

**Die Anwendung von Lachyoga in der tanztherapeutischen
Gruppentherapie – Möglichkeiten und Grenzen der
Ressourcenaktivierung bei depressiven und traumatisierten
Patienten in einer psychosomatischen Klinik**



Abschlussarbeit im Rahmen der berufsbegleitenden Weiterbildung Aufbaustufe
zur Tanz- und Bewegungstherapeutin am Tanztherapiezentrum Berlin
Leitung: Imke Fiedler

Vorgelegt von: Kerstin Hellmund

im April 2013

(Logo: Deutsche Lachyogatherapeuten e.V.)

7. Lachyoga als spielerische Methode in der Tanztherapie	
7.1 Entstehung und Dimensionen des Lachyoga	30
7.2 Anwendung von Lachyoga	31
7.3 Kontraindikationen	32
8. Embodiment Die Wechselwirkung von Körper und Psyche	
8.1 Einfluss von Körperhaltung und -bewegung auf Emotionen	32
8.2 Embodiment aus neurobiologischer Sicht	33

Teil B ó Umsetzung in die tanztherapeutische Praxis

9. Rahmenbedingungen in der psychosomatischen Klinik	
9.1 Was bedeutet Psychosomatik?.....	35
9.2 Therapeutisches Setting	36
9.3 Räumlichkeiten	36
10. Psychodynamik und Bewegungsbild der Zielgruppe	
10.1 Depressive Patienten	37
10.2 Traumatisierte Patienten	39
11. Tanztherapeutische vorbereitende Übungen	
11.1 Raumwahrnehmung, Bodenkontakt und Balance	42
11.2 Körperhaltung und -wahrnehmung	42
11.3 Grenzen	44
11.4 Imaginationsübung	44
11.5 Kinesphäre	45
11.6 Kreistänze	45
12. Das Lachen fördernde tanztherapeutische Übungen und Methoden	
12.1 Chace-Kreis	46
12.2 Rhythmische Übungen	47
12.3 Spielerische Interventionen mit kreativen Medien	47
12.4 Antriebe und Polaritäten	49
12.5 Spiegeln	50
12.6 Improvisation und Gestaltung	50
13. Lachyoga als Methode	
13.1 Beginn der Arbeit mit Lachyoga	51
13.2 Lachyoga im klinischen Setting	51
13.3 Lachyoga - Interventionen	52
13.4 Atemübungen	53
13.5 Entspannungsphase	55

14. Anwendung von Lachyoga in der tanztherapeutischen Arbeit

- 14.1 Einführung í 55
- 14.2 Das Wechselspiel von Bewegen, Lachen und Entspannení í í í ..í í 56
- 14.3 Schwierigkeitení ..í í í í í í . 59

Teil C ó Auswertung

15. Reflexion und Resümee

- 15.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Lachyoga und Tanztherapieí . 60
 - 15.1.1 Gemeinsamkeitení 60
 - 15.1.2 Unterschiedeí 60
- 15.2 Ressourcenaktivierung und Salutogenese mit Lachyogaí ..í í í í í í 61
- 15.3 Was ist zu beachten bei depressiven und traumatisierten Patienten?..... 62
- 15.4 Lachyoga als Methode in der Tanztherapie?..... 63

Literaturverzeichnis í .. 65

Erklärung í .. 69

Einleitung

Seit zwei Jahren arbeite ich als Tanz- und Bewegungstherapeutin in der Psychosomatik. Meine Arbeit mit den Patienten würde ich als ressourcenaktivierend, stabilisierend und humorvoll bezeichnen. Lachen ist in meinen Stunden willkommen.

Meine Mutter berichtete mir oft davon, wie fröhlich und albern ich als kleines Mädchen gewesen sei und wie ich sie mit meinem Lachen angesteckt habe, auch wenn ihr oft nicht zum Lachen zumute war. Sie trauerte viele Jahre um den Tod ihres ersten Sohnes, welcher nur zwei Monate alt geworden war. Später, in der Schule, ist mein Lachen seltener geworden. In der zweiten Klasse wurde ich vor die Tür geschickt, weil ich meinem Banknachbarn etwas Witziges erzählt hatte und wir beide darüber so lachten, dass wir uns kaum beruhigen konnten. So wurde mir schmerzlich bewusst, dass Lachen im Unterricht an der sozialistischen Schule wohl keinen Platz zu haben schien. Ich fühlte mich jahrelang gehemmt und im Zeugnis wurde mir eine ausgesprochene Zurückhaltung bescheinigt.

Vor einigen Jahren hatte ich während eines Yogakongresses die Gelegenheit, eine Lachyogastunde zu besuchen. Lachen ohne Grund – wie soll das gehen? Was ich in dieser Stunde erfahren durfte, war für mich bahnbrechend. Ich erkannte: Es ist tatsächlich möglich, Lachen herbeizuführen durch ein So-tun-als-ob und mit Hilfe von albern wirkenden aber wirksamen Lachübungen. In der freien Lachrunde im Liegekreis bekam ich in der Gemeinschaft mit den anderen Teilnehmern (der Einfachheit halber nutze ich im Verlauf die männliche Form im Singular und Plural) einen grandiosen Lachanfall, den ich als sehr befreiend und im Anschluss als äußerst entspannend erlebt habe. Vor drei Jahren habe ich mich nach dieser erfreulichen Erfahrung zur Lachyogatrainerin ausbilden lassen.

Da die Tanztherapie von ihrem Ansatz her überwiegend spielerischer, unverfänglicher Natur ist, sehe ich eine Verbindung zum Lachyoga. Ich möchte gern überprüfen, ob Lachyoga als Lachen initiierende Methode im tanztherapeutischen Setting in der Psychosomatik geeignet ist – ob sich beides miteinander verflechten lässt? Wie kann ich depressive und traumatisierte Patienten zum Lachen motivieren, um eine emotionale Umstimmung zu erreichen? Ist dies überhaupt sinnvoll? Gibt es ein Rezept, welches sich für diese Patientengruppe anwenden lässt? Auf diese Fragen möchte ich mich in der folgenden Arbeit beziehen. Mir geht es um die Verknüpfung von Lachen und Tanztherapie.

Teil A – Theoretischer Überblick

1. Annäherung an das Phänomen Lachen

Es lässt sich schwer erforschen, denn wenn Lachen den Körper ergreift, setzen Denken und Sprache aus. (Cubasch, 2009, S. 14)

1.1 Etymologie

Das Wort Lachen ist auf das althochdeutsche Wort š(h)lahhanō und das germanische Wort šhla-jaō zurückzuführen. Beides sind Schallworte, d.h. sie geben die beim Lachen hörbaren Geräusche phonetisch wieder ó den Aspirationslaut šhō und den Vokal šaō.

Laut Herkunftswörterbuch hat das Wort Lachen eine indogermanische Wurzel. Es stammt von šklegō ab, was gackern bedeutet (vgl. Duden, 1989, S. 399).

Auf dem griechischen Wort für Lachen šgelosō beruhen u.a. die folgenden Begriffe: Gelotologie (Lachforschung), Philogelos (Freund des Lachens), gelophil (lachfreudig), Geloplesie (Lachkrampf) sowie Gelophobie (Angst, ausgelacht zu werden).

Im Lateinischen heißt šrisusō Lachen und ist Bestandteil von Fachtermini verschiedenster Wissenschaftszweige: in der Theologie gibt es šrisus pascalisō (das Osterlachen), in der Anthropologie šhomo ridensō, was den Menschen definiert aufgrund seiner Fähigkeit zu lachen, in der Ornithologie šlarus ridibundusō (Lachmöwe) und in der Medizin gibt es den Begriff šmusculus risorisō (sog. Lachmuskel) (vgl. Cubasch, 2009, S. 12).

1.2 Redewendungen

Die zahlreichen Redewendungen und Sprichwörter, in denen sich Jahrhunderte altes Erfahrungswissen und Bewertungen widerspiegeln, lassen die Vielschichtigkeit des Phänomens Lachen erkennen. Hier eine kleine Auswahl:

Sich den Bauch halten vor Lachen, sich schütteln vor Lachen, sich krümmen und kugeln vor Lachen oder sich krumm und schief lachen sind Redewendungen, in denen die Körperlichkeit des Lachens zum Ausdruck kommt.

Gegensätzliche Redensarten machen das gegensätzliche Erleben von Lachen deutlich: Sich ins Fäustchen lachen ó jemandem offen ins Gesicht lachen oder es lacht mancher, der lieber weinen möchte.

Man kann sich auch krank oder gesund lachen, vor Lachen platzen oder keine Luft mehr bekommen und man kann sich tot lachen.

1.3 Schwierigkeiten bei der Bearbeitung des Themas und Abgrenzung

Lachen aus wissenschaftlicher Sicht ist ein sehr komplexes Phänomen, welches sich aus verschiedenen Blickwinkeln immer wieder anders darstellt. Ich werde im Folgenden insbesondere den physiologischen und therapeutischen Aspekt fokussieren und versuchen, die theoretischen Untersuchungen mit der Lachpraxis zu verknüpfen.

1.3.1 Lachen und Lächeln

Lächeln wird in der Regel als abgeschwächtes Lachen gesehen. In der französischen Sprache wird das besonders deutlich: das Lächeln = le sourire, das Lachen = le rire. Demnach ist das Lächeln etwas, das unter (= sous) dem Lachen liegt. Das Lächeln erfolgt meist mit geschlossenen Lippen während das Lachen mit einem offenen Mund und einem Ton verbunden ist. Das Lachen entwickelt sich oftmals aus dem Lächeln bzw. es klingt mit einem Lächeln ab. Dem stillen Lächeln wird eine seelische Tiefe und spirituelle, friedvolle Kraft

zugeschrieben wohingegen das Lachen stärkeren Bezug zum Körper hat, allein aufgrund der Beteiligung zahlreicher Muskeln. Auf diesen physiologischen Vorgang gehe ich unter Punkt 3.1. näher ein (vgl. Cubasch, 2009, S. 17f.).

š Lächeln ist kontrollierbar. Wenn wir wirklich lachen, verlieren wir die Kontrolle über unseren Körper, gewinnen sie jedoch möglicherweise über unser Leben.ō (Müller, o.A., S. 42)

š Für mich ist die Fähigkeit zu lächeln eine unserer wunderbarsten Eigenschaften. Wenn ich jemanden anlächle und derjenige ernst bleibt und nicht reagiert, bin ich immer ein wenig befremdet. Wird hingegen mein Lächeln erwidert, erfreut dies mein Herz. Selbst wenn mich jemand anlächelt, mit dem ich nichts zu tun habe, fühle ich mich berührt. Woran liegt das? Sicher daran, dass ein echtes Lächeln etwas Grundlegendes in uns berührt: unsere natürliche Wertschätzung von Freundlichkeit.ō (Dalai Lama, 2004, S. 30)

1.3.2 Lachen, Witz und Humor

Was unterscheidet Witz und Humor vom Lachen? Durch einen Witz kann Lachen ausgelöst werden und wer Humor hat, lacht gern. Humor wird auch *š als Fähigkeit beschrieben, Witze zu machen und verstehen zu können. Demnach sind Humor und Witz verschieden.ō (Cubasch, 2009, S. 21)*

Humor sei die Fähigkeit, das Komische wahrzunehmen und das könne sich im Lächeln äußern. Kast sagt, dass ó mit Humor genommen ó Schwächen und Unzulänglichkeiten relativiert und mit einem liebevollen Verständnis gesehen werden. *š Wo dieses Verständnis aufhört, wo es nur noch darum geht, hämisch sich lustig zu machen über jemanden, da bleibt einem das Lachen im Halse stecken, es sei denn, man ist sadistisch veranlagt, sarkastisch oder zynisch.ō (Kast in: Wild, 2012, S. 99)*

Titze (1999) bezieht sich auf den Humorforscher Arthur Koestler, der meint, Humor wäre die *š einzige Form der Kommunikation, bei der ein Reiz auf einer hohen Stufe kognitiver Komplexität eine stereotype, vorhersehbare Reaktion auf der physiologischen Reflexstufe (das heißt im Lachen) auslöst.ō (Titze, 1999, S. 287)*

Der Begriff Humor stammt vom lateinischen šhumorō (= Feuchtigkeit) ab. In der antiken Gesundheitslehre und der mittelalterlichen Temperamentenlehre ging man davon aus, dass durch die richtige Mischung der Körpersäfte (šhumoresō) ein ausgeglichener Gemütszustand erreicht werde. Heute sieht man Humor als Charaktereigenschaft bzw. als soziale oder geistige Kompetenz, andere zum Lachen zu bringen. Ein Mensch mit Humor kann Schwierigkeiten des Lebens aus einem anderen Blickwinkel betrachten und durch diesen Perspektivwechsel neue Bewältigungsstrategien entwickeln. Deshalb sollte meines Erachtens Humor einen Platz in der Psychotherapie haben.

Was versteht man nun unter Witz? Cubasch meint, dass Witz im ursprünglichen Sinn mit Wissen und mit *š Gewitztheitō (š dem raffinierten Gebrauch des Verstandesō) in Zusammenhang steht. Er bezeichnet Witze als intellektuelles Phänomen, deren Verständnis höhere mentale Fähigkeiten voraussetze. š Im Gegensatz zum vitalen, körperlichen Lachen, das auch ohne Sprache auskommt, sind Witze immer an Sprache, Semantik und Verstand*

gebunden.ō (Cubasch, 2009, S. 22) Allerdings lösen nicht alle Witze ein Lachen aus. Sobald sexistische oder diskriminierende Tendenzen anklingen, verursachen sie eher Scham oder Ärger (vgl. Cubasch S. 21f.).

1.3.3 Lachen, Heiterkeit und Fröhlichkeit

Heiterkeit, Frohsinn und Fröhlichkeit sind laut Cubasch *šemotionale Befindlichkeiten oder Stimmungenō* und wer froh und heiter gestimmt ist, könne leichter lachen. Lachen hingegen ist eine *šaktive Handlung und ganzkörperliches Ausdrucksverhaltenō*, also kein Gefühl, sondern *šZeichen und Signalō*.

In der buddhistischen Philosophie gibt es den Begriff der Heiterkeit der Seele. *šDiese Heiterkeit kann in der Meditation, in der Begegnung mit der Leere, wenn Körper und Seele zur Ruhe kommen, gefunden werden. Lachen ó quasi als Zeichen freudiger Erleuchtung ó kann diesem Zustand seelischer Heiterkeit entspringen. Andersherum kann intensives, willentlich herbeigeführtes Lachen in der Phase des Nachklangs ein inneres Lächeln und das Gefühl heiterer Gelassenheit zur Folge haben.ō* (Cubasch, 2009, S. 19)

1.3.4 Lachen und Glück

Das Sprichwort: *šJeder ist seines Glückes Schmiedō* bedeutet, dass Glück oder die Fähigkeit Glück zu empfinden nicht nur von äußeren Umständen abhängt, sondern auch von individuellen Einstellungen. Ist es also möglich, Glück willkürlich herbeizuführen? Wenn glückliche Menschen öfter als unglückliche lachen, können Menschen dann umgekehrt durch häufiges Lachen einen Glückszustand erreichen? Aus medizinischer und neurologischer Sicht sind an diesem Zustand vor allem die *šGlücksbotenstoffeō* Serotonin und Dopamin beteiligt. Und genau diese Botenstoffe werden durch Lachen aktiviert.

Bei Cubasch findet sich folgende Antwort auf diese Fragen: *šLachen kann durch Beeinflussung der biochemischen Vorgänge im Körper allenfalls kurzfristig Glück-ähnliche Zustände auslösen. Ein von Menschen selbst gemachter 'Glücksrausch' kann das Wohlbefinden fördern und die Immunabwehr stärken.ō* (Cubasch, 2009, S.23)

Übrigens findet Glück zunehmend Beachtung in der ressourcen- und salutogeneseorientierten Psychologie und Psychotherapie. Der Arzt und Kabarettist Dr. Eckart von Hirschhausen hat diesem Thema sein Buch *šGlück kommt selten alleiní* ō gewidmet.

1.3.5 Künstliches und natürliches Lachen

Umgangssprachlich wird Lachen qualitativ unterschieden in echtes, natürliches und unechtes, gekünsteltes Lachen, wobei das echte Lachen als zu Herzen gehend positiv und das unechte Lachen als manipulativ und erzwungen und somit als negativ bewertet wird.

Die Begriffe echtes und unechtes Lachen werden in der Literatur zum Thema Lächeln und Lachen mit der Forschung des französischen Physiologen Duchenne (1806 - 1875) in Verbindung gebracht. Mittels elektrischer Impulse reizte er verschiedene Gesichtsmuskeln, um die mimische Muskulatur zu erforschen und konnte nachweisen, dass an einem *šechtenō* Lächeln welches später nach ihm als Duchenne-Lächeln bezeichnet wurde der *šMuskel*

der Freude (Großer Jochbeinmuskel) sowie die Augenringmuskulatur beteiligt sind (vgl. Internetquelle 1). *§ Der Begriff des natürlichen Lachens, der ebenfalls nicht definiert ist, bietet ó falls er nicht ein idealisiertes Natürlichkeitsverständnis impliziert ó die Möglichkeit, die Polarisierung von gutem und schlechtem Lachen aufzuheben, denn es liegt in der Natur des Menschen, spontan und willentlich zu lachen; beide Arten zu lachen sind natürlich.* (Cubasch, 2009, S. 24)

Auf der Internetseite der AOK fand ich zu diesem Thema eine eindeutigere Antwort. Das Erkennungszeichen eines ehrlichen Lachens sei ein symmetrisches Hochziehen beider Mundwinkel unter Einbeziehung von 17 Gesichtsmuskeln. Beim unechten Lachen dagegen werden die Mundwinkel bewusst angehoben, was verzögert und asymmetrisch geschieht. Es wird hier also polarisiert (vgl. Internetquelle 2).

1.4 Definition

Cubasch (2009) definiert Lachen wie folgt:

§ Lachen ist ein menschliches, biopsychosoziales, emotional getöntes Ausdrucksphänomen und interaktionales Signal. Es tritt meist spontan auf, kann aber auch willkürlich hervorgebracht werden. Lachen kann durch Kitzeln, Witze, Komik und Lächerliches ausgelöst werden. Überwiegend tritt Lachen in Verbindung mit Freude und positiven Emotionen auf. Es kann auch in Verbindung mit Wut, Verachtung, Trauer und anderen Emotionen oder als pathologisches Lachen auftreten. Im sozialen Kontakt regelt Lachen kommunikative Abläufe. Es hat ansteckende Wirkung. Lachen ist ein optisches, akustisches und körperliches Signal, welches

- *Als kommunikatives Zeichen lesbar wird an charakteristischen mimischen Veränderungen vorwiegend im Bereich des Mundes und der Augen,*
- *Hörbar wird durch staccatoartiges Ausatmen mit Geräuschen, meist mit Lauten wie HaHaHa oder HoHoHo,*
- *Verbunden ist mit vielfältigen Körperbewegungen.*

Lachen geht einher mit biophysischen Veränderungen:

- *Intensivierung der Ein- und Ausatmung,*
- *Erhöhung des Blutdrucks und der Herzfrequenz sowie*
- *Biochemischen und neurologischen Vorgängen.* (Cubasch, 2009, S.26)

1.5 Funktionen und Wirkungen

Das Lachen kann in drei Hauptfunktionen unterschieden werden (Robinson in: Cubasch, 2009, S. 32):

Kommunikative Funktion: Fähigkeiten, in Beziehung zu treten, Vertrautheit aufzubauen, Gesicht zu wahren

Soziale Funktion: Aufbau sozialer Bindungen, Umgang mit Konflikten, Förderung des Zusammengehörigkeitsgefühls, soziale Kontrolle

Psychologische Funktion: Entlastungsfunktion bei Stress, Anspannung und Ängsten, Ventil für Wut und Hassgefühle, zum Überspielen des Weinens, hilft im Umgang mit Schicksalsschlägen, Tod und Sterben

Weiterhin hat das Lachen eine kurative Funktion, die in dieser Arbeit im Fokus steht. Lachen wird gegenwärtig zunehmend in salutogenetischer Absicht in der Gesundheitsprophylaxe und im therapeutischen Rahmen z.B. durch Lachyoga zur Anwendung gebracht (vgl. Cubasch, 2009, S. 33).

2. Gelotologie ó zur Lachforschung

2.1 Geschichte der Lachforschung

Zur Entwicklung des therapeutischen Lachens haben besonders folgende Forscher und Persönlichkeiten beigetragen:

Norman Cousins (Schriftsteller): In seinem 1979 publizierten Buch *šAnatomy of Illnessō* (*šDer Arzt in uns selbstō*) beschreibt Cousins den Verlauf seiner schweren Spondylarthritis, einer degenerativen Entartung der Grundsubstanz des Knochengewebes, die mit starker Schmerzentwicklung verbunden war und eine schlechte Prognose hatte. Er suchte nach neuen Wegen der Therapie im Kampf gegen die Krankheit und fand in wissenschaftlichen Zeitungen Berichte über den unheilvollen Einfluss negativer Gedanken auf das innersekretorische System. Er kam auf die Idee, durch das Gegenteil ó also einen positiven Gefühlszustand ó das biochemische Gleichgewicht im Körper wieder herzustellen. Mit Einverständnis der Ärzte ließ er sich von einer Krankenschwester lustige Slapstick-Filme vorführen und witzige Bücher vorlesen. Cousins bemerkte ein Nachlassen der Schmerzen, wenn er zehn Minuten herzhaft gelacht hatte und er konnte danach mindestens eine Stunde problemlos schlafen. Seine allmähliche Genesung konnte auch durch Laborbefunde bestätigt werden. Diese Entdeckung inspirierte die Wissenschaft zu Forschungsprojekten zum Thema.

Dr. William F. Fry (Psychiater und Neurologe, Stanford Universität, Kalifornien) wird als Vater der Gelotologie, der Wissenschaft von den Auswirkungen des Lachens, bezeichnet. In den späten 1960ern begann er mit der Erforschung der physiologischen Wirkungen von Lachen. Er konnte deutlich machen, dass herzhaftes Lachen wichtige Systeme des Körpers stimuliert und zur Ausschüttung von Endorphinen (natürlichen Schmerzstillern) führt. Er stellte fest, dass Lachen vor allem ein Atmungsphänomen ist, das zu einer vollständigen Luftentleerung der Lunge führt.

Dr. Lee Berk (Psychoneuroimmunologe, Loma Linda Universität, Medical Center und sein Forscherteam) untersuchte ó inspiriert durch Norman Cousins ó die physikalischen Auswirkungen, also die Wechselwirkungen des Nerven-, Hormon- und Immunsystems von herzhaftem Lachen in einer Studie mit zwei Herzinfarkt-Gruppen. Die erste bekam eine medizinische Standardversorgung, die zweite Gruppe sah täglich 30 Minuten humorvolle Filme an. Nach einem Jahr wies die *šHumor-Gruppeō* weniger Herzrhythmusstörungen auf, einen niedrigeren Blutdruck, einen geringeren Anteil an Stresshormonen und sie benötigte weniger Medikamente.

Dr. Hunter (Patch) Adams (Arzt) verbreitete die Einstellung, dass Heilung auf der Basis eines liebevollen Miteinanders und nicht von Geschäftsdenken stattfinden sollte. Er inspirierte dazu, Spaß und Lachen durch Therapie-Clowns in die Krankenhäuser zu bringen.

Paul McGhee (Gelotologe): Das Lachen mit verschiedenen Entspannungstechniken und Meditationsübungen zu vergleichen, hat sich Paul McGhee zur Aufgabe gemacht. Seine Untersuchungen erbrachten Hinweise dafür, dass Lachen eine ähnlich wirksame Muskelentspannung bewirkt wie ein Biofeedback-Training. In anderen Untersuchungen konnte erwiesen werden, dass Lachen ein wirksames Mittel zur Stressreduzierung ist und Kopfschmerzen, Herzbeschwerden und chronische Angst positiv beeinflussen kann.

Alle oben genannten Personen haben sich auf Humor als Grundlage für das Lachen bzw. für ihre Studien zu den Auswirkungen des Lachens bezogen (vgl. Titze, 1999, S. 241-245).

2.2 Gegenwärtige Lachforschung

Das Forschungsinteresse am Lachen ist nicht mehr Grundlagenforschung, sondern vorwiegend auf Anwendungsmöglichkeiten und den Nutzen von Humor und Lachen gerichtet. Bis jetzt gibt es allerdings keine Langzeituntersuchungen, die einen nachhaltigen und positiven Effekt von Lachen und Humor bestätigen können. Seit 1988 finden jährlich internationale und interdisziplinäre Kongresse zum Thema statt und es gibt die *International Society of Humor Studies*, welche in regelmäßigen Abständen die Zeitschrift *Humor* *International Journal of Humor Research* herausgibt (vgl. Cubasch, 2009, S. 63).

Ilona Papousek (Professorin für Biologische Psychologie, Universität Graz): Die Gelotologin und Lachyoga-Lehrerin hat das Konzept eines Heiterkeits- und Lachnetzwerkes entwickelt, um absichtliches Lachen therapeutisch einsetzen zu können. Sie nennt drei unterschiedliche an Lachen und Heiterkeit beteiligte Komponenten, die zusammen ein neuronales Netzwerk bilden: die emotionale, die kognitive und die motorische Komponente. Alle drei stehen in einer Wechselwirkung, d.h. wird eine Komponente aktiviert oder gehemmt, hat das auch eine Aktivierung oder Hemmung der beiden anderen Komponenten zur Folge. Interessant für die tanztherapeutische Arbeit könnte die motorische Komponente sein, also die Vokalisations- und Atemmotorik, mimische Lachmotorik durch absichtliches Lachen). Im Verlauf wird darauf näher eingegangen.

2.3 Physiologische Auswirkungen des Lachens

Bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde die Physiologie des Lachens bereits untersucht und beschrieben von Spencer (1860), Darwin (1872) und Hecker (1873).

Bei der Lachtherapie erlernen die Teilnehmer zuerst die Bauchatmung, bei der das Zwerchfell in Richtung Bauchorgane gedrückt wird. Das Zwerchfell ist der Hauptmuskel der Atmung, welcher beim echten Lachen maßgeblich aktiviert wird. Dann kann das sogenannte Reflexlachen geübt werden, d.h. kurzes stoßweises Ausatmen wechselt mit tiefem intensivem Einatmen. Diese Übung hat einen beeindruckenden psychophysischen Effekt. Durch die Intensität dieser Lachübung wird die Lunge mit reichlich Sauerstoff versorgt, d.h. die Atmungskapazität ist um das 3- bis 4-fache im Vergleich zum Ruhezustand erhöht, was einen kathartischen Effekt für das Blut zur Folge hat. Aber auch der Herzrhythmus erhöht sich, um

dann in der Entspannungsphase durch den Einfluss des Parasympathikus wieder abzusinken. Dabei verringert sich auch der Blutdruck, und die in der Anfangsphase der Lachübung angespannte Muskulatur beginnt sich zu entspannen (vgl. Titze, 1999, S. 241ff.).

Auch Dr. Fry konnte gesundheitsfördernde Effekte nachweisen, wenn einem aktivierenden und stimulierenden Lachen eine Entspannungsphase folgt, in der die körperlichen Abläufe wieder zur Ruhe kommen, während das Gehirn wach bleibt. Die Immunstimulation durch das Lachen ist noch bis zu 24 Stunden nachweisbar. Nach Frys Erkenntnissen werden in der Erholungsphase Verschlackungsprodukte des Stoffwechsels abgebaut. Er bezeichnet das Lachen als *šeine Leibesübung mit dem Zuckerguss des Amüsementsō*. (Fry in: Cubasch, 2009, S. 63)

Cubasch fasst die physiologischen Auswirkungen nach Fry so zusammen:

- *šder Herzschlag steigt an*
- *der Blutdruck wird erhöht*
- *der Kreislauf wird angeregt*
- *der Atemrhythmus wird beschleunigt*
- *die Länge und Tiefe der Ausatmung werden gesteigert*
- *die Lungen werden wesentlich stärker durchlüftet*
- *alle am Lachen beteiligten Muskeln werden aktiviert*
- *die Produktion und Zirkulation von Hormonen und Immunsstoffen werden stimuliert*
- *das Gehirn wird verstärkt mit Sauerstoff versorgt.ō*(Cubasch, 2009, S. 62)

2.4 Salutogenese und Ressourcenaktivierung

Der therapeutische Einsatz von Humor und Lachen stärkt nachweislich die Gesundheit und das Wohlbefinden. Parallel in den Zeitraum der Lach- und Stressforschung fällt die Entwicklung und Erforschung der Modelle bzw. Wirkprinzipien der Ressourcenaktivierung und Salutogenese. Auf diese Begriffe wird im Folgenden näher eingegangen.

Der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe **Aaron Antonovsky** (1923-1994) prägte in den 1970er Jahren den Begriff Salutogenese als komplementär zur Pathogenese und als ein Konzept der Entstehung von Gesundheit. Er suchte nach einer Erklärung für Gesundheit jenseits des Musters von Risikovermeidung. Folgende Metapher für den *šFluss als Strom des Lebensō* macht seine Ansicht deutlich, dass die Menschen in einem Fluss voller Gefahren schwimmen würden. *šNiemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im herkömmlichen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von*

historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?" (Antonovsky in: Internetquelle 3)

Antonovsky unterteilt Gesunde in anteilmäßig *šwenig krank/recht gesund*, *štendenziell mehr gesund* und *šwenig gesund/mehr krank*. Der Organismus strebt danach, gesunde *šAnteile* zu mehren bzw. in ein ausgewogenes Gleichgewicht von gesunden und kranken *šAnteilen* zu gelangen. Salutogenetisch orientierte Therapie zielt darauf ab, neben der Linderung der kranken *šAnteile* die gesunden *šAnteile* zu stärken und damit die körpereigenen Ressourcen zu nutzen. Gesundheit wird als Prozess, nicht als Zustand gesehen.

Wie entsteht nun Gesundheit? Der Hauptbaustein des Salutogenese-Modells ist das Kohärenzgefühl (*šSense of Coherence* = SOC). Menschen mit viel Kohärenzgefühl fühlen sich den Herausforderungen und Problemen gewachsen, sehen in ihrem Leben einen Sinn und finden sich in ihrer Welt zurecht. Das Kohärenzgefühl wird vor dem 10. Lebensjahr entwickelt und kann im Verlauf des Lebens gestärkt und geschwächt werden. Niedrigste Werte finden sich bei psychosomatisch und psychisch Kranken. In der Kindheit traumatisierte Personen haben einen besonders reduzierten SOC-Wert. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

š1) Comprehensibility = Verständlichkeit, Verstehbarkeit (kognitive Komponente)

2) Manageability = Steuerbarkeit, Handhabbarkeit (Verhaltenskomponente)

3) Meaningfulness = Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit (emotionale Komponente).
(Internetquelle 4)

Eine Fortsetzung des Kohärenzgefühls ist die Resilienz. Das ist der Glaube an sich selbst, an seine Fähigkeiten und Stärken und das Wissen, sein Leben selbst in die Hand nehmen zu können. Menschen mit hoher Resilienz kommen selbst nach großen Niederlagen und Schicksalsschlägen immer wieder auf die Beine, wohingegen Menschen mit wenig Resilienz von kleinsten Widrigkeiten bereits aus der Bahn geworfen werden (vgl. Internetquelle 5).

Ein weiterer wichtiger Baustein des Salutogenesemodells sind generalisierte Widerstandsressourcen, also Ressourcen, die in Situationen aller Art wirksam sind. Gesunde Menschen haben Widerstandskräfte, um Probleme, Spannungen und Stresssituationen zu bestehen. Damit sind nicht nur körpereigene Abwehrkräfte gemeint, sondern auch individuelle, kulturelle und soziale Fähigkeiten und Möglichkeiten, Schwierigkeiten zu meistern.

Der dritte Baustein und damit eine weitere wichtige Aufgabe des Organismus zur Gesunderhaltung ist die Abwehr von Stressoren. Reize werden erst dann zu Stressoren, wenn sie eine Stressreaktion hervorrufen. Es hängt von den persönlichen Widerstandsressourcen und dem individuellen Bewertungsmuster ab, ob Stressoren Stressreaktionen auslösen und ob diese Reaktionen schädlich, also krankheitsauslösend sind.

Die einzelnen Bausteine des Salutogenese-Modells stehen in einer dynamischen Wechselwirkung und können einander positiv oder negativ beeinflussen. Bislang ist dieses Modell nicht ausreichend wissenschaftlich überprüft worden. Die Untersuchungen stellen Zusammenhänge fest, aber keine direkten Kausalitäten (vgl. Internetquelle 6).

Als šunspezifischer Wirkfaktorō wird in der Psychotherapieliteratur die Ressourcenaktivierung bezeichnet. Empirische Forschungen in verschiedensten Therapieformen und ósettings kamen zu dem Ergebnis, dass die Heilungschancen besonders positiv sind, wenn an Stärken, Eigenarten, Gewohnheiten, Einstellungen, Fähigkeiten, Möglichkeiten, Zielen und Motivationen von Patienten bzw. Klienten angeknüpft wird. Eine der wichtigsten Ressourcen sind die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten wie Partner und Familienangehörige. Gleichrangig zu den mitgebrachten Beziehungen sind auch die mit der Therapiesituation neu entstehenden Beziehungen, also in der Gruppentherapie die Beziehung zu den Gruppenmitgliedern/Therapeuten und im Einzelsetting die Beziehung zum Therapeuten. In welchem Ausmaß der Patient seinen Therapeuten als ihn aufbauend, unterstützend, in seinem Selbstwert positiv bestärkend erlebt, spielt für ein gutes Therapieergebnis eine sehr wichtige Rolle (vgl. Internetquelle 7).

3. Körperliche Ausdrucksweisen des Lachens

3.1 Mimik und Blickverhalten

Durch 43 Gesichtsmuskeln kann ein Mensch ca. 7000 verschiedene mimische Ausdrucksmöglichkeiten zustande bringen. Der Emotionsforscher Paul Ekman nennt die an einem spezifischen Gesichtsausdruck beteiligten Muskeln šaction unitsō. In siebenjähriger Forschungsarbeit systematisierten die beiden Wissenschaftler die unterscheidbaren Ausdrucksmöglichkeiten in dem Facial Action Coding System (FACS). Ekman benennt 18 verschiedene Freudelächeln. Bei einem Lächeln sind bis zu 17 Muskelpaare beteiligt. Die beiden wichtigsten Muskeln dabei sind der Musculus zygomaticus major (großer Jochbeinmuskel) und der Musculus orbicularis oculi (Augenringmuskel). Mit dem Jochbeinmuskel werden die Mundwinkel seitlich aufwärts gezogen, das sogenannte Zähne zeigen und der Augenringmuskel bewirkt bei Kontraktion, dass die Lidspalte schmaler wird und zu den Schläfen hin kleine Falten entstehen, die sogenannten Krähenfüßchen oder Lachfalten. Unter Punkt 1.3. wurde der Unterschied im Muskelspiel zwischen einem echten und unechten Lachen und Lächeln bereits erwähnt beim sogenannten Duchenne-Lächeln. Echtes Lächeln ist nach Ekman an seiner symmetrischen Form und an den mitlachenden Augen erkennbar und ist mit einem emotionalen Erleben verbunden (vgl. Cubasch, 2009, S. 28f.).

Wie unter 1.5. bereits erwähnt, hat das Lachen eine wichtige soziale Funktion, und dabei spielen die mimischen Veränderungen eine besondere Rolle. Ein freundliches Lächeln und ein Gruß mit den Augen dienen als Schutz vor Aggression und Bestrafung. Cubasch zitiert Caroline Rusch, die Lachen und Lächeln als einen šsozialen Klebstoffō bezeichnet, der signalisiert: *šIch bin nicht gefährlich, ich tue dir nichts.ō* (Rusch in: Cubasch, 2009, S. 53)

Die frühe Kommunikation im Säuglingsalter findet hauptsächlich über Blicke, Laute und Berührungen statt, ist also leiblich orientiert. Lächeln und Lachen sind neben Blickkontakten und vokalen Interaktionen weitere Aspekte dieser zwischenmenschlichen Kommunikationsform. Die Erfahrungen, die ein Säugling damit macht, werden im Gedächtnis abgespeichert und haben Einfluss auf das weitere Leben. Um beim Blickverhalten zu bleiben: die emotionalen Botschaften der Mutter werden über die Augen als *„sprechendes“* Organ (Titze, 199, S. 73) unwillkürlich über die Pupillengröße für das Baby sicht- und spürbar. Und es gibt eben nicht nur die warmen, liebevollen Blicke der Mutter, sondern auch Blicke, die, wie es heißt, töten könnten. Aber auch *„mimische Erstarrung, unechte oder übertriebene Imitation, keine oder verspätete Reaktion, eingefrorenes ‚Lächeln‘ und andere verunsichernde Kommunikationsmuster der Bezugspersonen“* können eine affektive Feinabstimmung verhindern und laut Peter Osten zahlreiche Krankheiten zur Folge haben. Ich habe es in der Psychosomatik oft erlebt, dass Patienten mit körperlichen Beschwerden kamen, die in frühester Kindheit solche traumatisierenden Augenblicke und Begegnungen erlebt haben. Cubasch fasst zusammen, wie die psychotherapeutische Arbeit sich gestalten kann:

„Jedoch wie es die Psychotherapie, die ó wenn Wärme erlebbar wird, wenn Lächeln, Lachen, freundliche Stimmgebung und Sprache, wertschätzender, liebevoller Blickkontakt und ‚stimmige‘ Affektabstimmung gelingen ó beim Patienten positive Regressionen ermöglichen, in denen in positiver Progression korrektive emotionale Erfahrungen möglich werden. Dazu ist nach Osten eine erlebnisorientierte, nachsozialisierende psychotherapeutische Arbeit indiziert, in der Leiblichkeit und Zwischenleiblichkeit erlebt werden können und Gefühle und Empfindungen gespürt und geteilt werden können. Dabei kommen dem Blickverhalten und dem differenzierten Umgang mit Lächeln und Lachen große Bedeutung zu.“ (Cubasch, 2009, S. 52) Diese Erkenntnis kann in der tanztherapeutischen Arbeit und Lachyoga-Praxis zur Anwendung kommen.

3.2 Körperhaltungen und -bewegungen beim Lachen

In der Umgangssprache sind Redensarten bekannt, die etwas über Körperhaltungen und -bewegungen beim Lachen ausdrücken. Hier einige Beispiele:

Sich einen Ast lachen: Diese Haltung entsteht bei sehr starkem Lachen durch eine leicht gebückte Körperhaltung bei gleichzeitigem Nachvorneziehen der Schultern. Von der Seite betrachtet ähnelt dieser Anblick einem Ast.

Sich krumm und bucklig lachen: Bei sehr heftigem Lachen wird der Oberkörper gebeugt und es hat den Anschein eines Buckels.

Sich ins Fäustchen lachen: Diese Redewendung bezieht sich auf eine Gebärde, wobei der lachende Mund mit der vorgehaltenen Hand verdeckt wird. In der Bedeutung Schadenfreude empfinden, also sich heimlich freuen; schadenfroh sein, ist diese Redensart spätestens seit Luther belegt.

Im Moment des Lachens befindet sich der Körper in einem positiven Stresszustand. Die Schultern zucken, der Brustkorb bebt, das Zwerchfell hüpfet und der gerade Bauchmuskel erhärtet sich rhythmisch. Beim kraftvollen Lachen gerät der gesamte Kopf in Bewegung und

zwanzig verschiedene Halsmuskeln lachen mit. In der Rippenmuskulatur kommen 24 Muskeln auf jeder Seite zum Einsatz (vgl. Internetquelle 8).

Nach dem Lachen entspannt und löst sich der Körper.

3.3 Lachen als akustisches und phonetisches Phänomen

Beim spontanen Lachen erfolgt die Vokalisation meistens auf HaHaHa, seltener auf anderen Vokalen. Wechselnde Vokalreihen wie HoHoHaHa oder HiHaHuHe entstehen nur, wenn sie willkürlich erzeugt werden. Die Weite der Mundöffnung und die Form und Länge des Resonanzkörpers beeinflussen das Klangbild des Lachens. Die Stimme intoniert beim Lachen meistens höher und dynamischer als beim Sprechen. Frauen lachen meist melodios und stimmähnlich vokalisiert und mit einer Frequenz von ca. 500 Hertz deutlich höher als Männer. Männliches Lachen liegt bei ca. 280 Hertz und ist häufig stimmlos oder knarrend (vgl. Cubasch, 2009, S. 27). Lachen wird unter phonetischen und akustischen Aspekten gegliedert in:

š Lach-Episode = das komplette Lachen,

Bouts = mehrere Lachsilben, die durch eine Atmungsphase voneinander getrennt sind

Lachsilbe/Segment = Konsonant und Vokal.õ (Cubasch, 2009, S. 26)

4. Lächeln, Lachen und Emotionen

Die oben erwähnten Parameter Mimik, Blickverhalten und Körperbewegungen beim Lachen können neben Modulatoren wie Klang, Dynamik, Dauer und Melodik vielfältig variieren. Das Lachen ist so individuell wie der Fingerabdruck eines Menschen und kann eine Vielzahl von Emotionen ausdrücken. Diese sind jedoch nicht immer ganz eindeutig. Charles Darwin erkannte, dass Lächeln und Lachen andere Gefühle verbergen können und nicht immer eindeutig zu verstehen sind. *š Laughter is frequently employed in a forced manner to conceal or mask some other state of mind, even anger. We often see persons laughing in order to conceal their shame or shynessõ. (Darwin in: Cubasch, 2009, S. 30f.)*

Lachen steht nicht ausschließlich mit positiven Emotionen in Verbindung. Meines Erachtens ist es gerade in der Arbeit mit traumatisierten und depressiven Patienten wichtig, sich auch mit der Kehrseite der Medaille, den negativen Emotionen, die das Lachen auch hervorbringen kann, zu befassen. Darauf wird ausführlicher eingegangen.

4.1 Positive Emotionen und Gefühle

Zu den Auswirkungen von Lachen auf den Körper wurde unter Punkt 2.3. eingegangen. Wenn es dem Körper gut geht, hat das natürlich auch positive Auswirkungen auf das Empfinden. Der psychophysische Effekt kann ein gesteigertes Selbstgefühl sein, das mit einer optimistischen Lebenseinstellung verbunden ist.

Das Grundmuster des Lächelns tritt am häufigsten in Zusammenhang mit der Emotion Freude auf. Daneben gibt es auch weitere positive Emotionen und Gefühle, die ebenfalls mit Lachen oder Lächeln verbunden sein können wie Neugier, Heiterkeit, Interesse, Glücksgefühl, Stolz, Wohlwollen, Gelassenheit und Liebe. Cubasch verweist auf Darwin, der auf positive Gefühle wie *šhigh spirits, cheerfulness, tenderness, pleased or amused state of mind* und die damit verbundenen Ausdrucksformen in seinem 1872 erschienen Werk *šThe Expression of Emotions in Man and Animals* hingewiesen hat (vgl. Cubasch, 2009, S. 32).

Das affektive Erleben beim Lachen ist lustvoll erregend und entspannend zugleich. Herzhaftes Lachen, welches mit erhöhter Sauerstoffaufnahme einhergeht, aktiviert die Lebensgeister. Diese *šSauerstoffdusche* versorgt das Gehirn mit Sauerstoff und der Blutzufluss vermehrt sich. Zunächst hüpfet das Herz spürbar schneller im Rhythmus, beruhigt sich dann aber wohltuend in der Entspannungsphase. Die gesamte Muskulatur, die während des Lachens angespannt war, fühlt sich zunehmend gelöst und entspannt an.

Der Emotionsforscher **Paul Ekman** hat die *šTherapie des bewussten Lächelns* entwickelt, um den Körper in einen positiven emotionalen Zustand zu bringen, was er in vielen kontrollierten Untersuchungen nachweisen konnte. *šEr kam dabei zu dem Ergebnis, daß sämtliche Körpersysteme in einen streßbedingten Alarmzustand versetzt werden, wenn negative Emotionen vorherrschen. Andererseits werden diese Systeme aber beruhigt, wenn über das Lächeln positive Emotionen hervorgerufen werden. Ekman folgert daraus, daß es eine direkte und zentrale Verbindung zwischen der Muskelaktivität und den entsprechenden Hirnzentren gibt.* (Titze, 1999, S. 245)

4.2 Die dunklen Seiten des Lachens

Nicht jedes Lachen ist befreiend oder ein Ausdruck von Freude und Heiterkeit. Negative Emotionen, die sich mit Lächeln verbinden können, sind nach Meinung des Psychoanalytikers Rainer Krause Ekel, Verachtung, Ärger und Angst (vgl. Krause in: Cubasch, 2009, S. 31).

Die dunkle Seite eines Menschen, seine ganze Niedertracht, kann sich auch in seinem Lachen widerspiegeln, z.B. gibt es das gehässige und das geringschätziges Lachen, das Lachen aus Schadenfreude, das hämische und abwertende Lachen und das teuflische Lachen. Jemanden Auslachen ist mehr als eine Unhöflichkeit, es kann sehr schmerzhaft und beleidigend sein. Auch Sarkasmus und Spott können vernichtende Wirkung haben. Lachen kann als Waffe eingesetzt werden und es gibt das brutale Lachen des Täters. Ein aktuelles Beispiel sind die Folterbilder aus dem Irak. Durch das Lachen der Folterknechte, die Menschen bis aufs Äußerste gedemütigt und gequält haben, wird die Entmenschlichung und Herabwürdigung der Opfer auf die Spitze getrieben. Der französische Kulturphilosoph Henri Bergson hat den Begriff der *šAnästhesie des Herzens* beim Lachen geprägt, um eine Erklärung für diesen Mechanismus der Entmenschlichung zu finden. Der Journalist und Kommunikationswissenschaftler Dr. Matthias Nöllke schreibt dazu: *šDie Anästhesie des Herzens hat zwei wichtige Aspekte: Zunächst einmal löscht Lachen das Mitgefühl aus, insbesondere das Mitleid. Das kann auch positiv sein: Denn Distanz zum Leid schaffen, kann befreiend wirken. Wer über sich selbst lachen kann, hat eben auch kein Selbstmitleid. Der zweite Aspekt: Die Fühllosigkeit, die durch die 'Anästhesie des Herzens' herbeigeführt wird,*

kann für den Lachenden auch eine Schutzfunktion haben. Wer lacht, lässt unangenehme schmerzhaft Erfahrungen nicht an sich heran (í) So gesehen könnte man spekulieren, ob es für die amerikanischen Militärpolizisten vielleicht ein konsequenter Weg war, mit einer Situation fertig zu werden, die eigentlich nicht auszuhalten ist.õ (Internetquelle 9)

Von der italienischen Insel Sardinien stammt übrigens der Ausdruck des sardonischen Lachens. Der Begriff soll ein schmerzhaftes, grimmiges und bitteres Lachen ausdrücken, an dem die Seele nicht beteiligt ist (vgl. Internetquelle 10).

Es gäbe noch viele Beispiele für die grausamen Formen des Lachens, wie z.B. das öffentliche rituelle Verspotten im Mittelalter ein, das im DDR-Alltag gebräuchliche lächerlich machen von Andersdenkenden, Cybermobbing in unserer Zeit, etc.

4.3 Auslachen und ausgelacht werden

Mit Gelotophilie, Katagelastizismus und Gelotophobie werden drei verschiedene Einstellungen bezüglich des Lachens und Auslachens bezeichnet.

Gelotophilie ist die Freude daran, ausgelacht zu werden. Es bereitet gelotophilen Menschen Vergnügen, andere durch Preisgeben eigener Missgeschicke und peinlicher Situationen dazu zu veranlassen, sie auszulachen. Sie haben dabei keine Schamgefühle und fühlen sich auch nicht abgewertet. Heimvideos von Gelotophilen gibt es zahlreich bei der Internet-Plattform Youtube (vgl. Internetquelle 11).

Katagelastizismus ist die Freude daran, andere Menschen auszulachen. Katagelastizisten sind der Meinung, dass, wer nicht gerne ausgelacht wird, sich wehren solle. Die Palette reicht von harmlosen Streichen oder Wortspielen bis zu böswilligen Witzen oder dem Bestreben, Menschen in peinliche Situationen zu bringen (vgl. Internetquelle 12).

Gelotophobie ist die starke Angst, ausgelacht zu werden und bezeichnet die Schwierigkeit, das Lachen anderer Menschen als etwas Positives wahrzunehmen. Humor und Lachen werden als Angriff auf das Selbstwertgefühl empfunden, was Spannung und Angst auslöst. Studien an der Universität Zürich zeigten unter anderem, dass Gelotophobiker in lachbezogenen Situationen vor allem Scham, Angst und wenig Freude spüren und dass sich ihre Stimmung nach dem Hören von Lachen verschlechtert. Es wird vermutet, dass frühe, wiederholte und intensive Erfahrungen mit dem Ausgelacht-Werden und ein eher distanziertes Verhalten der Eltern eine Rolle spielen. Meist hatten die Eltern ebenfalls Angst vor dem Ausgelacht-Werden. Auch ein Erziehungsstil, der durch wenig Wärme, viel Kontrolle und Überbehütung geprägt ist, kann eine Rolle spielen (vgl. Internetquelle 13).

Gelotophobiker durften *š nie wirklich Kinder in einem affektiv spontanen Sinn sein. Sie mussten sich so verhalten, als wären sie kleine Erwachsene, die das Wohlergehen anderer Menschen als ihre wichtigste Aufgabe ansehen.õ (Titze, 2010, S. 73) Wenn sie sich weigerten, wurden diese Kinder häufig mit Liebesentzug und indirekten Vorwürfen beschämt oder mit Schuldzuweisungen gedemütigt. Gelotophobikern mangelt es an Lebendigkeit, Lebensfreude und Spontaneität. Sie wirken oft distanziert und kalt, fühlen sich fremd. Diese*

Störung führt zur Vermeidung von sozialen Kontakten, zu Isolation, massiver Schüchternheit und zu psychosomatischen Symptomen wie Schwitzen, Erröten, Herzrasen, Muskelzuckungen, Kurzatmigkeit und Trockenheit im Hals und Mund. Diese Symptome sind auch charakteristisch für eine soziale Phobie. Titze nennt als spezifisches Kriterium einer Gelotophobie *šdie erstarrte Mimik und die unlebendige Gestik, die an die Bewegungen eines hölzernen Hampelmanns erinnertō*. Das Gefühl, lächerlich zu sein und komisch zu wirken wird durch die körperlichen Verspannungen und die Unbeholfenheit in Mimik und Gestik noch verstärkt (vgl. Titze, 2010, S. 72f.).

Titze bezeichnet die Haltung von Gelotophobikern als *šagelotischō*, d.h., dass sie nicht in der Lage sind, die *špositive Potenzialität des Lachensō* zu nutzen. Wenn Säuglinge keine Bezugspersonen mit einem weichen oder strahlenden Lächeln erlebt haben, sondern stattdessen in versteinerte, desinteressierte, leere, unlebendige Gesichter geschaut haben, konnten sie keine positive freudvolle Bindungserfahrung machen. Lachende oder lächelnde Mitmenschen erscheinen dann als feindselige Fremde (vgl. Titze, 2010, S. 71).

1995 wurde das Phänomen der Gelotophobie erstmals beschrieben und mit Hilfe von acht Facetten operationalisiert. Diese bilden die Basis für einen Fragebogen zur Einschätzung von Gelotophobie (GELOPH 46). An dieser Stelle werden nicht alle Punkte mit Erläuterung zitiert, nur die für die tanztherapeutische Arbeit besonders wichtig erscheinen:

- a) *šTraumatisierende Erfahrungen mit herabsetzendem Lachen (=Auslachen) in frühen Phasen der Lebensgeschichte (í)*
- b) *Angst vor dem Lachen der Anderen (í)*
- c) *Paranoide Empfindsamkeit gegenüber Verspottungen:*
Wenn in meiner Gegenwart gelacht wird, werde ich misstrauisch. ´ ó Wenn Fremde in meiner Gegenwart lachen, beziehe ich dies häufig auf mich. ´ ó Blickkontakt zu halten fällt mir schwer, weil ich mich davor fürchte, abschätzig beurteilt zu werden. ´ ó Wenn andere Menschen spüren, dass ich mich unwohl fühle, fangen sie an, mich zu verachten. ´ ó Wenn mir jemand zulächelt, könnte eine böse Absicht dahinter stecken. ´
- d) *Kritische Selbstbeurteilung des eigenen Körpers:*
Wenn ich mich vor Anderen blamiert habe, erstarre ich völlig und bin unfähig, mich angemessen zu verhalten. ´ ó Beim Tanzen fühle ich mich unwohl, weil ich überzeugt bin, dass ich auf diejenigen, die mich dabei beobachten, lächerlich wirke. ´ ó Ich kontrolliere mich stark, um nicht unangenehm aufzufallen und mich dadurch lächerlich zu machen. ´ ó Wenn ich von Anderen verspottet werde, verliere ich meine Fassung und bin nicht mehr fähig, meine Bewegungsabläufe angemessen zu steuern. ´ ó Meine Körperhaltung und meine Bewegungsabläufe sind irgendwie komisch. ´
- e) *Kritische Selbstbeurteilung eigener verbaler und nonverbaler kommunikativer Kompetenzen:*
Wenn ich nicht Angst hätte, mich lächerlich zu machen, würde ich in der Öffentlichkeit viel mehr sprechen. ´ ó Ich glaube, dass ich auf Andere komisch wirke. ´ ó Vorstellungsrunden bereiten mir große Angst, weil ich stottern, erröten oder sonst wie unangemessen reagieren könnte. ´ ó Wenn ich einen Witz erzähle, kann ich plötzlich Herzklopfen oder eine belegte Stimme bekommen. ´ ó Wenn ich mich an Diskussionen beteilige, empfinde ich meine Argumente als lächerlich. ´ ó Wenn ich

mich am Telefon verhaspele, stelle ich mir sofort das verächtlich grinsende Gesicht meines Gesprächspartners vor. Ich gerate dann in Panik.´

- f) Sozialer Rückzug (í)
- g) Problematische Interaktion mit den Anderen (í)
- h) Minderwertigkeitsgefühle und Neid, die aus dem Vergleich mit den Humorkompetenzen der Anderen entstehen (í)ō(Titze, 2010, S.75f.)

Die Gelotophobie kann als eine spezifische Variante der Schamangst betrachtet werden. Die Betroffenen leiden unter Gefühlen der Selbstverachtung, Unsicherheit und Unterlegenheit. Ein Merkmal von Menschen mit Schamangst ist die tiefe Überzeugung, dass etwas Wesentliches mit ihnen nicht stimmt. Sie glauben, in den Augen der Anderen verachtenswert und lächerlich zu sein (vgl. Titze, 2010, S. 69).

Titze geht auch auf außerfamiliäre Ursachen der Gelotophobie ein. Im Vordergrund stehen dabei traumatische Erfahrungen mit destruktiven Formen des Lachens. Zumeist reagieren die Betroffenen passiv. Sie vermeiden soziale Konfrontation, wenn eigene aggressive Tendenzen abgewehrt oder gehemmt werden. Die Beschämung führt zur Entfremdung von sich selbst und von den Mitmenschen. Besonders in der Adoleszenz ist die Anerkennung in der Altersgruppe für die Identitätsfindung wichtig. Studien haben nachgewiesen, dass Amokläufer in den Schulen fast immer beschämte und gehänselte Außenseiter waren, wobei es nach einer langen Phase der Aggressionsabwehr zu explosiven Aggressionsausbrüchen gekommen ist (vgl. Titze, 2010, S.74.)

5. Lachen, Tanzen und Spielen

5.1 Erstes Lächeln/Lachen und Imitation

Der mimische Ausdruck des Lächelns von Säuglingen ist als kommunikativ-emotionale neuronale Muster an Stammhirn und limbischem System angeboren. Das Reflexlächeln tritt bereits pränatal auf und steht in Verbindung mit Bewegungsaktivierung und erhöhter Herzfrequenz. Postnatal zeigen Babys ein Lächeln ab der sechsten bis achten Lebenswoche, welches z.B. durch ein menschliches Gesicht stimuliert werden kann, also durch einen visuellen Reiz. Aber nicht nur Lächeln, sondern auch andere mimische Muster werden zeitverzögert imitiert, z.B. das Zunge-Rausstecken. Es konnte beobachtet werden, dass Babys unterschiedlich auf stilisierte Gesichter reagieren. Das Gesicht mit Lächel-Mimik 😊 wurde dem Gesicht mit Sorgen-Mimik 😞 gegenüber bevorzugt.

In den ersten Lebenswochen zeigen Babys vokale Geräusche, die als Lachen angesehen werden können. Untersuchungen von Alan Sroufe und Jane Wunsch in den 1970er Jahren an der Universität von Minnesota bezüglich Lachen auslösender Stimuli zeigten, dass jüngere Babys (4 bis 6 Monate) häufiger auf auditive und taktile Stimuli reagieren als ältere Babys. Die älteren zeigen deutlichere Reaktionen auf visuelle und soziale Stimuli. Das Fangspiel šIch krieg dich!ō wirkt als Lachstimulus am stärksten und vereint soziale, taktile und auditive Reize. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit des Lachens an. Die Aufforderung zu

Spielen mit gespielter Aggression löst auf beiden Seiten Freude und Lachen aus. Dieses frühe Lachspielen ist eine besondere Form des sozialen Lernens, da die eigenen Handlungen Auswirkungen auf das Gegenüber haben.

Die Ausdifferenzierung der Gesichtsmuskulatur und mimischen Motorik steht in Zusammenhang mit einem aufrechten Gang und dem Bi-Pedalismus, dem Stehen und Gehen auf zwei Beinen. Die aufgerichtete Haltung ermöglicht das Zeigen, Sehen und Lesen des Gesichts. Die Fähigkeit, alle mit der Mimik in Zusammenhang stehenden Körpersignale wie Freundlichkeit oder Bedrohung richtig zu deuten, kann überlebenswichtig sein.

Der italienische Neurophysiologe **Giacomo Rizzolatti** und seine Mitarbeiter haben in der Mitte der 1990er Jahre die sogenannten šSpiegelneuroneö entdeckt. Sie erkannten, in welchen Hirnregionen die mimischen Wahrnehmungen und motorischen Imitationen verortet sind. Sie konnten den Nachweis erbringen, dass allein durch das Betrachten mimischer Muster anderer Personen vergleichbare neurologische Prozesse im eigenen Gehirn ausgelöst werden, verbunden mit den zugehörigen psycho-physischen Reaktionen. Das Lächeln des Babys wird zwischen dem zweiten und fünften Monat immer mehr zu einem sozialen Lächeln. Ein lächelnder Erwachsener löst beim Baby ein Lächeln aus und umgekehrt. Durch diese dialogische Feinabstimmung der Mimik wird zwischenmenschliche Bindung aufgebaut, Wärme und Zuneigung mit einem Lachen oder Lächeln ausgetauscht (vgl. Cubasch, 2009, S. 37-40.).

5.2 Lachen, Lust und Spiellaune

Rubinstein geht in seinem Buch *šDie Heilkraft Lachenö* auf die enge Beziehung zwischen Lachen und Spiel sowie Lachen und Lust ein. Er nennt Spiellaune ein *šemotionales Befinden, das Lust zum Spielen impliziertö* (Rubinstein in: Cubasch, 2009, S. 53). Nach Rubinstein ist Spiellaune besonders in der Kindheit stark ausgeprägt. Kinder entfalten die einfachsten und intensivsten Lachformen, selbst unangenehme Reize können Lachen auslösen. Auch Erwachsene können unangenehmen Ereignissen mit Komik begegnen, wenn sie sich in Spiellaune befinden.

Im Gegensatz zu Erwachsenen, die im Schnitt nur 15 Mal täglich lachen, lachen Kinder bis zu vierhundert Mal am Tag. Cubasch ist der Meinung, es liege daran, *šdass Kinder, denen es gut geht, fast immer aktiv, freudig in Bewegung und in vielfältige Interaktionen eingebunden sind. In Spiellaune lachen sie beim Fangen, Schaukeln oder lustvollen Raufen. Das Lachen steht dabei nicht im Vordergrund, es läuft mit und begleitet die Aktionen und Interaktionen.ö* (Cubasch, 2009, S. 54)

Untersuchungen im Rahmen der Psychoneuroimmunologie zeigten, dass Bewegung, Spiel und Lachen auf das Belohnungszentrum im Gehirn wirken, welches darauf mit der Ausschüttung von Dopamin und Endorphinen antwortet. *šDie dadurch entstehenden Glücksgefühle könnten in Kindern eine Art positiver Sucht entstehen lassen, eine körpergemäße und unschädliche Sucht, die mit Lebenslust und der Freude zu tun hat, in Bewegung zu sein, spielen zu können und Glück zu empfinden.ö* (Cubasch, 2009, S. 54)

Kinder lachen nicht über lustige Situationen, sondern in lustigen Situationen. Anlass zum Lachen geben nicht hochkomplizierte Brett- und Kartenspiele oder sportliche Rasenspiele, sondern vor allem einfache, elementare Spiele wie Fangspiele, das Sichbalgen, Spiele mit beweglichen Medien (die rollen, wippen, dehnbar sind), das *šSo-Tun-als-obō* oder die *šKomik der Ungeschicklichkeitō*. Auch Erwachsene schätzen es, in dieser kindlichen, absichtslosen Weise zu spielen und zu lachen. (vgl. Cubasch, 2009, S. 54f.)

5.3 Entwicklungsstufen des Spielens

šDenn, um es endlich auf einmal herauszusagen, der Mensch spielt nur, wo er in voller Bedeutung des Worts Mensch ist, und er ist nur da ganz Mensch, wo er spielt.ō (Schiller, 2009, S. 64)

Kleinkinder beginnen mit etwa sechs Monaten, Ablauf und Ziel von Bewegungssequenzen zu speichern, z.B. wird ein Ball, der hinter einer Sichtblende entlang gerollt wird, am anderen Ende erwartet. Mit etwa neun Monaten hat das Kind die Fähigkeit, Bezugspersonen und Objekte als existent anzuerkennen, auch wenn diese nicht im Blickfeld sind. Diese Objektkonstanz zeigt sich z.B. darin, dass ein Kind einen Ball, der in ein Tuch gewickelt ist, wieder auspackt. Es weiß, dass der Ball vorhanden ist, auch wenn es ihn nicht sieht. Mit etwa zwölf bis vierzehn Monaten kann ein Kind Ziele und Absichten von beobachteten Handlungen voraussehen und verstehen. Die Welt des Kindes ist bis dahin eine Ansammlung von Handlungsmöglichkeiten. Zwischen dem zwölften und achtzehnten Lebensmonat bildet sich die Erkenntnis, dass sich das Selbst und anderen unterscheidet, die Subjekt-Objekt-Differenzierung. *šUm diese Zeit herum kommt zum bereits vorhandenen intuitiven Gefühl der sozialen Identität (‘S-Identity’: Ich gehöre zur Welt der anderen) nun die Wahrnehmung einer eigenen Identität als Individuum hinzu (‘I-Identity’: Ich bin anders als die anderen).ō* (Bauer, 2006, S. 65). Das kindliche Gehirn bezieht sich auf abgespeicherte, erlebte Aktions- und Interaktionssequenzen, um die Welt und sich selbst zu definieren.

Um konsistente Beziehungserfahrungen zu machen, ist das Kind auch weiterhin auf feste Bezugspersonen und den Austausch von spiegelnden Imitationen angewiesen. Kurz vor Beendigung des zweiten Lebensjahres braucht das Kind ein zusätzliches Übungsfeld, *šin dem es Handeln und Fühlen in unterschiedlichen Rollen, also aus verschiedenen Perspektiven, erproben kann. Dieses Übungsfeld ist das kindliche Spiel. Seine überragende Bedeutung ergibt sich daraus, dass das Kind hier, und nur hier, eine nahezu unendliche Anzahl von Handlungs- und Interaktionssequenzen kennen lernen und trainieren kann.ō* (Bauer, 2006, S. 65f.) Mit etwa achtzehn Monaten ist das Kind in der Lage, Handlungen gezielt zu beobachten und durch bewusste Imitation einzuüben. Jetzt ist die neurobiologische Voraussetzung für die Fähigkeit zu spielen, das Spiegelsystem, entwickelt. Jedoch sind auch in dieser Zeit *šlebende Vorbilderō*, die das Kind zum Spielen anleiten, unerlässlich. Menschen oder Figuren auf dem Bildschirm können mit dem Kind keine persönlichen Interaktionen gestalten. Erst wenn Bezugspersonen direkt anwesend sind, auf die Aktionen des Kindes reagieren und das Spielen immer wieder in Gang bringen, können Kleinkinder allmählich die Fähigkeit entwickeln, das Spiel selbst zu organisieren (vgl. Bauer, 2006,

S. 64-66).

Der britische Kinderarzt und Psychoanalytiker **D.W. Winnicott** (1896-1971) beschreibt die ersten Monate als sensomotorische Zeit, in der die Angebote der Mutter vollkommen auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmt sind (=Omnipotenzgefühl). Das Kind ahmt unbewusst nach (=Akkommodation) und probiert immer wieder aus. Später verringert die Mutter die stufenweise Anpassung und bezieht eigenes Spielverhalten ein, wobei das Kind lernt, diese fremden Ideen zu ertragen. Zwischen dem vierten und zwölften Monat entwickelt das Kind Übergangsphänomene wie z.B. Lallen, Tönen, einen Bettzipfel in den Mund stecken, um sich selbst zu beruhigen und zur Abwehr von Angst. Übergangsobjekte, welche vom Kind geliebt und misshandelt werden, bilden eine Brücke zu den realen Objektbeziehungen. Hier entsteht ein Intermediärer Raum, in dem sich Mutter und Kind in zwei überschneidenden Spielbereichen begegnen und wo gegenseitiger Austausch stattfindet. Ab einem Alter von zweieinhalb Jahren bis etwa zum fünften Lebensjahr werden im Symbolspiel äußere Objekte in Beziehung gebracht zu eigenen Fantasien und Vorstellungen (=Assimilation). Das Kind kann sich mit sich selbst beschäftigen. Gemeinsam gespielt wird im Regelspiel ab dem fünften Lebensjahr. In dieser Zeit erwirbt das Kind soziale Kompetenzen (vgl. Schnoor, Skizzenpapier).

5.4 Tanzen und das Spielerische

š Wenn man sich mit allem, was Musik heißt, eigentlich dauernd innerhalb der Grenzen des Spiels befindet, so gilt dies in noch weit höherem Maße von der von ihr nicht zu trennenden Zwillingskunst, dem Tanzen í man kann im vollsten Sinne des Wortes sagen, daß der Tanz selbst Spiel ist, ja daß er eine der reinsten und vollkommensten Formen des Spiels bildet.õ (Huizinga in: Zimmer, 2000, S. 9)

Tanzend spielen und spielend tanzen ó das mag für Kinder gelten. Für Erwachsene ist die Vorstellung des Spielens im Bezug auf den eigenen tänzerischen Ausdruck oftmals eher befremdlich. Jedenfalls assoziieren viele damit Kindlichkeit, Naivität, Kontrollverlust. Wenn Kinder spielen, scheinen sie die Welt um sich herum zu vergessen. Sie sind ganz im Hier und Jetzt. Diese Selbstvergessenheit und Hingabe, das Aufgeben von Kontrolle und die Leichtigkeit des Spiels wünschen sich viele Erwachsene zurück.

Bewegung, Tanz und Spiel sind elementare menschliche Ausdrucksformen. Tanzen ist eine der ursprünglichsten Lebensäußerungen und wird von vielen Tanzschulen als die älteste Kunstform der Menschheit beworben. Noch bevor sich kleine Kinder sprachlich auszudrücken vermögen, können sie ihren Körper sprechen lassen. Der Körper ist das elementarste Ausdrucksmittel. Bereits ein- bis zweijährige Kinder, die gerade anfangen zu laufen und aufrecht zu stehen, wippen mit ihrem Körper, wenn sie rhythmische Musik hören, drehen sich um die eigene Achse, stampfen und klatschen spontan. Sie reagieren unbefangen und kreativ auf rhythmische Impulse. Man kann diesen Bewegungsausdruck als erstes Improvisieren bezeichnen.

šWie das Spiel ist der Tanz zweckfrei und wird in erster Linie um seiner selbst willen ausgeführt. Vergleichbar mit den Funktionsspielen des Kleinkindes erfolgt das Tanzen aus Lust am Sichbewegen. Im weitesten Sinne handelt es sich auch um exploratives Verhalten, um das Erproben, was man mit dem eigenen Körper machen kann. Wiederholungen werden aus Freude an der Bewegung ausgeführt, an der Ausformung und Variation der Bewegungsabläufe.ō (Zimmer, 2000, S. 11)

Das Spiel ist gleichsam Vorstufe des Lernens wie auch das Lernen selbst, bei dem die produktiven, gestaltenden und imitativen Kräfte des Menschen geweckt, gefördert und auch erhalten werden. Die Sportwissenschaftlerin Renate Zimmer schreibt: *šWir neigen dazu, das Spielen auf bestimmte Lebensalterstufen zu beziehen und sehen seinen pädagogischen Nutzen vor allem in der Kindheit, aber auch der Erwachsene kann bis ins hohe Alter schöpferische, kreative Kräfte aus dem Spiel gewinnen.ō (Zimmer, 2002, S. 13)*

Meines Erachtens ist diese Aussage wesentlich im Bezug auf die Tanztherapie. Spielen kann als eigene Lernmethode betrachtet werden. Der Erziehungswissenschaftler Norbert Kluge sieht ebenso einen Zusammenhang zwischen Spielen und Erleben und Spielen und Lernen: *šSpiel kann als spezifische Form des Lernens und geradezu als eigene Lernmethode aufgefaßt werden, bei der vor allem subjektive Momente wie Entscheidungsfreiheit, Freude, Genuß, Spannung, Lösung und imaginatives Denken zum Tragen kommen.ō (Kluge in: Zimmer, 2000, S. 13)*

Tanz ist ein weites Spielfeld mit vielfältigen spielerischen Möglichkeiten. Und auch beim Tanzen ist es wie beim Spiel einfacher, wenn man die Spielregeln kennt. Das können verschiedene Tanzstile oder Bewegungsideen sein, die Sicherheit geben als Basis für das Spiel der Improvisation im freien Tanz.

5.5 Psychotherapie und Spielen

Winnicott geht von dem Grundsatz aus, *šdaß sich Psychotherapie in der Überschneidung zweier Spielbereiche vollzieht, dem des Patienten und dem des Therapeuten. Wenn der Therapeut nicht spielen kann, ist er für die Arbeit nicht geeignet. Wenn der Patient nicht spielen kann, muß etwas unternommen werden, um ihm diese Fähigkeit zu geben; erst danach kann die Psychotherapie beginnen.ō (Winnicott, 2010, S. 65f.)* Nur im Spielen könnten Patienten ó ob Kinder oder Erwachsene ó sich kreativ entfalten, schöpferische Erfahrungen machen und sich selbst entdecken.

Eine Form der Bewegungstherapie, die Objektbeziehungen berücksichtigt, hat zum Ziel *šdas Präverbale durch expressives Wiedererleben und symbolische Darstellung innerhalb eines Übergangsraums, des šSpielsō, deutlich zu machen. (Bernstein, 1999, S. 234)* Penny Bernstein bezeichnet Spielen als Übergangsphänomen, welches in einem Zwischenraum geschieht und Innen- und Außenwelt miteinander verbindet. Bernstein bezieht sich auf die Hypothese von Winnicott und Sutherland, nach der Spielen *šdie Urform für die Praxis in der Therapie mit Kindern und Erwachsenenō ist. Sie zitiert Sutherland: šNur im Spiel setzt das Individuum ó Kind und Erwachsener ó seine ganze Persönlichkeit in kreative Aktivität ein,*

und nur in kreativer Aktivität entdeckt es sein Selbst. (Sutherland in: Bernstein, 1999, S. 233).

Die Tanztherapeutin Petra Klein bezeichnet das spielerische Element als *„die Verbindung von Leichtigkeit und Tiefe“*. *„Es gilt, die spontanen Impulse im Menschen wieder zu wecken und sie wachsen zu lassen. Der Mensch kann dabei wieder mehr Kontakt mit dem Kind in sich aufnehmen, ohne jedoch sein Erwachsen-Sein zu negieren. Die Kunst der Tanztherapie liegt in der Unverfänglichkeit der Angebote.“* (Klein, 2007, S. 90)

6. Tanztherapie

6.1 Definition, Methoden und Ziele

„Tanztherapie ist künstlerische und körperorientierte Psychotherapie. Sie beruht auf dem Prinzip der Einheit und Wechselwirkung körperlicher, emotionaler, psychischer, kognitiver und sozialer Prozesse.“ (BTD-Broschüre, S.5)

Die Tanztherapie hat ihre Wurzeln im deutschen Ausdruckstanz und in der Tiefenpsychologie des C.G. Jung und Alfred Adler. In den 1940er Jahren erlebten emigrierte Tänzerinnen in den USA Ausdruckstanzformen als heilsam und wandten diese in psychiatrischen Kliniken an.

Zu den wichtigsten Vertreterinnen gehört **Marian Chace** (1886-1970), deren Schwerpunkte in ihrer kinästhetischen Empathie lagen. Auf die nach ihr benannte Chace Methode wird unter 12.1 näher eingegangen, da der Chace-Kreis ein wichtiger Bestandteil meiner Gruppenstunden ist.

Trudi Schoop (1903-1999) beeindruckt mich mit ihrem außerordentlichen Einfühlungsvermögen in die menschliche Gefühlswelt und dem Vertrauen in ihre eigene Intuition. Sie konnte mit ihrer liebenden Präsenz Menschen – sie benutzte den Begriff Patienten nicht – in psychiatrischen Kliniken erreichen. *„Jeder, der die Welt des Tanzes erlebt hat, weiss, wieviel Freude der Körper uns geben kann. Deshalb möchte ich das angeborene Talent des Körpers zur Freude an sich selbst aufleben lassen und versuchen, die seelischen Wunden zu heilen, indem ich dem Menschen ein neues und positives Gefühl für seinen eigenen Körper zu vermitteln versuche.“* (Schoop, 1981, S. 71)

Mary Whitehouse (1910-2001) ergänzte ihre umfangreiche tänzerische Ausbildung mit einer Jungschen Analyse und entwickelte die Authentische Bewegung als Methode, bei der innere Impulse, Bilder oder Phantasien über die Bewegungen des Körpers ausgedrückt und sichtbar gemacht werden. So können neurotische Menschen unter der Zeugenschaft der Therapeutin ihre Ich-Kontrolle aufgeben.

Rudolf von Laban (1879-1958) war ein Wegbereiter des deutschen Ausdruckstanzes. Er erforschte die Komplexität von Bewegung und die Laban Bewegungsanalyse – entwickelte eine Tanzschrift sowie eine Raumharmonie- und Antriebslehre.

Irmgard Bartenieff (1900-1981) entwickelte eine korrektive Körperarbeit aus den Prinzipien der Laban Bewegungsanalyse und ihrem Wissen als Physiotherapeutin: die Bartenieff Fundamentals. Diese Übungen sollen den Körper an seine ursprünglichen Bewegungsmuster erinnern.

Die Psychoanalytikerin und Säuglingsforscherin **Judith Kestenberg** (1910-1999) arbeitete mit Anna Freud und Margret Mahler zusammen an Beobachtungen der Mutter-Kind-Beziehung. Mit den Konzepten von Irmgard Bartenieff und Warren Lamb entwickelte sie das Kestenberg Movement Profile (KMP). Das KMP ist ein System zur Bewegungsbeobachtung und Bewegungsdiagnostik im Kontext mit theoretischen Aspekten der Triebtheorie, der Ich-Psychologie und der Objekt-Beziehungstheorie.

Von ihrem Ursprung her ist die Tanztherapie den erlebnisorientierten körpertherapeutischen Methoden zuzuordnen. Ausgangspunkt und Gegenstand tanztherapeutischer Arbeit ist das subjektive Erleben der eigenen Identität auf der kinästhetischen Ebene (Bewegungs- und Körperempfinden), der intrapsychischen Ebene (emotional-kognitiv) und der interaktionellen Ebene (interpersonelle Beziehung). Es wird davon ausgegangen, dass sich psychische Konflikte und Störungen im Körper und im Bewegungsverhalten, also in Haltung, Dynamik, Muskelspannung, Atmung repräsentieren. Als Psychotherapie mit Bewegung nutzt die Tanztherapie die Heilkraft des Tanzes, damit der Mensch seine Mitte, sein inneres Gleichgewicht wiederfindet, also positive Veränderungen im Körper- und Selbsterleben ermöglicht werden.

Im tanztherapeutischen Prozess werden zuerst die vorhandenen Ressourcen und gesunden Persönlichkeitsanteile der Patienten gestärkt. Es geht erst einmal um Ich-Stärkung und psychische Stabilität, bevor weiterführend neue und alternative Bewegungs- und Handlungsmöglichkeiten angeregt und ausprobiert werden können. Als Tanztherapeutin entwickle ich ein Gespür für die Belastungsgrenzen des einzelnen Patienten. Für den tanztherapeutischen Prozess stehen mir drei Ausrichtungen und Tiefen, die einander bedingen, zur Verfügung. Das ist zum einen die Ich-stärkende, stützende, übungszentrierte Ebene, die erlebniszentrierte Ebene und die konfliktaufdeckende, konfliktzentrierte Ebene.

Wichtige methodische Wege in der Tanztherapie sind: Spiegeln, Chace-Kreis und Authentische Bewegung. Darüber hinaus kommen selbstredend Tanztechnik, Improvisation, d.h. eine Art freies Assoziieren und Gestaltung zum Tragen. Das wichtigste Auswahlkriterium für eine Methode oder tanztherapeutische Intervention ist der individuelle Bewegungsstil und die aktuelle Befindlichkeit des Patienten (vgl. Hellmund, 2010, S. 3).

Folgende Ziele werden mit der tanztherapeutischen Arbeit angestrebt:

*§ Förderung der Körperwahrnehmung und Entwicklung eines realistischen Körperbildes als Grundlage eines adäquaten Selbsterlebens und einer angemessenen Fremdwahrnehmung,
Erweiterung des Bewegungsrepertoires im Sinne der nachreifenden Ich-Entwicklung,
Bearbeitung von emotionalen Erlebnisinhalten,*

*Bearbeitung innerseelischer Konflikte und struktureller Defizite
Bearbeitung von intrapsychischen Konflikten und strukturellen Defiziten,
Förderung der authentischen Bewegung, des selbstbestimmten Ausdrucks und der
Integration des Unbewussten
Erwerb neuer Möglichkeiten von Beziehungsgestaltung und Handlungskompetenz
Verwirklichung individueller Bedürfnisse im Einklang mit sozialer Kompetenz* (BTD-
Broschüre, S. 7f.)

Seit den 1980er Jahren gibt es in Deutschland Ausbildungsinstitute für Tanztherapie und seit den 1990er Jahren konnte sich die Tanztherapie als klinisches Verfahren etablieren.

6.2 Anwendung und Einsatzmöglichkeiten

Die Tanztherapie ist eine verfahrensübergreifende Methode, die im tiefenpsychologischen, systemischen, verhaltenstherapeutischen und humanistischen Behandlungskontext Anwendung findet. Es werden alltägliche Bewegungen und Tanz als Ausdrucksform für eigene Gefühle, körpersprachliche Interaktionen und zur Gestaltung einer therapeutischen Beziehung genutzt. Durch spielerisches Experimentieren und schöpferisches Gestalten können die Patienten neue Möglichkeiten des Körperausdrucks finden, mit eigenen Empfindungen, Bedürfnissen und Gefühlen in Kontakt kommen und vorhandene Stärken entdecken.

Tanztherapie wird je nach Indikation einzeln oder in einer Gruppe angeboten und kann als Kurzzeittherapie zur Unterstützung bei der Bewältigung aktueller Krisen oder als Langzeittherapie zur Begleitung bei längeren, tiefgründigen Prozessen durchgeführt werden. Die Dauer der Behandlung ist meistens kürzer als in anderen tiefenpsychologischen Verfahren, da das Unbewusste über die nonverbale, körperorientierte und erlebniszentrierte Herangehensweise zusätzlich angesprochen wird. Es sind keine Vorerfahrungen in Tanz und Bewegung erforderlich. Die Methodenvielfalt ermöglicht einen kreativen Spielraum, der vom Kleinkind bis zum Senioren verschiedenen Altersgruppen angemessen ist. Dabei können Materialien wie Tücher, Stäbe, Seile, Bälle zum Einsatz kommen, um die Spielfreude anzuregen. Auch Musik kann gezielt eingesetzt die Phantasie anregen und den Gefühlsausdruck fördern.

Klassische Indikationen für den Einsatz von Tanztherapie sind psychiatrische und psychosomatische Krankheitsbilder. Behandelt werden unter anderem: Psychosen, Affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Suchterkrankungen, Angststörungen, chronische Schmerzzustände, Essstörungen.

Bei der Arbeit mit psychiatrischen Patienten spielt der Beziehungsaspekt eine besondere Rolle. Angestrebt werden auf der intrapsychischen Ebene u.a. Affektregulierung, das Zeigenkönnen von Gefühlsaspekten in und durch Bewegung, auf der interaktionellen Ebene Erlebnisse von Nähe und Distanz für eine angstfreie Selbst- und Objektdifferenzierung zum Erlernen von Abgrenzung und Selbstbehauptung und auf der kinästhetischen Ebene Erfahrungen zum eigenen Körperbild und Körpererleben, wie Atmung,

Anspannung/Entspannung usw. Für diese Patienten ist eine klare Struktur der Bewegungsarbeit, der Verbalisierung und des Geschehens in der Gruppe wichtig. Eine unterstützende Form kann hierbei der Kreis oder Partnerarbeit sein, ebenso rhythmisch strukturierte Musik. Das Spiegeln der eigenen Bewegung lässt den Patienten sich akzeptiert und respektiert fühlen.

Bei psychosomatischen Störungen besteht das Hauptziel der tanztherapeutischen Arbeit darin, Patienten anzuregen, ihre psychische und funktionale Balance wieder zu finden. In diesem Zusammenhang finde ich u.a. folgende Interventionen und Anregungen hilfreich: verbal und körpersprachlich Nein-Sagen üben, bewusst Pausen setzen, also kein Durchhalten- müssen, Arbeit mit An- und Entspannung, Grenzen setzen und wahrnehmen, eigene Kraft spüren. Auch bei essgestörten Patienten ist eine körperorientierte Therapie in der Gemeinschaft von Mitbetroffenen erfolgreich. Anorektische Patienten treten mit ihrem Körper in Beziehung und können lernen, ihn realistischer wahrzunehmen und ein Stück weit mehr zu akzeptieren (vgl. Hellmund, 2010, S. 4).

Die Tanztherapie wird psychotherapeutisch, rehabilitativ und präventiv in folgenden Einrichtungen angewendet:

- *š Private Praxen für Tanztherapie,*
- *Kliniken für Psychiatrie und Neurologie,*
- *Kliniken für psychosomatische Medizin,*
- *Suchtkliniken,*
- *Tageskliniken,*
- *Heil- und sonderpädagogische Einrichtungen,*
- *Vor- und Nachsorgeeinrichtungen*
- *Beratungsstellen.ō (BTD-Broschüre, S. 8)*

7. Lachyoga als spielerische Methode in der Tanztherapie

7.1 Entstehung und Dimensionen des Lachyoga

Der in Bombay (heute Mumbai) praktizierende indische Arzt **Dr. Madan Kataria** stellte fest, dass es neben dem Humor noch andere Wege gibt, um Lachen auszulösen. Dr. Kataria überprüfte die Wirkungen von Lachen in der Praxis, indem er in einem öffentlichen Park Passanten fand, die einen šLachclubō bildeten, um sich gegenseitig Witze und lustige Geschichten zu erzählen. Nach zwei Wochen gab es eine Krise, weil die guten Witze erschöpft waren und negative, verletzende Themen aufkamen. Einige gekränkte Teilnehmer forderten daraufhin die Schließung des Lachclubs. Daraufhin sichtete Dr. Kataria nochmals seine Unterlagen und entdeckte die Lösung: Der Körper unterscheidet nicht zwischen einem echten und einem gespielten Lachen, d.h. er produziert in beiden Fällen dieselbe sogenannte Glückschemie. Die Lachgruppe ließ sich darauf ein, eine Minute lang Lachen zu simulieren

und innerhalb kurzer Zeit entstand daraus ein echtes, ansteckendes Lachen. Das war die Geburtsstunde des Lachyoga (indisch: Hasya Yoga) ó dem Lachen ohne Grund.

Dr. Kataria und seine Frau **Madhuri Kataria** (Mitbegründerin des Lachyoga) erkannten als Yoga Praktizierende Ähnlichkeiten zwischen Lachen und Pranayama-Yoga-Atemtechniken. Sie kombinierten Lachübungen mit tiefem Atmen, was die Wirkung der Lachübungen noch verstärkte. Lachyoga ist somit eine Kombination aus Yoga-Atmung, **Stretching** und Lach- und Entspannungsübungen.

Was 1995 als kleiner Lachclub mit fünf Teilnehmern begann, ist heute eine weltweite Bewegung mit mehr als 6.000 Lachclubs in über 60 Ländern. Der erste Sonntag im Mai ist *šWeltlachtagö*, der 1998 von Dr. Kataria ins Leben gerufen wurde. Ziel ist es, ein globales Bewusstsein der Freundschaft und Verbundenheit zu schaffen und damit den Weltfrieden zu unterstützen (vgl. Gee, 2008, S. 3-4).

Kataria stellte bereits nach kurzer Zeit veränderte Einstellungen zu Sorgen, Problemen, Krankheiten und Pessimismus, Milderung von Angst vor Versagen, Fehlern oder Lächerlichkeit fest. Lachyoga ist somit einem Verhaltenstraining oder einer Verhaltenstherapie ähnlich.

Kataria nennt den sozial-kommunikativen Aspekt des Lachens den *šGeist des Lachensö* (*šspirit of laughterö*). *šLachen bringt die Menschen einander näher und verbessert zwischenmenschliche Beziehungen.ö* (Kataria in: Cubasch, 2009, S. 99) Kataria gibt auch Anregungen, wie Krankheit auslösende Isolation und Vereinsamung verhindert werden können: durch Lachen, Tanz, lustige Spiele, Feiern, Ausflüge, Picknicks. Dies geschehe in tragfähigen sozialen Gemeinschaften wie den Lachclubs.

šLachen hat keine Sprache, kennt keine Grenzen, unterscheidet nicht zwischen Kasten, Konfessionen und Hautfarbe. Es ist ein machtvolles Gefühl, das alle Zutaten besitzt, um die Welt zu vereinigen. Mission: Weltfrieden durch Lachen.ö (Kataria in: Cubasch, 2009, S. 100).

Eine weitere Dimension des Lachyogas sieht Kataria in der Förderung der Spielfreude, des Spielerischen im Menschen, ohne dass ein Gefühl der Verlegenheit entstehe. Lachyoga sei zudem die einfachste Methode zur Stimulierung der rechten Gehirnhälfte und damit zur Entfaltung von Phantasie und Kreativität. (vgl. Cubasch, 2009, S. 101)

Kataria konnte mit Hilfe der Neurowissenschaft das Vorurteil, dass nur echtes Lachen sich spontan einstellen könne und dem eingeübten Lachen überlegen sei, entkräften. Entscheidend sei das persönliche Erleben, man könne es lernen, das Lachen zu genießen. Die Wirkung von imitierten Gesten beschreibt **Joachim Bauer** so: *šBewusst durchgeführte Imitationen von mimischen Ausdrucksgesten haben, wie sich in bildgebenden Untersuchungen zeigen ließ, im Gehirn eine Aktivierung der zugehörigen Emotionszentren zur Folge. Eine durch Psychotherapeuten gezielt eingesetzte Spiegelungspsychotherapie könnte möglicherweise in der Lage sein, durch eine spielerische Imitation von bestimmten Körpergesten für Patienten etwas von jenen Gefühlen spürbar zu machen, die mit der jeweiligen Geste normalerweise ausgedrückt werden.ö* (Bauer, 2006, S. 145) Dieses Wissen hat mich darin bestärkt, Lachyoga als spielerische Imitationsübung in meine tanztherapeutische Arbeit einzubeziehen.

7.2 Anwendung von Lachyoga

Bereits Aristoteles bewertete Lachen als *š proprium humanum* – also etwas, was nur dem Menschen eigen ist. Menschen sind in der Lage, dem Lachen eine humane Bedeutung zu geben. Sie können Lachen kultivieren und bewusst und willentlich in das eigene Leben und die zwischenmenschlichen Beziehungen integrieren.

Mit Lachyoga ist erstmals eine Technik ausgearbeitet worden, die es ermöglicht, willentlich zum Lachen zu kommen. Kataria als Erfinder des Lachyoga legt eine Vielzahl von unterschiedlichen Anwendungsbeispielen und Praxisberichten vor, z.B.: Lachyoga in Altenheimen, Blinden- und Gehörlosenschulen, in Gefängnissen, in sozial orientierten Lachclubs, mit Polizeibeamten, in Betrieben und Krankenhausmitarbeitern. Er nennt drei Prinzipien, welche die Spontaneität des Lachens unterstützen:

š Blickkontakt mit seiner ansteckenden Wirkung

die Ermutigung 'so zu tun, als ob' man spontan und herzlich lache,

begleitende pantomimische Bewegungen. (Kataria in : Cubasch, 2009, S. 82)

Diese Technik zum Erlernen des absichtlichen Lachens ist hilfreich, um mit anfänglicher Scham und Skepsis leichter umzugehen zu können. Erwachsene können mit Lachyoga einen kindlichen und weniger gehemmten Zugang zum Lachen finden, das Lachen bekommt einen spielerischen Charakter. Das kann ich aus eigener Erfahrung bestätigen. Neben den gesundheitlichen Werten, die das Lachen mit sich bringen kann, ist Dr. Kataria besonders wichtig, dass die Lachyoga Praktizierenden ihren *š kindlichen Geist* und ihre *š spielerische Einstellung* wieder neu entdecken. (Kataria in: Cubasch, 2009, S. 83)

Allerdings fehlen bisher Langzeitbeobachtungen und vergleichende Untersuchungen über die Auswirkungen von Lachyoga in unserem Kulturkreis in Pädagogik, Pflege, Psychotherapie, Gesundheitsvorsorge oder im Alltag.

7.3 Kontraindikationen

Es gibt bestimmte Beschwerden, bei denen Lachyoga nicht angeraten ist. Schließlich ist Lachen körperlich anstrengend und geht mit einem erhöhten Bauchinnendruck einher. Bei folgenden Erkrankungen ist Lachyoga eine ungeeignete Heilmethode:

š Starke (blutende) Hämorrhoiden, Harninkontinenz, Herzerkrankungen, unbehandelter hoher Blutdruck, jegliche akute Symptome, andauernder Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Viruserkrankungen, Angina Pectoris, Glaukom (Grüner Star), Bruch- und Vorfallerkrankungen des Unterleibs, Bandscheibenvorfall, Epilepsie, Kurz (im Regelfall bis 3 Monate) nach einer Operation, Früh- und Spätstadium einer Schwangerschaft, starke Rückenschmerzen, starke psychische Störungen. (Gee, 2008, S. 15)

8. Embodiment - Die Wechselwirkung von Körper und Psyche

8.1 Einfluss von Körperhaltung und -bewegung auf Emotionen

Im Jahr 1988 führte der Sozialpsychologe **Fritz Strack** mit seinem Forschungsteam an der Universität Mannheim ein Experiment durch, um den Einfluss der Aktivität der Gesichtsmuskulatur auf die Emotionsentstehung zu untersuchen. Wichtig war dem Team zu klären, ob dieser Vorgang auch unbewusst ablaufe, also ob sich eine bestimmte Emotion auch dann einstelle, wenn der Mensch sich nicht bewusst ist, dass er gerade einen bestimmten emotionalen Gesichtsausdruck erzeugt. Probanden wurden gebeten, einen Stift entweder mit den Lippen, den Zähnen oder mit der Hand zu halten. Beim Halten des Stiftes mit den Lippen wird ein Muskel aktiviert (M. orbicularis oris), welcher ein Lächeln verhindert. Hält man dagegen den Stift mit den Zähnen, wird der Muskel aktiviert, der beim Lächeln beteiligt ist (M. zygomaticus major). Wenn der Stift einfach nur in der Hand gehalten wird, kommt es zu keiner Gesichtsmuskelaktivität, eine sogenannte Kontrollbedingung. Um auszuschließen, dass die Probanden dieses Experiment nicht durchschauen, wurde eine cover-story vorgeschoben: das Experiment sei angeblich eine Untersuchung zur Körperbehinderung. Das Ergebnis dieses Versuchs war, dass die Lachmuskel-Gruppe eine Reihe von Cartoons lustiger fand, als die anderen beiden Kontrollgruppen. Es wurde mit diesem Experiment nachgewiesen, dass die Gesichtsmuskulatur direkten Einfluss auf die Stimmung nehmen kann und dass daran keine kognitiven Prozesse beteiligt sein müssen (vgl. Storch, S. 40ff.).

Bereits 1884 fand der Psychologe **William James** heraus, dass die geistige Verfassung sich im Körper und im körperlichen Verhalten widerspiegeln ó egal ob sie von positiven oder negativen Gedanken geprägt sind. Jede Emotion hänge mit einer körperlichen Reaktion zusammen, so James. Weiterhin entdeckte er, dass durch körperliches Darstellen von Emotionen entsprechende mentale Veränderungen hervorgerufen werden. Schauspieler berichten, dass das Darstellen starker Emotionen, wie Traurigkeit und Niedergeschlagenheit in Verbindung mit einer entsprechend zusammengesunkenen Körperhaltung und mit gedrückter Stimme Rückwirkungen auf das eigene Empfinden habe, dass sie während des Spielens tragischer Rollen echte Traurigkeit empfinden würden (vgl. Gee, S. 9).

Die Wechselwirkung von Leib und Seele passiert in beide Richtungen: Nicht nur psychische Zustände drücken sich nonverbal als Gestik, Mimik oder Körperhaltung im Körper aus, sondern Körperzustände beeinflussen auch die psychischen Zustände. Dieses Phänomen wird Embodiment genannt, was so viel wie Verkörperung bedeutet.

Während meines Flamenco-Tanzunterrichts arbeitete ich mit meiner Lehrerin gezielt an einer stolzen, aufrechten Haltung mit erhobenem Kopf und ich konnte wahrnehmen, wie sich auch meine innere Haltung veränderte. Ich fühlte mich zunehmend stolzer und selbstbewusster. Ich habe diese Körperhaltung immer wieder trainiert. So kann ich mir im Sinne einer Emotionsregulation jederzeit selbst helfen, mich aus einer gedrückten Stimmungslage wieder heraus zu bewegen.

Durch den gezielten, willentlichen Einsatz unserer Skelettmuskulatur können wir unsere normalerweise unwillkürlichen Emotionen, unser Verhalten und unsere Einstellungen beeinflussen. Die amerikanischen Psychologen **John Riskind** und **Carolyn Gotay** konnten 1982 in einer Studie eindeutig nachweisen, dass das Durchhaltevermögen der Probanden bei der Lösung einer frustrierenden Aufgabe von der Körperhaltung abhängt. Bei den Teilnehmern der Gruppe in gekrümmter Haltung wurden Themen wie Aufgeben, Mutlosigkeit

und Depression aktiviert. Die aufrechte Haltung der anderen Gruppe bewirkte ein längeres Durchhaltevermögen.

Mit einem anderen Experiment im Jahr 1992 konnte **Sabine Stepper** Psychologin der Universität Trier ó zeigen, dass die Probanden, die in aufrechter Haltung über einer Aufgabe saßen mit größerem Stolz auf ein fiktives Lob reagierten, als die Probanden in gekrümmter Haltung.

Diese Experimente zeigen, welche Macht der Körper entwickeln kann. Interessant für mich als Tanztherapeutin ist: Wie kann ich das Potential des Körpers zur Heilung der Psyche nutzen? Darauf wird im praktischen Teil eingegangen.

8.2 Embodiment aus neurobiologischer Sicht

Der Neurobiologe **Gerald Hüther** von der Universität Göttingen findet es nicht erstaunlich, dass sich Vorgänge der Körpers auch auf das Gehirn auswirken. Signale, die vom Gehirn erzeugt werden, gelangen über den Blutkreislauf und über efferente Nervenbahnen in den Körper und lösen dort entsprechende Reaktionen aus. Die afferenten Nervenbahnen transportieren andererseits die im Körper stattfindenden Prozesse als Informationen über Rezeptoren aus den Gelenken, der Haut, den Augen, den Ohren und den Skelettmuskeln zum ZNS. Die körperliche Ebene steht in einer Wechselwirkung mit der Ebene des Denkens, Fühlens und Verhaltens. Hüther spricht vom Gehirn als Organ der Psyche.

Als die wichtigste Aufgabe des Gehirns sieht Hüther den Prozess der Beziehungsgestaltung. Er meint damit einerseits die Beziehung des Menschen mit seiner Umwelt und andererseits die Beziehungen zwischen den Nervenzellen, welche die Körpervorgänge und Organfunktionen regeln. Im Verlauf der Hirnentwicklung kommt es im menschlichen Gehirn zur Ausreifung neuronaler Verschaltungen in drei übereinander liegenden Schichten: dem Hirnstamm, das sogenannte Reptiliengehirn, dem limbischen System, dem sogenannten Vogel- und Säugetiergehirn und der Hirnrinde, dem sogenannten Primatengehirn. Diese drei Dimensionen sind komplex miteinander verschaltet und das Gehirn erhält über diesen Regelkreis kontinuierlich Informationen über alle im Körper ablaufenden Prozesse. Daraus entwickelt sich das bewussteinsfähige Körper-Selbst, welches nicht an Sprache gekoppelt ist und als Körpergefühl repräsentiert wird. *š Das Körper-Selbst bildet die unterste Ebene für die Verankerung selbst gemachter Erfahrungen und dient als inneres Referenzsystem für die Bewertung von eigenen Erfahrungen auf der Basis von Körpersignalen. (...) Sie sind Signale für Vermeidungs- oder Annäherungsverhalten. Das Körper-Selbst hat immer eine individuelle Geschichte und wird in hohem Maß durch Erfahrungen geformt, die von der regulierenden Aktivität der Mutter bestimmt, gelenkt und ermöglicht werden.õ* (Hüther, 2011, S. 86) Diese inneren Bilder sind unbewusst und vorsprachlich entstanden und auf der Körperebene als emotionale Reaktionsmuster verankert. Mit der Entwicklung des assoziativen Kortex, also den kognitiven und selbstreflexiven Fähigkeiten, kann sich ein differenziertes Selbstbild als Ich-Bewusstsein herausbilden. Mit der Sprachentwicklung gewinnt die Bewertung des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns durch andere Bezugspersonen zunehmend Bedeutung für das Selbstbild. Somit finden sich im Bild, welches ein Mensch von sich hat, auch oftmals Fremd-Komponenten, die nicht mit eigenen Körpererfahrungen übereinstimmen.

Der Zugang zum eigenen Körper kann dadurch unterschiedlich stark blockiert sein. Alle Abwehrvorgänge wie die Abwehr von Schmerz, Trauer und Wut sind mit muskulären Anspannungen und damit einhergehender Haltungs- und Atmungsveränderung verbunden. Menschen wiederholen Erlebens- und Verhaltensmuster aus der Kindheit und verstärken sie mit jeder Wiederholung.

Glücklicherweise ist das Gehirn lebenslang lernfähig und kann sich jederzeit neu konstruieren. Eine Veränderung eines der alten motorischen, sensorischen oder affektiven Muster bewirkt eine Veränderung auf allen Ebenen. Eine Änderung der emotionalen Befindlichkeit kann über die Entdeckung des eigenen Körpers möglich sein, über Veränderungen der Körperhaltung, der Muskelspannung, über Gesten, Massagen, Atemarbeit, Stimmausdruck (vgl. Hüther, 2011, S. 75 ó 97).

š Für jeden, der sich darum bemüht, alte eingefahrene Körperhaltungen und Bewegungsmuster zu verändern, besteht der Lohn seiner Anstrengung in einer Wiederentdeckung seiner eigenen Kompetenz, in einer neuen Haltung und einer neuen Gesinnung ó und nicht zuletzt in einem Zuwachs an Selbstgefühl und Selbstvertrauen. Das bedeutet nichts anderes, als das Wiederfinden der eigenen Gestaltungskraft und Lebendigkeit.ō (Hüther, 2011, S. 96)

Teil B ó Umsetzung in die tanztherapeutische Praxis

9. Rahmenbedingungen in der psychosomatischen Klinik

9.1 Was bedeutet Psychosomatik?

Im vorangehenden Kapitel habe ich die Wechselwirkung von körperlichen und psychischen Vorgängen erläutert. Auch der Begriff Psychosomatik bezeichnet ganz allgemein ebenfalls dieses Wechselspiel. Psychosomatische Reaktionsweisen sind also ganz normale und gesunde Formen des Erlebens. Im täglichen Leben begegnen uns viele dieser Situationen: Herzklopfen bei einem Rendezvous, Erröten bei peinlichen Situationen, vermehrter Harn- und Stuhl drang bei Prüfungsangst, Kopfschmerzen bei Anspannung, Appetitlosigkeit oder Schlafstörungen in belastenden Situationen. Auch im deutschen Sprachschatz spiegeln sich Körper-Seele-Zustände: etwas Belastendes šschlägt auf den Magenō, šgeht an die Nierenō, šverschlägt die Spracheō oder man šnimmt sich etwas zu Herzenō, hat gar šdie Hose vollō, etc.

Von psychosomatischen Krankheiten spricht man, wenn die Körper-Seele-Beziehung eine krankhafte Form annimmt, wenn das Zusammenwirken körperlicher und psychischer Faktoren zur Entstehung und zum Verlauf einer Krankheit beitragen. Folgende Symptome können auf eine psychosomatische Störung hinweisen: Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates wie Glieder- und Gelenkschmerzen, Rückenschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen; Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus; Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Bluthochdruck; Beschwerden im Unterleib/Genitalbereich wie sexuelle Probleme; Einzelsymptome wie Kopfschmerzen, Ohrgeräusche und Schwindel;

Erkrankungen der Atemwege wie Asthma bronchiale oder Erkrankungen des Verdauungstraktes wie Reizdarmsyndrom. Selbst bestimmte Essgewohnheiten können Ausdruck für psychosomatische Zusammenhänge sein wie Übergewicht, Magersucht und Bulimie. Etwa 15 ó 35% aller Patienten in einer allgemeinmedizinischen Praxis weisen eine psychosomatische Erkrankung auf. Es gibt auch sekundär psychosomatische Erkrankungen, die als Folge einer organischen Erkrankung entstehen z.B. nach Herzinfarkt oder Krebs.

Es gibt unterschiedliche psychosomatische Modelle und Behandlungskonzepte, die ich hier nur erwähnen möchte: Konversionsmodell (S. Freud, 1895), Lerntheoretische Konzepte (z.B. Pawlow, 1905), Stressmodell (z.B. Seyle, 1936), Theorie krankheitsspezifischer psychodynamischer Konflikte (F. Alexander, 1950), Konzept der zweiphasigen Verdrängung (A. Mitscherlich, 1953), Theorie der De- und Resomatisierung (M. Schur, 1955) und das Alexythymiemodell (P. Marty, 1957). Diese Modelle beruhen auf einem Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, der sich als falsch herausgestellt hat, weil hier die Komplexität zahlreicher körperlicher Erkrankungen keine Berücksichtigung findet. Heute geht man zunehmend von einer Wechselwirkung zwischen Körper, Psyche und Umwelt aus. Das Krankheitsverständnis der modernen Psychosomatik ist ganzheitlich und bezieht alle biologischen, psychologischen und sozialen Ebenen ein. So werden verschiedene Phänomene verständlicher, z.B. können gleiche Belastungsfaktoren unterschiedliche Erkrankungen hervorrufen bzw. können verschiedene Stresssituationen zur gleichen Krankheit führen; erkrankten Menschen eher als andere auf Grund unzureichender Bewältigungsstrategien und ungünstiger Lebenssituation, kann jeder Mensch unter psychischen oder psychosozialen Extremeinflüssen körperlich erkranken (vgl. Internetquelle 14).

9.2 Therapeutisches Setting

Die Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, in der ich als Tanz- und Bewegungstherapeutin und Entspannungsleiterin tätig bin, besteht aus drei Stationen, von der eine die Tagesklinik ist. Zum Leistungsspektrum gehören die Behandlung von neurotischen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen z.B. Essstörungen, chronische Schmerzzustände, Asthma bronchiale, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, funktionelle Organerkrankungen. Elemente des integrativen Behandlungskonzeptes sind: tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und Gruppengespräche, verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppentherapie wie Selbstsicherheits-, Angstbewältigungs- und/oder Wahrnehmungstraining, tiefenpsychologische Tanz- und Bewegungstherapie, analytische Kunsttherapie, Musiktherapie, Entspannungsverfahren, Sporttherapie wie Reiten, Schwimmen, Kreislauftraining, Rückenschule, kreative Abendgestaltung, Partner- bzw. Familiengespräche und der Kontakt zur Sozialarbeiterin. Das Behandlungsprogramm für die 23 Patienten auf meiner Station wird individuell zusammengestellt. Die Patienten können zwei der drei angebotenen Kreativtherapien wie Kunst, Bewegung und Musik wählen bzw. werden darin eingeteilt.

Der multimodale Behandlungsansatz in einem multiprofessionellen Team ermöglicht eine konzentrierte, umfassende Arbeit am Patienten. Zum Team gehören neben den drei Kreativtherapeuten zwei Psychologinnen, drei Ärzte und das Pflegepersonal. Jeder Patient bekommt eine Bezugsschwester bzw. einen Bezugspfleger, an den er sich jederzeit für ein

Gespräch wenden kann. Ich arbeite 24 Stunden an drei Tagen in der Klinik und biete neben Einzeltherapien (50 Minuten) auch Gruppentherapien für zwei Gruppen (75 Minuten) an. Die Patienten haben zweimal pro Woche eine tanz- und bewegungstherapeutische Gruppentherapie. In der Regel besteht eine Gruppe aus sieben bis acht Patienten, was ich innerhalb dieses Settings als optimale Gruppenstärke empfinde. Da es seit einem Jahr auf unserer Station keine geschlossene, also analytische Gruppe mehr gibt, die über einen Zeitraum von zehn Wochen konstant blieb, haben sich drei offene, also fluktuierende Gruppen etabliert. Die Patienten der offenen Gruppen bleiben zwischen sechs bis zehn Wochen in stationärer Behandlung.

9.3 Räumlichkeiten

Für die Gruppentherapien steht mir im Erdgeschoss ein freundlich heller, genügend großer Raum mit einem orangefarbenen PVC-Fußboden zur Verfügung. An zwei Wänden befinden sich jeweils zwei Fenster mit Blick ins Grüne bzw. auf den Betriebskindergarten. In den Schränken befindet sich eine Vielfalt an Materialien wie kleine und große Tücher in verschiedenen Farben, Sitzkissen, Plüschtiere und Figuren aus Überraschungseiern, Steine und Muscheln, Instrumente, kurze und lange Stäbe, Sandsäcke verschiedener Größen und Gewichte, unterschiedliche Bälle von klitzeklein bis riesengroß, Federn, Malkreide und Papier, bunte Seile, ein dickes Tau, Decken, sogenannte Gefühlsmonsterkarten, eine Postkartensammlung etc. also eine große Auswahl an Spielmaterial.

Da meine Kollegin von der Nachbarstation den Raum auch nutzt, biete ich die Einzeltherapien und die Entspannung in einem anderen Raum an. Dieser ist weniger hell und freundlich und auch etwas kleiner mit einem dunklen Teppichboden. Es ist immer wieder erstaunlich, welchen Einfluss die Raumatmosphäre auf die Patienten und auch auf mich hat. Manche Patienten bevorzugen diesen kleineren und dunkleren Raum.

10. Psychodynamik und Körpersprache der Zielgruppe

10.1 Depressive Patienten

Zu den Symptomen einer Depression gehört das Gefühl, hilflos, leer, in einem tiefen Loch zu stecken. Daraus resultieren Probleme beim Bewältigen der alltäglichen Aufgaben. Das Selbstwertgefühl ist oft stark beeinträchtigt. Von einer klinisch bedeutsamen Depression spricht man, wenn die Gefühle der Hilflosigkeit und Verzweiflung ein Ausmaß annehmen, so dass es den Betroffenen nicht mehr möglich ist, sich selbst aus diesem bedrückenden Zustand zu befreien. Je nach Schwere der Erkrankung kann sie mit akuter oder latenter Suizidalität einhergehen.

Eine Depression als häufigste seelische Störung ist mehr als ein vorübergehendes Stimmungstief. Denken, Fühlen und körperliche Zustände sind oft über einen längeren Zeitraum verändert. Bei frühzeitiger Erkennung und effektiver Behandlung ist die

Heilungsprognose sehr gut: 70 bis 80% aller depressiven Störungen können erfolgreich behandelt werden. In Deutschland erkranken etwa 20% aller Menschen mindestens einmal in ihrem Leben an einer Depression. Zumeist führen mehrere Faktoren zu einer depressiven Erkrankung. So können belastende Lebensveränderungen wie Arbeitsplatzverlust oder Trennung frühe Verlusterfahrungen aus der Kindheit reaktivieren. Es können auch Gehirnstoffwechselstörungen wie Störungen im Serotoninstoffwechsel oder -transport eine Depression begünstigen oder eine persönliche Veranlagung vorliegen z.B. eine genetische Belastung und gehäuftes Vorkommen von depressiven Störungen in der Familie.

Differenziert werden Depressionen von der Weltgesundheitsorganisation (in der ICD-10) nach Schweregrad in leicht, mittelgradig und schwer
nach Verlauf und Frequenz in monophasischen, rezidivierenden/chronischen und bipolaren Verlauf und
bezüglich des Vorliegens somatischer oder psychotischer Symptome (vgl. Internetquelle 15).

Hinter folgenden körperlichen Symptomen kann sich eine Depression verbergen: Schlafstörungen, Magen-Darm-Beschwerden, Herz-Kreislauf-Probleme, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Erschöpfungszustände, Kopf- und Muskelschmerzen, gesteigerter oder geminderter Appetit, erhöhte Reizbarkeit.

Wichtig für eine erfolgreiche Therapie ist das Herstellen einer vertrauensvollen Beziehungsbasis und Geduld. Depressive Patienten brauchen eine empathische Nähe genauso wie eine heilsame Distanz und Offenheit. Oft entwerten depressive Menschen sich selbst und andere, sind leicht kränkbar und verletzlich, was auf einen Selbstwertkonflikt oder einen Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt hinweist. Die Patienten vermeiden Eigenständigkeit und Eigenverantwortung. Riemann bezeichnet Depression als *šAngst, ein eigenständiges Ich zu werdenö*. (Riemann, 1991, S. 59) Auch Verlustängste können eine Depression begleiten. Aggressionshemmung oder Affektstau liegt vor, wenn Ärger unterdrückt wurde. Das kann sich in einer angespannten Körpermuskulatur zeigen (besonders in den Händen). Die Betroffenen können auch unter Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen leiden. Die affektive Störung zeigt sich weiterhin in der mangelnden Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen (Affektwahrnehmungsstörung). Depressive Patienten erlebte ich oft mit Schwierigkeiten, Grenzen zu setzen oder Nein sagen zu können (Nähe-Distanz-Konflikt). Ich habe erlebt, dass bei einigen Patienten ein hoher Selbstanspruch und Perfektionismus vorlag, der sie veranlasst hat, die eigene Grenze zu ignorieren. Depressive Patienten können auch sehr fordernd sein.

Die Regression in die symbiotische Phase dient als Abwehr von Verlustangst aber auch eigenständiger Impulse. Orale Wünsche werden verdrängt, aus Angst, zu fordernd zu sein. Depressive Menschen stellen die Bedürfnisse der anderen vor ihre eigenen. Durch Rationalisierung wird die Opferhaltung begründet. Weiterhin ist die Introjektion ein Abwehrmechanismus zur Verarbeitung des Verlustes eines Objektes, welches verinnerlicht wurde.

Menschen mit depressiven Störungen erleben ihre Krankheit in Form einer niedergedrückten Stimmung, welche sich auch in ihrem Bewegungsbild und ihrer Körpersprache widerspiegelt. Der Bewegungsablauf ist verlangsamt, die Körperhaltung gebeugt, der Antrieb gering. Der Einsatz von Kraft wird vermieden, eine passive Schwere ist auffallend, die Füße haben wenig Bodenkontakt, das Körperzentrum wird kaum einbezogen. Der Gang ist eher schleppend, der Muskeltonus schlaff bis ängstlich angespannt oder verkrampft. Depressive Patienten nehmen sich wenig Raum für die Bewegung der Extremitäten (enge Kinesphäre) und Arme und Hände scheinen wenig in Beziehung zum Körper zu sein. Häufig sind die Arme gebeugt. Es werden allmähliche und indirekte, eher kurvige Bewegungen im Raum bevorzugt. Der Bewegungsfluss ist eher gebunden. Die Freude am Leben und das Interesse am Mitmenschen sind reduziert. Petra Klein formuliert das innerseelische Erleben, welches sich in den Bewegungen widerspiegelt so: *„Kein Recht auf einen eigenen Raum zu haben, sich nicht durchsetzen und abgrenzen zu können, sich selbst nicht zu spüren, statt dessen nur innere Leere wahrzunehmen, immer auf andere ausgerichtet zu sein und sich im Kontakt mit anderen zu verlieren.“* (Klein, 1998, S. 232) Depressive Menschen reden eher leise und langsam, manchmal monoton mit starrer, wie versteinertes Mimik. Manchen fällt es schwer, Blickkontakt aufzunehmen.

Daraus leite ich für meine tanztherapeutische Arbeit u.a. folgende Ziele ab:

Ich-Stärkung

Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse

Selbstbehauptung

Ausdruck körperlicher und emotionaler Impulse

Wahrnehmen eigener und fremder Grenzen

Kontaktfähigkeit

Freude an der eigenen Bewegung und im Gruppenerleben

abgewehrte Impulse und Triebwünsche zum Ausdruck bringen

ankämpfende Efforts, also kraftvolle, direkte und schnelle Antriebe entwickeln

Abschwächen des rigiden Über-Ich und des erhöhten Ich-Ideals

Erleben von Akzeptanz und Zwanglosigkeit ohne Verzicht auf innere Strukturen

10.2 Traumatisierte Patienten

Traumatische Erfahrungen sind tiefgreifende psychosomatische Verletzungen, die die Verarbeitungsmöglichkeiten der Psyche überfordern und tiefe Verzweiflung hervorrufen. Diese schweren Grenzverletzungen von Körper und Psyche führen zu Selbstschutz- und Abwehrstrategien, die vorerst ein Überleben und Verkräften ermöglichen helfen z.B. der Abwehrmechanismus der Spaltung oder der Identifikation mit dem Aggressor.

Bei Typ-I-Traumata handelt es sich um einmalige, plötzliche Ereignisse, in denen Betroffene zu Opfern werden z.B. bei Verkehrsunfällen, durch Naturkatastrophen oder Überfälle. Diese Ereignisse können jeden Menschen treffen. Bei Typ-II-Traumata ist es etwas komplizierter. Je früher, bezogen auf das Lebensalter, die Traumatisierungen eingesetzt haben, je länger sie andauert haben und je näher die Beziehung zum Täter war, desto schwerwiegender sind die

Auswirkungen. Die höchsten Risiken, später an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, ergeben sich bei einer Vergewaltigung, beim Erleben von Krieg und bei Misshandlungen in der Kindheit (vgl. Barnow/ Freyberger/Fischer/Linden, 2003, S. 104).

Die Reaktionen auf traumatische Ereignisse sind unterschiedlich. Einigen gelingt es, innere Ressourcen zu aktivieren und sich nach einiger Zeit aus eigener Kraft und mit Hilfe eines guten sozialen Umfeldes zu stabilisieren. Andere entwickeln psychische und körperliche Beschwerden, die den Alltag erschweren. Manchmal treten die Folgen direkt nach den Ereignissen auf, oft aber erst später. Das geschieht meist in Belastungssituationen oder wenn etwas an das Trauma erinnert. Zwischen einer akuten Traumatisierung und einer posttraumatischen Belastungsstörung gibt es wesentliche Unterschiede:

Bei einer akuten Belastungsreaktion handelt es sich um eine vorübergehende schwere Störung infolge einer außergewöhnlichen körperlichen oder seelischen Belastung. Meist klingt sie innerhalb von Stunden oder Tagen ab. Auslöser kann ein traumatisches Ereignis sein mit einer ernsthaften Bedrohung oder eine als bedrohlich erlebte, ungewöhnliche Lebenssituation z.B. Krankheit, Todesfall oder Unfall. Hilfreich für die Bewältigung kann die Unterstützung durch andere Menschen sein, eine gute körperliche Stabilität und genügend Zeit für die Verarbeitung. Der menschliche Organismus verfügt über zwei Arten der Traumaverarbeitung bei einem akuten Trauma: das *šDichtmachenō* und *šAbschottenō* und die intensive Auseinandersetzung mit dem Ereigneten. Es können sich Rückzug und darüber reden wollen abwechseln, was als Selbstheilungsversuch zu verstehen ist (vgl. Reddemann, 2010, S. 22.)

Eine Anpassungsstörung entwickelt sich langsamer als die akute Belastungsreaktion, meist innerhalb eines Monats nach dem Ereignis. Es kommt zu Beeinträchtigungen z.B. zu depressiven Verstimmungen oder Ängsten während eines Anpassungsprozesses nach einer gravierenden Veränderung der Lebenssituation. Die Beeinträchtigungen halten meist nicht länger als sechs Monate an.

Eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) weist als Ursache ein lebensbedrohliches Trauma auf, bei dem der Patient selbst Opfer oder Zeuge war. Der Betroffene reagiert mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen und mit einer grundlegenden Erschütterung des Vertrauens in sich selbst und andere. Zu den typischen Merkmalen einer PTBS gehören:

- sich aufdrängende, wiederkehrende Gedanken und Erinnerungen (= Intrusionen) an das Trauma wie Bilder, Gerüche, Geräusche oder Erinnerungszustände wie Flashbacks, Alpträume, Bilder, teilweise Erinnerungslücken
- körperliche und psychische Übererregungssymptome wie Herzklopfen, innere Unruhe, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme
- Vermeidung von Dingen, Situationen und Ereignissen, die an das Trauma erinnern
- emotionale Taubheit z.B. sozialer Rückzug, Interessenverlust, innere Teilnahmslosigkeit

Die Merkmale der PTBS können direkt nach dem belastenden Ereignis oder verzögert auftreten. Die genannten Symptome müssen für die Diagnose mindestens einen Monat lang

bestehen. Man spricht von einer chronischen PTBS, wenn sie länger als drei Monate anhalten (vgl. Internetquelle 16).

Ich habe in meiner tanztherapeutischen Arbeit vorwiegend mit Patienten mit der Diagnose PTBS zu tun, deren traumatische Erlebnisse also weiter zurückliegen. Sie kommen in stationäre Behandlung wegen einer Angststörung, Depression, Schmerzstörungen, selbstverletzendem Verhalten oder dissoziativen Störungen, die sich im Zusammenhang mit den schmerzlichen Erfahrungen entwickelt haben.

Bei Traumapatienten findet sich häufig quasi als Notwehr eine Spaltungsabwehr: nicht nur Mitmenschen werden in hilfreich und bedrohlich unterteilt, sondern auch das eigene Selbst wird gespalten z.B. Dissoziation oder Fragmentierung. Aggressive Affekte z.B. Hass, Wut auf den Täter werden abgespalten, wohingegen Scham-, Angst- und Schuldgefühle einen großen Raum einnehmen und Hassgefühle auf sich selbst gerichtet sein können. Das lässt auch auf ein geringes Selbstwertgefühl schließen. Besonders missbrauchte Frauen haben oft ein gespaltenes Verhältnis zum eigenen Körper verbunden mit Ekelgefühlen. Der Körper oder die Körperfunktionen werden als nicht verlässlich erlebt. Geringe Berührungs- oder Schmerzreize können sich zu Panikreaktionen und Verzweiflungsgefühlen, der sogenannten Affektüberflutung führen. Die körperliche Selbstwahrnehmung ist gestört. Neben Verleugnung und Verdrängung finden sich Bewältigungsmechanismen wie Identifikation mit dem Aggressor und Internalisierung, d.h. der Täter wird als gutes Objekt unbewusst zum Ich-Ideal. Letzteres kann in selbstzerstörerischem Verhalten münden, weil das Böse im Selbst bekämpft werden muss (vgl. Internetquelle 17).

Auf der Bewegungsebene sind folgende Besonderheiten festzustellen: Arme und Beine wirken wie erstarrt, der Muskeltonus ist angespannt, Bewegungen sind eingeschränkt, motorische Unruhe. Häufig zeigt sich ein Fluchtimpuls im Körper z.B. in mitunter reflexartigen Rückzugsbewegungen. Ein Kampfmuster kann sich in verstärkter Kontraktion im Schulter-, Nacken-, Hals- und Kopfbereich zeigen. Traumatisierte Patienten sind körperlich nur gering belastbar. Sie erleben ihren Körper negativ, können körperliche Bedürfnisse nur eingeschränkt wahrnehmen (vgl. Trautmann-Voigt/Voigt, 2009, S. 218f.).

In der tanztherapeutischen Arbeit kommt es also in erster Linie darauf an, die Patienten zu stabilisieren. Folgende Ziele halte ich für maßgebend:

Ich-Stärkung

Unterstützung und Stärkung des Selbstwertgefühls

Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung fördern

dem Bedürfnis nach Kontrolle Raum geben

Ressourcen entdecken und stärken

Sicherheit und Vertrauen vermitteln

Zugang zur eigenen Emotionalität verschaffen

Bedürfnisse und Grenzen des eigenen Körpers spüren

Körpererleben stärken

Fähigkeit zur Selbstfürsorge stärken

Verständnis für die eigenen Körperreaktionen entwickeln

Nähe-Distanz-Regulierung

11. Tanztherapeutische vorbereitende Übungen

Die übungszentrierte und erlebnisorientierte Ebene steht bei meiner Arbeit mit depressiven und traumatisierten Patienten im Vordergrund. Voraussetzung für die tanztherapeutische Arbeit ist eine Vertrauensbasis. Damit meine ich nicht nur, eine vertrauensvolle Basis für die Beziehung zwischen Therapeut und Patient zu entwickeln, sondern auch die Förderung des natürlichen Vertrauens zum eigenen Körper.

Die Stunden beginne ich immer mit einer Befindlichkeitsrunde zum Ankommen. Die Patienten sitzen im Kreis auf Sitzkissen oder Pezzibällen und haben die Gelegenheit, zu äußern, wie sie sich gerade körperlich und emotional fühlen. Dabei wird ein bunter Ball weitergereicht. Nachdem ich die Befindlichkeiten registriert habe, ergibt sich manchmal daraus ein Thema, zu dem ich dann Angebote mache. Im Folgenden gebe ich einen Überblick über Interventionen und Übungen für die Erwärmungsphase. Diese sollen den Patienten Sicherheit und Stabilität geben und sie für den gegenwärtigen Moment sensibel machen.

11.1 Raumwahrnehmung, Bodenkontakt, Balance

Einfaches Gehen: Zunächst einfach nur durch den Raum gehen, ihn mit Schritten ausmessen, mit Schritten ausfüllen. Das Abrollen der Füße registrieren. Schwingen die Arme mit? Schwingt die Hüfte mit? Sind die Schultern locker oder hochgezogen? Welche Schrittgeschwindigkeit und Schrittlänge fühlen sich gerade stimmig an? Ist der Kopf aufgerichtet oder hängt er nach vorn? Wie gehe ich und wie geht es mir?

Wahrnehmung des Raumes: Den Raum auf sich wirken lassen und mit den Raumelementen in Berührung/Kontakt kommen, z.B. der Boden: Farbe, Material, Struktur – den Boden unter den Füßen spüren, fühlt er sich hart oder weich an, warm oder kalt? usw.

Bodenkontakt

Eine gute Verbindung zur Erde stärkt das Sicherheitsgefühl. Mit beiden Beinen auf dem Boden zu stehen, ist auch sprichwörtlich ein Ausdruck für Realitätsbewusstsein. Als Beispiel folgende Übung: einen festen Stand einnehmen, wobei die Füße etwa hüftbreit auseinander stehen, Knie sind leicht gebeugt, Kontaktflächen zum Boden wahrnehmen. Dann mit dem rechten Vorderfuß den Kontakt zum Boden verstärken, indem dieses Körperteil intensiv in den Boden eingeschraubt wird (ein Patient meinte, das wäre wie eine Zigarette austreten). Das Gleiche passiert mit der rechten Ferse. Dann nachspüren, ob es einen Unterschied zwischen dem rechten und linken Fuß gibt und dasselbe mit links ausführen.

Balance:

Der Gleichgewichtssinn und die innere Balance kann mit dieser Übung trainiert werden: den Boden unter den Füßen spüren, das Körpergewicht unter den Fußsohlen wahrnehmen – eher im Vorderfuß, in der Mitte oder an der Ferse gelagert?, das Gewicht des Körpers dann mit einem Hin- und Herpendeln von einer Seite zur anderen verlagern, auch vor (Vorderfuß) und zurück (Ferse). Wichtig ist dabei, dass der Patient entscheidet, wie weit er gehen kann, um

nicht aus dem Gleichgewicht zu kommen. Die Bewegung kann ganz minimal ausgeführt werden. Dann so ausrichten, wie es angenehm ist.

11.2 Körperhaltung und -wahrnehmung

Zunächst rege ich an, die eigene Körperhaltung wahrzunehmen und sie gegebenenfalls bewusst zu verändern, bis sich ein Gefühl von Aufrichtung, Sicherheit und Stabilität einstellt. Ich gebe dazu auch Anregungen wie z.B. Knie gebeugt, Becken so kippen, dass die Wirbelsäule im Lendenbereich gerade ist, Schulterblätter nach hinten unten ziehen, Kinn parallel zum Boden, Kopf Richtung Decke ziehen. Den Patienten soll genügend Zeit zum Nachspüren und die Gelegenheit gegeben werden, zwischen der ursprünglichen Haltung und der angeleiteten Grundstellung, die der Tai Chi/Qi Gong-Grundhaltung entspricht, hin und her zu pendeln und sich auszurichten.

Folgende Fragen z.B. könnten die Aufmerksamkeit der Patienten auf das Befinden des Körpers lenken: Braucht mein Körper jetzt eher Ruhe oder Aktivität? Möchte ich mich räkeln und strecken oder meine Muskeln lockern? Wieviel Platz möchte ich nutzen? Möchte ich tief durchatmen? Möchte ich mich durch den Raum bewegen?

Die verbale Unterstützung ermutigt die Patienten, eigenen Impulsen zu folgen und ist als Erlaubnis zum Ausprobieren im Sinne einer Selbstwirksamkeit zu verstehen. Anfangs fällt es den meisten Patienten schwer, sich der eigenen Bedürfnisse bewusst zu werden und sich dafür Raum zu nehmen. Sie orientieren sich oft an meinen Vorgaben. Mit zunehmender Erfahrung trauen sich die Patienten mehr, entwickeln eigene Ideen und finden ihre Lieblingsbewegungen, die sie im sich anschließenden Gruppenkreis gern zum Mitmachen zeigen können. Diese Übungen erinnern anfangs oft an Sport- oder Gymnastikübungen.

Die Wahrnehmung körperlicher Funktionen hilft besonders Traumatpatienten, ihren Körper neutral zu erleben und eine bessere Kontrolle darüber zu gewinnen. Die funktionalen Bewegungen der einzelnen Glieder wirken angstreduzierend, weil die Patienten sie beeinflussen können. Für diese Patienten ist es besonders wichtig, sich handlungsfähig zu erleben. Schwieriger kann es dagegen für traumatisierte Menschen sein, den Körper im Ruhezustand wahrzunehmen, da das Erinnerungen an Lähmungszustände auslösen könnte.

Diese Reise durch den Körper kann bei den Füßen oder am Kopf beginnen und kann im Sitzen oder Stehen erfolgen (hier nicht im Liegen). Es werden Bewegungsmöglichkeiten der Körperteile ausprobiert wie Kreisen, Beugen, Strecken, Anspannen und Loslassen. Die Patienten können ihren Körper auch erfahren über Ausstreichen, Ertasten und Kneten von Muskeln, Sehnen und Gelenken. Das Ausschütteln der einzelnen Körperteile setze ich entweder an den Anfang oder an das Ende der Körperreise zum Lockern und Durchlässiger-Werden und um aus dem Kopf in den Körper zu kommen. Es kann auch etwas abgeschüttelt werden, was nicht mehr gebraucht wird. Eine Patientin hat diese Übung für sich entdeckt, um Kontrolle loslassen zu üben. Eine andere Patientin, die unter nicht beeinflussbaren dissoziativen Schüttelbewegungen linksseitig litt, konnte mit bewusstem Schütteln die Erfahrung machen, dass sie ihre Bewegungen dadurch steuern könne. Es half ihr, sich zu distanzieren.

Beklopfen der Thymusdrüse

Eine, wie ich finde, sehr wichtige Übung, die ich immer wieder mit meinen Patienten mache, ist ein rhythmisches Beklopfen der Thymusdrüse (TD), die sich in der Mitte des Brustbeins befindet. Diese Übung bringt die Patienten in einen präsenten, aufmerksamen Zustand. Es wird mit Fingerspitzen, mit flachen Händen oder mit lockeren Fäusten etwa 10 bis 20 mal geklopft. Die TD hat eine zentrale Bedeutung zur Steigerung der Abwehrkräfte, da hier Leukozyten in T-Lymphozyten, die sogenannten Killer-Zellen, umgewandelt werden. Als Gegenspieler zum Adrenalin wirken die Hormone dieser Drüse gegen Stress und aggressive Emotionen. Da das Herz im $\frac{3}{4}$ -Takt schlägt, kann auch im $\frac{3}{4}$ -Takt geklopft werden. Diese Art zu klopfen kann ó in Verbindung mit einem Lächeln ó optimistischer stimmen. Auch eine aufrechte Körperhaltung trägt zum besseren Arbeiten der TD bei (vgl. Internetquelle 18).

11.3 Grenzen

Körpergrenzen können deutlicher werden z.B. durch Umrollen des Körpers mit einem Igel- oder Tennisball, wenn eine Berührung mit den eigenen Händen unangenehm ist. Das Abklopfen des Körpers mit lockeren Fäusten oder Handflächen (Beginn mit rechter Schulter: Außenseite nach unten ó Innenseite nach oben klopfen) fördert nicht nur das Erspüren der Körpergrenze, sondern bringt die Teilnehmer in die eigene Präsenz und wirkt vitalisierend. Es könnte auch angeregt werden, so zu tun, als würde man sich eincremen oder abfrottieren.

Grenzen setzen (zur Nähe-Distanz-Regulierung) ist gleichermaßen für traumatisierte wie depressive Patienten wichtig zu üben: den Abstand zum Partner mit den Kommandos Komm ó Stopp ó Geh selbst regulieren können. Was fühlt sich angenehmer an: viel oder wenig Abstand? Wie gelingt das Stoppsagen? Wie wird Abgrenzung empfunden? Mit den Patienten kann im Kreis gemeinsam exploriert werden, mit welchen Gesten, Körperhaltungen und Worten sie sich abgrenzen können. Auch die Arbeit mit Stäben passt zu diesem Thema. Es gibt eine eindrückliche und simple Haltung zum Thema Grenzen: im Kreis stehend halten alle ihre Handflächen seitlich aneinander. Das zeigt, dass Abgrenzung dazu dient, in der eigenen Präsenz zu bleiben und dass Abgrenzung nicht Ablehnung bedeutet. Alle sind miteinander verbunden.

11.4 Imaginationsübung

Die Baumimagination habe ich oft angeleitet, um etwas über das Selbstbild und den Selbstausdruck der Patienten zu erfahren und weil diese Übung nicht nur Erdung und Körperaufrichtung fördert, sondern auch die Selbstwahrnehmung und die Selbstwirksamkeit. Diese Übung ist gut nachvollziehbar beschrieben in dem Buch *Grammatik der Körpersprache*. Dabei stehen die Teilnehmer in der unter Punkt 11.2 beschriebenen angeleiteten Grundhaltung, also im sicheren Stand und stellen sich vor, wie sich im Ballen- und Fersenbereich Wurzeln bilden, die Beine und der Rumpf zum Stamm werden und die Arme die Baumkrone bilden (vgl. Trautmann-Voigt/Voigt, 2009, S. 266ff). Mit einer traumatisierten Patientin habe ich diese Übung während ihres Therapieaufenthaltes mehrmals gemacht. Beim ersten Mal war sie erschrocken, dass sie keine Wurzeln hatte und sich nur ein

dürrer, vertrockneter Ast bildete. Als sie beim nächsten Mal ein kleines Gänseblümchen vor ihrem inneren Auge wahrnehmen konnte, war sie sehr berührt.

11.5 Kinesphäre

Hier geht es um die Gestaltung des den Körper umgebenden Raumes. Zunächst rege ich an, auszuprobieren, wie weit die Arme ausgestreckt in alle Richtungen reichen (wie in einer Kugel oder einem eigenen kleinen Haus), um dann in dieser weiten Haltung langsam durch den Raum zu gehen oder am Platz stehend diesen Raum zu säubern (wie Betten ausschütteln oder etwas wegschieben, wegstoßen). Die Patienten könnten ihren eigenen Namen oder positive Wörter und Symbole in diesen persönlichen Bewegungsraum schreiben. Dann wäre eine Erforschung der mittleren, weiten und engen Kinesphärenbereiche möglich, um eigene Präferenzen festzustellen. Auch eine Verbindung aller drei Ebenen kann angeregt werden. Manchmal erweitere ich diese Übung zum eigenen Raum auch, indem ich dazu ermutige, sich ein eigenes kleines Haus zu bauen. Begonnen wird mit dem Fundament, welches mit Füßen festgestampft oder mit Händen festgeklopft werden kann. Die unterschiedlichsten Materialien werden imaginativ von den Patienten für den Aufbau verwendet (z.B. Glas, Beton, Blätter, Holz). Das Kinesphärenhaus kann von außen mit einer Schutzfarbe angestrichen werden. In einer weiteren Stunde könnte z.B. mit Decken, Seilen, Tüchern, Kissen usw. ein eigener sicherer Ort gestaltet werden. Das wird von den Patienten gern angenommen. Eine Traumapatientin fand sich beispielsweise in einem Schutthaufen wieder und erkannte, dass sie ja auch unter dem Schutt hätte liegen können. Imaginativ suchte sie sich noch brauchbare Scherben aus dem Haufen heraus, um damit ein neues Haus bauen zu können.

Sich Raum zu nehmen in der weiten Kinesphäre ist für depressive Patienten manchmal schwierig, wohingegen die enge Kinesphäre den traumatisierten Patienten Unbehagen bereiten kann. Es gibt auch Patienten, die die mittlere Kinesphäre nicht mögen, da sie nicht Fisch, nicht Fleisch sei und die sich lieber für entweder/oder entscheiden.

11.6 Kreistänze

Die Kreisform als Urform des Tanzes ist geeignet, um sich als Teil einer Gruppe erleben zu können (siehe auch 12.1). Alle Tanzenden sind zur gemeinsamen Mitte in gleichem Abstand gerichtet. Die Gruppentänze bergen alte Formen des Volks-, Reigen- und Sakraltanzes. Ich biete internationale Tänze mit einfachen Schrittfolgen und Bewegungsmustern an, die ich Schritt für Schritt zeige und erkläre. Kreistänze sind besonders für depressive Patienten geeignet, damit sie in einer gegebenen Struktur ein Sicherheitsgefühl entwickeln können. Ein Patient äußerte, dass es ihm zu Beginn der Therapie geholfen habe, sich darauf einzulassen, weil er *šnicht selber entscheiden brauchteš*, weil er sich somit nicht überfordert gefühlt habe. Durch die Bewegungselemente der Kreistänze bekommen die Patienten Bewegungsideen, können ihr Bewegungsrepertoire erweitern.

Bei traumatisierten Patienten sind Handfassungen in der Regel anfangs schwierig. Die Abneigung wird begründet mit *š schwitzenden Händen* oder es ist die Rede von *š Ringelpietz mit Anfassen* so dass die Tänze ohne Handfassung getanzt werden. Diese Patienten beobachten sehr genau und lernen deshalb die Schritte meistens relativ schnell. Eine traumatisierte Patientin hat gemerkt, dass sie keine *š Einzeltänzerin* sei, sondern die Gruppe brauche, sie ihr gut tue. Eine andere Patientin wollte lieber mit Handfassung tanzen, da sie so besser kontrollieren könne, was neben oder hinter ihr passiert.

Die meisten Patienten fühlen sich nach dem Tanz vitaler und aufgelockerter und spüren ihren Herzschlag und Atemrhythmus intensiver. Manchen Patienten machen diese Lebenszeichen auch Angst. Hilfreich kann dann sein, beide Hände zur Selbstberuhigung auf die Nabelgegend zu legen, einen sicheren Stand einzunehmen und länger aus- als einzuzatmen ó also wieder zur eigenen Mitte zu finden. Oder es könnte ein ruhiger, meditativer Tanz folgen. Mit den Wiederholungen der Tänze wächst die Selbstsicherheit: Die Patienten finden in ihren eigenen Rhythmus und können den Tanz sogar genießen. Während des Tanzes erhalte ich als Therapeutin bereits erste Einblicke in das Bewegungs- und Verhaltensmuster der Patienten, z.B. wenn jemand den Takt mitzählt und alles richtig machen will, nicht auf den Nachbarn achtet, aus dem Gleichgewicht gerät, eine starre Armhaltung aufweist, keinen Rhythmus findet usw.

12. Ressourcenaktivierende und Lachen fördernde tanztherapeutische Interventionen

š Vor allem ermöglicht die Gruppe eine Atmosphäre des kindlichen Spiels. Wie schwer die einzelnen Fälle auch sein mögen, es ist immer mindestens einer da, der noch spielen und lachen kann. (Schoop, 1981, S. 70)

12.1 Chace-Kreis

Der Chace-Kreis ist ein Bewegungskreis, der sich gut für den Einstieg nach der Körperwahrnehmung und -aktivierung eignet und an Themen der Befindlichkeitsrunde anknüpfen kann. Dabei zeigt jeder Einzelne reihum eine Bewegung, die alle Anderen mitmachen, sozusagen spiegeln. Durch wohlwollendes Gespiegelt-Werden von der Gruppe können sich Patienten gesehen und integriert fühlen. Es entsteht ein Bewegungskontakt. Wenn die Patienten noch unerfahren sind, gebe ich eine Bewegung mit den Händen und/oder Armen vor, welche im Weitergeben nur in einem Aspekt verändert werden braucht. Gern lasse ich die Patienten erleben, welche Ausdrucksvielfalt allein mit Fingern und Händen möglich ist. Ich motiviere die Patienten, zu den Bewegungen Worte zu assoziieren. Dabei ergibt sich mitunter auch ein Thema für die Stunde (z.B. Aggression, Kraft, Abgrenzung). Eine Möglichkeit, in den Chace-Kreis spielend überzuleiten ist, wenn die Patienten ihre Lieblingsbewegung zeigen, die sie aus der vorbereitenden Übungsrunde (s.o.) mitbringen.

Ich arbeite im Chace-Kreis meist mit beschwingter Musik. Ein Stück von Ray Charles bspw. motivierte eine Patientengruppe dazu, die unterschiedlichen Instrumente nachzuahmen. Das

steigerte sich zu einer kreativ-improvisatorischen, individuellen Umsetzung des Themas, bei der die Gruppe viel Spielfreude entwickelte.

12.2 Rhythmische Übungen

Rhythmen strukturieren und prägen das Leben: der Rhythmus der Jahreszeiten, der Tag-und-Nacht-Rhythmus, der Herzrhythmus, der Atemrhythmus etc. Psychische Störungen zeigen auch an, dass Etwas oder Jemand aus dem Rhythmus geraten ist. In Verbindung mit einem rhythmischen Vers oder Reim lässt es sich leichter lernen. Choreografien gehen durch wiederholtes rhythmisches Mitzählen der Schrittfolgen leichter in Fleisch und Blut über. Also hat Rhythmus auch etwas mit Wiederholungen zu tun. An diesem Punkt setzen wir als Tanztherapeuten an, wenn es darum gehen soll, das Sicherheitsgefühl von Patienten zu stärken. Ich verweise auf die Spannungsflußrhythmen des Kestenberg-Movement-Profiles (KMP), auf die ich im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingehen kann.

Rhythmen können z.B. geklatscht, gestampft, geklopft, geschlagen, gesprochen, gesungen werden. Ein Rhythmusgefühl kann sich allmählich einstellen, kann eingeübt werden. Aus meinen Erfahrungen mit den Patienten gebe ich hier einige Beispiele für Rhythmusübungen weiter:

- einen Rhythmus finden, indem ein Kirschkerne bewegt oder geworfen wird
- auf den Boden als großes Trommelfell mit den Füßen trommeln
- mit Stäben klopfen (Vorsicht: kann bei traumatisierten Patienten Angst oder Wut auslösen)
- zu zweit gegenüberstehend einen Klatschrhythmus finden
- den eigenen Körper als Resonanzraum für rhythmische Klänge entdecken.

In manchen Patientengruppen, bei denen depressive Symptome im Vordergrund stehen, stellt sich sofort ein einheitlicher Gruppenrhythmus ein und die Patienten haben Spaß daran. Vermutlich steht das Bedürfnis nach Symbiose oder nach Zugehörigkeit im Vordergrund. Diese Patienten sind anpassungsbereit, sie können sich leicht auf Andere einzustellen. Ein rhythmischer Konsens scheint in manchen Gruppen aber vorerst unmöglich zu sein, wenn entweder noch kein Vertrauen gewachsen ist oder die Patienten Angst haben, sich in der Gruppe zu verlieren. Ein einfacher, eigener Rhythmus sollte auch erst einmal stark und sicher genug sein, bevor es darum gehen kann, sich auf andere einzulassen z.B. neben dem Partner stehend, dessen Rhythmus lernen und ihm den eigenen beibringen. Später kann es Patienten dann viel Freude bereiten, sich zu behaupten oder womöglich die Gruppe aus dem Takt zu bringen. Eine schwer traumatisierte Patientin hat sich, nachdem ihr das gelungen war, als machtvoll erlebt.

12.3 Spielerische Interventionen mit kreativen Medien

Wenn nachspürende Übungen für die Patienten problematisch sind, biete ich kraftvoll-spielerische Aufmerksamkeitsübungen an und beziehe kreativitätssteigernde und zum Spiel animierende Medien mit ein. Diese reduzieren Ängste und stellen eine Brücke dar, wenn die Arbeit mit dem eigenen Körper noch zu scham- und konfliktbehaftet ist. Das spielerische,

scheinbar unverfängliche In-Kontakt-Treten gibt auch mir Gelegenheit, mich auf die Gruppensituation einzustellen. Im Folgenden gebe ich eine kleine Auswahl an Anregungen für den Einsatz von kreativen Medien, die Freude und Lachen auslösen können:

Bälle: sind mein wichtigstes Medium, weil die Patienten in der Regel mit Ballspielen aufgewachsen sind und damit vertraut sind. Unter 14.2. benenne ich noch weitere Anwendungsmöglichkeiten aus meiner Praxis. Hier einige Varianten:

1. Die Gruppe bewegt sich frei im Raum und wirft sich dabei einen Ball zu. Das erzeugt Aufmerksamkeit, fordert Blickkontakt und macht munter. Wichtig ist, den Ball so weiter zuzuwerfen, dass er leicht gefangen werden kann.
2. Im Kreis stehend könnten verschiedenartige Bälle in beide Richtungen so schnell wie möglich weitergegeben werden und als Steigerung könnte ein weiterer Ball mit den Füßen durch den Kreis zu den Gegenüberstehenden geschossen werden.
3. Ballregelspiel: Im Kreis wird ein Ball auf unterschiedliche Art gerollt, geworfen, überreicht, gedreht, gestoßen, geschossen, getätscht usw. Gedacht ist, dass ein Patient eine Regel aufstellt, also eine Art des Weitergebens des Balles ó und diese Regel wird von drei bis vier Patienten beibehalten bis ein anderer Patient eine neue Regel aufstellt. Das regt zur Spielfreude und Kreativität an und jeder Patient hat die Chance, eine eigene Idee ins Spiel zu bringen. Dieses Spiel ist in vielerlei Hinsicht aufschlussreich: Erkennen und akzeptieren die Patienten die aufgestellte Regel? Bringen sie sich mit eigenen Impulsen ein? Wer will besonders originell sein? usw.

Seile: Wenn Patienten ein Seil zur Hand nehmen, ist oft die erste Bewegungsidee Seilhüpfen. Allerdings sind nicht alle Patienten dazu in der Lage auf Grund ihrer Beschwerden. In Einzel- und Partnerarbeit können dann andere Möglichkeiten ausprobiert werden. In Partnerarbeit ist auch Führen und Folgen möglich, ein Stopp-Spiel (Komm-Stopp-Geh über Seilzeichen) und ein Seil-Telefon-Gespräch, also Kommunikation über ein an den Enden festgehaltenes Seil. Ein aus zwei Seilen zusammengeknotetes längeres Seil wird von den Patienten gern zum Schwingen gebracht und animiert zum Seilspringen in Verbindung mit gereimten Sprüchen. Ein beliebtes Spiel zur Gruppendynamik ist das Seilverwickeln: Dabei sind alle Patienten im Kreis stehend über Seile miteinander verbunden. Jeder hält rechts und links die Seilenden fest und dann kann das Verwickeln und Verflechten beginnen. Wenn keiner loslässt, klappt auch das Ent-Wickeln. Tauziehen belebt Kraft und spielerischen Ehrgeiz.

Tücher: erzeugen Leichtigkeit und Kraft (siehe 12.4). Sie können bei der Gestaltung eines Kreistanzes, der Kinesphäre oder eines Chace-Kreises mitschwingen, können so hoch wie möglich geworfen werden, dienen zum Zeigen und Verstecken, können Tanzpartner sein. Mit Tüchern kann in Partnerarbeit gefochten werden, d.h. die Patienten versuchen, sich gegenseitig mit dem Tuch zu treffen, ohne selbst getroffen zu werden. Das ist ein sehr beliebtes Spiel und hat so Manchen schon hinter dem Ofen hervorge lockt. Zum Jonglieren werden Tücher besonders von jüngeren Patienten (oft Borderlinepatienten) gern genommen. Eine Atemübung, die auch zu Lachyoga passt, ist das Vor-Sich-Her-Pusten eines Tuches. Ein auch atemberaubendes, vitales Spiel ist das gegenseitige Abjagen der Tücher. Dazu hat Jeder ein Tuch locker über der Schulter hängen und versucht, so viele Tücher wie möglich zu erhaschen.

Sandsäcke: Ein Spiel, welches auf der Favoritenliste der (männlichen) Patienten an erster Stelle steht ist das bekannte Sandsackspiel. Es bringt viel Dynamik und Lachen in die Gruppe, wenn immer mehr Säcke im Kreis gefangen und geworfen werden. Die Sandsäcke könnten auch schreitend auf dem Kopf balanciert werden, was die Patienten in eine aufrechte, stolze Haltung bringt.

Hula-Hoop-Reifen: spornen den Ehrgeiz an und fördern ó insbesondere bei Frauen Bewegungsfreude. Interessante Beobachtungen konnte ich auch beim Führen und Folgen mit Reifen machen. Es ist spielerischer als mit Stäben.

Stäbe: Stäbe und Stöcke sind etwas sehr Konkretes. Sie können verwendet werden zum Führen und Folgen, zum kontrollierten Kämpfen z.B. in Zeitlupe, zum Kräfte messen, für die Rhythmusarbeit, z.B. zum Rhythmen klopfen; Stäbe im Kreis rhythmisch ó später auch schwungvoll ó weiterreichen, für ein phantasievolles Explorieren von Alltagsmustern, z.B. Stock als Besen, Rührlöffel, Zahnstocher, Paddel usw. bewegen.

12.4 Antriebe und Polaritäten

Die in Kapitel 12 genannten Interventionen lassen sich intensivieren mit den vier Antriebselementen Kraft, Raum, Zeit und Fluss und durch Minimierung/Maximierung. Exemplarisch widme ich mich an dieser Stelle dem Thema Kraft, da ich immer wieder erfahren konnte, welchen zentralen Stellenwert dieses Thema gerade in der Psychosomatik hat. Dabei schwingen oft noch weitere Themen mit wie Aggressionshemmung, Antriebsminderung, Angst vor Kontrollverlust, Wut usw. Viele depressive Patienten wünschen sich, einen Zugang zur eigenen Kraft und Wut zu bekommen. šIch kann nicht wütend seinö, höre ich oft. Tücher können eine Brücke bilden von der Leichtigkeit zum Kraftvollen und umgekehrt. Werden Tücher geworfen, ist Kraftanstrengung nötig. Manchmal erschrecken sich die Patienten, wenn aggressive Impulse beim Ballspiel offenbar werden. Ich habe mehrmals erlebt, dass sich beim Ballregelspiel das Werfen des Balles in den Kreismittelpunkt so kraftvoll und mit ganzkörperlichem Einsatz gesteigert hat, dass es als lustvoll und erleichternd empfunden wurde. Wichtig ist, die Kontrolle über diese Kraft zu haben, sie dosieren zu können. Kontrollierte Kraft habe ich mit einer Borderline-Patientin geübt mit einem Quietsch-Igel. Der durfte mal ganz laut quietschen beim Zuwerfen und dann immer weniger, bis er fast nicht mehr zu hören war. Das brachte die Patientin in eine aufmerksame, freudige Stimmung. Auch ein rhythmisches Hände-aneinander-klatschen kann stärker werden und leichter, bis sich vielleicht nur noch die Fingerspitzen begegnen. In Partnerarbeit könnten sich beide gegenseitig in verschiedene Richtungen schieben, indem sie die Handflächen aneinander pressen.

12.5 Spiegeln

šNeurobiologisch gesehen ist die gezielte Imitation, also das angeleitete Nachmachen von emotional bedeutsamen mimischen Ausdrucksformen und Körpergesten mehr als das Erzeugen eines äußeren Scheins ohne innere Bedeutung. Untersuchungen mit modernen

bildgebenden Verfahren konnten zeigen, dass die Imitation einer von Gefühlen begleiteten Geste auch die jeweils dazugehörenden Emotionszentren aktivieren kann. (Bauer, 2006, S. 141)

Der Chace-Kreis ist eine Spiegelübung in der Gruppe. Das Gespiegelt-Werden von einem direkten Gegenüber ist m.E. eine Steigerung, weil es konkreter wird. Um Irritationen, Unsicherheiten, Einfallslosigkeit zu vermeiden, biete ich den Patienten zum Warm-Werden an, zunächst Elemente des Chace-Kreises zu übernehmen oder mit Alltagsbewegungen wie Haare kämmen etc. zu beginnen oder einfach nur mit einer Hand. Eine Patientin äußerte, die Übung falle ihr leichter, wenn das Gegenüber lächeln würde. Manche depressiven Patienten können mit geschlossenen Augen besser bei sich bleiben, für traumatisierte Patienten hat das Augenschließen mit dem Verlust von Kontrolle zu tun und ist nicht ratsam. Freude macht manchen Patienten die Spiegelübung mit Tüchern. Eine Humor und Lachen auslösende Variante der einfachen Spiegelübung und ähnlich dem Frage-Antwort-Spiel ist der freche Spiegel. Dabei entscheidet das Spiegelbild selbst, wann es mitmachen möchte und was es stattdessen zeigen oder entgegnen möchte.

12.6 Improvisation und Gestaltung

Die Improvisation stellt eine Chance dar, den eigenen Körper hinsichtlich seiner Ausdrucks- und Bewegungsmöglichkeiten bewusst wahrzunehmen und damit besser einschätzen zu können. Es gibt kein richtig und kein falsch und keine Bewegungsvorschriften oder -normen. Die Patienten können eigenen auch noch so minimalen Bewegungsimpulsen folgen, mit Handlungsideen spielen und ihre Erfahrungen, Erlebnisse und Gefühle ausdrücken und darstellen. Durch das Fehlen von Eigen- und Fremdbewertungsmaßstäben könnten die Patienten aber auch ein Gefühl von Unsicherheit oder Hemmung empfinden. Um die Patienten in eine spielerische Improvisation zu bringen, gebe ich verbale Anregungen oder Teilstrukturen vor. Ich wende z.B. teilstrukturierte Kreistänze an. Das sind Tänze mit einem strukturierten Teil im Wechsel mit einem improvisatorischen Teil. Auch der freie Teil kann an ein Bewegungsthema gebunden sein z.B. Welche Bewegungsmöglichkeiten gibt es in der großen/mittleren/kleinen Kinesphäre? oder als Angebot verstanden werden, die Struktur zu verlassen. Die Improvisationen können auch an andere o.g. Interventionen anknüpfen und in eine Gestaltung übergehen. Bewegungen aus einem Chace-Kreis könnten wiederholt und so aneinandergereiht werden, dass daraus ein gruppeneigener Kreistanz entsteht. Das erfüllt die Patienten mit Freude.

Die humorvolle Seite der Patienten kommt auch zum Vorschein, wenn Körperteile zweckentfremdet bewegt werden: z.B. zwei Fußpaare kommen ins Gespräch miteinander mit Mimik oder es wird gelaufen ohne Füße. Vor allem bei Frauen wird die Bewegungsfantasie oft angeregt mit Tüchern, die sich z.B. wie Feuer oder Wasser bewegen lassen. Alle spielerischen Interventionen mit oder ohne kreative Medien können improvisatorisch genutzt werden, wenn sich eine Vertrauensbasis entwickelt hat.

13. Lachyoga als Methode

§ Mein Vater sagte immer: wenn du traurig bist, dann sitz nicht untätig herum. Werde körperlich aktiv und beschäftige dich, geh spazieren oder joggen und du wirst dich besser fühlen. Und es stimmte: Ich fühlte mich besser, wenn ich mich bewegte.ō (Kataria in: Gee, 2008, S. 9)

13.1 Beginn der Arbeit mit Lachyoga

Bevor ich mich daran gewagt habe, die Lachyoga-Methode in der klinischen Arbeit anzuwenden, habe ich beim Leiten von Volkshochschulkursen Erfahrungen gesammelt. Bevor ich Lachyoga anwende, gebe ich eine kurze Einführung, damit die Teilnehmer wissen, worauf sie sich einlassen. Ich erzähle von der Herkunft des Lachyoga, von der Gelotologie und den positiven Auswirkungen des Lachens auf Körper und Psyche, wie der verbesserten Sauerstoffzufuhr für Körper und Gehirn, dass Atemübungen aus dem Yoga mit Lachübungen kombiniert werden, sich eine Entspannungsphase anschließt, dass es möglich ist, lachen ohne Witze und Humor zu üben, dass der Körper nicht zwischen echtem und unechtem Lachen unterscheidet und deshalb von den gesundheitlichen Vorteilen profitiert, dass es eine Möglichkeit darstellt, sich von eigenen Sorgen und Problemen zu distanzieren. Weil Lachen so anstrengend ist – es heißt, dass eine Minute aus dem Bauch heraus lachen so anstrengend sei wie zehn Minuten rudern – gehört zu meinen Stunden eine Anfangs- und Endentspannung ähnlich wie in einer Hatha-Yoga-Stunde, wobei ich die Stunde meistens mit einem meditativen Tanz beschließe. Ich beziehe neben den Lach-, Atem- und Entspannungsübungen auch Spiele mit kreativen Medien und einfache Kreistänze mit ein.

13.2 Lachyoga im klinischen Setting

Den Zugang zum Lachyoga stelle ich über die wöchentlich von mir angeleitete Entspannungseinheit her. Ich frage die Patienten, nachdem sie bereits einige klassische Entspannungen mitgemacht haben, ob sie Lachyoga einmal ausprobieren wollen. Wenn die Bereitschaft dazu da ist, beginne ich die Stunde nach einer kurzen Einführung und Vorstellung der Methode. Wenn in der Gruppe ein oder zwei Patienten sind, die sich nicht darauf einlassen können oder wollen, verschiebe ich mein Angebot auf einen späteren Termin. Es wird niemand gezwungen. Da die Entspannungszeit auf eine halbe Stunde begrenzt ist, beginne ich nach einer kurzen Einführung (s.o.) gleich mit den Übungen für etwa 10 ó 15 Minuten. Dann folgt die Entspannungsphase im Liegen. Zum Abschluss bitte ich die Patienten um eine kurze Rückmeldung.

13.3 Lachyogainterventionen

Vor Beginn der Übungen kann mit einem Abklopfen des Körpers mit der flachen Hand begonnen werden, um die sogenannten Lachzellen von Ernsthaftigkeit frei zu klopfen. Eine andere Variante des Einstimmens kann auch sein, den analysierenden Verstand in den Urlaub zu schicken z.B. auf eine kleine Karibikinsel in eine Hängematte unter Palmen. Ich sage den Patienten, dass Lachen und Denken nicht zur gleichen Zeit auftreten können. Sobald wir mit Reden beginnen, sei auch der Geist wieder zurück.

Es ist wichtig, während der Übungen Augenkontakt zu halten und nicht zu sprechen. Die Übungen finden in Bewegung im Raum oder am Platz statt. Wichtig ist auch, klarzustellen, dass die jeweilige Lachübung beendet ist, sobald die Therapeutin die Arme hebt. Hiermit ist Aufmerksamkeit gefordert und ein Rahmen gegeben.

Rhythmisches Händeklatschen: Das ist die Basisübung, mit der jede Lachintervention beginnt. Beide Hände werden mit gespreizten Fingern aneinander gepatscht, wie das kleine Kinder tun. Dabei werden Reflexzonen aktiviert. Das passiert im gemeinsamen Sprechrhythmus auf š1-2, 1-2-3ō (lang-lang, kurz-kurz-kurz) was dann zu šHo-Ho, Ha-Ha-Haō wird. Hinzu kommt ein rhythmisches Gehen oder leichtes Stampfen. Die Teilnehmer stampfen klatschend mit Blickkontakt durch den Raum, dabei diesen Ruf tönend. Die Knie sind leicht gebeugt und der Kopf kann auf Ho-Ho im Takt leicht mit nicken. Diese Übung wird fünf bis sieben Mal wiederholt.

Es gibt über 200 Einzel-, Partner- und Gruppenübungen, von denen ich etwa 50 in meinem Repertoire habe. Im Rahmen dieser Arbeit würde es zu weit führen, die einzelnen Lachübungen zu beschreiben. Deshalb stelle ich im Folgenden exemplarisch fünf Übungen vor, um einen Eindruck dieser Methode zu vermitteln. Im Anhang befindet sich eine Liste von Lachyoga-Büchern und -DVD's, die ich weiterempfehlen kann sowie Informationen zur Lachyogatrainerausbildung.

Begrüßungslachen: Zwei Teilnehmer stehen sich gegenüber und begrüßen sich Hände schüttelnd, schauen sich dabei an und lassen ein Lachen entstehen. Dann zum nächsten Partner wechseln. Es gibt verschiedene weitere Varianten, wie indische Begrüßung: Namasté-Lachen; Lachen mit doppeltem Händeschütteln; Stromschlag-Lachen; in Kombination.

Scheues Lachen: Diese Übung ist nicht an direkte Partner gekoppelt, sondern findet in Begegnungen frei im Raum statt. Die Teilnehmer tun so, als wären sie sehr schüchtern, was ja zu Anfang durchaus real sein kann. Sie verstecken ihr zaghaftes oder lautloses Lachen, Lächeln oder Kichern hinter vorgehaltener Hand oder hinter beiden Händen.

Lach-Vitamin-Shake: Die rechte Hand hält einen imaginären Mixbecher und die linke eine Flasche. Mit der linken Hand wird rechts eingeschenkt verbunden mit dem Vokal šeō (auch a, o, u und i möglich). Dann wird mit der rechten Hand links šeingeschenktō (auf šeō). Dann wird mit beiden Händen der Mixbecher geschüttelt (lockere Handgelenke!). Diesen Vitamin-Cocktail-Becher führt man dann zum Mund, wobei der Oberkörper leicht zurück geneigt wird. Auf ein še-e-e-e-ō-Lachen wird der Mix ausgetrunken.

Anerkennendes Lachen: Diese Übung kann zu zweit, in der Gruppe oder allein vor dem Spiegel durchgeführt werden und soll daran erinnern, wie wichtig es ist, sich selbst und anderen Menschen Anerkennung zu geben. Dazu werden die Spitzen von Daumen und Zeigefinger zu einem Kreis zusammengelegt (mit einer Hand oder beiden Händen möglich)

und ruckweise vorwärts und rückwärts bewegt. Variante: sich selbst auf die Schultern klopfen; mit hochgestrecktem Daumen anerkennen. Es wird dabei auf šHo-Ho-Hoõ gelacht.

Lachstern: Diese Übung bildet den Abschluss der Lachübungen und ist eine gute Überleitung zur nachfolgenden Entspannungsphase. Dazu legen sich die Teilnehmer auf Decken oder Matten, die sternförmig angeordnet werden. Die Köpfe sind zur Mitte gerichtet. Die Teilnehmer stellen sich nun vor, sie wären Käfer, die auf dem Rücken liegen und mit Armen und Beinen in der Luft strampeln. Wenn das nach ein paar Minuten zu anstrengend wird, kann man sich auch ruhig hinlegen. Dabei wird dazu eingeladen, ein Lachen entstehen zu lassen. Die Teilnehmer dürfen nun frei lachen. Das passiert in dieser Situation oft unweigerlich und kann, wenn die Gruppe vertraut miteinander ist, in ein kathartisches Lachen übergehen. Es können auch andere Emotionen freiwerden, die einfach nur beobachtet, nicht bewertet werden.

Die Lachübungen können auch wie folgt eingeordnet werden:

Lachübungen mit Yoga-Bezug: sind Varianten von Yoga-Atemtechniken (Pranayama) und Yoga-Positionen (Asanas)

Spielerische Lachübungen: enthalten oft schauspielerische Elemente und sollen helfen, Hemmungen abzubauen

Wertbasierende Lachübungen: haben zum Ziel, Situationen und Gesten mit positiven Emotionen zu verknüpfen

Lachübungen für den Körper: Dehnungs- und Gymnastikübungen, die zwischen den Lachübungen eingestreut werden, um Beweglichkeit zu fördern und schmerzhafte Gelenk- und Rückenprobleme zu lindern (vgl. Gee, 2008, S. 17).

13.4 Atemübungen

Die Lachyoga-Übungen haben eine anregende Wirkung auf die Atmung und den Kreislauf und bewirken unwillkürlich und spielerisch eine vertiefte Atmung. Durch die verlängerte Ausatmung wird das Restluftvolumen in der Lunge verringert und der Gasaustausch intensiviert sich. Die Einatmung erfolgt reflektorisch, wie von selbst, und gibt ein Gefühl von Kraft und Lebendigkeit. Viele Patienten haben einen flachen Atem, was auch mit dem Gefühl von Sich-Unlebendig-Fühlen in Zusammenhang steht. Vor, während oder nach den anstrengenden Lachübungen biete ich Atemübungen an, die eine ausgleichende Wirkung haben. Es wird grundsätzlich durch die Nase eingeatmet. Die Ausatmung kann durch Nase oder leicht geöffneten Mund erfolgen.

Besonders für traumatisierte Patienten bevorzuge ich einfache Atemübungen, mit denen sie befähigt werden, sich selbst zu beruhigen: z.B.

aus der Grundstellung heraus tief einatmen und gleichzeitig die Arme seitlich zum Himmel heben, den Atem etwa 4 Sekunden anhalten und dann mit dem Ausatmen die Arme wieder sinken lassen, fortgeschrittene Variante: die Luft rhythmisch durch den Mund ausstoßen

aus der Grundstellung heraus beide Hände zum Brustbein nehmen und mit dem Einatmen beide Arme zu einer empfangenden Geste nach oben öffnen ó mit der Ausatmung zurück zur Ausgangsposition

aus der Grundstellung heraus Oberkörper nach vorn neigen, Arme locker baumeln lassen (oder als Variante Arme um den Brustkorb verschränken), mit dem Einatmen aufrichten, Arme nach oben über den Kopf ausstrecken, den Kopf leicht nach hinten beugen ó kurz halten ó mit dem Ausatmen die Arme langsam sinken lassen und wieder in die Grundstellung kommen, dann wiederholen

(auch hier versuchen, länger aus- als einzuatmen, um einen langen Atem zu trainieren)

Traumatisierte und depressive Patienten profitieren z.B. von der Summ-Atemübung, die nicht nur eine entspannende und ausgleichende Wirkung auf das autonome Nervensystem hat, sondern die auch durch die Summ-Vibrationen die Schleimlösung bei Sinusitis unterstützt:

entweder in Grundstellung oder im Sitzen mit geschlossenen Augen einen tiefen Atemzug nehmen und auf die Silbe šHamō ausatmen. Traumatisierte Patienten lassen die Augen geöffnet, indem sie einen Punkt am Boden etwa einen Meter vor sich ó fixieren. Dabei berühren sich die Lippen und die Vibration breitet sich auf die Gesichtsmuskulatur aus. Die Patienten sind aufgefordert, auf šHamō solange sie können auszuatmen. Da jeder eine andere Ausatemlänge hat, entsteht ein gemeinsames Summen.

Eine einfache Variante der Wechselatmung aus dem Hatha Yoga mit ausgleichender Wirkung ist folgende Übung:

Grundstellung einnehmen, an beiden Händen die Spitzen von Daumen und Zeigefinger zusammenführen, mit beiden Daumengelenken jeweils das rechte und linke Nasenloch verschließen, dann den rechten Arm nach rechts seitwärts ausbreiten, dabei einatmen und den Oberkörper leicht mit nach hinten drehen ó in Ausgangsstellung zurück mit Ausatmen, dann links wiederholen usw. Gesteigert werden kann die Wirkung, indem für einen Moment beide Nasenlöcher geschlossen gehalten werden. Der Effekt dieser Übung ist eine verbesserte Durchblutung des Gehirns. Vor allem aber wird durch die Rotation im Oberkörper eine dreidimensionale Bewegung angeregt.

13.5 Entspannungsphase

Muskeltonus, Herzfrequenz, Blutdruck und Atembewegungen regulieren sich in der Entspannungsphase wieder. Die Vorteile von Lachyoga entfalten sich demzufolge im Ruhezustand. Die Patienten empfinden einen dynamischen Wechsel von Anstrengung und Beruhigung, erleben sowohl Vitalität als auch Ruhe und Erholung. Der Unterschied von Anspannung und Entspannung wird deutlich.

Die Anspannung der Gesichtsmuskeln durch Ängste oder Sorgen haben zu Verspannungen im ganzen Körper geführt. Beim Lachen oder Lächeln lösen sich diese Anspannungen im Gesicht und im ganzen Körper. Eine wunderbare Übung für Entspannung und innere Harmonie ist die Meditation des inneren Lächelns, welche aus dem Qi Gong stammt. Zuerst bitte ich die

Patienten ó egal ob mit offenen oder geschlossenen Augen ó sich selbst ein Lächeln zu schenken. Ich frage, ob dieses Lächeln bei den Mundwinkeln, den Augen oder in beiden Regionen beginnt und lenke damit die Wahrnehmung auf die Gesichtsmuskeln. Dieses Lächeln kann auch als ganz feines inneres Lächeln auftauchen, braucht also äußerlich nicht sichtbar sein. Dann wird die Aufmerksamkeit durch den ganzen Körper gelenkt, indem auf wohlwollende Weise ein Lächeln in die Organe und Drüsen, Knochen und Muskeln, in das Gehirn und das Herz geschickt wird.

Gute Erfahrungen habe ich auch mit den Imaginationen gemacht, die Luise Reddemann (Reddemann, 2010, S. 35-60) in ihrem Buch *Imagination als heilsame Kraft* beschreibt.

Patienten, die bisher nur wenige Erfahrungen mit Entspannungsübungen haben, wünschen sich gern ein Meeresrauschen im Hintergrund und eine dementsprechende Phantasiegeschichte.

14. Anwendung von Lachyoga in der tanztherapeutischen Arbeit

14.1 Hinführung

Bevor ich mich daran wage, mit Elementen des Lachyoga zu arbeiten, ist eine Vertrauensbasis sowohl auf der Beziehungsebene zwischen den Patienten und der Therapeutin als auch zwischen den Patienten untereinander erforderlich. Die Patienten müssen soweit stabilisiert sein, dass sie ebenfalls ein gewisses Grundvertrauen in ihre Körperabläufe und -empfindungen haben, sonst könnte das Lachen als unkontrollierbares Phänomen sie zu sehr verunsichern oder in eine nicht konstruktive Abwehrhaltung bringen. Hinführend könnten die Patienten dazu angeleitet werden, im Sitzen ihr Gesicht in die eigenen Hände zu legen, die Muskulatur und die Wärme der Hände zu erspüren, es kann sich eine Augenentspannungsübung anschließen oder eine sanfte Gesichtsmassage. Und dabei kann ein Lächeln erprobt werden ó ein inneres oder äußeres. Wie fühlt sich die Gesichtsmotorik an, die Lippen, die Atmung?

Mit zunehmender Erfahrung hat sich eine elementare Übung für depressive Patienten, z.T. auch für traumatisierte Patienten herauskristallisiert, die sich gut für den Beginn einer Stunde eignet, wenn die Patienten größtenteils müde und lustlos kommen. Die Patienten können dazu sitzen bleiben und ich fordere sie dazu auf, einfach einmal ihre Hände zu betrachten: die Haut, Handlinien, Finger etc. Dabei können Bemerkungen wie *šHände betrachten bringt Unglück* oder *šMeine Hände sind nicht schön* geäußert werden, worauf ich dann unmittelbar eingehen kann. Dann rege ich eine Handmassage an, um den Händen etwas Entspannung und Entlastung zu gönnen, vielleicht auch verbunden mit einem stillen Dank für das, was diese Hände alles geleistet haben. Traumatisierte Patienten, besonders mit einem Missbrauchshintergrund, haben oft Probleme, ihre Hände zu berühren. Für manche ist ein Igelball für die Massage dann hilfreich. Bei der Handmassage werden die Räume zwischen den Fingern, die sogenannten Schwimmhäute, massiert. Dann wird sich dem Handteller

zugewandt und die einzelnen Berge und Täler mit kreisenden Bewegungen des Daumens geknetet. Hierbei werden Reflexzonen angeregt, die wiederum das Körpergeschehen aktivieren können. Zum Abschluss werden die einzelnen Finger sanft ausgestrichen. Es wird immer erst bei einer Hand geblieben, um wiederum den Unterschied zur anderen, unbearbeiteten Hand besser zu spüren. Dann leite ich über zu einem Ausschütteln beider Hände, bringe die Patienten mit dieser aktivierenden Übung in den Stand und lasse die Hände in alle Richtungen ausschütteln. Das führt meist dazu, dass sich die Patienten aus dem anfänglichen Müdigkeitszustand über progressiv-entspannende Übungen in einen wachen, bewegungsbereiten Zustand geschüttelt haben. Oft wurde hierbei schon gelacht.

14.2 Das Wechselspiel von Bewegen, Lachen und Entspannen

Ich kombiniere spielerische tanztherapeutische Interventionen mit Atem- und Entspannungstechniken, Dehnungs- und Lockerungsübungen und Kreistänze mit Lach-Übungen. Das richtet sich nach der Gruppensituation und dem Befinden der Patienten. Ich habe festgestellt, dass ein sicherer Rahmen mit nachvollziehbaren Spielregeln und klaren Anweisungen unverzichtbar ist. Die folgenden Übungsbeschreibungen und Erfahrungen sollen eine Anregung sein, wie Lachyoga-Elemente in die tanztherapeutische Arbeit integriert werden könnten.

Einen guten Einstieg finde ich z.B. über sämtliche Stopp-Spiele in der Gruppenkonstellation. Während der Stopp-Phase können verschiedene Aufgaben gestellt werden, wie die Hände scheuchen Fliegen weg oder sich so schmal wie möglich machen. Die Lachyoga-Variante wäre z.B. Onkel Otto mit dem dicken Bauch darzustellen. Dabei kommt die Stimme mit zum Einsatz, indem Onkel Otto sich seinen Bauch hält und auf Ho-Ho-Ho lacht. Auch das Nachahmen von Tieren kann eine Übung sein, z.B. der Gorilla, der sich abwechselnd mit lockeren Fäusten auf das Brustbein (Thymusdrüse) klopft und dabei lacht. In den Bewegungs-Phasen kann dann das rhythmische Händeklatschen auf Ho-Ho, Ha-Ha-Ha mit Blickkontakt erfolgen.

In manchen Gruppen gelingt es auch, mit einer fantasieanregenden Reise mit den Antriebselementen zu beginnen: sich durch einen Dschungel hindurch schlagen, über große Löcher springen, im schwerelosen Raum schweben, sich auf dünnem Eis befinden usw. Depressive Patienten können auch einzelne Körperteile begrüßen: nur die kleinen Finger, Ellenbogen an Ellenbogen, Handflächen aneinander, große Zehen zusammen usw. Bei traumatisierten Patienten bin ich damit sehr vorsichtig. Wenn es eine Überforderung sein könnte, biete ich an, dass diese Patienten andere ungewöhnliche Begrüßungsmöglichkeiten für sich entdecken. Eine Lachyoga-Variante ist das Namasté-Lachen: die Handflächen zum indischen Gruß aneinanderhalten, sich vor dem gegenüber Stehenden mit kurzem Blickkontakt leicht verneigen und ein Lachen entstehen lassen. Eine andere Möglichkeit ist eine moderne Begrüßung mit dem Handy-Lachen: man hält eine Hand als Hörer ans Ohr und hört den lustigsten Witz der Welt.

Manchmal sind die Befindlichkeiten der Patienten sehr unterschiedlich. Dann biete ich an, sich das zu gestatten, was einem gerade gut tut und diese Verschiedenheit nebeneinander

stehen zu lassen, zu akzeptieren. Die Patienten nehmen sich dann meistens von selbst irgendwann etwas zum Spielen mit verschiedenen Medien und es entwickeln sich Kontakte über diese Medien. Das Spielerische kann sich also aus dem So-Sein-Dürfen entwickeln. Auch wenn es nicht zum herzhaften Lachen kommt, so entsteht doch ein freudiges Wohlgefühl.

Der Tanz der Gelenke zur Erweiterung des Bewegungsspielraumes kann so angeleitet werden: eine goldene Kugel rollt innerhalb des Körpers von einem Gelenk zum nächsten und bringt damit nacheinander die verschiedenen Körperteile in Bewegung. Die Gelenke und Körperstellen, die vielleicht weh tun oder verspannt sind, können eine Lach-Kur bekommen: die Patienten sollen auf diese Stelle deuten und ihr ein Lachen senden. In Partnerarbeit kann die Kugel-Übung sich so fortsetzen: der Partner soll erraten, an welcher Stelle des Körpers sich die Kugel gerade befindet. Nun wechselt diese Kugel ihren Besitzer an unterschiedlichen Körperstellen. Zum Abschluss kann mit dieser Kugel gespielt werden. Sie kann sich verändern in Form und Gewicht. Was entsteht dabei?

In Bewegungsfluss können die Patienten auch kommen, indem sie sich vorstellen, Pinsel an den Gelenken zu haben, mit denen sie den Raum ausmalen.

Wurfspiele mit unterschiedlich großen und kleinen Bällen, mit Sandsäcken, Tüchern und Plüschtieren, bringen die Patienten zum Lachen. Vor allem, wenn es Steigerungsstufen in Zeit und Raum gibt. Als Lach-Übungen im Kreis empfehle ich den unter 13.3 beschriebenen Lach-Vitamin-Shake oder Wir sind die í Menschen der Welt, wo es darum geht, positive Eigenschaften zu finden und zu verstärken. Die Gruppe kommt gemeinsam zur Kreismitte zusammen mit dem Satz: šWir sind die (schönsten, lustigsten, langsamsten usw.) Menschen der Weltö und wirft dreimal die Arme hoch mit dreimal šJa!ö. Möglich ist auch ein vorbeugendes, präventives Lachen: den Kopf und die Schultern langsam Richtung Boden rollen, Wirbel für Wirbel nur so weit es angenehm ist nach vorn beugen und dabei lachen. Dann wieder lachend Wirbel für Wirbel aufrichten.

Zwischen den einzelnen Lach-Übungen wird in jedem Fall rhythmisch in die Hände geklatscht (s.o.).

Dehnungs- und Atemübungen sind zur Zwischenentspannung sehr wichtig. Auch ein Ausschütteln der Körperteile lockert wieder auf und das hilft einerseits, die Kontrolle im Kopf los zu lassen und gleichzeitig, eine bessere Kontrolle über Körper und Emotionen zu bekommen. Ich hatte eine Patientin, die an einem plötzlich einsetzenden dissoziativen Zittern ihrer rechten Körperseite litt. Durch das bewusste Schütteln hatte sie den Eindruck, dem unbewussten Schütteln etwas entgegen setzen zu können, es besser kontrollieren zu können. Diese Patientin bekam beim unter 13.3 beschriebenen Lachstern einen heftigen Lachanfall. In der darauffolgenden Stunde gab sie mir die Rückmeldung, dass sie am Abend noch einmal zwei Stunden gelacht hätte und nicht aufhören konnte und dachte, sie würde šverrücktö werden. In der Nacht habe sie allerdings seit langer Zeit endlich wieder durchschlafen können und sei ganz erfrischt aufgewacht.

Nach einer Massage mit Igelbällen im Sitzkreis entwickelten die Patienten selbst ein Spiel: ein rhythmisch abgestimmtes hin und her Rollen der Bälle durch den Kreis zum gegenüber Sitzenden. Besonders eine Borderline-Patientin war unermüdlich und brachte immer wieder weitere rhythmische Varianten ins Spiel. Sie sagte, dass sie so die ganze Stunde spielen könnte. Früher hätte ihr Vater, wenn nicht aufgeräumt war, das Spielzeug zertreten oder weggenommen, bis sie irgendwann nicht mehr gespielt habe. Diese Patientin äußerte an anderer Stelle, dass sie immer weniger den Wunsch habe, schwarze Sachen zu tragen. Seifenblasen wurden für sie zum Selbstsymbol: schillernde Farbigkeit und Zerbrechlichkeit. In einer Stunde spielten wir mit Seifenblasen. Die Patientin sagte zum Schluss: *š Wenn sie zerplatzen, mache ich neue.õ*

Es gibt einen kraftvollen Kreistanz von Petra Klein zu griechischer Musik, welchen die meisten Patienten gern tanzen. Dieser Tanz wird mit leicht stampfenden Schritten und pumpenden Armbewegungen getanzt, was vitalisiert und den Bodenkontakt verstärkt. An einer Stelle kommt die Gruppe gemeinsam zur Mitte und stößt mit einem šHaõ die Handflächen abgrenzend nach vorn. Viele Patienten können mit diesem Tanz Spannungen abbauen und spüren ihren Körper besser. Manche freuen sich auf ein lautes šHaõ-Rufen. Wichtig ist, dass die Patienten mit ihren Kräften selbstverantwortlich haushalten, um sich nicht zu verausgaben. Beim šHaõ wird das Ausatmen forciert, wie es beim Lachyoga auch praktiziert wird.

Eine traumatisierte Patientin, die therapieerfahren ist, meinte nach so einer spielerischen Lach-Stunde, dass Humor eine ihrer Ressourcen sei und dass sie spielen gelernt habe. Anfangs war für sie Körperkontakt nicht möglich. Sie konnte sich über das kraftvolle Handflächen aneinander schlagen abgrenzend auf Körperkontakt einlassen.

Noch ein paar Worte zur Musik: Ich wähle Stücke, die zum Spielen und Improvisieren anregen und die Freude an Musik und Bewegung entfachen. Gute Erfahrungen habe ich mit der Musik von Alexander Rybak, Ray Charles und dem Ensemble Rossi gemacht (siehe Anhang).

14.3 Schwierigkeiten

Lachen kann heftige Reaktionen auslösen ó egal ob man es nur hört, sieht oder mitmacht. Es steht manchmal auf Messers Schneide, dass die Patienten durch die Lachübungen frei und locker werden, ohne sich beschämt zu fühlen, und mit gespielter Lockerheit oder aufgesetzter Fröhlichkeit ihre traurigen Gefühle betäuben. Wenn es zu ausgelassen wird, kann das Lachen leicht in oberflächliche Albernheiten kippen, also zur Zerstreung, zur Ablenkung. Diese Art von gespielter Fröhlichkeit löst kein anhaltendes Glücksgefühl aus.

Patienten könnten sich durch das Lachen der anderen ausgelacht oder abgewertet fühlen, könnten šversteinernõ, d.h. gehemmt und angespannt sein. Ich erinnere mich an einen Patienten mit einem extremen Kontrollbedürfnis, der in hochrangiger Führungsposition beim Militär in der DDR und Geheimnisträger war. Da Lachen einen kurzzeitigen Kontrollverlust bewirkt, konnte er sich um keinen Preis darauf einlassen. Seine Körperhaltung drückte aus,

dass er unter Hochspannung stand, dass er an sich halten musste. Über die Kontrolle seines Atems konnte er sich wieder stabilisieren. Das Lachen hatte ihm wohl unbewusst Angst gemacht und ihn aggressiv reagieren lassen.

Eine andere Patientin machte die Lach-Übungen freudig mit, bis zu der unter 14.3 beschriebenen Übung Wir sind die 1 Menschen der Welt. Die Patientin wandte sich das Weinen unterdrückend ab und meinte, dass sie das nicht sagen könne. Ähnliches habe ich einmal beim Jubelkreis erlebt. Die Gruppe steht sich in zwei Reihen gegenüber und nacheinander gehen alle durch diese Gasse, nachdem sie gesagt haben, was ihnen gut gelungen ist in dieser Woche, in der Therapie usw. Die Gruppe bejubelt die Durchgehenden. Bei dieser Übung fand es eine Patientin *špeinlichō*, so im Mittelpunkt zu stehen.

Eine junge, depressive Patientin wurde traurig, weil sie gemerkt hat, wie oft sie eine lachende Maske aufgesetzt habe, obwohl ihr nicht zum Lachen zumute war. Sie hatte sich zu Beginn der Therapie als *šSonnenscheinō* vorgestellt.

Eine in ihrer Kindheit schwer traumatisierte, trotzdem humorvolle Patientin, die ich schon von früheren Aufenthalten kannte, reagierte extrem aufgedreht: *šDer Vulkan brodelst stärker als sonstō*. Sie wollte aber gern üben, meinte sie, sich auf andere einzulassen. Bei dieser Patientin stand die Gruppenzugehörigkeit im Vordergrund. An anderer Stelle war sie stets darauf bedacht, sich abzugrenzen.

Manchmal wird Lachyoga als *šKinderkramō* abgewertet. Was ich nicht toleriere ist Respektlosigkeit. So hatte ich einen depressiven Patienten mit einer narzistischen Persönlichkeitsstörung, der mich und meine Arbeit stark rationalisierend abgewertet hat. Die Musik und das Spielerische waren ihm ein *šGreuelō* und *špure Zeitverschwendungō*. Sein starkes Kontrollbedürfnis veranlasste ihn, mich mit Argusaugen zu verfolgen und er stellte meine Kompetenz in Frage. Ich konnte nicht frei arbeiten und hatte den Eindruck, dass sein Einfluss auf die Gruppe destruktiv war. Ich spürte in der Gegenübertragung unglaublich viel Wut. Ich musste mich klar positionieren und habe mich entschieden, nicht weiter mit diesem Patienten zu arbeiten. Ich fürchtete zudem, er könne dekomensieren.

Teil C ó Auswertung

15. Reflexion und Resümee

15.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Lachyoga und Tanztherapie

15.1.1 Gemeinsamkeiten

Lachyoga und tanztherapeutische Interventionen sind von ihrem Ansatz her ähnlich: beide fördern das Spielerische und sind ressourcenorientiert. Es wird davon ausgegangen, dass Körper und Psyche in einer Wechselwirkung stehen und dass der gezielte willentliche Einsatz der Skelettmuskulatur wie Körperhaltung, Mimik, Gestik Einfluss auf Emotionen, Einstellungen und Verhalten hat. Beim Lachyoga und in der Tanztherapie bringen

Bewegungsspiele die Teilnehmenden in Kontakt miteinander und zu sich selbst. Es gibt Einzel-, Partner- und Gruppenübungen. Eine klare Anleitung und Spielregeln sind wichtig. Anlass zum Lachen bieten elementare Spiele wie Fangspiele, Kräfte messen etc. und Spiele mit kreativen, beweglichen Medien wie Bälle, Seile etc. und ein „So-tun-als-ob“-Spiel. Bewegung, Spiel und Lachen als elementare menschliche Ausdrucksformen können Glücksgefühle auslösen, wirken stressreduzierend und fördern Entspannung. Atemübungen werden angewendet, um sich selbst zu zentrieren, zu beruhigen und die Lungenkapazität zu verbessern. Die Aufmerksamkeit wird auf Vorgänge im gegenwärtigen Moment gerichtet. Die allgemeinen Ziele von Lachyoga entsprechen auch denen der Tanztherapie. Es geht um eine gelasseneren Einstellung in allen Lebenslagen, neue Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung, gesteigerte Lebensfreude.

15.1.2 Unterschiede

Tanztherapie wird in tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen, systemischen und humanistischen Behandlungskontexten angewandt, um mit eigenen Empfindungen, Gefühlen und Bedürfnissen in Kontakt zu kommen und den persönlichen Bewegungs Ausdruck zu fördern. Anders als beim ausschließlich übungszentrierten und erlebnisorientierten Lachyoga geht die Tanztherapie einen Schritt weiter in Richtung Konfliktbearbeitung. Das Erlebte wird verbalisiert bzw. reflektiert.

Lachyoga kann als bewegungsorientierte Verhaltenstherapie bezeichnet werden, die Humor und Lachen als Bewältigungsstrategie anbietet, um Hilfe zur Selbstdistanzierung zu geben. Lachyoga funktioniert am besten in einer Gruppe. Lachübungen bleiben auf der funktionalen Ebene. Das absichtlich herbeigeführte Lachen hat einen primär spielerisch-experimentellen, lustbetonten und sozial-integrativen Ansatz. Im Gegensatz zur Tanztherapie gibt es beim Lachyoga keine gestalterischen Elemente.

15.2 Ressourcenaktivierung und Salutogenese mit Lachyoga

Die Salutogenese wird in der Medizin in den letzten Jahren zunehmend ernst genommen, d.h. es werden Antworten auf die Frage, wie Gesundheit entsteht und erhalten werden kann, gesucht. Die Lach- und Stressforschung konnte einen nachhaltigen und positiven Effekt von Lachen und Humor auf Gesundheit und Wohlbefinden bestätigen. Wenn den Patienten der Wert des Lachens für die eigene Gesundheit bewusst ist, können sie mit Lachyoga dazu befähigt werden, sich in Eigenverantwortung in eine optimistischere Grundeinstellung umzustimmen. Vielleicht gelingt es ihnen, sich aus einer anderen Perspektive wahrzunehmen und Abstand von belastenden Situationen oder lebensgeschichtlichen Ereignissen zu gewinnen. Über sich selbst lachen zu können ist auch eine Ressource. Sie kann helfen, dem eigenen Perfektionsanspruch entgegen zu wirken. Jeder darf Fehler machen und auch mal lächerlich wirken. Statt nach Fehlern zu fahnden, kann man nach Schätzen suchen und die eigenen Besonderheiten, Stärken und Fähigkeiten wahrnehmen und schätzen. Humorfähigkeit als Ressource kann mit Lachyoga trainiert werden und damit auch Gelassenheit und ein gutes Kohärenzgefühl: die Gewissheit, dass man Probleme als Herausforderungen meistern kann,

dass das Leben einen Sinn hat, auch wenn man ihn nicht kennt und dass man gut durchs Leben geht.

Eine der wichtigsten Ressourcen sind zwischenmenschliche Beziehungen. In einer Gruppe in der gemeinsam gelacht wird aufgehoben zu sein, kann als sehr stärkend und bereichernd empfunden werden. Lachyoga ermöglicht unterstützende, ermutigende Selbst- und Beziehungserfahrungen auf körperlicher und sozialer Ebene.

Die generalisierten Widerstandsressourcen können mit Lachübungen unterstützt werden. Beim Lachen, besonders wenn es in ein herzhaftes Lachen übergeht, sind in einem Wechselspiel von Anspannen und Loslassen Muskeln des gesamten Körpers beteiligt. Viele Patienten erleben ein Glücksgefühl, wenn sie ihren Körper richtig spüren konnten, wenn sie sich zugleich erfrischt und auf eine wohltuende Art erschöpft fühlen vom Lachen und tiefen Atmen oder körperliche Schmerzen vergessen haben. Die Patienten sind weniger anfällig für unangemessene Ängste und Scham- und Schuldgefühle, wenn sie Freude empfinden und sich in ihrem Körper wohl fühlen.

15.3 Was ist zu beachten bei depressiven und traumatisierten Patienten?

Der englische Begriff *Posttraumatic Stress Disorder* für die Posttraumatische Belastungsstörung weist darauf hin, wie wichtig Stressmanagement für die Therapie ist. Dabei müssen die Patienten lernen, mit Übererregung angemessen umzugehen. Ein Therapieangebot ist die Arbeit mit dem inneren Kind, bei der Spielen und Verspieltheit, Lachen und Humor eine wichtige Rolle spielen. Man kann davon ausgehen, dass die inneren Kinder von komplex traumatisierten Menschen nicht gerade lieb, nett und niedlich sind. Es handelt sich wahrscheinlich eher um *Problemkinder, die abweisend, widerborstig, undankbar und verletzt sind.* (Sachsse in: Wild, 2012, S. 129) Viele traumatisierte Patienten mussten lachen zu Erfahrungen, Perversionen und bösen Spielen, bei denen ihnen nicht danach zumute war. Sie haben sich in solchen Situationen unterlegen und hilflos und zum Weinen gefühlt. Vielleicht haben die Erwachsenen dann mit Worten wie *„Du musst doch nicht weinen“* oder *„Ist doch nur ein Spiel“* Emotionen abgewehrt. Um die Täter zu besänftigen, haben diese Patienten gute Miene zum bösen Spiel machen müssen. Vor diesem Hintergrund muss ich mit meinen humorvollen Angeboten sehr behutsam und wachsam sein und die Freiheit lassen, Nein zu sagen, damit ich dieses Empfinden bei den Patienten nicht reaktiviere. Leicht können Grenzen überschritten werden, dessen bin ich mir bewusst.

Sich mit dem Lachen zu verbünden sehe ich jedoch als Chance, um eine Mentalisierung zu fördern und um auf der Metaebene eine Distanz zu traumatischen Erfahrungen zu schaffen. Der Spielraum wird zum Übergangsraum, zum Mentalisierungsraum, zum Raum des Als-ob. So kann die Erfahrung aus der Kindheit, die Spiel und Lachen mit Gemeinheit und Sadismus verbindet, revidiert werden. Es kann im Hier und Jetzt eine neue positive, vielleicht sogar befreiende Erfahrung mit dem Lachen gemacht werden. Wenn die Patienten entdecken, dass

sie das Lachen als Waffe oder Angriff gegen den Täter einsetzen können, ihn durch Spott zu entmachten, können sie damit aus der Opferposition und dem Gefühl der Ohnmacht heraustreten.

Die Basis der Arbeit ist der Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung, damit die Patienten sich nicht lächerlich gemacht oder angegriffen fühlen. Sie haben in der Vergangenheit Beziehungen z.T. als nicht verlässlich und gestört erlebt. Die Arbeit mit Objekten finde ich sehr hilfreich, da sie weniger konfrontierend ist. Es tut den Patienten gut, etwas in der Hand zu haben. Auch die Nähe-Distanz-Regulation, das Nein-Sagen-Üben und das Grenzen-Setzen erachte ich für traumatisierte und depressive Patienten als grundlegend. Diese Themen können in spielerische tanztherapeutische und Lachyoga-Übungen integriert werden. Im Folgenden eine Sammlung von Vorsichtsmaßnahmen aus meinen praktischen Erfahrungen:

Vorsicht bei Übungen mit Körperberührung mitunter ist ein kraftvolles Hand-an-Hand-Drücken eher möglich, als eine Handfassung

Ballspiel kann aggressiv machen oder die Patienten reizüberfluten

Bei Übungen mit geschlossenen Augen kann es passieren, dass das Gegenüber zum Täter gemacht wird

Lachen kann aggressiv machen und ein Gefühl von Ohnmacht auslösen eine Patientin erinnerte sich an das Gefühl, allein gelassen zu sein; sie erlebte die anderen lachenden Patienten als mächtig

Traumapatienten muss es jederzeit möglich sein, sich zurückziehen zu können und Stopp zu sagen

Das rhythmische, verlässliche Klatschen zwischen den Lachübungen hilft den Patienten, die Kontrolle zu behalten bzw. wieder zu erlangen

Wenn Patienten peinlich berührt sind, reagieren sie oft mit betont lautem Lachen, Flapsigkeit oder abschätzigen Sprüchen. Das sind Anzeichen von mangelndem Selbstwertgefühl oder Unsicherheit. Die Patienten kommen nicht in den Spiel-Modus, in die Ernsthaftigkeit und den Flow des Spiels, die Spiellaune.

Missbrauchssituationen finden oft in Zweierkonstellation statt, deshalb Achtsamkeit bei Partnerübungen

Traumatisierte Patienten können sehr kontrollierend sein und misstrauisch gegenüber Dingen und Situationen, die sie nicht einschätzen können. Sie haben oftmals einen Galgen-Humor, der spöttisch, sarkastisch, zynisch, bissig oder schwarz ist.

Bei depressiven Patienten sind hauptsächlich gehemmte Aggressionen und Bedürftigkeit spürbar, was sich mitunter in Saug- und Wiegerhythmen widerspiegelt. Ich habe es mehrmals erlebt, dass sich diese Patienten zu Beginn der Stunde nicht von ihrem Sitzball weg bewegen wollten. Der Ball wurde zum Schwangerenbauch, wurde umarmt, es wurde sich darübergerlegt und daran angelehnt. Ich hatte den Eindruck, dass es für die Patienten wohltuend war, die Erlaubnis zu haben, sich diesem Zustand hinzugeben. Allerdings hatte ich einige Male den Impuls, ich müsste intervenieren, damit die Patienten nicht zu sehr regredieren. In der Feedbackrunde gaben sie an: *š Das habe ich gebrauchtō* oder *š Ich konnte meine Spannungen loslassenō*. Der Pezziball wurde als verlässliches Objekt gesehen, erinnerte an die eigene

Kindheit, gab das Gefühl von Geborgenheit. Danach konnten sich die Patienten gut auf spielerische Interventionen einlassen.

15.4 Lachyoga als Methode in der Tanztherapie?

Die Frage, ob Lachyoga als Methode in der tanztherapeutischen Arbeit mit depressiven und traumatisierten Patienten etabliert werden könnte, kann ich nicht uneingeschränkt mit „Ja“ beantworten. Es gibt Gruppen, in denen es sich nicht angeboten hat, mit dieser Methode zu arbeiten. In der tanztherapeutischen Arbeit können Lachen und Spielen ein Gegengewicht zu den ernstesten und schwersten Gesprächstherapien darstellen. Die spielerische Leichtigkeit und Lebendigkeit tut den Patienten gut. So können sie ihre Schmerzen, Verspannungen, depressiven Zustände und Konflikte einmal vergessen.

Allerdings besteht auch die Gefahr, mit Spaß Probleme zu verdrängen oder zu betäuben. Als ich begonnen habe, Lachyoga im tanztherapeutischen Setting anzuwenden, haben mich diese Überlegungen verunsichert. So habe ich mich gefragt, ob ich fordernder und konfrontativer vorgehen sollte oder oberflächlich bin.

Ich arbeite mit Lachyoga-Elementen ressourcenorientiert im Sinne einer Ich-Stärkung und ich gebe der Lebensfreude Raum, stelle positive Emotionen in den Mittelpunkt. Da beim Lachen das rationale Denken ausgeschaltet ist, kann die Weisheit des Körpers die Führung übernehmen. Auf der spielerischen Ebene gestalten sich freundliche mitmenschliche Beziehungen, es werden Sympathien geweckt, Vertrauen wird gewagt. Auf dieser Basis kann eine therapeutische Arbeitsbeziehung reifen und die Patienten finden sich besser in den gesamten Therapieprozess ein. Lachen, Lächeln, Blickkontakt und nonverbale Kommunikation wirken nicht nur intrapsychisch sondern auch auf die therapeutische Beziehung, gestalten also die Beziehungsdynamik. Mit Lachyoga können die Patienten befähigt werden, Lachen als Bewältigungsstrategie und zur Unterstützung der Selbstheilungskräfte in ihrem Alltag zu kultivieren. Ich motiviere die Patienten verhaltenstherapeutisch, die unkomplizierten Atem-, Entspannungs- und Lachyogatechniken auch zu Hause anzuwenden.

Lachen ist mit Erleben von Glück, Freude, aber auch mit dem Verlust von Freude und Fröhlichkeit und negativen Lacherfahrungen wie: Ausgelacht-Werden, Sich-Lächerlich-Machen, Kontrollverlust und Entwertungen verbunden. Traumatisierte Patienten schützen sich aus Angst vor weiteren Verletzungen auf Kosten der eigenen Lebendigkeit. Es bedarf einer sorgfältigen Vorbereitung und einer behutsamen Durchführung, damit die Patienten sich geschützt und sicher fühlen. Die im Punkt 11. beschriebenen stabilisierenden tanztherapeutischen Übungen bilden die Grundlage für die Arbeit an Traumatisierungen. Durch Körperwahrnehmung und -aktivierung entwickeln die Patienten ein besseres Gefühl für den eigenen Körper und bauen Muskelspannungen ab. Dadurch kann sich die festgehaltene Energie im Körper lösen. Einige Patienten gaben an, seit vielen Jahren weder lachen noch weinen zu können. Die Aufgabe der Patienten besteht darin, die eigene Verletzlichkeit als zum Leben dazu gehörend zu akzeptieren. Denn nur so kann auch die Lebensfreude ihren Platz finden.

Bedingungen für den Einsatz dieser Methode sind meiner Meinung nach folgende Voraussetzungen:

- eine Vertrauensbasis zum Therapeuten und innerhalb der Gruppe
- Bereitschaft der Patienten, sich auf Spielerisches einzulassen
- eine Grundstabilität der Patienten

Wichtig ist auch, dass Therapeuten Eigenerfahrungen gemacht haben, bevor Lachyoga in der tanztherapeutischen Arbeit angewendet werden kann.

„Das Lachen ist eine befreiende Korrektur von Schamgefühlen. Sobald der Patient lachen kann, ist er frei von Scham.“ (Helen Block Lewis in Titze, 1999, S. 286)

Literaturverzeichnis

Bücher/Zeitschriftenartikel:

- Bauer, J. (2006): Warum ich fühle, was du fühlst; Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Bernstein, P. (1999): Objektbeziehungen, Selbst-Psychologie und Tanztherapie. in: Willke, E./Hölter, G./Petzold, H. (1999): Tanztherapie Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Birkenbihl, V. (2005): Humor: An Ihrem Lachen soll man Sie erkennen. Heidelberg: mvg Verlag.
- Brockhaus/Wahrig (1982): Deutsches Wörterbuch. Wiesbaden: Verlag Brockhaus
- Cubasch, P. (2009): Lachen ó Eine anthropologische Konstante als Konzept des Intentionalen Lachens im Kontext der Integrativen Therapie; Masterarbeit. Norderstedt: GRIN Verlag.
- Dalai Lama (2004): Goldene Worte des Glücks. Bergisch Gladbach: Gustav Lübbe Verlag.
- Duden (1989): Ethymologie-Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. Mannheim: Dudenverlag.
- Emmelmann, Ch. (2007): Das kleine Lachyoga Buch. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Emmelmann, Ch. (2010): Lachyoga. München: Gräfe und Unzer Verlag.
- Gee, B. (2008): Handbuch für die Ausbildung zum zertifizierten Lachyoga-Leiter CLYL. Salzburg.
- Hirschhausen, E.v. (2012): Glück kommt selten allein ... Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Hüther, G. (2011): Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. in: Storch, M./Cantieni, B./Hüther, G./Tschacher, W. (2011): Embodiment ó Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern: Verlag Hans Huber
- Kast, V. (1997): Freude, Inspiration, Hoffnung. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Klein, P. (2007): Tanztherapie ó Ein Weg zum Ganzheitlichen Sein. Kiel: Dieter Balsies Verlag.
- Klein, P. (1988): Tanztherapie ó Eine einführende Betrachtung im Vergleich mit Konzentrativer und Integrativer Bewegungstherapie. Lilienthal: Eres Edition.
- Lelord, F./André, C. (2006): Die Macht der Emotionen und wie sie unseren Alltag bestimmen. München: Piper Verlag.
- Müller, E. (o. A.): Zum Glück gibt es Lachen; Lachyoga ó der Weg zur heiteren Gelassenheit. Wien: Amalthea Signum Verlag.
- Plessner, H. (1961): Lachen und Weinen. Eine Untersuchung nach den Grenzen menschlichen Verhaltens. Bern: Francke Verlag.
- Pschyrembel, W. (1982): Klinisches Wörterbuch. Berlin: Walter de Gruyter Verlag.
- Reddemann, L. (2010): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Riemann, F. (1991): Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schiller, F. (2009): Über die ästhetische Erziehung des Menschen in einer Reihe von Briefen. Kommentar von Stefan Matuschek. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Schoop, T. (1981): í komm und tanz mit mir. Zürich: Musikhaus Pan AG.
- Storch, M./Cantieni, B./Hüther, G./Tschacher, W. (2011): Embodiment ó Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Titze, M. (1999): Die heilende Kraft des Lachens ó Mit Therapeutischem Humor frühe Beschämungen heilen. München: Kösel-Verlag.
- Titze, M./Kühn, R. (2010): Lachen zwischen Freude und Scham: Eine psychologisch- phänomenologische Analyse der Gelotophobie. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Wild, B. (Hrsg.) (2012): Humor in Psychiatrie und Psychotherapie; Neurobiologie ó Methoden ó Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag..
- Willke, E./Hölter, G./Petzold, H. (1999): Tanztherapie Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Winnicott, D.W. (2010): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Zimmer, R. (Hrsg.) (2000): Spielformen des Tanzens ó Vom Kindertanz bis zum Rock´n Roll. Dortmund: verlag modernes lernen.

Zeitschriften, Broschüren, Skizzenpapiere:

BTD Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands e.V. München.

Hellmund, K. (2010): Konzeption für Tanz- und Bewegungstherapie.

Schnoor, C. (2011): Entwicklungsstufen des Spielens (nach Winnicott 1997). Skizzenpapier šSpielenö. Weiterbildung PITTH.

Internetquellen:

- 1) http://de.wikipedia.org/wiki/Guillaume-Benjamin_Duchenne, Zugriff am 3. 2.13
- 2) <http://meine.aok.de/gesundheit-und-wohlfuehlen/wohlfuehlen/erkenntnisse-rund-ums-lachen-6101.php?CurrentPage=5>, Zugriff am 3.2.13
- 3) <http://www.pflegewiki.de/wiki/Salutogenese>, Zugriff am 24.2.13
- 4) www.hochges.de/tagung2011/pdf/salutogenese_u.resilienz.ppt, Zugriff am 24.2.13
- 5) www.consta-lebenscoaching.de/leistungen/resilienz, Zugriff am 24.2.13
- 6) <http://www.bug-nrw.de/cms/upload/pdf/entwicklung/Antonowski.pdf>, Zugriff am 23.2.13
- 7) www.psychotherapie.org/klaus/ref-grawe-2.html, Zugriff am 23.2.13
- 8) <http://www.3sat.de/page/?source=/nano/natwiss/156918/index.html>, Zugriff am 20.2.13
- 9) <http://www.humorcare.com/printable/informationen/texte/diedunkelseite.html>
Zugriff am 21.2.13
- 10) <http://www.spektrum.de/alias/sardinien/das-geheimnis-des-sardonischen-lachens/995271>, Zugriff am 21.2.13
- 11) <http://de.pluspedia.org/wiki/Gelotophilie>, Zugriff am 21.2.13
- 12) <http://de.pluspedia.org/wiki/Katagelastizismus>, Zugriff am 21.2.13
- 13) <http://www.uzh.ch/news/articles/2010/wenn-lachen-nicht-lustig-ist.html>, Zugriff am 20.2.13

- 14) [http://www.lza.de/downloads/material/index.php?title=Psychosomatische Krankheiten %E2%80%93 unser K%C3%B6rper als Spiegel der Seele](http://www.lza.de/downloads/material/index.php?title=Psychosomatische_Krankheiten_%E2%80%93_our_K%C3%B6rper_als_Spiegel_der_Seele), Zugriff am 14.3.13
- 15) <http://www.depression-leitlinien.de/depression/7821.php>, Zugriff am 18.3.2013
- 16) [http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051 - 010p S3 Posttraumatische Belastungsstoerung Patientenversion.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010p_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_Patientenversion.pdf), Zugriff am 18.3.2013
- 17) http://www.psychoanalysestgt.de/pdf/wiederkehr_des_verleugneten.pdf, Zugriff am 18.3.2013
- 18) <http://www.dialogisch.com/Thymusklopfen.pdf>, Zugriff am 27.3.13

Musik:

CD ſ Fairytaleſ von Alexander Rybak

CD ſ Djingalla 1ſ und ſ Djingalla 2ſ vom Ensemble Rossi

CD ſ Rayſ von Ray Charles

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Beyernaumburg, 24. April 2013