lilly mehr Vertrauen zu mir gewonnen. Sie kann sich ausbreiten, ohne das Gefühl zu haben, mir zur Last zu fallen. In ihrer Phantasie ist ihre Kraft für mich jetzt nicht bedrohlich. Aber um welche Ängste kreisen ihre Phantasien? Meine Phantasie ist, dass es um existentielle Vernichtungsängste geht, vernichtet zu werden oder die Mutter zu vernichten, Du oder Ich. Aber warum? Und um

welches Schuldgefühl geht es? Ist es ein Schuldgefühl, wegen ihrer Vitalität mich bzw. ihre Mutter zu sehr belastet zu haben wie z. B. in der Topf-Szene? Oder ein Schuldgefühl, trotz Unerwünschtheit auf der Welt zu sein? Lilly gegenüber stelle ich Fragen und betone, wie wichtig es ist, dass sie in der Bewegung ihre Phantasien zum Ausdruck bringt. Von meinen Phantasien äußere ich nichts und vertraue darauf, dass die weitere Entwicklung mehr Evidenz dafür bringt, um welche Ängste und Szenen es geht.

#### 20. Stunde

In dieser Stunde erzählt die Patientin von einem Traum (Bärentraum): „Ich habe mit meinem jüngsten Sohn Thomas in einer Erdhöhle geschlafen. Wir sind beide mit grauem Staub bedeckt. Er schläft noch. Ich denke: Er ist so schön, aber auch gruselig, weil er wie tot aussieht. Ich gehe dann durch einen langen Gang nach draußen. - Dort kommen dann Bären aus einem Garten, ein großer Bär und zwei kleine. Ich nehme ein Junges und sauge es aus, dann das zweite. Beide sehen dann schlaff und tot aus. Das erste rafft sich auf und geht zur Mutter und saugt dort, ebenso das zweite. Dadurch werden beide wieder lebendig und kräftig. Ich denke: Das ist noch besser.“

Der erste Teil des Traums ist wie ein Geburtstraum. Auf meine Frage hin, ob eine Zwillingsschwangerschaft vorgelegen habe, bei welcher der eine Zwilling gestorben sei, kann Lilly nichts in Erfahrung bringen.

Lilly selbst beschäftigt sich jedoch mit dem zweiten Teil des Traums. Hier fühlt sich die Patientin selbst hungrig und saugt genüsslich zwei kleine Bären aus, die ich als Brüste der Mutter interpretiere. Die sind danach ganz schlaff und wie tot. Als junge Bären rappeln sie sich wieder auf und können selbst bei der Mutter saugen, die stark ist und geben kann. Ich interpretiere Lillys Beanspruchung der Mutter bei der Topf-Szene wie auch beim Stillen als natürlich und notwendig, die sie als Kind aufgrund der immensen Erschöpfung der Mutter jedoch als zerstörerisch („wie tot“) erlebt habe. In ihrem Traum sei die Mutter-Bärin jedoch nicht zerstört, sondern erneut verwendbar (Winnicott 1971), was Lilly dann im Traum noch besser findet, da es Hoffnung zeigt, dass die Zerstörung nicht endgültig ist, sondern das mütterliche Objekt wieder lebendig werden kann.

#### 24. Stunde: Hexentanz

*Bewegungsinteraktion:* Lilly berichtet eingangs von einer Geschichte, die sie mit ihren Kindern im Fernsehen gesehen hat. In dieser tauchen zwei Hexen auf, eine gute und eine böse, die sie sehr fasziniert haben. Ich schlage vor, diese Hexen in einer Bewegungsexploration genauer zu erforschen. Die Patientin entwickelt zunächst zur „guten Hexe“ runde, harmonische und majestätisch wirkende Bewegungen, die ich spiegelnd aufgreife. Danach tanzen wir beide die „böse Hexe“, wie ein Ringer, sprunghaft zum Angriff wie auch zur Verteidigung, mit gutem Bodenkontakt, die Hände dabei in Abwehrhaltung erhoben. Wir bewegen uns in dieser Haltung beide auf einer imaginären Kreislinie. In der Gegenübertragung empfinde ich mich in dieser Haltung kraftvoll und bedroht zugleich, mit einer großen Anspannung vor einer unbekanntem Gefahr. Es passiert jedoch weiter

nichts. Lilly ist sehr froh und erleichtert, dass jeder von uns beiden so kraftvoll und „böse“ sein kann, ohne dem anderen wirklich Schaden zuzufügen.

*Gespräch:* Im Anschluss an die Bewegungsinteraktion erzählt sie von einer zunächst sehr schönen Begegnung mit ihrem Mann, bei welcher sie plötzlich alle Kraft verlassen hätte, weil sie daran dachte, dass sie ihn foltern könnte. Das habe eine Astrologin einmal aus ihrem Horoskop gelesen. Sie meint, das „Böse“ nähme ihr die Kraft. Ich deute, dass sie aus Angst vor dem „Bösen“ in ihr, vor aggressiven oder auch Kontaktwünschen, von denen sie glaubt, dass sie ganz schlimm und zerstörerisch seien, alle Kraft verliere. Vielleicht hätte es neben der guten Stimmung auch einen Ärger auf ihren Mann gegeben, von dem sie glaubte, wenn sie ihn äußere, sei die gute Stimmung zerstört. Im folgenden berichtet sie, dass ihr Mann an einer chronischen Krankheit leide und außerdem sehr viel zu arbeiten habe, so dass sie stets befürchte, ihn mit ihren Sorgen, Wünschen und familiären Anforderungen zu sehr zu belasten. Wenn sie wütend sei, habe sie aber große Schuldgefühle.

*Reflexion:* Die Spaltung der Patientin wird in dieser Stunde offensichtlich, denn ihre aggressiven Impulse tauchen im Zusammenhang mit konkreteren Situationen auf. Doch warum ist es so schwierig für sie, diese aggressiven Impulse zu integrieren? In der Phantasie, sie könnte foltern, erlebt sie den anderen als hilflose, gequälte Kreatur, sich selbst dagegen übermächtig. Hatte sie sich als Kleinkind mit ihren „erbarmungslosen“ Bedürfnissen (Winnicott 1945) ihrer erschöpften Mutter gegenüber als überfordernd erlebt und sich dafür fälschlicherweise die Schuld gegeben? Oder drückt die Folter-Phantasie eine Identifikation mit dem Aggressor aus und sie war selbst ein hilfloses, gequältes Opfer, das im Sinne der Traumatheorie tatsächlich „Böses“ erleiden musste, und ihr Satz „Das Böse nimmt mir die Kraft“ wäre dann wörtlich zu nehmen. Anders formuliert: Kommt das „Böse“ von innen, z. B. in Form ihrer Gier, ihrer aggressiven Impulse etc., oder musste sie es von außen erleiden?

Ich beschließe, zunächst die erste Hypothese weiter zu verfolgen und die zweite nicht aus den Augen zu verlieren.

### *Folgende Stunden*

In vielen der folgenden Stunden befassen wir uns mit der Integration von Lillys aggressiven Impulsen in ihr Alltagsleben. Besonders beschäftigt uns, in welcher Form Lilly ihrem Mann gegenüber ihre Wut zulassen und ausdrücken könnte, wo sie ihren Mann übermäßig schont, welche Belastungen zumutbar sind. In ähnlicher Weise geht es auch bei ihren Kindern darum, ihnen Grenzen zu setzen, ihnen etwas zuzumuten, die in gewisser Weise „böse Mutter“ zu sein.

Parallel dazu tanzen wir auf ihren Wunsch wiederholt den „Hexentanz“ auf eine von ihr ausgewählte Musik, auf „Initiation“ von Mari Boine (Album „Gula Gula“), welche die geheimnisvolle, spannungsgeladene und unberechenbare Atmosphäre betont und dabei eine lustvolle Aggressivität erlaubt. Die Bewegungsinteraktion entwickelt sich jedoch nicht weiter. Alle Angebote von mir, was die zwei Hexen miteinander tun könnten oder welche komplementäre Rolle ich einnehmen könnte, führen nicht weiter. Es war, als ob wir in einer Sackgasse gelandet seien. Ich frage mich, ob es bei der Patientin um mörderische Impulse gehe, die nicht

mit mir, der Therapeutin als konkretem Objekt, in Szene gesetzt werden können, ein Punkt, auf den Elaine Siegel während eines Workshops hinwies, da sonst die Patientin befürchtet, sie könnte tatsächlich ihrer Therapeutin etwas antun.

### 32. Stunde

*Bewegungsgestaltung:* Aufgrund der genannten Überlegungen schlage ich Lilly vor, sich einen Gegenstand im Raum auszuwählen und zu schauen, was die „Hexe“ mit diesem Gegenstand machen möchte. Nach verschiedenen Explorationen entwickelt sie einen „Löwentanz“, in welchem sie sich als Löwin an ein Opfer anschleicht, sich mit einem großen Sprung auf dieses stürzt und es frisst. Danach rastet und erholt sich die „Löwin“ eine zeitlang am Boden.

*Gespräch:* Lilly betont, wie sehr sie die kraftvollen Bewegungen der Löwin genieße und sie beschwichtigt ihre Schuldgefühle, indem sie immer wieder betont, dass die Löwin ja nichts Unrechtes tue, es sei ja im Gegenteil ein der Natur entsprechendes und notwendiges Verhalten. Sie will die „Löwin“ in den folgenden Stunden immer wieder tanzen und meint, das Bild gebe ihr Kraft. Nach der Stunde hat sie allerdings Schmerzen am Daumen und kann nichts mehr greifen. Die Schmerzen am Daumen verstehe ich als ins Körperliche verdrängte Schuldgefühle, doch Lilly scheint zunächst nicht auf meine Deutung zu reagieren.

*Reflexion:* Obwohl ich diese Entwicklung als Schritt zur Integration der aggressiven Impulse der Patientin ansehen könnte und ihre bessere Durchsetzungsfähigkeit und mehr Selbstbewußtsein in den Auseinandersetzungen mit ihrem Mann, ihren Kindern und ihren Eltern durchaus dafür sprechen, bin ich unzufrieden. Die Bewegungsgestaltung war zu glatt, etwas fehlte und ich weiß nicht, was. In dem inzwischen erarbeiteten Verständnis über die Beziehung der Patientin zu ihren Eltern fand ich nicht, was ich suche. Immer noch kreisen die Phantasien der Patientin um ein traumatisches Täter-Opfer-Geschehen, wobei es immer noch nicht klar ist, wer eigentlich wer ist und welchem Erlebnis diese Phantasie entspringt. Die von der Patientin erinnerten Szenen scheinen mir nicht ausreichend, die archaische Gewalt und die Vernichtungsängste der Patientin zu erklären.

### 42. Stunde

*Bewegungsbeobachtung:* Eines Tages fällt mir auf, dass Lilly aus der Ruhephase am Boden immer mit demselben plötzlichen Ruck aufsteht. Ich zweifle, ob ich diese Bewegung als Schattenbewegung (vgl. Klein 1993) einstufen soll, da sie mir von meinem morgendlichen Aufstehen auch vertraut vorkommt. Unter Schattenbewegungen werden Bewegungen verstanden, die vom Bewegenden nicht intendiert sind und sich auch nicht folgerichtig in einen Bewegungsfluss eingliedern. Sie sind in gewisser Weise inkongruent mit dem Bewegungsfluss, häufig hat der Betreffende sie nicht bemerkt. Ihre Bedeutung ist unbewusst. Schließlich teile ich Lilly meine Beobachtung mit.

*Gespräch:* Sie ist keineswegs erstaunt und meint, sonst komme sie ja nie hoch. Sie könne ewig so am Boden liegen. Dann erzählt sie, wie sie sich während ihrer Schulzeit oft in den Pausen, teils aus Protest, teils aus Langeweile, zurückgezogen habe, indem sie sich in ihre lange schwarze Strickjacke oder ihren schwarzen Man-



tel eingewickelt habe und darin, völlig versteckt, irgendwo mehr hing als saß. Sie habe sich darin durchaus wohl gefühlt.

Mir fällt der „schwarze Kokon“ aus der ersten Bewegungsstunde wieder ein und ich habe plötzlich das Bild eines toten Uterus. Ich zögere, Lilly von meinem Bild zu erzählen, weil es eine Zeit betrifft, an die sie sich nicht erinnern kann.

Sie erinnert sich weiter, dass sie als Kind oft „Mumie“ gespielt habe: Sie habe sich aufs Bett gelegt und sich vorgestellt, dass niemand bemerken dürfe, dass sie lebt. Ich frage mich, ob sie eine Nahtoderfahrung immer wieder spielen muss. Drückt sie auf depressive Art ihren Protest aus: „Seht, was ihr mir angetan habt!“?

In vielen Stunden beschäftigen uns ihre „zornige“ Seite und ihre „Opferseite“, die z. T. aus der Identifikation mit einer altruistischen, sich aufopfernden Mutter bestand. Jedoch erst ein dreiviertel Jahr später führte uns ein Traum zu einem besseren Verständnis ihrer archaischen Vernichtungsangst und Nahtoderfahrung.

### 70. Stunde: Geburtstraum

Es war in der vorletzten Stunde vor meinem Sommerurlaub und im Oktober sollte die Kassenleistung für die Therapie zu Ende gehen. „Im Traum gab es einen großen alten Holz- oder Gasherd mit verschiedenen Feuerstellen. Eine kleine Flamme musste immer an sein, damit der Wasserkessel immer heißen Dampf abgab. Ich sah, dass alle Flammen an waren und habe alle, bis auf eine, erst mal ausgedreht. Im Ofen war ein Kasten, etwa 40 cm hoch, da war ein kleiner Mann drin, der war schon älter und hatte einen Haarkranz, oben eine Glatze. Er saß ganz apathisch auf einem Töpfchen, war dort angeschnallt. Ich holte ihn raus. Es war ein richtiger Mensch und ich konnte mit ihm sprechen. Er sagte mir ein Gedicht auf. Ich dachte, warum hat der nicht gerufen? Ich beschloss, ihn jetzt jeden Tag herauszunehmen.“

*Gespräch:* Nachdem der Herd im Traum Lilly an den alten Herd ihrer Mutter erinnerte, frage sie sich, warum da ein älteres Männchen drin sitze und kein Baby im Bauch/Herd der Mutter. Ich meine, dass Babys, die durch die Geburt sehr gestresst sind, manchmal auch ganz alt aussähen. Da erinnert sie sich, dass ihr erzählt wurde, dass ihre Geburt sehr schwierig war, dass sie mit siebeneinhalb Monaten auf die Welt kam, aber während der Geburt im Geburtskanal stecken blieb. Die Hebamme habe gerufen: „Ach, das Kind ist so klein, da hätten Sie ja noch warten können.“ Da hätten die Wehen ausgesetzt. Die Geburt habe noch lange gedauert, so dass die Patientin blau war, bis sie auf die Welt kam. Sie sei jedoch anschließend nicht in den Brutkasten gekommen, obwohl das zur Debatte gestanden hatte.

*Reflexion:* Durch die Erzählung von ihrer Geburtssituation erhält nun vieles einen Sinn: Baby und Mutter müssen bei der Geburt zusammenarbeiten. Die Aktivität des Babys (es muss sich mit den Füßen von der Wand des Uterus abstoßen) ist notwendig für eine normale Geburt. Bei ihrer Geburt hat nun die „Kraft“ der Mutter aufgehört. Es wurde für Lilly zum „toten Uterus“, der lebensbedrohlich für Lilly wurde. Insofern beruht die Phantasie der Patientin, sie könne mit ihrer Kraft und Eigenbewegung jemanden vernichten und dadurch selbst vernichtet werden, auf einer konkreten, körperlichen Erfahrung und ist nachvollziehbar. Umgekehrt war sie als Baby natürlich viel stärker von den Reaktionen der Mut-

ter abhängig, doch scheint das passive Erleiden wesentlich bedrohlicher zu sein als aktiv herbeigeführtes Leiden, was wir in vielen Traumaverarbeitungen beobachten können. Ihre Angst, wir könnten zu wenig Raum haben, um aneinander vorbeizukommen, ihr Mumienspiel, der schwarze Kokon, der Hexentanz, all das erhält plötzlich einen Sinn als kognitiv/emotionale Phantasievariationen vor dem Hintergrund eines körperlich erlebten Musters.

### *Abschluss der Therapie*

Einige Stunden vor dem Ende der Kassenleistung will Lilly die Therapie beenden. Ich biete ihr eine Umwandlung der Stunden in eine Analyse an, da ich das Gefühl habe, dass sie noch einiges zu verarbeiten habe und noch stabiler werden müsse („das Kind ist noch so klein“), doch es wird deutlich, dass sie sich dadurch festgehalten fühlt, wie beim Auszug aus dem Elternhaus und letztlich auch wie bei der Geburt. Sie hat inzwischen ihren jüngsten Sohn in den Kindergarten gehen lassen können, auch dieser Abschied war sehr schwierig gewesen, und sie hat mit einer Arbeit begonnen. Sie fühlt sich nicht mehr depressiv, sondern bedeutend kraftvoller und in der Lage, ihr Leben aktiv zu gestalten. Ihre Schmerzen an den Händen, die während der Therapie immer wieder auftauchten, sind verschwunden. Ein möglicher erneuter Umzug aufgrund einer beruflichen Veränderung ihres Mannes erschreckt sie nicht mehr. Ich meine, dass ich jetzt, da ich Lilly so viel besser verstehe, ihr helfen könne, ihre Aggressionen im Alltag noch besser zu integrieren. Doch für sie ist das Verstehen ihres Musters innerhalb ihres biographischen Kontextes das Ergebnis und der Abschluss, der ihr hilft, zu gehen. Ich tröste mich damit, dass ja die meisten Mütter ihre herangewachsenen Kinder mit solch zwiespältigen Gefühlen ziehen lassen, dass sie stolz auf die Entwicklung ihrer Kinder sind und ein wenig besorgt, ob sie auch wirklich genug mitbekommen haben, um alleine zu leben.

### **Diskussion des Fallbeispiels**

Wie ich eingangs bereits erwähnt habe, erstaunte mich die Prägnanz, mit der mir die Bewegungsinteraktionen mit der Patientin im Gedächtnis blieben im Vergleich zu vielen Übertragungsbeziehungen, wenn meine Patienten auf der Couch liegen, und ich fragte mich, wie das kommt. Ich fragte mich auch, ob der Geburtstraum, der meines Erachtens unseren Interaktionen in der Therapie und dem Verhalten der Patientin außerhalb der Therapie so viel Sinn gab, eine Rekonstruktion eines biographischen Ereignisses bedeutet, oder einer nachträglichen Überarbeitung der Biographie in Form einer Konstruktion entspricht? Damit hängt auch die Frage zusammen, ob solch frühe Ereignisse wie die Geburt, die nicht symbolisch repräsentiert sind, sondern, wie wir heute wissen, im impliziten Gedächtnis gespeichert sind, überhaupt erinnert werden können. Haben darüber hinaus Träume, wie im vorliegenden Fall, eine besondere Bedeutung bei der Erinnerung an frühe Traumata? Welche Rolle spielten schließlich aggressive Impulse und Phantasien bei der hier stattgefundenen Verarbeitung des Geburtstraumas und inwiefern entsprechen oder modifizieren sie Melanie Kleins Theorie über frühe unbewusste Phantasien des Säuglings?

Abschließend möchte ich noch der Frage nachgehen, wo das von mir teils bewusst teils intuitiv gezeigte Therapeutenverhalten den therapeutischen Prozess gefördert hat und wo möglicherweise Grenzen der tänzerischen Inszenierung liegen. Im Folgenden möchte ich diese Fragen der Reihe nach diskutieren.

*Worin unterscheiden sich sinnlich erlebte Interaktionen von solchen in der Vorstellung?*

Dass allein kognitive Einsichten in eine Konfliktsituation, ohne die damit verbundenen Emotionen und ohne die damit verbundene Beziehungserfahrung in der Übertragung, keine therapeutischen Veränderungen bringen, ist bekannt. Bereits Freud sagte, sinngemäß übersetzt: „Man kann niemanden in Abwesenheit oder auf der Flucht erschlagen.“ Dafür muss also die Therapeutin in der Übertragungssituation herhalten. Worin aber unterscheidet sich die tänzerisch bewegte Übertragung von der in der Vorstellung?

„Die Vorgänge in der psychoanalytischen Situation werden heute gemeinhin so beschrieben, dass der Analytiker, der seinem Patienten zuhört, dessen unverdautes Material in sich aufnimmt und über seine Teilhabe und sein Sinnverstehen dem Patienten verarbeitbar macht. Dadurch, dass es dem Analytiker möglich wird, einen bisher unerschlossenen Sinn zu finden, strukturiert sich das psychische Material in neuem Kontext. Die auf diesem Vorgang aufbauende Deutung macht dem Patienten bisher Unverstandenes seelisch verdaubar und potentiell einer psychischen Integration zugänglich. In dieser Beschreibung fungiert der Analytiker zunächst als aufnahmebereiter und verarbeitender ‚Container‘ der psychischen Problematik des Patienten. Doch übt der Analytiker selbst in vielfältiger Weise aktiv einen Einfluss auf das Wie und Was dessen aus, was der Patient in der Stunde zur Sprache bringt“ (vgl. Scharff 2007). Dass die psychoanalytischen Behandlungen nicht nur in der Dimension der Sprache, sondern auch in der Dimension der Handlung durchgeführt werden, zeigen die Begriffe „Szene“ (Argelander 1970), „Enactment“ (Jacobs 1986) „Rollenübernahme“ (Sandler 1976) oder „Handlungsdilog“ (Klüwer 1983), die in Theorie und Praxis der Psychoanalyse Eingang gefunden haben (vgl. Streek 2000).

In der Körpertherapie, hier speziell in der Tanztherapie, kommt zu dem oben beschriebenen Prozess nun der Einsatz der direkten, körperlichen Interaktion hinzu. Es handelt sich also nicht um den Gegensatz zwischen Wort und Handlung, sondern die Handlung kommt hinzu (vgl. auch Scharff 2007). In der Tanztherapie nimmt die Patientin über Bewegung und damit verbundene Emotionen Kontakt auf. Durch unsere gemeinsamen Bewegungsinteraktionen nimmt eine unbewusste Phantasie Gestalt an. Dazu spiegle ich in den Anfangsszenen den Bewegungsausdruck der Patientin in markierter Form (vgl. Fonagy 2004), d. h. ich mache dieselben abwehrenden und zugleich angreifenden Bewegungen wie die „Hexe“, mache jedoch mimisch, durch meine Stimme und durch meine gleich bleibend interessierte und unerschrockene Haltung deutlich, dass ich diese Emotionen zwar nachfühlen kann, selbst jedoch nicht in diesen Emotionen gefangen bin. D. h. ich bin sowohl innerhalb wie auch außerhalb der Szene, wodurch sich die Patientin einerseits verstanden fühlt und gleichzeitig die Mitteilung empfängt: „Diese Gefühle und diese Szenen bedeuten keine Katastrophe, man kann sie ertragen und über sie nachdenken.“

Diese Einfühlung auf der nonverbalen Ebene entspricht der Affektabstimmung der frühen Mutter-Kind-Interaktion, wie Stern (1992) sie beschreibt und wie sie besonders eindrucksvoll in der Methode von Marian Chace (vgl. Scharf-Widder 2009) Verwendung findet. In abgeschwächter Form bleibt diese Interaktion jedoch unser Leben lang ein wesentlicher Bestandteil von Empathie. Es kommt im weiteren Verlauf darauf an, dieses gefühlte Verständnis zu mentalisieren.

Die sinnlich erfahrbare Interaktion macht die Szene nun sehr einprägsam, bildlich unmittelbar und körperlich spürbar. Ich denke, es ist diese Einheit von sensomotorisch erlebter Interaktion und gemeinsam geteilter Phantasie, die dem Erlebten eine besondere Prägnanz geben und dadurch so deutlich in Erinnerung bleiben. Gleichzeitig empfangen ich als Therapeutin eine Fülle an Informationen, welche die Patientin selbst nicht wahrnimmt. So fühlt sich in dem vorliegenden Fall die Patientin stets als Angreiferin, wohingegen in der „Hexen-Szene“ deutlich wird, dass sie gleichzeitig abwehrende Handbewegungen machte, d. h. sie fühlt sich gleichzeitig als die Angegriffene.

Der Konkretisierung des inneren Szenarios haftet jedoch eine gewisse Trägheit an, die Szene kann nicht so schnell gewechselt werden wie in der mentalen Vorstellung. Auch nimmt die Therapeutin eine konturiertere Präsenz ein, was z. B. sexuelle wie auch aggressive Phantasien bremsen kann. So können mörderische Phantasien in der Übertragung nicht in Bewegung ausgedrückt werden, da dies für den Patienten und vermutlich auch für den Behandler zu bedrohlich ist, was ich bereits weiter oben ausführte. Aus diesem Grund lasse ich die Patientin einen Gegenstand auswählen, um ihre aggressiven Impulse weiter zu erforschen, woraus sich dann die „Löwenszene“ entwickelt.

Die sinnliche Darstellung begrenzt also auch die Phantasie, der in der Vorstellung eine größere mentale Beweglichkeit zur Verfügung steht. Außerdem ermöglicht das dichte Stundennetz der Psychoanalyse eine Konfrontation mit den destruktiven Tendenzen im Alltag, die den notwendigen Zeitraum zum Durcharbeiten und zur Transformation des „negativen Materials“ zur Verfügung stellt.

Erstaunlich ist für mich, dass die Aggressivität in dieser getanzten Übertragung weniger bedrohlich und intensiv für mich ist, als das in analytischen Behandlungen der Fall ist. Ich führe das darauf zurück, dass es wohl leichter möglich ist, sich von diesen bereits nach außen gebrachten Gefühlen zu distanzieren als von denen, die in der analytischen Situation innerlich verarbeitet werden.

*Inwiefern lässt sich das gefundene Geburtstrauma als Rekonstruktion oder als Konstruktion begreifen und welche Rolle spielen sensomotorische Erfahrungen bei der Erinnerung?*

Es ist inzwischen bekannt, dass unser biographisches Wissen im Nachhinein wiederholten Überarbeitungen unterliegt, so dass wir aufgrund des Narrativs einer Behandlung nie sagen können, ob die hier erzählten Ereignisse wahr sind. Dies hat dazu geführt, dass in der Psychoanalyse teilweise von der Rekonstruktion der Biographie abgesehen wurde. So sagen Fonagy und Target (1997, in Leuzinger-Bohleber 2008): „Therapien, in denen es darum geht, Erinnerungen wiederherzustellen, haben das falsche Ziel. Hinter der wiedergefundenen Erinnerung kann nur eine psychische Realität stehen – ob es sich um eine historische Wahrheit und Wirklichkeit handelt, ist nicht die Aufgabe von uns Psychoanalytikern und Psy-

chotherapeuten.“ Sie sagen ferner, dass die episodischen Erfahrungen entgegen der gängigen psychologischen Meinung keinen Einfluss auf das Verhalten, die Erwartungen und die Überzeugungen haben, da sie separat abgespeichert werden. Eine therapeutische Veränderung hingegen erfordert eine Neuorganisation der impliziten Gedächtnisprozesse. Diese beinhalten all unsere unbewusst erworbenen Beziehungserfahrungen, die nicht sprachlich symbolisiert werden konnten.

Nun sind im impliziten Gedächtnis alle frühen Traumatisierungen gespeichert, die vor dem Spracherwerb stattfanden und auch diejenigen, die zwar später stattfanden, jedoch durch die Überwältigung durch ein Trauma nicht symbolisiert werden konnten. Leuzinger-Bohleber zieht zum Verständnis der Arbeitsweise des impliziten Gedächtnisses das Konzept der embodied memories heran, das vor ca. zehn Jahren aus dem Zusammenwirken interdisziplinärer Forschungen entstand. „Nach Auffassung der Embodied Cognitive Science kann Gedächtnis nicht mehr in Analogie zu einem Computer, als eine Speicherplatte mit statisch gespeicherten Inhalten verstanden werden, aus der in einer aktuellen Situation Informationen ‚abgerufen‘ werden. Gedächtnis ist eine Funktion des gesamten Organismus, das Produkt komplexer, dynamischer, rekategorisierender und interaktiver Prozesse, die immer ‚embodied‘ sind. Dabei ist wichtig festzuhalten, dass ‚embodied‘ nicht nur ‚non-verbal‘ bedeutet: Sondern: Gedächtnis entsteht durch eine Verkopplung sensorischer und motorischer Prozesse, die sich gegenseitig beeinflussen.“ (Leuzinger-Bohleber 2008, S. 158).

Gedächtnis besteht also immer einerseits aus einer aktuellen interaktiven Situation im „Hier-und-Jetzt“, die sich als unabdingbar für das Zustandekommen von Erinnerung erweist. Gleichzeitig ist andererseits die Konstruktion solcher Erinnerungen nicht zufällig, da sie analog der sensomotorischen Koordination in früheren Situationen konstruiert wird und somit gleichzeitig Spuren der historisch-biographischen Wahrheit enthält. Durch den Begriff des „embodiment“ beschreiben Kognitionsforscher das Phänomen, dass sich das Trauma durch seine extreme Qualität „in den Körper einschreibt“. Daher sind nach Leuzinger-Bohleber die sensomotorischen Koordinationen (also Handlungen) ein „Königsweg“ zum Verständnis erlittener, auch sehr früher Traumatisierungen, denn „der Körper vergisst nichts“, wie auch sie sagt. Für eine dauerhafte therapeutische Veränderung ist dann beides notwendig: die subjektive Art und Weise des unbewußten Funktionierens wie auch der Versuch, die biographischen, „historischen“ Wahrheiten im Sinne einer spezifischen, nicht zu verleugnenden Realität des Traumas zu entschlüsseln (Leuzinger-Bohleber 2007; vgl. auch Bohleber 2000, 2007; Fischer u. Riedesser 1998).

Die Patientin koordiniert ihre Interaktion mit mir bereits in der ersten Bewegungssequenz analog zu ihrem Geburtstrauma: In ihrer Phantasie griff sie mich mit ihren Bewegungen an, wodurch sie mich getötet/gelähmt hat, und dadurch ich ihr nicht mehr helfen kann, zu tanzen im Sinne von „lebendig werden“. Daraufhin implodiert sie und zieht sich zurück in einen „toten Uterus“, in welchem sie selbst drohte abzusterben. Es benötigte aber 70 Stunden Therapie, um das zu verstehen und eine Lösung dafür zu finden. Darauf komme ich später noch zurück. Vorerst möchte ich noch einige Überlegungen zum Geburtstrauma vornehmen.

*Wie valide sind Erinnerungen an die eigene Geburt? Welche Rolle spielen Träume bei dieser Erinnerung?*

Im 19. und lange bis ins 20. Jahrhundert hinein nahm man an, dass es unmöglich sei, sich an das Geburtserleben und die erste Zeit danach zu erinnern (vgl. Janus u. Haibach 1997). Dass dem Geburtserleben eine große Bedeutung zukäme, wurde ebenfalls weitgehend verneint. Dennoch sprachen einzelne Autoren schon in früherer Zeit dem Geburtserleben eine beachtliche Bedeutung zu. So schrieb der Romanautor Johann Karl Wezel (1747–1819): „Man hat also angemerkt, dass man, wo nicht alle, doch die meisten gegenwärtig unerklärbaren Erscheinungen, die sich an vielen Menschen zum Erstaunen der Gelehrten und Ungelehrten zeigen, sehr leicht würde erklären können, wenn jemand eine genaue und umständliche Geschichte ihrer Schicksale im Mutterleibe, von dem ersten Augenblick ihres Daseins bis nach ihrer Geburt, bekanntmache.“ (Wezel 1776) In der Psychoanalyse lokalisierte Freud zunächst den Anfang der traumatischen Angst in der Geburtsangst und folgerte, dass alle ängstigenden Erfahrungen strukturell Elemente des Geburtserlebens enthalten und ihrem Wesen nach Trennungängste bzw. Angst vor Objektverlust mobilisieren. Alle späteren Angstformen wie die Kastrationsangst, die Über-Ich-Angst, die soziale Angst und die Todesangst sah er als entwicklungs-psychologische Nachfolger dieser ersten traumatischen Trennungserfahrung. Er blieb dieser Theorie gegenüber jedoch skeptisch wie auch der von Rank (1924) entwickelten Theorie der Geburtsangst gegenüber und vertrat stattdessen eine Theorie der phasentypischen Angstsituationen. Seit 30 Jahren gibt es jedoch durch Filmaufnahmen und Ultraschall beim Ungeborenen vielfältige Forschungen, die das komplexe Erleben des Fötus und des Neugeborenen belegen. Vielfältige Berichte besonders von Kinderpsychotherapeuten belegen ferner, dass sich Kinder an eine traumatische Geburt erinnern und dass das traumatische Erleben psychotherapeutisch verändert werden kann (vgl. u. a. Dowling 1997; Emerson 1997).

Wenn nun die sensomotorischen Erfahrungen des Neugeborenen seine Interaktionen mit seiner Mutter und seiner Umwelt strukturieren, dann ist es für das Verständnis unserer Patienten wichtig, dass wir über die frühesten Vorgänge vom Anfang des Lebens etwas wissen, da wir sonst die Hinweise, die uns unsere Patienten geben, nicht erkennen, aufgreifen oder nicht einordnen können.

Steiner Fahrni (2007) betont, dass die frühen Beziehungs-erfahrungen, die im impliziten Gedächtnis gespeichert sind, versuchen, eine Verbindung zum deklarativen, autobiographischen Gedächtnis herzustellen, und traumatische Inhalte tun dies in drängender Form.

Heute geht Leuzinger-Bohleber (2008, S. 25) davon aus, dass die „Gefühle und Emotionen, auch traumatischer Art, die dem Fötus und dem Neugeborenen sowohl durch die Stimme der Mutter vermittelt werden wie auch durch die Aufmerksamkeit und Fürsorge, die seinem Körper zuteil werden, im Übertragungsprozess wieder in Erscheinung treten und symbolisch verschlüsselt sind in unseren Träumen. Mit der Funktion des Träumens können präsymbolische Erfahrungen aus dem impliziten Unbewussten in symbolische Erfahrungen transformiert werden.“

Für Bernard Bail (2008) sind daher Träume der Weg, über welchen er Zugang zu frühesten Erfahrungen findet, frühestens bis zum drei Monate alten Embryo.

Es spricht also vieles dafür, dass es sich bei dem letzten Traum der Patientin tatsächlich um einen Geburtstraum handelt, zumal es dafür einen Auslöser in der aktuellen therapeutischen Beziehung gab. Das Ende der Kassenleistung kam in Sicht und die Patientin beschäftigte sich vermutlich innerlich mit dem Abschied von der Therapie und dem Neuanfang „draußen“, eine Situation, die durchaus eine Geburtserfahrung „triggern“, also auslösen kann.

Hier wird die Geburt nun nicht nur real verstanden, sondern dient gleichzeitig als Metapher für z. B. Abschied und Neuanfang. Plänklers (2003) bezieht Geburtsangst und die Matrix der Geburt ausschließlich auf die „Geburt“ des innerpsychischen Raums. Dieser innerpsychische Raum entsteht nach Plänklers, wenn eine Verstehensfunktion internalisiert werden konnte, die die Bildung eigener Gedanken ermöglicht, wenn eine hinreichende Toleranz für Versagungen, für Mangel und Verlust etabliert wurde, wenn sich das Subjekt von seinen wichtigen Bezugspersonen als getrennt erleben kann und wenn es trianguläre Beziehungen ertragen kann, deren Schwierigkeit v. a. darin besteht, das Zusammensein von zwei Personen zu beobachten und das eigene Ausgeschlossenensein zu ertragen. Darin zeigt sich eine trianguläre, dreidimensionale (und ödipale) Struktur des psychischen Raums.

Wenn ich den Geburtstraum von Lilly nun im Hinblick auf diesen Gedanken untersuche, zeigt sich in diesem Traum eine trianguläre Situation: Es gibt nämlich nicht nur eine Mutter (Herd) und ein Baby (Männlein), sondern es gibt auch noch die Patientin, die zuhören und verstehen kann, was das Baby sagt und sich ihm auch für die Zukunft zur Seite stellt, indem sie verspricht, das Baby nun jeden Tag herauszunehmen, also auf die Welt kommen zu lassen.

Erst wenn dieser innerpsychische Denkraum errichtet und eine Verstehensfunktion internalisiert werden konnte, kann auch ein Trauma verstanden werden. Vorher muss es inszeniert bzw. wiederholt werden.

### *Zur Bedeutung aggressiver Impulse*

Über lange Strecken sah es in der Therapie so aus, als handle es sich bei den Phantasien der Pat. um sehr frühe Ängste, die wichtige Bezugsperson mit den eigenen aggressiven Impulsen angegriffen und beschädigt zu haben. Im ersten Traum ist es die Phantasie, mit den eigenen Saugbedürfnissen die Brust der Mutter entleert und damit vernichtet zu haben. Sie befindet sich jedoch im Übergang zu Ganzobjektbeziehungen, denn sie erkennt, dass die Brüste zu einer ganzen Person gehören, was bedeutet, dass sie die Mutter auch als Person wahrnimmt und liebt und infolgedessen quälende Schuldgefühle darüber kommen, was sie der Mutter angetan hat. Die Phantasie im ersten Traum weist auf die unbewusste Phantasie hin, die den Bewegungsinszenierungen zugrunde liegt: Mit ihren eigenen Bewegungen und Kämpfen mit dem Ziel, geboren zu werden, hat die Patientin ihre Mutter vernichtet (Wehenstillstand), was in der nachträglichen Überarbeitung zu solch unerträglichen Schuldgefühlen führt, dass sie sich depressiv in den schwarzen Mantel zurückzieht und auf weitere Kämpfe verzichtet. Bedenklich wäre es, diese aggressiven Impulse vorschnell als destruktiv oder gar sadistisch folternd zu deuten, denn das wäre eine Identifikation mit der Angst der Patientin, die sich selbst in ihrer Phantasie als omnipotent und destruktiv („ich bin der Verursacher für die Reaktionen meiner Mutter“) erlebt. Vielmehr geht es hier um

Aggressionen zum Zwecke der Lebenserhaltung, für die Reaktion der Mutter kann die Patientin nichts und trägt dafür auch keine Schuld, was sinngemäß in der Löwenszene zum Ausdruck kommt. Sie erlebt sich auch als verschmolzen mit der Mutter, als ungetrennt von ihr. „Zwischen uns gab es keine Grenzen“, sagte sie bereits eingangs. Auch ich frage mich bei den Interaktionen oft: „Wer ist hier eigentlich wer?“ In diesem Fall dient die Aggression auch der Trennung von der Mutter, konkret der Trennung bei der Geburt und symbolisch der differenzierenden Grenzziehung und Unterscheidung zwischen ihr und der Mutter.

*Welche Bedeutung/Wirkung hatte nun die Tanztherapie in der hier vorliegenden Behandlung und welche Interventionen meinerseits waren förderlich?*

Die Patientin selbst betonte immer wieder, wie gut es ihr tat, in unseren Interaktionen zu erleben, dass die von ihr befürchteten Erwartungen nicht eintrafen, dass sie mich also nicht durch ihre Kraft und ihre Bedürfnisse beschädigte. Dabei scheint es mir wichtig, dass sie diese Kraft und Lebendigkeit in ihrem Körper und ihren Bewegungen spürte, dass sie diese durch meine bestätigende Spiegelung als ihr Eigen erleben und annehmen konnte und ihr durch mein „Überleben“ (Winnicott 1971) eine korrigierende Erfahrung möglich wurde. Gerade weil sich ihr frühes Trauma so sehr in den Körper eingebrannt hatte, half die konkrete körperliche Erfahrung, dies zu korrigieren.

Im Nachhinein lässt sich sagen, dass meine beobachtende Rolle als Zeugin im Sinne der authentischen Bewegung in der ersten Stunde bei der Patientin das ursprüngliche Trauma wieder belebte, nämlich von ihrer Mutter im Stich gelassen zu werden. Nun sind solche Wiederbelebungen an sich ja nichts Schlimmes und könnten möglicherweise auch in diesem Setting weiter bearbeitet werden. Zwischen Wiederbelebung des Traumas und einer Retraumatisierung ist aber nur ein schmaler Grad und ich denke, es war sinnvoll, durch die Bewegungsinteraktion zunächst u. a. auch eine positive, Sicherheit gebende therapeutische Beziehung aufzubauen, d. h. ihr durch mein Bewegungsverhalten zu zeigen, dass ich einfühlsam, belastbar und auch fürsorglich bin, indem ich sie nicht in eine Situation mit überfordernden Ängsten bringe. Hierzu gehörte auch, dass ich schließlich die Bewegungsinteraktion von mir auf einen Gegenstand umleitete, weil das Zulassen der mörderischen Phantasien in der direkten Übertragung zu bedrohlich gewesen wäre. Die Intensität ihrer aggressiven Impulse wäre ohne das Erleben ihrer Inszenierungen für mich vermutlich weniger glaubhaft und greifbar gewesen. Schließlich war mein Containment wichtig, d. h. das Aufnehmen und die innere Verarbeitung all der Informationen, die ich von der Pat. erhalten hatte, wobei dieses Verarbeiten z. T. auch außerhalb der Sitzungen stattfand und schließlich zum Wiederentdecken des „schwarzen Kokons“ führte, der ja schon in der ersten Stunde sichtbar wurde, aber erst viel später für uns beide erlebbar und verstehbar wurde.

Der hier getroffene Vergleich zeigt einmal mehr, dass die beiden Behandlungssettings unterschiedliche, spezifische Möglichkeitsräume eröffnen, die in ihrer jeweiligen Eigenart verstanden sein wollen, und dass sie nicht einfach additiv zusammengeführt werden können. Eine analytische Erfahrung eines Tanztherapeuten kann sein Verständnis für einen tanztherapeutischen Prozess jedoch sehr bereichern, und eine tanztherapeutische Erfahrung kann bei einem analytisch ar-



beitenden Therapeuten zu einer grösseren Beachtung der Körperwahrnehmung und -phantasien sowohl des Patienten als auch seiner eigenen beitragen.

## Literatur

- Argelander H (1970) Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt
- Bail B (2008) Vortrag auf dem XVIII. Internationalen Kongress der ISPPM in Heidelberg
- Bohleber W (2000) Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche* 54: 797–839
- Bohleber W (2007) Hauptvortrag auf dem 45. IPA Congress in Berlin
- Dowling TW (1997) Prä- und perinatale Erfahrungen von Menschen mit autistischen Tendenzen. In: Janus L, Haibach S (Hg) *Seelisches Erleben vor und während der Geburt*. LinguaMed Verlag, Neu-Isenburg
- Emerson WR (1997) Geburtstrauma: psychische Auswirkungen geburtshilflicher Eingriffe. In: Janus L, Haibach S (Hg) *Seelisches Erleben vor und während der Geburt*. LinguaMed Verlag, Neu-Isenburg
- Fischer G, Riedesser P (1998) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Reinhard
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2004) *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Freud S (1926) Hemmung, Symptom und Angst. *GW XI*, S 371–383
- Geißler P, Heisterkamp G (2007) *Psychoanalyse der Lebensbewegungen*. Springer
- Hinshelwood RD (1993) Unbewusste Phantasie. In: *Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse*. Verlag Int. Psychoanalyse
- Jacobs T (1986) On countertransference enactments. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 34: 289–307
- Janus L, Haibach S (Hg) *Seelisches Erleben vor und während der Geburt*. LinguaMed Verlag, Neu-Isenburg
- Klein P (1993) *Tanztherapie*. Pfeiffer
- Klüwer R (1983) Agieren und Mitagieren. *Psyche* 37: 828–840
- Kühn R (2007) Der unsichtbare Leib. Affektivität und Fleisch in phänomenologischer Sicht. In: *Psychoanalyse der Lebensbewegungen*. Springer
- Leuzinger-Bohleber M, Roth G, Buchheim A (2008) *Psychoanalyse, Neurobiologie und Trauma*. Schattauer, Stuttgart
- Plänklers T (2003) Trieb, Objekt, Raum. Veränderungen im psychoanalytischen Verständnis der Angst. *Psyche* 57: 487–522
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche* 30: 297–305
- Scharff JM (2007) *Psychoanalyse und inszenierende Interaktion: Gemeinsamkeiten und Unterschiede*. In: Geissler P, Heisterkamp G (Hg) *Psychoanalyse der Lebensbewegungen*. Springer
- Scharf-Widder S (2009) *Interventionen in der Tanztherapie. Untersuchung tanztherapeutischer Interventionen am Beispiel der Arbeit mit schizophrenen Klienten*. Selbstverlag, 2. Auflage
- Siegel E (1986) *Tanztherapie. Seelische und körperliche Entwicklung im Spiegel der Bewegung*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Steiner Fahrni M (2007) Das implizite Beziehungswissen in Träumen von Erwachsenen. In: Geißler P, Heisterkamp G (Hg) *Psychoanalyse der Lebensbewegungen*. Springer
- Stern DN (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Streeck U (Hg) (2000) *Erinnern, Agieren und Inszenieren; Enactments und Szenische Darstellungen im therapeutischen Prozess*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

- Voigt B (1996) Wo die Sprache endet – Psychotherapie im Handlungsdialog: Grundlagen der analytischen Tanz- und Bewegungstherapie. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hg) *Bewegte Augenblicke im Leben des Säuglings – und welche therapeutischen Konsequenzen?* Claus Richter Verlag
- Wezel JK (1776) *Lebensgeschichte Tobias Knauts*
- Winnicott DW (1945) *Die primitive Gefühlsentwicklung*. In: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Fischer 1988
- Winnicott DW (1971) *Objektverwendung und Identifizierung*. In: *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett-Cotta, Stuttgart 1995

Korrespondenzanschrift: *Sybille Scharf-Widder*, Dipl.-Psych., Silvanerweg 11, 69168 Wiesloch, Deutschland, E-Mail [scharf-widder@web.de](mailto:scharf-widder@web.de)

Vortrag auf dem Kongress „Tanz und Therapie im Wandel“, Düsseldorf, 24. Oktober 2009.