

S. Trautmann-Voigt und B. Voigt

Bewegung und Bedeutung – Chancen therapeutischer Kommunikation

Zusammenfassung Bewegung kann als Bedeutungsträger mit Hilfe des Konzepts der Stern'schen Vitalitätskonturen wahrgenommen und analysiert werden. Beim therapeutischen Verständnis eines um die Dimension der aktiven Bewegung erweiterten „affect attunement“ kann so Bedeutung mit Patienten gemeinsam neu in rhythmisch-dynamischen Handlungsdialogen gestaltet werden. Diese These wird mit Rekursen auf die neuere Säuglingsforschung und auf die Motivationstheorie Lichtenbergs differenziert und anhand eines Fallbeispiels aus einer Analytischen Bewegungs- und Tanztherapie exemplifiziert.

Schlüsselwörter: Bewegung als Bedeutungsträger, Vitalitätskonturen, Motivationstheorie, Kontextanalyse, analytische Bewegungs- und Tanztherapie, affect attunement, Systemzustände, transmodale Abstimmung, rhythmisch-dynamischer Handlungsdialog, procedurales Unbewusstes.

Movement and meaning – Vital chances for therapeutic communication

Abstract Movement can be perceived and analyzed as a significant representative means, aided by Stern's concept of "vital contours". In broadening "affect attunement" by an active movement dimension, significant meaning can be shaped in a dialogue of "dynamic-rhythm actions" together with the client / patient. This concept being explicated in recurring on modern infant research and Lichtenberg's motivational theory, is exemplified by a vignette from Analytic Movement- and Dance Therapy.

Keywords: Vital contours, motivational theory, Context Analysis, Analytical Movement- and Dance Therapy, states, affect-attunement, dialogue of "dynamic-rhythm Actions", procedural knowledge.

Mouvement et signification – le potentiel de communication thérapeutique

Résumé Les résultats d'études issues de la récente recherche sur les nourrissons sont présentés, du point de vue des psychothérapies corporelles et de la thérapie analytique par le mouvement et la danse; on tient plus particulièrement compte des travaux de Daniel Stern et Joseph Lichtenberg, deux initiateurs dans ce domaine.

Le concept d'un dialogue actif de type rythmico-dynamique en psychothérapie analytique et des profondeurs est développé sur la base de trois thèses empruntées à l'étude des nouveau-nés:

1. La génération d'une signification est associée à un échange dialogique affectif et moteur.
2. Au moment de générer des significations il est indispensable que les partenaires de la communication ajustent leurs affects (« affect attunement »).
3. Une analyse du contexte motivant ces interlocuteurs est nécessaire pour que la communication soit couronnée de succès; elle doit inclure l'analyse des rapports systémiques activés au sein du système.

Dans la seconde partie de l'article, les énoncés présentés sont mis en rapport avec la psychothérapie analytique / des profondeurs, par le biais d'extraits empruntés à un cas traité en ambulatoire. La question est posée de savoir pourquoi la patiente – qui souffrait d'adiposité – est capable de générer une signification en rapport avec ses symptômes (attaques de boulimie et troubles de l'interaction) dans le contexte d'un dialogue actif de type rythmico-dynamique (animé).

Des interventions méthodiques appliquées durant une séance de groupe menée selon une approche de type thérapie analytique par le mouvement et la danse sont présentées plus en détail: elles ont pour résultat que cette patiente est finalement en mesure d'appréhender à identifier, à nommer et à interpréter activement ses affects, ceci grâce au reflet que lui en présente le groupe et ses mouvements. Le contour affecto-moteur (ou de vitalité) de l'intensité de son symptôme (« se bourrer ») est examiné du point de vue de l'analyse du mouvement en thérapie par la danse, puis traduit en une succession thérapeutique de mouvements que la patiente doit exécuter, ce qui lui permet

d'en faire l'expérience spontanée. De la sorte, la voie est progressivement ouverte à l'émotion, à la cognition et à la réflexion. En lui permettant d'explorer les connexions spécifiques reliant ses schémas affecto-moteurs et des désignations cognitives, on permet à la patiente de saisir toute la complexité de la signification de ses symptômes. Ensuite, les systèmes d'attachement et d'exploration peuvent être stimulés sur une base multimodale.

On montre que l'utilisation du mouvement permet de stimuler activement la perception qu'a la personne de soi en tant qu'unité, sentiment qui se fonde sur l'organisation spécifique des différents systèmes de motivation. La régulation d'états systémiques autonomes basés sur des schémas affecto-moteurs peut ainsi est soutenue, en utilisant par exemple les moyens spécifiques offerts par la thérapie par le mouvement et la danse.

Les trois thèses présentées au début de l'article sont ensuite élargies et discutées :

1. *La génération d'une signification est associée à un dialogue par le mouvement et dépend de l'état systémique activé. Lorsque les patients sont attentifs, les*

jeux réciproques de mouvement génèrent de nouvelles significations dans le contexte d'un échange dialogique d'affects. Cette thèse pourrait avoir une influence directe sur la manière dont les interventions thérapeutiques sont conçues.

2. *Le thérapeute est en mesure de percevoir visuellement, d'analyser et de participer activement au niveau corporel (qualité du mouvement, tactile) au mouvement en tant que porteur de signification au niveau des contours de vitalité. L'empathie thérapeutique élargie d'un ajustement des affects permet de cerner des significations, en pratiquant avec les patients le dialogue rythmico-dynamique.*
3. *Les contextes que le thérapeute structure pour lui-même l'aident à structurer sa perception empathique. Les cinq systèmes de motivation offrent des contextes de ce type ; ils peuvent contribuer à réduire la complexité, c'est-à-dire à mieux centrer l'attention thérapeutique, et simultanément à ouvrir un espace potentiel (dans le sens de Winnicott) qui pourra contenir des interprétations créatrices dans le cadre de contextes communicatifs – comme c'est le cas, par exemple, en thérapie analytique par le mouvement et la danse.*

Teil I

Theoretische Annäherungen

1. Eine Taxifahrt

Neulich kam ich (B.V.) müde und hungrig aus der Praxis, der Bus fuhr mir vor der Nase weg. Es regnete, ich hatte schlechte Laune und nahm mir ein Taxi. Wir fuhren stadtauswärts über den Rhein. Der Taxifahrer bemühte sich höflich, ein paar Floskeln über den Nieselregen loszuwerden. Dann schwiegen wir. Ich hatte keine Lust zu einem Gespräch. Auf der anderen Rheinseite stand eine Kollegin an der Bushaltestelle, stadteinwärts. Flüchtig hob ich die Hand zum Gruß und lächelte ihr zu. Sie erkannte mich offenbar nicht. Jedenfalls erfolgte keine Reaktion. Ich schwieg weiter. Da sagte der Taxifahrer freundlich und mit Nachdruck in der Stimme: „Sie wohnen aber auch schon lange hier!“ Ich war verdutzt und antwortete: „Ja, aber woher wissen Sie das denn?“ Er lächelte verschmitzt und hob die Hand in meine Richtung, genau in der gleichen Weise, wie ich vor wenigen Sekunden die Kollegin begrüßt hatte. Ich wachte quasi auf und verstand sofort. Seine Aussage „Sie wohnen aber auch schon lange hier“ war ungefähr so entstanden:

1. Wenn ein Fahrgast hier jemandem an einer Haltestelle aus dem Wagen heraus zuwinkt, dann kennt er ihn.
2. Wir fahren hier gerade vorbei.
3. Ergo: der Fahrgast ist von hier.

Unsere kleine Episode soll *Ihre* Aufmerksamkeit darauf richten, wie *meine* Aufmerksamkeit plötzlich auf die Wahrnehmung dieses Moments gerichtet wurde. Wodurch? Der Taxifahrer blendete von sich aus, eigen-

initiativ, eine Bedeutung ein, die er aus einem Bewegungs-Ausdruck, meiner Grußgeste an die Kollegin am Straßenrand, erschlossen hatte. Ich fühlte mich dadurch wahrgenommen und irgendwie aus meiner Müdigkeit herausgebracht. Schlagartig besserte sich meine Laune, wir lachten beide im Einvernehmen darüber, dass ich nun wusste, woher er wusste – obwohl wir beide kein Wort seit meinem Einsteigen gesprochen hatten ...

2. Fragestellungen

Was hat diese Episode mit unserem Thema zu tun?

Sie zeigt an einem einfachen Beispiel, wie Kommunikation als Handlungsdialog (Klüwer, 1983; Lachauer, 1990; Voigt, 1996) funktioniert, nämlich so, dass aufmerksam rezipierte *mögliche* Bedeutung auch aus Bewegungen erschlossen, widergespiegelt und sodann als bedeutungsvolle Bewegungsantwort verstanden und kognitiv sowie affektiv zugeordnet werden kann. Dabei kann, muss aber nicht die verbale Ebene aktiv einbezogen werden. Wir haben in der Vergangenheit mehrfach Gelegenheit gehabt, anhand klinischer Beispiele unser Konzept eines „rhythmisch-dynamischen Handlungsdialogs“ in der analytisch/tiefenpsychologischen Psychotherapie vorzustellen und im Rahmen psychoanalytischer und empirischer Konzepte zu diskutieren (Trautmann-Voigt und Voigt, 1996, 1997, 1998, 2001). Es handelt sich, vereinfacht ausgedrückt, darum zu konzipieren, wie Bewegungsprozesse zwischen Therapeut und Patient als dynamische Übertragungs-Gegenübertragungsprozesse, die Modellszenen im Sinne Lichtenbergs (Lichtenberg, 1978, 1983; Lichtenberg et al., 1992, 1996) entsprechen, eingesetzt werden können.

3. Eingrenzung der Begriffe „Bewegung und Bedeutung“

Lassen Sie uns zunächst definitorische Eingrenzungen der Begriffe, die wir im Titel verwendet haben, vornehmen: „Bewegung“ und „Bedeutung“.

Bewegung ist, biologisch betrachtet, eine Orts- oder Lageveränderung eines Organismus. Die Fähigkeit zur aktiven Bewegung unterscheidet in der Natur Belebtes und Unbelebtes voneinander. Der menschliche Körper ermöglicht vielfältige Bewegungen unter Nutzung von Muskelkraft in den drei Dimensionen des Raumes bei bestimmtem Energieverbrauch in der Zeit. Unter *Bedeutung* versteht man, linguistisch oder philosophisch betrachtet, das, was ein Zeichen ausdrückt oder ausdrücken soll: Untersucht wird die Beziehung zwischen einem Wort, bestehend aus Buchstaben, einem speziellen Gegenstand und der dazugehörigen psychologischen Erlebniswelt.

Folgende Fragen werden in der aktuellen Diskussion über die Bedeutung der Bewegung für die therapeutische Kommunikation erörtert:

Kann Bewegung – ebenso wie das Wort – als Zeichen verstanden werden? Können Bewegungen – ebenso wie Worte – materielle oder immaterielle Gegenstände, vielleicht sogar Gefühle und dazugehörige Erlebniswelten bezeichnen? Können wir sogar die Bedeutung von Affekten aus den Bewegungen von Patienten und Patientinnen als Therapeuten erschließen? Wie generieren/konstruieren Patientengehirne und Therapeutengehirne Bedeutungen von verbalem und nonverbalem Ausdruck in therapeutischen Settings? Bekommen Worte erst durch Bewegungen affektive Zuschreibungen?

4. Zwei Zugänge für Therapeuten zur Generierung von Bedeutung

In der Nachfolge Freuds wurde davon ausgegangen, dass spannungsreiche Momente in spezifischen Erlebnissen eines Patienten eine generalisierende Wirkung hatten, vergleichbar einem Felsbrocken, der in einen ruhigen Teich hinein fällt und darin kreisförmige Wellen auslöst. Daraus resultierte für die Theorie der traditionellen tiefenpsychologisch/analytischen Bedeutungsfindung: Fixierungen von frühen Traumata in spezifischen Lebensphasen haben zu einem Einbruch in der Entwicklung der Persönlichkeit mit generalisierenden Auswirkungen geführt. Therapeutisch scheint es daher sinnvoll, eine Regression bis zum Fixierungspunkt einzuleiten und als Ursache für Heilung die nicht retraumatisierende, die progressionsfördernde Übertragungsbeziehung anzunehmen.

Die neuere Säuglingsforschung meint nun, dass kumulative Hintergrunderfahrungen im ständigen Erlebnisstrom für alle lebendigen Systeme entscheidender sind als einmalige Ereignisse. Vergleichbar wäre die menschliche Persönlichkeit dann dem Teich, betrachtet als ökologisches Gesamtsystem, der ständig zyklisch ablaufenden Jahreszeiten mit Wettereinwirkungen und bestimmten Vegetationsbedingungen ausgesetzt ist.

Für affektiv besonders bedeutsam werden eher die Episoden im Leben eines Patienten gehalten, die geringe oder mäßige Spannungen aufweisen, die eine Kumulation von Erlebnissen bilden, also zeitliche, örtliche und personelle Redundanzen darstellen.

Dadurch resultiert für moderne, auch bewegungsintegrierende tiefenpsychologisch/analytische Verfahren

1. die Notwendigkeit Redundanzen und repetitive Muster zu erforschen.
2. die Bedingungen des affektiven Lernens zu berücksichtigen.

5. Die Bedingungen affektiven Lernens beim Menschen hängen von aktivierten Systemzuständen und von der Qualität des dialogischen Austauschs ab

Daniel Stern (1992) hat die frühen intentionalen Äußerungen des Babys, die Äußerungen auf der Bewegungs-, der vokalen, der taktilen und der kinästhetischen Ebene umfassen, als die Wurzeln der menschlichen Fähigkeit zur Konstruktion eines kohärenten Selbsterlebens und der Fähigkeit zur affektiv besetzten Kommunikation beschrieben. Affektentwicklung, mithin psychische Besetzung mit Bedeutung, entsteht im dialogischen Austausch.

Was heißt das?

Affektentwicklung im Dialog wird genau dadurch möglich, dass Bezugspersonen – anfangs gewöhnlich die Mutter – analoge, imitierende oder komplementäre Reaktionen auf Affektausdrücke des Säuglings als *eigeninitiative* Rückmeldungen anbieten. Dabei ist die Wahrnehmung und richtige Einschätzung des gegebenen Systemzustandes¹ und des aktivierten Motivationssystems beim Baby/Kind von großer Bedeutung. Das müde Kind braucht z.B. eine „passende“, ruhige, sanfte Berührung und entsprechende Lautierungen, wenn es einschlafen will.

Es müssen jedoch keinesfalls immer dieselben Affektmodalitäten ablaufen, die ursprünglich beim Baby auftauchten, vielmehr können andere Intensitätsabstufungen oder gar kontrastierende Affekte eingesetzt werden, um dem Säugling zur Generierung von (neuer) Bedeutung behilflich zu sein.

Ein Beispiel: Im Zustand wacher Aufmerksamkeit in einer gut gelaunten Spielsituation runzelt z.B. die Mutter absichtlich übertrieben die Stirn und schaut das Kind böse an, so dass die Affektspannung zwischen Lachen und Erschrecken maximal ausgereizt werden kann. Kurz bevor der Schreck überhand nimmt, verringert die Mutter durch Glätten der Stirn oder durch eine lachende Umarmung die Spannung, was zu Freudengeschrei und spontanen Wiederholungswünschen aufseiten des Kindes führt. Dadurch lernt das Kind, wie

¹ Lichtenberg benennt 5 selbstregulative Systemzustände, auf die sich die Bezugsorganisation affektiv und flexibel regulierend einstellen muss: 1. die wache Aufmerksamkeit, 2. die ruhige Wachheit, 3. den „high tension“-Zustand, z.B. in Form von Schreien, 4. den tiefen REM-Schlaf, 5. den flachen Schlaf (vgl. ausführlicher Lichtenberg, 1998; Trautmann-Voigt und Voigt, 1998, S. 43–72; Sander, 1977).

durch einen lebendig gewordenen Spiegel, die eigenen Affekte in ihren unterschiedlichen Bedeutungen kennen und vergleichen. Gleichzeitig entsteht im affektiven Wechselspiel ein lebendiges, variantenreiches Selbsterleben sowie ein flexibles Bild vom anderen. Wenn das gleiche Spiel mit einem hungrigen, übermüdeten Säugling gespielt wird, wird dieser mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit schreien und nichts aufnehmen (nichts Neues lernen), weil andere Motivationssysteme und andere Systemzustände aktiviert sind.

Dieses Beispiel zeigt, wie Bedeutung durch gut abgestimmten Affektaustausch entsteht. Die Aufnahmebereitschaft für das Erlernen neuer Bedeutungszusammenhänge ist dabei vom jeweils aktivierten Systemzustand abhängig. Vornehmlich im Zustand wacher Aufmerksamkeit werden aus reziproken, wiederholt ablaufenden Bewegungsspielen *neue* Bedeutungen im Dialog generiert. Wiederholungen solcher und ähnlicher Episoden (auch aus anderen Systemzuständen) führen zur Bildung eines Episodengedächtnisses im „proceduralen Unbewussten“, der Schicht des Unbewussten, in der affekt-motorisch erlebte Szenen abgespeichert werden. Das procedurale Unbewusste ist über den rhythmisch-dynamischen Handlungsdialog, der ebenfalls episodisch strukturiert wird, erreichbar.

Vor allem Lichtenberg hebt die Notwendigkeit hervor, die jeweils aktivierten Systemzustände genau zu analysieren: Affektives Lernen sowie ein Umlernen im Kontext therapeutischer Beziehungen kommt bei Interesse und Neugier zustande. Im Zustand wacher Aufmerksamkeit ist der Aufbau sensomotorischer Schemata optimal. Bei einem „high tension“-Zustand (zum Beispiel beim Schreien) hingegen ist die menschliche Informationsaufnahme sehr begrenzt. Bei ruhiger Aufmerksamkeit ist die Möglichkeit zur Selbstexploration am größten.

Ein weiteres Beispiel zur Illustration der Brisanz dieser Forschungsergebnisse aus der modernen Säuglingsbeobachtung für die therapeutische Generierung von Bedeutung:

Ein neun Monate altes Mädchen gerät beim Anblick eines Spielzeugs in starke Aufregung. Es streckt die Hand impulsiv aus, ergreift es und lässt ein entzücktes „Aaaah!“ hören. Dabei blickt es die Mutter herausfordernd an. Diese erwidert den Blick, zieht die Schultern hoch „und führt mit dem Oberkörper einen prächtigen Shimmy auf, wie eine Go-go-Tänzerin“. Der Shimmy dauert genau so lange wie der Ton des Kindes, ist aber von der gleichen Intensität und Erregung erfüllt. Der spontane Affektausdruck des Kindes wird analog in einem anderen Modus, auf der Bewegungsebene, von der Mutter beantwortet. Die Bedeutung beider Äußerungen ist die gleiche: Freude. Die Antwort dieser Mutter ist fein abgestimmt auf Dauer, Intensität und den Verlauf der Intensitätskontur während des kindlichen Spontanausdrucks (vgl. Stern, 1992, 200 f).

Dieses Beispiel illustriert, dass Bedeutungsverstehen durch Affektaustausch entsteht, der als mehrmodal verstärkend erlebt wird. Dieses Phänomen, sowie die Reziprozität von Verhaltensweisen, ist von zahlreichen Säuglingsforschern beschrieben worden, vor allem als Austausch vokaler Gesten zwischen Bezugspersonen

und Kindern von Papousek und Papousek (1989). Doch auf die besondere Bedeutung des *transmodalen* Austausches, also der Spiegelung eines bestimmten Intensitätsverlaufes in einem anderen Modus des Ausdrucksverhaltens, hat besonders Daniel Stern hingewiesen. Stern ist der Auffassung, dass Gegenstand der Affektabstimmung („affect attunement“) und damit Gegenstand früher Bedeutungsentwicklung nicht die diskreten Affekte wie Freude, Wut, Scham usw. sind, sondern die Art und Weise der Abstimmung von Vitalitätskonturen.

6. Redundante und repetitive Beziehungsmuster können auf der Ebene der Vitalitätskonturen beobachtet und von Therapeuten mit Hilfe der Bewegungsanalyse eingeordnet werden

Was versteht Stern unter Vitalitätskonturen?

Vitalitätskonturen sind Eigenschaften des Erlebens, die sich besser mit kinetischen Begriffen charakterisieren lassen wie „verbläsend“, „aufwallend“, „flüchtig“, „explosionsartig“, „abschwellend“, „berstend“, „sich hinziehend“ usw. Erlebnisqualitäten dieser Art sind für das Baby spürbar und in jedem Moment von großer vitaler Bedeutung, macht es doch einen großen Erlebnis-Unterschied aus, ob z.B. eine mütterliche Umarmung leicht wiegend über 10 Minuten andauert und das Einschlafen begleitet oder das Ablegen im Bettchen abrupt erfolgt und plötzlich der Körperkontakt zur Mutter abbricht. Das, was Säuglinge vorwiegend erleben, sind solche zeitlichen Verläufe von Aktivierungskonturen. Diese Sprache spricht die Mutter auch, wenn sie zum Beispiel beruhigend summt, rhythmisch in sinkender Lautfolge das Einschlafen begleitet und dabei mit abfallender Berührungintensität das Händchen streichelt. In diesem Fall sagt die Mutter sogar in mindestens zwei Sprachen dasselbe – alles ohne Worte.

Sterns Verdienst ist es, dass er aus der Sicht der empirischen Säuglingsforschung ein nachvollziehbares Modell bedeutungsträchtiger nonverbaler Kommunikation gezeichnet hat.

Im Einzelnen lässt sich dieses Modell von (Nicht-)Übereinstimmung bzw. „(mis)attunement“ genau wahrnehmen und überprüfen mit Hilfe der drei folgenden Parameter: **Intensität**, **Zeit** (Takt, Rhythmus, Dauer) und **Gestalt**.

Einer unserer Beiträge zur Diskussion über „affect attunement“ in der Körper-Psychotherapie war die Verknüpfung der o.a. Parameter Sterns mit den drei Hauptkategorien der Bewegungsanalyse, die z.B. zu Diagnostik und Intervention in der Analytischen Bewegungs- und Tanztherapie eingesetzt werden. Dabei haben wir festgestellt, dass die Sprache der Säuglingsforschung und die Sprache, mit der ursprünglich Choreographien von menschlichem Ausdruck für die Bühne beschrieben wurde, verblüffende Ähnlichkeiten aufweisen.²

² Daniel Stern hat anlässlich des 3. Bonner Symposiums zur angewandten Körper-Psychotherapie bekannt gegeben, dass er am Anfang seiner wissenschaftlichen Laufbahn viel mit professionellen Tänzern über die affektive Ausdrucks-komponente in der Körperkunst diskutiert und von daher

Kurz zusammengefasst, handelt es sich dabei um Folgendes:

Vitalitätskonturen unter dem Aspekt der **Gestalt** sind zu beschreiben als ein Fluss von Bewegungsformen bzw. als Bewegungsprozesse im Raum mit Richtungen (vorwärts, rückwärts, seitwärts) mit Ausdehnungen, mit direkten oder indirekten Bewegungen. Es lassen sich spontane Gesten, tänzerische Improvisationen oder Gestaltungen von Bewegungssequenzen unter formalen Aspekten beschreiben, die etwas mit der **Aufmerksamkeit** des sich bewegenden Menschen im weitesten Sinne zu tun haben (vgl. z.B. das Zeigen auf das Spielzeug im Beispiel des 9 Monate alten Mädchens als direkte intentionale Geste, die die Aufmerksamkeit der Mutter herbeiführen sollte).

Im Einsatz der Muskelkraft bzw. der Spannung in der Muskulatur, die zwischen stark und zart oder leicht variieren kann, zeigt sich die **Intensität** einer Vitalitätskontur, die jeweils individuell ausgeprägte Gegenwirkung zur Schwerkraft. Themen, die im weitesten Sinne mit **Absicht** zusammenhängen, finden sich unter diesem Aspekt, der auf den Einsatz der Körperkraft in einer gegebenen Situation bezogen ist.

Der Umgang mit **Zeit** ist sichtbar in der Dauer von Bewegungssequenzen und in der Anzahl von Wiederholungen von Einzelbewegungen oder in rhythmischen Sequenzen (langsame oder schnelle, abrupte oder allmähliche Wechsel in Bewegungsfolgen, vgl. das Einschlafbeispiel oben). Dynamische Ausführungen von Gesten, Schritten und Haltungen lassen individuelle Stimmungsabstufungen schon im Rahmen von Alltagsbeobachtungen vermuten und haben, therapeutisch gedeutet, immer etwas mit der Dimension der **Entscheidung** zu tun.

Wie wir an zahlreichen klinischen Beispielen (Siegel et al., 1999) zeigen konnten, ist nonverbale Kommunikation als Bedeutungsträger durch bewegungsanalytische Kategorien, die die Parameter der Vitalitätskonturen in verbale Sprache fassen, auch verbal greifbar geworden. Sie ist ebenso wenig wie sprachliche Kommunikation allein auf therapeutische Empathie, auf die im Therapeuten ablaufende Gegenübertragungsanalyse und auf seine Deutungen, sondern zusätzlich auf focusierende Kontextanalyse und -gestaltung angewiesen.³

7. Gelungene therapeutische Kommunikation erfordert eine motivationale Kontextanalyse

Wie können Therapeuten im dialogischen Austausch mit ihren Patienten den jetzigen und den von jetzigen Erlebnissen überlagerten früheren Kontext einer kom-

munikativen bzw. einer therapeutischen Handlungssituation angemessen generieren bzw. Deutungshilfen anbieten?

Joseph Lichtenberg hat vorgeschlagen, dazu die jeweils aktivierten Motivationssysteme genau zu analysieren. Motivationssysteme sind dem Menschen angeborene Bereitschaften, die sich von Lebensbeginn an in Interaktionen strukturieren. Sie können als mobilisierende, dynamisierende Aspekte von integrierten Fühl-, Denk- und Verhaltensprogrammen bezeichnet werden. Lichtenberg unterscheidet fünf miteinander vernetzte motivationale Systeme, die als Reaktion auf spezifische Bedürfnisse psychischer Regulierung von physiologischen Anforderungen entstehen. Diese fünf Grundmotivationen regulieren

1. physiologische Bedürfnisse,
2. Bindungsbedürfnisse,
3. das Bedürfnis nach Selbstbehauptung und Selbstexploration,
4. Bedürfnisse nach Aversivität oder Rückzug,
5. Bedürfnisse nach sinnlichem Genuss und Sexualität.

In unserem Taxi-Beispiel am Anfang dieses Artikels waren meine (B.V.) Motivationssysteme 1 (Hunger, Bedarf nach Nahrung) und 4 (Müdigkeit, Rückzug) aktiv. Kurzfristig versuchte ich (B.V.) das Bindungssystem 2 (Grußgeste an die Kollegin) und das explorative System 3 (Aufmerksamkeit erheischen wollen) zu aktivieren und wurde frustriert, weil ich den Kontext *falsch* einschätzte: Die Zeit war wohl für die Kollegin zu kurz, in einem vorbeifahrenden Taxi jemanden zu erkennen. Oder sie hatte einfach woandershin geschaut. Mein Systemzustand entsprach eher dem der ruhigen Wachheit, was bekanntlich der Zustand für verstärkte Selbstexploration ist.

Der Taxifahrer analysierte aufmerksam den Kontext, er war eher im Systemzustand der wachen Aufmerksamkeit, dem Zustand, in dem Interesse und Neugier vorherrschen. Er aktivierte seine System 2 und 3: Er aktivierte *sein* Bindungssystem und explorierte von sich aus die Grußgeste. Dabei überraschte er mich durch seine Aussage, ich sei von hier. Ich wurde durch diese eigenwillige Deutung des Kontextes überrascht und meinerseits in meinem explorativen System (Neugier) aktiviert und sogar wieder latent gesprächsbereit. Der Taxifahrer hatte durch seine Kontextanalyse mit anschließender eigenwilliger nonverbaler Spiegelung und Deutung für unsere kurze Begegnung gleichzeitig zwei *meiner* brachliegenden Motivationssysteme (2 und 3) angeregt.

Den Aspekt der **Kontextumdeutung durch Berücksichtigung und bewusste progressionsfördernde Beeinflussung der aktivierten Systemzustände und der aktivierten Motivationssysteme** möchten wir im Folgenden anhand eines Beispiels aus unserer Praxis darstellen, bringt er uns doch auf die interessante Fragestellung, wie Kommunikation als quasi automatisches Hin- und Herschwingen zwischen der verbalen Sprachebene und der Bewegungsebene psychotherapeutisch mit einer stark progressionsorientierten Gewichtung im analytisch/tiefenpsychologischen Setting eingesetzt werden kann (ausführlich in Trautmann-Voigt und Voigt, 2001).

— wichtige Anregungen zur Generierung seiner Hypothesenbildungen erhalten hat. Es gibt außerdem direkte Berührungspunkte mit der Psychoanalytikerin Elaine V. Siegel, die die Psychoanalytische Tanztherapie in den USA vor ca. 40 Jahren begründet hat und zur Etablierung der Analytischen Bewegungs- und Tanztherapie hier in Europa beigetragen hat (vgl. Stern, 1998).

³ Der zugrunde liegende Netzwerkgedanke und die Theorie der kommunikativen Kompetenz in der Psychotherapie ist an anderer Stelle entfaltet worden (vgl. z.B. Herberth, 1997; Herberth und Trautmann-Voigt, 1997).

Teil II

Vanessas Selbsterleben als Tonne – Zum Umgang mit Bewegung und Bedeutung in der Analytischen Bewegungs- und Tanztherapie

1. Die Anfangssitzungen

Im Erstkontakt (S.Tr-V.) schildert Vanessa zuerst relativ ausgeglichen und ohne Aufregung ihre frühere dreiköpfige Familie, die wenig problematisch erscheint. Sie ist heute 35 Jahre alt und hatte bisher noch keine intime Beziehung. Sie lebt allein und ist als Innenarchitektin selbstständig und erfolgreich. Sie beschreibt sich dann als „kontakt-, beziehungs- und essgestört, ... aber alles nicht so richtig, vielleicht auch depressiv ...“.

Vanessas Haltung fällt mir sofort auf. Sie sitzt wie hin gegossen da, die Arme hinten aufgestützt, die Beine ausgestreckt und leicht geöffnet, schlapp auf ihrer Sitzfläche klebend, wie ein phlegmatisches Etwas, das sich kaum erheben mag. Ihr Gang wirkt schwerfällig und schleppend. Ihre beinahe 110 kg kann sie kaum unter der grauen sackartigen Kleidung verstecken. Sie findet sich hässlich und klagt über Rücken- und Knieprobleme. Sie bemüht sich, ihren Zustand zu verstehen. Die Mutter sei als 20-Jährige magersüchtig gewesen, nehme seitdem Abführmittel und habe immer nur vom zu vielen Essen geredet. Davon sei sie wohl irgendwie negativ geprägt worden. Ich solle ihr helfen abzunehmen.

Als häufigsten Kontaktort mit der Mutter erinnert sie das elterliche Badezimmer. Die Mutter litt unter starken Verstopfungen, nahm Abführmittel ein und saß oft mehrere Stunden täglich auf dem Klo. Die Tochter musste also das Badezimmer aufsuchen, wenn sie die Mutter irgend etwas fragen wollte.

Eine weitere Spontanerinnerung bezieht sich auf Vanessas einsame Kindheit: Sie liegt auf der Couch in ihrem Zimmer, den Pudel neben sich, ein Buch nach dem anderen verschlingend und dazu Schokolade, Chips, Kekse, alles durcheinander. Sie stopfte sich ganze Nachmittage lang voll, hatte keine Freunde und wurde ab ihrer Pubertät wegen ihrer Pummeligkeit gehänselt. Mit 12 Jahren hatte sie eine schwere Infektion und wurde für mehrere Wochen von einer Nachbarin gepflegt. Von da an nahm sie ständig zu. Das „Stopfen“ sei zu einer Art Gewohnheit geworden.

2. Kontextanalyse – Aktive und brachliegende Motivationssysteme und Systemzustände

Mit Bezug auf Lichtenbergs Motivationssysteme
erschloss sich folgender Kontext

a) Vanessas Besetzung des physiologischen und des Bindungssystems

Vanessa hat atmosphärisch einen übel riechenden Kontaktort verinnerlicht, in dessen Mittelpunkt die Mutter thront, phlegmatisch und ziemlich desinteressiert an ihren Wünschen.

Diese Mutter ist ständig mit ihrer Verdauung beschäftigt und missgünstig darauf bedacht, die sich entwickelnde Tochter anzuhalten, auch dünn zu sein,

denn „nur dünne Frauen kriegen einen Mann ab“. Dass sie Vanessa klein halten will, die pubertätsbedingten körperlichen Veränderungen ihrer Tochter mit Abscheu betrachtet und dabei ihre eigenen Identitätsprobleme auf ihre Tochter überträgt, registriert sie nicht. Vanessa versucht also die lustlose, in zwanghafte Selbstbeschäftigungen verstrickte Mutter zu erreichen, indem sie ihr z.B. zu Weihnachten schenkt, dass sie, Vanessa, 5 kg abnimmt. Sie will etwas für die Mutter mit ihrem eigenen Körper tun, etwas, das die Mutter für sich selbst nicht zur eigenen Zufriedenheit schafft. Gleichzeitig hasst sie diese Mutter und versucht sich, beginnend mit der Pubertät, gerade durch übermäßiges Essen hilflos abzugrenzen.

Vanessas innere Leere war wohl das Unerträglichste, so dass eine generelle Verschiebung und Konzentration ihrer Bedürfnisse, auch bezüglich Bindung, auf das physiologische System stattfand, in dem sie wenigstens ihre Hass- und Schamaffekte aufbewahren konnte. Fazit: Essen statt Bindung.

b) Vanessas Ausgestaltung des aversiven Systems

Vanessa kennt nur die Einsamkeit ihres Zimmers und die beschriebene notdürftige Selbststimulation. Hektische Betriebsamkeit entwickelt sie hingegen bei der Organisation von Familientreffen. Schulische Leistungen dienen ihr sowohl als Rückzug als auch dazu, Aufmerksamkeit zu erhaschen. Vanessa verweigert sich dem mütterlichen Schlankkeitsideal, das mit Ekel verbunden ist. Sie versucht sich so aus dem Kontakt, den sie gleichzeitig sehnlichst erhofft, zurückzuziehen.

Sie fraß quasi die gehasste Mutter in sich hinein (neg. Mutterintrojekt), denn sie brauchte wenigstens etwas Emotionales, um weiterleben zu können. Sie schämte sich für ihre Mutter und konnte daher keine positive weibliche Identität entwickeln. – Sie versetzte sich so mit Hilfe ihrer Fressattacken in einen *einsamen* „*High Tension*“-Zustand, der den affektiven dialogischen Austausch quasi ersetzte. Systemzustand 3 war *übermäßig stark besetzt*.

c) Vanessas Besetzung des explorativen und des sensuellen Systems

Vanessa erlebt sich als einzige Gesprächspartnerin der Mutter, als Einzige, die *ihr* Interesse entgegenzubringen versucht. Der Vater hat sich ganz in seinen Beruf zurückgezogen und scheint sein Leben mehr oder weniger desinteressiert an sich vorbeiziehen zu lassen.

Vanessa hat auch Interesse an anderen Familienmitgliedern, bei denen sie öfters in den Ferien ist. Die Mutter ist weder an Familienneuigkeiten interessiert, noch hat sie einen eigenen Bekanntenkreis. Anregungen welcher Art auch immer waren von außen in dieser Familie kaum zu erwarten. – Der *Zustand aktiver, wacher Aufmerksamkeit* wurde so gut wie nie positiv gespiegelt, geschweige denn aktiv angeregt. Systemzustand 1 *lag brach*.

Vanessa erlebte sich zwischen diesen Eltern als einziges Bindeglied: der Ersatz für Sexualität und Sinnlichkeit? Der Pudel war sonst das einzige Lebendige, was sie

hatte, wenn sie allein war. – Wenn überhaupt, so konnte sie sich *im Zustand ruhiger Wachheit* einigermaßen entspannt und im Kontakt mit diesem Haustier erleben. Systemzustand 2 konnte *während des Alleinseins zeitweise* erlebt werden.

Das „Stopfen“ in Form von unkontrollierter Nahrungsaufnahme als Symptom hat eine dreifache Funktion:

- a) *Mobilisierung* des Physiologischen Systems als **Er-satz** für das Bindungssystem, was zu „high tension“ führt.
- b) *Ausgestaltung* des aversiven Systems als hilfloser **Distanzierungsversuch**, was zur Aufgabe von Exploration und Neugier an den vitalen Aspekten des Lebens führt.
- c) *Ersatz* für die brachliegenden Motivationssysteme Exploration und Selbstbehauptung sowie Sensualität und Sexualität mit der Funktion der **Selbststimulation**, was zu geringer Entspannungsfähigkeit unter der Bedingung der Einsamkeit und damit zu Kontaktstörungen führt.

Dieser psychische Kontext musste Vanessa in eine unauf löbliche Erstarrung gebracht haben: Stritten doch drei widerstrebende Impulse in einem Symptom miteinander um die Vorherrschaft: Etwas erforschen wollen, sich an etwas binden wollen, sich von etwas lösen wollen.

3. Einige Stationen im Therapieverlauf

Im ersten Teil der Therapie waren Bewegungsinterventionen nur relativ begrenzt möglich. Vanessa machte zwar brav alle Körperwahrnehmungs-Übungen mit, die ich ihr anbot; wir thematisierten auch ihren Wunsch, abzunehmen, damit sie attraktiver für Männer würde. Wir erstellten ein Körperbild, das sie sofort zerriss, weil sie „diesen matschigen Umriss nicht sehen konnte“. Sie strukturierte ihren Tagesablauf, richtete regelmäßige Essenszeiten ein und sorgte dafür, dass sie einen vom Fernseher getrennten Essplatz bekam. Den Fernseher schaffte sie dann ganz ab. Sie wurde auch sensibler für das, was sie aß und hörte auf, z.B. drei Würstchengläser auf einmal zu öffnen und wahllos Eiweiß und Fette in sich hineinzustopfen. Bisher hatte sie, von Chips-Tüten umgeben, dazu eine Soap-Serie nach der anderen verschlungen. Unsere Arbeit gefiel ihr. Ich kam mir vor wie eine Aufbewahrungsstätte für ein abgegebenes Kind, das einmal in der Woche artig seinen Besuch absolviert und das sich sehr bemüht, alles richtig zu machen. Vanessa freute sich in dieser Zeit, wenn sie 2 oder 3 Kilo in einer Woche abnahm, um sie dann z.B. an einem Wochenende wieder zuzunehmen. Wir hatten uns gemächlich eingependelt. Ich fühlte mich zunehmend überflüssig, da sie Deutungen abtat mit der Bemerkung, das habe sie doch alles schon verstanden.

Nach etwa 4 Monaten klagte sie über innere Leeregefühle, über Entscheidungsschwierigkeiten, die sich auf Berufliches bezogen, und darüber, dass ihre Freundinnen sich in letzter Zeit von ihr zurückzögen.

Ich fühlte mich in der Gegenübertragung korrespondierend dazu aufgefordert, sie zu stützen, ihr Angebote

zu machen, mich für sie anzustrengen. Wenn ich diesen Impulsen nicht nachgab, wurde sie quengeling, lethargisch, bekam wieder Essanfälle. Ich war zunehmend genervt, ihr Phlegma wurde größer, meine Einfälle immer geringer, ich hatte bald kaum mehr Lust, sie zu sehen.

In dieser negativen Mutterübertragung gefangen, wollte ich sie nicht länger mit Körper-Übungen und Strukturierungsversuchen füttern. Sie forderte immer weiter – wie ein Fass ohne Boden. Ich riet ihr, zusätzlich zu unseren Einzelterminen die Gruppe zu besuchen.

Nach ca. einem halben Jahr Einzeltherapie nahm Vanessa die wöchentliche Gruppe als festen Termin wahr und wir sahen uns zu Einzelstunden nur noch 14-tägig, später nur noch einmal im Monat. Wir führen seit 12 Jahren gemeinsam einmal wöchentlich eine analytische Bewegungs- und Tanztherapiegruppe durch, zu der Patienten und Patientinnen kommen, die entweder parallel bei einem von uns in Therapie sind oder im Anschluss an eine Einzeltherapie dieses Angebot nutzen. Unsere Erfahrung mit flexiblen Kombinationen zwischen Einzel- und Gruppentherapie haben sich sehr gut bewährt. Ein therapeutisches Elternpaar ist da, eine Gruppe sieht und fühlt mehr und anderes als ein einzelner Therapeut.

Erstarrte Übertragungsmuster wie in Vanessas Fall lassen sich viel einfacher und in viel kürzerer Zeit bearbeiten.

4. Das Symptom des „Stopfens“ in der therapeutischen Intervention: Die Gruppe als Tonne

In der ersten Zeit saß Vanessa mehr oder weniger phlegmatisch dabei, brachte sich aber nicht mit ihrem Problem ein. Doch eines Tages nach der Aufwärmung in Bewegung, mit der jede Stunde beginnt, kündigte sie an, dass sie jetzt etwas erzählen wolle. Alle sollten erfahren, wie es in ihr wirklich aussähe. Sie teilte uns mit, dass sie schon vor ca. 2 Jahren den Kontakt zu ihren Eltern in Süddeutschland abgebrochen habe, weil sie dieses ewige Gejammere der Mutter über Verstopfungen und Völlegefühle so satt hatte. Die Gleichgültigkeit ihres Vaters sei zudem unerträglich. Sie habe inzwischen mehr als 20 Briefe geschrieben, aber keinen los geschickt. Diese Kontaktlosigkeit könne sie aber auch nicht mehr ertragen. Immer habe sie sich wie überflüssig gefühlt. Die Eltern seien nur ihretwegen zusammen geblieben.

Sie erzählt das alles flüchtig, oberflächlich, es wirkt affektlos dahingeredet. In der Gegenübertragung stellt sich Langeweile und Desinteresse ein. Die Gruppe assoziiert mühsam u.a., dass sie wohl *der* Stopfen in dieser Beziehung gewesen sei. Sie könne sich nicht wundern, dass sie selbst *das* Stopfen als Symptom gewählt habe. Die Patientin bestätigt das und sagt: „Ich fühle mich oft wie eine leere Tonne, in die ich irgend etwas hineinstopfen muss.“

Ich (S.Tr.-V.) frage Vanessa daraufhin, ob sie sich vorstellen könne, uns dieses Zustopfen auf der Bewegungsebene zu zeigen. Sie sagt: „Ja, aber wie?“ Ich formuliere eine Bewegungsaufgabe. Vanessa soll sich zuerst beliebig viele TeilnehmerInnen aus der Gruppe

aussuchen, die symbolisch eine leere Tonne darstellen sollen. Sie wählt vier Personen aus und stellt sie folgendermaßen auf:

1. Aktion: Die vier Gruppenmitglieder der Tonne stellen sich untergehakt in einem Kreis, Gesichter nach innen gewandt, hin.

Weiter bitte ich sie, den Vorgang des Stopfens in Form eines Bewegungsverlaufs dadurch darzustellen, dass sie eine beliebig große Anzahl von Personen in die Mitte des entstandenen Kreises befördert. Sie lacht kurz auf und beginnt dann ohne nachzudenken mit ihrer Aktion.

2. Aktion: Vanessa greift wahllos drei Mitglieder aus der Gruppe heraus und stopft sie hintereinander in die Tonne, also die entstandene Kreismitte.

Sie benutzt dazu schnelle heftige Bewegungen, wirkt rastlos, pfercht irgend etwas zusammen.

Die drei Personen werden in den Kreis hinein geschoben, es wird darin sehr eng ...

Ich frage die Gruppenteilnehmer, die die Tonne bilden: „Wie fühlt sich das im Körper an?“

1. Antwort: Marlene: „Es ist zum Platzen.“
2. Antwort: Karin: „Ich spüre eine unerträgliche Spannung.“
3. Antwort: Cosmas: „Es zerrt an mir.“
4. Antwort: Helma: „Ich spüre die anderen gar nicht mehr.“

„Wie fühlen sich die Teilnehmer in der Tonne?“

1. Antwort: Bina: „Ich kriege keine Luft mehr.“
2. Antwort: Corinna: „Ich fühle mich völlig zusammengepresst.“
3. Antwort: Ulrike: „Ich will hier raus.“

Darauf frage ich: „Was würdet ihr tun, wenn ihr euren eigenen Impulsen nachgeben könntet?“

3. Aktion: Die Tonne „platzt“: Alle TeilnehmerInnen bersten auseinander wie Atome und kehren sich von der Mitte ab: eine explosionsartige, von allen fast gleichzeitig ausgeführte, nach außen gerichtete Bewegung, die an den Rändern der Raumes verebbt. Die meisten setzen sich auf den Boden, sichtlich erleichtert, dass dieses Experiment vorbei ist, manche kauern sich zusammen, sehen hinunter oder blicken etwas teilnahmslos geradeaus.

Vanessa weicht erschrocken zurück, hält sich die Hand vor den Mund, und schaut den anderen fassungslos hinterher. „Das ist ja schlimm, was habe ich denn da gemacht?“

Wir setzen uns anschließend und besprechen die Szene: Die Teilnehmer wiederholen und verdeutlichen verbal, was sie während der Bewegungsentwicklung im Körper gespürt und wie sie sich dabei gefühlt haben. Die Beobachter geben ihre Kommentare dazu und bestätigen das Gefühl eines inneren Spannungsaufbaus und ihr Erschrecken während Vanessas Aktion sowie einerseits Erleichterung beim „Platzen“ der Tonne, andererseits Entsetzen über die nachfolgende Isolation und Apathie. Nichts mehr ist von der Tonne übrig, die Teilnehmer sind wie Atome im ganzen Raum versprengt.

5. Welche Aktivierungskonturen (Vitalitätskonturen) sind sichtbar geworden?

Die erste Aktivierungskontur (Stopfen der Teilnehmer in den Kreis) ist durch folgende **Intensität** gekennzeichnet: große statische Muskelspannung und starker Kraft-einsatz.

Die **Gestalt** des Kreises verändert sich durch die direkte, gerichtete Aktion von Vanessa, es wird eng in diesem Raum. Unter dem **rhythmischen Aspekt** fällt auf, dass der schnell vollendete Bewegungsverlauf abrupt stoppt, alles verhärtet sich und erstarrt in Bewegungslosigkeit. Die Gruppenmitglieder halten sich mit Mühe und Not aufrecht und atmen nur noch flach und angestrengt.

Dann die zweite Aktivierungskontur (Ausbrechen aus dem Kreis): Wie bei einer Explosion erfolgt eine **plötzliche** Auflösung der ersten Kontur durch **abrupt** einsetzende, **schnell** auseinander strebende, in ihrer Intensität stark abfallende Bewegungen, bis fast **Reigungslosigkeit** eintritt, von völliger Kontaktauflösung begleitet.

Diese Kontur, auf der Ebene der Bewegung analysiert, entspricht der Aktivierungskontur eines **Schreis mit anschließendem Erschöpfungszustand** (vgl. Trautmann-Voigt, 1998, S. 43 ff): In diesem Muster Vanessas fallen uns Parallelen zu Beschreibungen hospitalisierter Säuglinge bei Spitz auf. Wir bringen als therapeutische Deutungen ein, dass uns die Anspannung im Kreis und das anschließende Explodieren auf der Bewegungsebene vorkam wie ein Vulkanausbruch. Wir fordern die Gruppe aus, dieses Bild in einen Ton umzusetzen. Gellende Schreie erfüllen sofort den Raum ... Solche transmodalen Ausdrucksgebungen intensivieren nicht nur beim Baby, sondern genau so auch beim Erwachsenen und natürlich auch bei Patienten das Erleben und verdeutlichen verdrängte – oder besser: im proceduralen Unbewussten bisher *verborgene* affekt-motorische Episodeneigenschaften.

Vanessa ist betroffen und fasst es kaum, wie genau ihr die Gruppe Facetten ihres Erlebens und damit verbundene Gefühle wieder geben kann. Sie sagt, dass sie selbst weder vorhin noch sonst verbal so genau ausdrücken konnte, wie es ihr eigentlich gehe, wenn sie sich voll stopfte. Außerdem habe sie „über diese Zustände sowieso noch nie richtig nachgedacht und schon gar nicht gesprochen“: Jetzt versucht sie in der aktuellen Therapiesituation auf unsere Anregung hin, *selbst* noch einmal Worte für *ihr* Erleben zu finden und uns auch kognitiv verständlich zu machen, was sie vom Gesehenen aufgenommen und vom körperlich Gespürten wiedererkannt hat, was sie dadurch nun mit dem eigenen Erleben in den Situationen des „Stopfens“ verbinden kann:

Sie fühle sich häufig „leer und ausgelaugt“, habe keine Idee, was sie tun könne, und stopfte dann etwas in sich hinein. Jedesmal empfinde sie ziemlich schnell einen Druck, der sich innerlich aufbaue, sie würde am liebsten schreien, könne den „entstandenen Stau“ dann aber nicht mehr loswerden. Nur langsam über Nacht baue er sich wieder ab, und sie fühle sich am nächsten Morgen dann „mies, schuldig und zerschlagen“, wolle

am liebsten im Bett bleiben und keinen mehr sehen. Das Explodieren in der Gruppe habe sie „gefährlich aber gleichzeitig auch erleichternd“ erlebt.

6. Wieso konnte die Patientin im rhythmisch-dynamischen (bewegten) Handlungsdialog Bedeutung generieren?

Vanessa hat in dieser Stunde erfahren, dass sie Affekte im Spiegel der Gruppe sehen und benennen lernen kann. Die affektmotorische Intensitätskontur während der Fressattacken wurde so schrittweise für Emotion, Kognition und Reflexion zugänglich. Die Erlaubnis zur Exploration der spezifischen Vernetzung zwischen affekt-motorischen Handlungsmustern und kognitiven Bezeichnungen lässt Vanessa in dieser Stunde ansatzweise verstehen, welche vielschichtige Bedeutung ihre Symptomatik haben könnte.

Vanessa fühlte sich unserer Auffassung nach in ihrem „So-Sein“, dessen Wahrnehmung und Exploration sie bisher peinlich vermieden hatte, widergespiegelt und aufmerksam wahrgenommen. Sie fing an zu verstehen, dass ihr heutiges Selbstempfinden (Stern 1992) ein einheitliches Erleben von früher darstellte, das sie nicht wirklich in Worte fassen konnte. Der „Zustand“ des Stopfens war das Ergebnis vieler ähnlich erlebter Situationen von Frustration, Aggression und innerer Leere. Sie fühlte sich hier *mehrmodal angesprochen* und wurde dadurch emotional schwingungsfähiger und genau dadurch in den Systemzustand der wachen Aufmerksamkeit sich selbst gegenüber versetzt – ähnlich wie ich (B.V.), als der Taxifahrer meine Grußgeste spiegelnd und deutend aufnahm, ähnlich wie das Baby im Beispiel Sterns, das seine Spielaktionen freudig wiederholen konnte. Auch bei Vanessa wurden das explorative und das Bindungssystem in dieser Stunde neu, ja vielleicht erstmals mit Interesse und Neugier von außen angeregt.⁴

7. Zusammenfassung einiger Therapiefortschritte bei Vanessa aus der Perspektive einer erneuten Kontextanalyse

Vanessa konnte im Verlauf der nächsten Monate anhaltend die Motivationssysteme 2 (Bindung) und 3 (Selbstexploration) sowie ihre bisher brachliegenden Systemzustände 1 (wache Aufmerksamkeit) und 2 (ruhige Wachheit) aktivieren. Diese Entwicklung zeigte sich in ihrem Lebenskontext folgendermaßen:

Ein gutes halbes Jahr später wiegt Vanessa unter 90 kg. Sie betreibt

1. eine Art Aerobic in einer Frauengruppe in einem Fitness-Center und bringt manchmal diese Musik zur Aufwärmung in die Gruppe mit.
2. Sie besucht wöchentlich einen Tanzkurs.
3. Sie liest regelmäßig einmal in der Woche einem 83-jährigen blinden Witwer aus ihrer Nachbarschaft Dostojewski vor.

Vielleicht interessiert sie dieser Dichter, weil auch er einmal fast erstarrt war und ganz plötzlich seine Vitalität – wenn auch unter völlig anderen Umständen – wieder erlangen konnte: Vanessa begann ihre Vorlesestunden bei dem alten Mann, der sie nicht sah, aber mit dem sie intensiv über das Leben von Dostojewski diskutieren konnte, mit einem Werk aus dessen Verbannungszeit: seinen „Aufzeichnungen aus dem Totenhäuser“. Vanessas Interesse an diesem Dichter mag etwas mit ihr zu tun gehabt haben. Dostojewski wurde ja in jüngeren Jahren zum Tode verurteilt, dann aber, bereits auf dem Richtplatz stehend, zu 4 Jahren Zwangsarbeit in Sibirien begnadigt.

Aber unter einem anderen Aspekt finden wir Dostojewskis Aussagen interessant: Aus verarmter Adelsfamilie stammend, ging er auch deshalb in die Geschichte der Weltliteratur ein, weil er zur Auflösung jeder eindeutigen Interpretation riet. Er plädierte in seinem Metier auch für eine Art „dialogischen Austausch“ und weniger feste Wertungen über Bedeutungszuschreibungen in der Literatur. Diese Aufforderung zu einem eher spielerischen und wenig zwanghaften Umgang mit Theorieentwürfen in der Psychotherapie ist nicht zuletzt auch eine Botschaft von Joe Lichtenberg (Lichtenberg, 1999):⁵ „You look at a theory, you try it, you sip at it. If you like it, try some more, play with it. If you don't like it, try another ...“

8. Für heute zum Schluss

Vielleicht konnten wir Sie ein wenig anregen, sich ausführlicher mit der spannenden Thematik „Bewegung und Bedeutung“ zu beschäftigen, zu der neben Vertretern aus der Säuglingsforschung auch Hirnforscher, Körperpsychotherapeuten und Psychoanalytiker kürzlich spannende Beiträge geliefert haben (vgl. z.B. Beitrag Geuter in diesem Heft).

Wir fassen unsere Gedanken zum Thema zusammen:

1. **Bewegung** kann als **Bedeutungsträger** auf der Ebene der Vitalitätskonturen visuell vom Therapeuten wahrgenommen, analysiert und aktiv körperlich (kinästhetisch, taktil) mit erlebt werden. Beim therapeutischen Verständnis eines um die Dimension der aktiven Bewegung erweiterten „affect attunement“ kann so ~~Bedeutung~~ mit Patienten ~~gemeinsam~~ neu in rhythmisch-dynamischen Handlungsdialogen gestaltet werden.
2. **Kontexte**, die sich der Therapeut **strukturieren** kann, verhelfen auch dazu die empathische Wahrnehmung kreativ zu strukturieren. Die Kenntnis der fünf motivationalen Systeme und der menschlichen System-

⁵ Auf dem Abschlusspanel des 4. Bonner Symposiums zur angewandten Körper-Psychotherapie am 4. 10. 1999.

⁴ Der weitere Verlauf dieser Therapie, in dem auch aus dieser Stunde entstandenes Traummaterial rhythmisch-dynamisch in Bewegung umgesetzt wurde, sowie die genaue Darstellung und Reflexion der Interventionsentwicklung beim Ziel, das Explorations- und das Bindungssystem neu anzuregen und zur Umstrukturierung von RIG's (Stern, 1992) auf der Basis einer analytischen Grundhaltung beizutragen, wird ausführlich in dem Buch „Bewegung und Bedeutung. Anregungen zu definierter Körperlichkeit in der Psychotherapie“ dargestellt (Trautmann-Voigt und Voigt, 2001, i.V.).

zustände stellen solche Kontexte zur Verfügung, die zur Komplexitätsreduktion, d.h. zur Focussierung der therapeutischen Aufmerksamkeit beitragen können und gleichzeitig Spielräume im Sinne Winnicotts (1987) für kreative Deutungen in kommunikativen Kontexten eröffnen.

3. Bedeutungsentstehung ist an Bewegungsdialoge gekoppelt und vom jeweils aktivierten Systemzustand abhängig. Im **Zustand wacher Aufmerksamkeit** generieren reziproke Bewegungsspiele neue Bedeutungen im dialogischen Affektaustausch.

Literatur

- Herberth F (1997) Beziehungsanalyse und Autopoiese. In: Herberth F, Maurer J (Hrsg) Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Anwendungen der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Theorie und Praxis. Brandes und Apsel, Frankfurt
- Herberth F, Trautmann-Voigt S (1997) Beziehung und Bewegung – ein Versuch, Tanztherapie in einer psychoanalytischen Gruppe einzuführen. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) Freud lernt laufen. Herausforderungen analytischer Tanz- und Bewegungstherapie für Psychoanalyse und Psychotherapie. Brandes und Apsel, Frankfurt/M, S 47–72
- Klüwer M (1983) Agieren und Mitagieren. *Psyche* 37: 828–840
- Lachauer R (1990) Die Bedeutung des Handlungsdialogs im therapeutischen Prozeß. *Psyche* 12: 1082–1099
- Lichtenberg JD (1978) The testing of reality from the standpoint of the body self. *J Am Psa Ass* 26: 453–484
- Lichtenberg JD (1983) *Psychoanalysis and infant research*. Analytic Press, Hillsdale
- Lichtenberg JD, Lachmann F, Fosshage J (1992) Self and motivational systems. Toward a theory of psychoanalytical technique. Analytic Press, London
- Lichtenberg JD, Lachmann F, Fosshage J (1996) Werte und moralische Haltungen. *Psyche* 5: 407–443
- Lichtenberg JD, Lachmann F, Fosshage J (1998) Modellszenen und Motivationssysteme – mit besonderer Berücksichtigung körperlicher Erfahrungen. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) Bewegung ins Unbewußte. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie. Brandes und Apsel, Frankfurt/M, S 110–128
- Papoušek M, Papoušek H (1989) Stimmliche Kommunikation im frühen Säuglingsalter als Wegbereiter der Sprachentwicklung. In: Keller H (Hrsg) *Handbuch der Kleinkindforschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 465–489
- Sander LW (1977) Regulation of exchange in the infant-care-taker system: a viewpoint on the ontogeny of „structures“. In: Freedman N, Stanley G (Hrsg) *Communicative structures and psychic structures. A psychoanalytic interpretation of communication*. Plenum Press, New York London, pp 13–34
- Siegel EV (1986) Tanztherapie. Seelische und körperliche Entwicklung im Spiegel der Bewegung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Siegel EV (1999) Körperliche Gegenübertragung. Einfühlungsvermögen und Bewegungsempathie. In: Siegel EV, Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) *Analytische Bewegungs- und Tanztherapie*. Ernst Reinhardt, München, S 69–106
- Siegel EV, Trautmann-Voigt S, Voigt B (1999) *Analytische Bewegungs- und Tanztherapie*. Ernst Reinhardt, München
- Stern DN (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stern DN (1998) „Now-moments“, implizites Wissen und Vitalitätskonturen als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) *Bewegung ins Unbewußte. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie*. Brandes und Apsel, Frankfurt/M, S 82–96
- Trautmann-Voigt S (1990) *Tanztherapie. Identitätstheoretische Überlegungen zu einem pädagogisch-therapeutischen und einem psychotherapeutischen Konzept*. Dissertation, Oldenburg
- Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) (1996) *Bewegte Augenblicke im Leben des Säuglings – und welche therapeutischen Konsequenzen?* Claus Richter, Köln
- Trautmann-Voigt S, Voigt B (1997) *Freud lernt laufen. Herausforderungen analytischer Tanz- und Bewegungstherapie für Psychoanalyse und Psychotherapie*. Brandes und Apsel, Frankfurt/M
- Trautmann-Voigt S, Voigt B (1998) *Bewegung ins Unbewußte. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie*. Brandes und Apsel, Frankfurt/M
- Trautmann-Voigt S, Voigt B (2001) *Bewegung und Bedeutung. Anregungen zu definierter Körperlichkeit in der Psychotherapie*. Claus Richter, Köln
- Voigt B (1996) Wo die Sprache endet – Psychotherapie im Handlungsdialog: Grundlagen der Analytischen Tanz- und Bewegungstherapie. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) *Bewegte Augenblicke im Leben des Säuglings – und welche therapeutischen Konsequenzen?* Claus Richter, Köln, S 83–94
- Winnicott DW (1987) *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett-Cotta, Stuttgart

Korrespondenz: Dr. Sabine Trautmann-Voigt, Dr. Bernd Voigt, Rilkestraße 103, D-53225 Bonn, Bundesrepublik Deutschland, Tel. 0228/46 79 00, Fax 0228/46 06 79

Sabine Trautmann-Voigt, Dr. phil., Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Tanztherapeutin (ADTR, USA), seit 1989 in ambulanter Praxis tätig. Leitung des Deutschen Instituts für tiefenpsychologische Tanztherapie und Ausdruckstherapie (DITAT). Herausgeberin der „Zeitschrift für Tanztherapie – KörperPsychotherapie“. Lehrbeauftragte am psychologischen Institut der Universität Bonn und an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität Köln.

Bernd Voigt, Dr. med., Arzt für Psychotherapeutische Medizin, niedergelassen in Praxisgemeinschaft seit 1987. Ausbildung in Analytischer Bewegungs- und Tanztherapie (USA). Leitung der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie (KBAP). Lehrbeauftragter am psychologischen Institut der Universität Bonn.