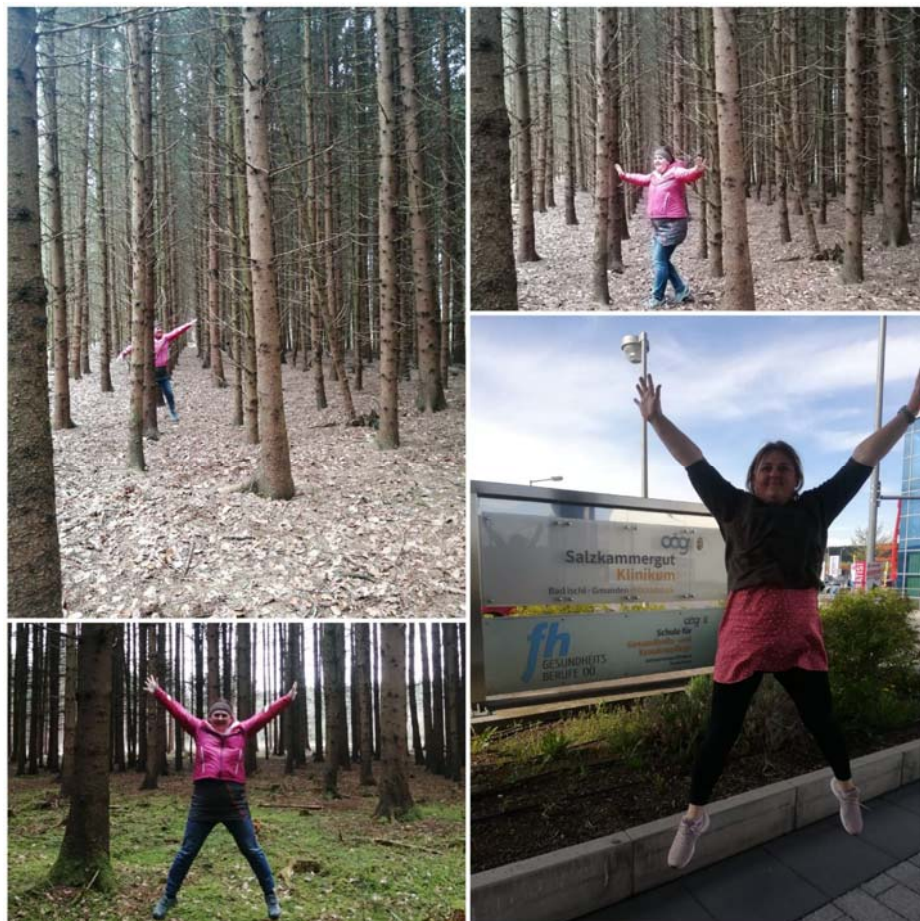


**Von der Seele tanzen –
Tanztherapie als neues Therapieangebot
an der Psychiatrischen Tagesklinik Vöcklabruck**



Diplomarbeit

Im Rahmen der Ausbildung zur Tanz- und Ausdruckstherapeutin am
Zentrum für Ausdruckstanz und Tanztherapie, Graz

Monika Seyfriedsberger

Timelkam, Mai 2021

Vorwort

Zu Beginn meiner Diplomarbeit möchte ich auf das Hier und Jetzt eingehen – eine Zeit, die uns noch lange in Erinnerung bleiben wird. Es ist das Jahr 2021 und unser Land befindet sich im Lockdown 3.0, und seit der beginnenden Corona-Krise im März 2020 hat sich in unserem Leben viel verändert. Nichts ist mehr so, wie es war. Körperliche Distanz, Mundschutz und Homeschooling sind die Schlagwörter dieser Zeit.

Auch ich selbst und meine Familie waren von den Auswirkungen des Corona Virus betroffen und wir lebten für zwei Wochen in Quarantäne. Wir hatten das Glück, dass wir ein Haus mit Garten haben, in dem wir uns frei bewegen durften. Noch nie in meinem Leben hatte ich den Drang nach Bewegung so stark verspürt wie in dieser Zeit. Und so drehte ich meine Runden im Garten. Ich ging und ging oft rastlos, und das Bild des „herumschleichenden, rastlosen Tigers“ tauchte in mir auf. Völlig wertfrei blickte ich auf das Bild des Tigers, der seine Runden um unser Haus dreht. Er erkannte bestimmte Dinge aus einem neuen Blickwinkel. Der Tiger schritt viel aufmerksamer und achtsamer durch sein Revier. Er nahm jede einzelne Ecke im Garten wahr, und wenn er gut gelaunt war, dann tanzte er die Hauseinfahrt auf und ab. Es waren diese Bilder des Tigers in meinem Kopf, die sich auftaten, wenn ich in Bewegung kam, und die mich von meinen negativen Gedanken ablenkten und mich auch zum Schmunzeln brachten.

Seitdem ich selbst die Erfahrung machen durfte oder besser gesagt musste, für eine gewisse Zeit, und ja, es waren nur 14 Tage, aber auch diese schienen zu Beginn endlos zu sein, eingesperrt zu sein, habe ich versucht, nach einem Sinn zu suchen und das Positive zu erkennen.

In dem Gefühl, von der Gesellschaft wegegesperrt zu sein, tauchte bei mir immer wieder ein für uns Therapeuten wichtiges Wort auf: Achtsamkeit. Achtsam mir gegenüber sein und dafür, was gerade ist und sein darf.

In einem Kapitel ihres Buches schreibt Jutta Heller über die Kraft der Resilienz, *die innere Gestaltkompetenz zu festigen und so seine eigene psychische Widerstandsfähigkeit zu stärken.* (Heller, J., 2013)

Der Tanz ist das stärkste Ausdrucksmittel der menschlichen Seele.

Thomas Niederreuther (1909 – 1990), deutscher Kaufmann, Maler und Schriftsteller

Diese ausdrucksstarke Kraft und Wirkung des Tanzes im tanztherapeutischen Kontext aufzuzeigen ist eine wichtige Motivation für mich beim Schreiben dieser Diplomarbeit.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die durch ihre Unterstützung zur Fertigstellung dieser Diplomarbeit beigetragen haben.

Meinen Kindern, Moritz, Mia u Leni und meinem Mann Gerhard, die mich mit viel Verständnis und Geduld durch die Zeit der Ausbildung begleiten haben. Und ein Danke an Mia, die bei der Entstehung des Titelblattes mitgewirkt hat.

Ein besonderer Dank gilt Prim. Dr. Christoph Silberbauer und der Ärztlichen Direktion und OA Dr. Elvira Wimmer und dem Team der Psychiatrischen Tagesklinik des Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck, die mich während der Zeit meines Praktikums und bei der Etablierung der Tanztherapie offenherzig und wertschätzend begleitet haben.

Dank gebührt auch meiner Lehrtherapeutin Johanna Wessels-Gruber, meinen AusbilderInnen und SupervisorInnen Veronika Fritsch, Sabine Gebhart und Evelyn Struklec.

Meiner Freundin Barbara möchte ich danken für ihre Hilfe beim Korrekturlesen meiner Arbeit.

Den bereichernden Freundschaften zu meinen AusbildungskollegInnen, die durch ihre wertvollen, kollegialen und freundschaftlichen Dienste eine große Hilfe für mich waren und sind.

In dankbarer Erinnerung an meine liebe Kollegin, Angelika Hocker die mich vor fünf Jahren motiviert hat, die Ausbildung zur Tanztherapeutin zu machen.

Abschließend möchte ich mich noch bei meiner Mutter bedanken, die mich zu Beginn meiner Ausbildung tatkräftig unterstützt hat und die leider während meiner Ausbildungszeit von uns gegangen ist.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Tanz- und Ausdruckstherapie.....	9
2.1	Grundlagen.....	9
2.2	Definition der Tanztherapie	11
2.3	Anwendungsbereiche der Tanztherapie	12
2.4	PionierInnen der Tanztherapie.....	13
2.4.1	Trudi Schoop (1903-1999).....	13
2.4.2	Marian Chace (1896-1970).....	15
2.4.3	Rudolf Laban (1879 – 1958)	16
2.4.4	Mary Wigman (1886-1973)	17
2.4.5	Martha Graham (1884-1991)	18
3	Tanztherapie in der Psychiatrie.....	19
3.1	Geschichtlicher Hintergrund.....	19
3.2	Beginn der Tanztherapie in Psychiatrischen Kliniken.....	20
3.3	Psychiatrische Krankheitsbilder	23
3.3.1	Affektive Störungen F30-F39, Depression.....	24
3.3.2	Angststörung nach ICD 10: F40-F41.2	25
3.3.3	Schizophrenie ICD 10: F20.....	25
3.3.4	Persönlichkeitsstörungen nach ICD 10, F60-F61	26
3.4	Besonderheiten im Umgang mit psychiatrischen Diagnosen in der Tanztherapie	26
3.5	Psychiatrische Krankheitsbilder und ihr Erleben.....	27
3.5.1	Depression und Angst.....	27
3.5.2	Schizophrenie	30
3.5.3	Persönlichkeitsstörung: Borderline Typ und narzisstische Persönlichkeit	34
4	Methoden, Techniken und Interventionen	37
4.1	Übungszentriert	37
4.2	Erlebniszentriert	38
4.3	Bewegungsanalyse nach Rudolf Laban (LBA)	39
4.4	Raumanwendung nach Rudolf von Laban	41
4.4.1	Raumebenen	41
4.4.2	Dimensionen.....	42
4.4.3	Richtungsbewegungen	43
4.4.4	Kinesphäre.....	43
4.4.5	Grounding.....	44
4.5	Körperteilanwendung.....	46

4.5.1	Köperteilmodalitäten	47
4.5.2	Körperteilkoordination	48
4.6	Die Chace-Methode	49
4.7	Spiegeln	50
4.8	Improvisation	52
4.9	Einsatz von Medien	54
4.10	Atemarbeit	56
4.11	Rhythmus als unterstützendes methodisches Element	57
5	Praktischer Teil	58
5.1	Beschreibung der Rahmenbedingungen der Psychiatrischen Tagesklinik	58
5.1.1	Das Interdisziplinäre Behandlungsteam an der Psychiatrischen Tagesklinik	59
5.1.2	Beschreibung der Zielgruppe	60
5.2	Einführung der Tanztherapie in der Abteilung	60
5.3	Meine Stellung als Tanztherapeutin im interdisziplinären Team	61
5.4	Konzepterstellung einer tanztherapeutischen Gruppe auf der psychiatrischen Tagesklinik Vöcklabruck	62
5.4.1	Inhalte meines tanztherapeutischen Konzeptes	63
5.5	Arbeiten mit offenen Gruppen auf der Akutpsychiatrie	64
5.6	Praktische Beispiele aus der Tanztherapiegruppe	66
5.6.1	Grounding im Chace-Kreis	66
5.6.2	Stundebild: Chace-Kreis	67
5.6.3	Stundenbild: Körperteilanzwendung - Arme	69
5.6.4	Raum erleben, mein Raum – Kinesphäre	70
5.6.5	Tanzen mit Natursymbolen - die Kraft aus der Natur schöpfen	71
5.6.6	Antrieb Kraft: Adler begegnet Schwan	72
6	Zusammenfassung	74
7	Literaturverzeichnis	76

1 Einleitung

Im Jahr 2003 habe ich als Klinische Sozialarbeiterin im stationären Bereich mit psychisch erkrankten Menschen im Neuromed Campus in Linz begonnen zu arbeiten, und nach meiner Karenzzeit bin ich nun seit 2014 im Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck in der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin tätig. Im Juni 2018 durfte ich im Rahmen meines Tanztherapie-Praktikums mit einer tanztherapeutischen Gruppe für PatientInnen der Psychiatrischen Tagesklinik beginnen. Dieses von mir neu etablierte Therapieangebot bildet die Basis meiner Fragestellung in meiner Diplomarbeit.

Wie kann die Tanztherapie die im Behandlungskontext der Einrichtung formulierten Therapieziele unterstützen?

Dazu möchte ich die Behandlungsziele anführen und in meinem Praktischen Teil noch im Detail beschreiben. Die im Konzept der Psychiatrischen Tagesklinik Vöcklabruck formulierten Therapieziele beinhalten die genaue Diagnostik, eine umfassende Therapie unter Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes, eine möglichst effiziente Rückfallprophylaxe mit dem Schwerpunkt gesundheitsfördernde Maßnahmen während der Behandlung zu vermitteln und diese in den Alltag der PatientInnen zu integrieren.

Wie kann nun das Angebot der Tanztherapie den Therapieprozess der PatientInnen der psychiatrischen Tagesklinik unterstützen?

Das Angebot der Tanztherapie führt zu einer Verbesserung und Förderung der Körperwahrnehmung der PatientInnen. Dies begünstigt die psychische Befindlichkeit im positiven Sinne und vermindert die Symptombelastung. Der Bezug zum eigenen Körper kann wieder hergestellt und bewusst gemacht werden. Das tanztherapeutische Angebot kann je nach Krankheitsbild zu Stress-/ Angstabbau, zur Verbesserung der Stimmung und des Körpergefühls beitragen und die Vitalität jedes einzelnen Patienten steigern. Durch eine Verbesserung der Selbstwahrnehmung und den Kontakt zum eigenen Körper wird auch der Zugang zu den Gefühlen ermöglicht. Das Selbstvertrauen, die Selbstsicherheit und die Selbstakzeptanz der PatientInnen werden dadurch gesteigert. Im Rahmen der

tanztherapeutischen Gruppe wird der Kontakt zu den Mitmenschen gefördert und ein „Experimentierraum“ in einer vertrauensvollen, angstfreien Atmosphäre zu einem möglichen Spannungsabbau geboten. Über die Improvisation wird ein Zugang zu den eigenen kreativen Ressourcen ermöglicht, ebenfalls dient sie der Förderung des Selbstentfaltungsprozesses jedes einzelnen Patienten.

Die Tanztherapie bietet eine zusätzliche verbale und nonverbale Kommunikations- und Interaktionsform im therapeutischen Angebot für die Tagesklinikpatienten auf der Psychiatrie. Dem Patienten wird durch den Tanz ein individueller und kreativer Ausdruck möglich gemacht. Er gewinnt Einblick in die Zusammenhänge zwischen seinem seelischen Erleben und seiner körperlichen Wahrnehmung und kann diese erkennen und lernen, darauf Einfluss zu nehmen.

„Tanz ist die verborgene Sprache der Seele.“ (Martha Graham).

Diesen Satz von Martha Graham, einer bedeutenden Pionierin der Tanztherapie, möchte ich aufgreifen, um dem Titel meiner Diplomarbeit kurz ein paar Worte zu widmen.

Von der Seele tanzen. Tanztherapie als neues Therapieangebot in der Psychiatrischen Tagesklinik Vöcklabruck.

Auf Grund meiner jahrelangen Erfahrung mit psychiatrischen PatientInnen ist es mir ein besonders Anliegen, die Tanztherapie im psychiatrischen Setting anzubieten. Dabei geht es um ein neues Therapieangebot, das verbale und nonverbale Ausdrucksformen kombiniert. Gerade auf der Psychiatrie bin ich immer wieder auf Menschen gestoßen, denen es unmöglich war, ihre Ängste und Sorgen über direkten Kontakt in einem Gespräch auszudrücken. Auf Grund ihrer Erkrankung fällt es ihnen schwer, in Beziehung zu gehen, da sie den Zugang zu sich selbst und ihren Gefühlen und Bedürfnissen verloren haben. Martha Graham spricht vom Tanzen als einer verborgenen Sprache der Seele. Und ja, es passiert über das Tanzen, dass die Seele einen Ausdruck findet, und ich durfte diese positive Auswirkung schon oftmals beobachten. Diese besonderen Momente, ich nenne sie in meiner therapeutischen Tätigkeit „magic-moments“, werde ich versuchen im praktischen Teil zu verdeutlichen, und auch die persönlichen Therapieziele der PatientInnen miteinzubinden.

In dieser Arbeit habe ich mich entschlossen, durchgehend von PatientInnen in der Mehrzahl zu schreiben, wobei sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint ist. Die Form der Tanztherapeutin habe ich in weiblicher Form gewählt, da ich von meinen persönlichen Erfahrungen berichte.

Theoretischer Teil

2 Tanz- und Ausdruckstherapie

2.1 Grundlagen

Zu Beginn des Theorieteiles in meiner Diplomarbeit werde ich eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Grundlagen und der historischen Entstehungsgeschichte der Tanztherapie geben. Da sich in meiner Arbeit das Forschungsgebiet auf das klinisch-psychiatrische-Setting beschränkt, werde ich im nächsten Kapitel auf die Entwicklung und die PionierInnen der Tanztherapie im psychiatrischen Kontext eingehen.

Die Grundlagen für die Tanztherapie bilden der Moderne Ausdruckstanz und die daraus entstandene Bewegungsanalyse, die tanztherapeutische Methodenvielfalt und ein fundiertes psychotherapeutisches Wissen.

Vor allem die Fähigkeiten des Menschen, sich im Körper selbst zu erfassen und sich ganzheitlich zu erleben, werden in der Tanztherapie genutzt.

Die Bedeutung des Tanzes bei den Naturvölkern war eine andere, als es zum Beispiel im Mittelalter oder im klassischen Ballett der Fall war. Bei manchen indigenen Völkern ist der Tanz ein integrativer Bestandteil des alltäglichen Lebens und dient der Ausdrucksform jeder Lebensbefindlichkeit. In Senegal wird heute noch bei allen Gesellschaftsereignissen wie z.B. bei Geburt, Hochzeit, Krankheit, Begräbnis vom Volk ein Fest gefeiert, bei dem der Tanz

Hauptform ihrer Kommunikation miteinander ist, und die Gefühle jedes Einzelnen zum Ausdruck gebracht werden.

Im Mittelalter spaltete sich der Tanz in volkstümliches und höfisches Tanzen, bei dem es zum ersten Mal auch inaktive ZuschauerInnen gab. Die eigentliche Bedeutung des Tanzes, die des „Zu-sich-selbst-Stellung-Nehmens“ ging verloren.

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts begann der Tanz, mehr dem Zweck der Selbstdarstellung zu dienen, und bewirkte ein „Sich befreien“ von der stilisierten Tanzform des Balletts. Dieser Aufbruch wurde getragen von der ursprünglichen Bedeutung des Tanzes, der Verbundenheit des Menschen mit der Natur und damit der Rückbesinnung auf die uralte, integrative Kraft für das menschliche Leben.

In Europa entwickelte sich der Ausdruckstanz und in weiterer Folge die Tanztherapie. Einige wichtige VertreterInnen sind: Mary Wigman, Rudolf von Laban und Isodora Duncan.

In Amerika passierte zeitgleich auch ein sich Lösen von dem Formalismus des Balletts hin zum Modern Dance. Eine wichtige Vertreterin dieser Strömung ist Martha Graham.

In der Zeit nach dem 2. Weltkrieg entwickelte sich die Tanztherapie zunächst unabhängig voneinander an der Ost- und Westküste der Vereinigten Staaten. In der Tanztherapie gibt es mehrere BegründerInnen, die sich vom Tanz und der Tanzpädagogik in die therapeutische Richtung bewegten. Zu den PionierInnen in den USA zählen unter anderen Marian Chace, Lilijan Espenak, Mary Whitehouse und Trudi Schoop.

In einem der nächsten Kapitel möchte ich auf einzelne BegründerInnen der Tanztherapie noch genauer Bezug nehmen und ihre Erfahrungen als TanztherapeutInnen im psychiatrischen Kontext genauer beschreiben.

2.2 Definition der Tanztherapie

Petra Klein beschreibt die Tanztherapie als eine Form bewegungsorientierter und künstlerischer Psychotherapie, die sich die uralte Heilkraft des Tanzes zunutze macht. Das Ziel ist es nicht, eine festgelegte tänzerische Form zu erlangen, sondern die authentische, eigenschöpferische Bewegung. Die heilende Kraft des Tanzes lag im ursprünglichen Selbstaussdruck und der zwischenmenschlichen Begegnung in der Gemeinschaft.

(vgl. Klein, 2015, 25)

Beim Ausarbeiten eines tanztherapeutischen Konzeptes für das Gruppenangebot in der psychiatrischen Tagesklinik habe ich folgende Definition für Tanztherapie verfasst:

„Die Tanztherapie orientiert sich an der Sprache des Körpers und weniger am gesprochenen Wort. Dadurch können Gefühle besser ausgedrückt und das Bewusstsein durch aktive Bewegung gestärkt werden. Der freie Tanz ermutigt zu neuen Bewegungs- und in weiterer Folge zu neuen Verhaltensimpulsen. Wir erleben uns ganzheitlich im Tanz zwischen Körper, Psyche und Seele. Die Tanztherapie holt den Patienten dort ab, wo er sich gerade befindet, je nach Befindlichkeit und nach seinen Bedürfnissen.“ (Seyfriedsberger M., 2018)

Lisz Hirn, eine bekannte österreichische Philosophin, hat eine für mich persönlich sehr treffende Definition für die Tanztherapie geäußert, in der auch deren Wirkungsweise anklingt:

Im Tanz befreit die Seele den Körper vom Geist. (Lisz Hirn)

Ich verstehe ihre Sichtweise als ein ganzheitliches Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele. Sie greift den Tanz als eine nonverbale Ausdruckform auf, die unser Seelenleben widerspiegelt und dabei den Geist - „das Kopflastige“ - sein lässt.

Der Tanztherapie liegt ein ganzheitliches Menschenbild zugrunde. Über die eigene Erfahrung in der Bewegung und im Tanz wird der Mensch nicht nur in seinem körperlichen, sondern auch in seinem emotionalen und geistigen Erleben angesprochen. Petra Klein beschreibt die holistische Annahme der Körper-Geist-Seele Einheit und misst auch der kognitiven, verstandesmäßigen Verarbeitung des Tanzerlebens im aufarbeitenden Gespräch ihren

Stellenwert zu. Neben der Einsicht in die eigene Lebensthematik stellt das körperlich-sinnlich erfahrene Problem den Ansatzpunkt des therapeutischen Prozesses in der Tanztherapie dar. Durch das Erleben eines neuen Körperbewusstseins gelingt es dem Menschen, seine Möglichkeiten zu erweitern und seine Situation intellektuell zu erfassen, zu verarbeiten und verbal zum Ausdruck zu bringen.

(vgl. Klein, 2015, 25)

Sharon Chaiklin schreibt in ihrem Buch „Die Kunst und Wissenschaft der Tanz - und Bewegungstherapie“ zur Definition der DMT (Dance Movement Therapy):

...während die Bewegung das primäre Instrument ist, soll man die Verbalisierung nicht außer Acht lassen. Es müssen kognitive oder gedankliche Prozesse mit Bezug auf Bewegung entwickelt werden, um ihr Potential zu maximieren. Bildlichkeit und Verbalisierung als Reaktion auf Bewegungsmuster involvieren den Menschen stärker. (Chaiklin, 2017, 109)

Nach der Definition der Tanztherapie werde ich nun im nächsten Kapitel die Anwendungsgebiete der Tanztherapie anführen.

2.3 Anwendungsbereiche der Tanztherapie

Die Anwendungsbereiche der Tanztherapie sind sehr vielfältig und bieten unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten wie z.B.

- in klinischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen – wie in der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin im Salzkammergut-Klinikum-Vöcklabruck, in der ich mit meinem Praktikum als Tanztherapeutin begonnen habe, aus welchem ich meine tanztherapeutischen Erfahrungen in meine Diplomarbeit einbringen werde.
- in Beratungsstellen und psychologisch-medizinischen Praxen
- im pädagogischen Bereich: Kindergärten, Schulen, Sonderpädagogische Einrichtungen
- in Seniorenheimen

- in Rehabilitationszentren
- in freier Praxis

Neben dem überwiegend psychotherapeutischen Einsatz der Tanztherapie als Einzel- oder Gruppentherapie gibt es jedoch auch den pädagogisch-prophylaktischen Bereich, in dem sie zur Anwendung kommen kann.

2.4 PionierInnen der Tanztherapie

In diesem Kapitel beschäftige ich mich mit einigen bedeutsamen PionierInnen der Tanztherapie. Dem Thema Tanztherapie auf der Psychiatrie habe ich ein eigenes Kapitel gewidmet, indem es auch um den Ursprung der Tanztherapie im klinischen Bereich geht.

2.4.1 Trudi Schoop (1903-1999)

Trudi Schoop wurde am 9. Oktober 1903 in Zürich geboren. Im Alter von 12 Jahren war sie bereits fest entschlossen, Schauspielerin zu werden. Sie hatte Schwierigkeiten, sich in das strikte Schulsystem einzuordnen und reagierte mit Ängsten und Zwängen, welche sie mit Musik und ihren eigenen Improvisationen zu bewältigen versuchte. Über die Improvisation gelang sie zur Gestaltung und sagte darüber:

„Man beginnt die Fantasien zu meistern, man ist nicht mehr von der Fantasie besessen – man besitzt Fantasie.“ (Bender, 2020, 37)

Sie stellte mit ihren eigenen tänzerischen Ideen und getragen von ihren eigenen Gefühlen Tänze dar und konnte dadurch ihre Ängste ausdrücken. Trudi Schoop nutzte ihre Erfahrungen später in ihrer Arbeit als Tanztherapeutin mit Psychiatriepatienten. Obwohl sie keine psychologische oder klinische Ausbildung besaß, begann sie 1957 mit psychotischen PatientInnen in der großen psychiatrischen Klinik Camerillo Mental State Hospital in Los Angeles zu arbeiten. In ihrem Buch „Komm und tanz mit mir“ beschreibt sie die

Anfangsschwierigkeiten und wertvollen Erfahrungen, welche sie im Laufe ihrer Arbeit sammelte. Schoop glaubte, der Tanz befähige den Menschen dazu, sich mit der Realität der begrenzten Welt und gleichzeitig mit der transzendentalen Erfahrung aller Menschen in Zeit und Raum auseinanderzusetzen.

Ganzheit entstand für sie nur durch die Integration der beiden Daseinsebenen Endlichkeit und Unendlichkeit. Sie arbeitete mit keinen festgelegten Methoden, sondern verließ sich auf ihre Intuition, ihr Menschenbild, ihren Glauben an den idealen Körper und ihre Erfahrungen während des Tanzprozesses, mit dem Ziel, die PatientInnen an ihre ganzheitliche Identität zurückzuführen. (vgl. Bender, 2020, 38 ff)

2.4.1.1 Trudi Schoop – ihr Zugang zu psychiatrischen Patienten

Ich möchte dazu die drei Grundmerkmale von Trudi Schoop in ihrer Arbeit, welche für die heutige tanztherapeutische Arbeit wesentlich sind, anführen:

1. Ihre tänzerischen Fähigkeiten, die sie in den Dienst der heilenden Begegnungen mit psychotischen Menschen stellte.
2. Ihre grundlegend suchende und offene Haltung gegenüber den Menschen, mit denen sie arbeitete.
3. Ihre Haltung zu der Bedeutsamkeit von Imagination, die für sie als ganz selbstverständlich und natürlich schien.

Trudi Schoop versuchte, die Form der Bewegung ihrer PatientInnen aufzugreifen, und überließ es ihnen, die eigene Bewegung in ein Bild zu bringen und dieses zu benennen. Das Entwickeln und Verstärken innerer Bilder und deren Verkörperung wurde zum Hauptansatz ihrer Arbeit. Ihr Ziel war es, dem Dunklen, den Angstfantasien und Zwängen, die im Inneren der Menschen Raum eingenommen haben, den Weg zur Verkörperung und zur veränderten Bewegung zu verhelfen, indem sie über ein Bild die Vorstellungskraft aktivierte und so dem Inneren ermöglichte, sich auszudrücken. Trudi Schoop vertrat die Meinung, dass jeder Mensch innere Bilder hat, jeder Mensch kann sie verkörpern, kann sie bewegen. Daran kann das Konzept der

bewegten Imagination anknüpfen. Trudi Schoop war der Ansicht, dass die ver-rückten inneren Bilder nur dann ihre heilende Kraft entwickeln könnten, wenn sie auch von „normalen“ Menschen ernst genommen und sich in bewegten Imaginationen, in der Wirklichkeit, entfalten dürfen. (vgl. Frick-Bear/ Peter-Bolaender, 2008, 41 ff.)

2.4.2 Marian Chace (1896-1970)

Marian Chace zählt zu den wichtigsten Wegbereiterinnen der Tanztherapie und leistete Pionierarbeit mit psychiatrischen PatientInnen.

Sie wurde 1896 in Provide, Rhode Island geboren und absolvierte ein Kunststudium in Washington. Auf Grund eines Tauchunfalles und daraus folgenden Rückschmerzen, wodurch ihr die Malerei erschwert war, wurde ihr vom Arzt Tanzunterricht empfohlen. Beim Tanz erlebte Chace, dass diese Kunstform für sie eine ganz natürliche Form der Kommunikation war. Sie lernte Ausdruckstanz an der Wigman Schule, sowie Modern Dance bei Martha Graham. Ende der 20er Jahre wurde sie Mitglied der Denishawn-Tanzkompanie in New York, und 1930 eröffnete sie eine Zweigstelle. Anfangs widmete sie sich den Aufführungen, ihr Interesse am Unterrichten nahm jedoch zu und sie erweiterte ihren Unterricht mit Kindern aus geschiedenen Familien, Jugendlichen in Erziehungsheimen und psychiatrischen PatientInnen.

Im Jahr 1942 wurde sie vom St. Elisabeth's Hospital in Washington, D.C. engagiert, ein Tanzprogramm für psychisch kranke PatientInnen zu leiten, an dem sie schließlich 20 Jahre lang tätig war. Sie nannte ihre Arbeit „Tanz als Kommunikation“. 1947 wurde sie die erste Vollzeittanztherapeutin und entwickelte in den folgenden Jahren ihre Konzeption der Tanztherapie.

Chace studierte unter anderem drei Jahre Allgemeine Psychiatrie bei Frieda Fromm-Reichmann an der Washington School of Psychiatry. Sie erlebte eine hohe Anzahl an traumatisierten Kriegsveteranen am St. Elisabeth's Hospital, indem man für neue Therapieformen sehr offen war. Zu dieser Zeit wurden die PatientInnen noch ohne Psychopharmaka behandelt. Chace erlebte die Patienten in ihrer gesamten Gefühlswelt ohne

den Einfluss sedierender Medikamente. Nach ihrer Pensionierung 1966 arbeitete sie noch Vollzeit bis zu ihrem Tod 1970 in der Chestnut Lodge. Für Chace galt der Tanz als direktes Kommunikationsmittel unmittelbaren Ausdrucks, und sie wollte Tanz als Interaktionsform für jene anbieten, die anders nicht erreicht werden konnten.

Ihr Vermächtnis ist ein vollständiges in sich abgeschlossenes Behandlungssystem, das kreativ verbale und nonverbale Methoden integriert. Die nach Marian Chace benannte Chace-Methode gehört zur Grundausrüstung jeder Tanztherapeutin und verlangt höchste Aufmerksamkeit, die Fähigkeit zur Expression auf allen Ausdruckskanälen (Körper, Stimme, Sprache) und ein großes Bewegungsrepertoire. (vgl. Bender, 2020, 33 ff.)

Im Kapitel der tanztherapeutischen Methoden und im Praxisteil werde ich noch genauer auf die Chace-Methode eingehen, da diese für mich in der tanztherapeutischen Arbeit auf der Psychiatrischen Tagesklinik ein wichtiges Arbeitsmittel ist, welches ein lebendiges gemeinsames Miteinander in der Gruppe hervorbringt.

2.4.3 Rudolf Laban (1879 – 1958)

Rudolf von Laban ist einer der wichtigsten Begründer der Bewegungsanalyse und ein Wegbereiter des experimentellen und kreativen Tanzes und der Tanztherapie.

Geboren wurde Rudolf Laban in Bratislava. Anfang des 20. Jahrhundert absolvierte er Kunst-, Ballett- und Architekturstudien in Paris, Wien und München. Er gründete seine erste Tanzschule und entwickelte seine Idee von der rhythmischen Gymnastik, die auf natürlichen, organischen Körperbewegungen aufbaut. Mary Wigman schloss sich ihm an, und in Zusammenarbeit mit ihr folgten kinetische Studien, auf die er seine Pädagogik des modernen erzieherischen Tanzes aufbaute.

Laban betrachtete die Selbstkontrolle, die eng mit den Körperbewegungen und den körperlichen Übungen verknüpft ist, als einen Weg zur Disziplin des Geistes. Jeder Mensch sollte die grundlegenden Techniken der Körperbewegung erlernen und sich ein eigenes

Bewegungsrepertoire aneignen, mit dem Ziel, seine Persönlichkeit zu stärken und sich mit mehr Fantasie auszudrücken.

Susanne Bender zitiert Rudolf Laban in ihrem Buch über die psychologische Bedeutung der Bewegung folgend:

Der Mensch ist in Bewegung und Bewegung ist Leben.

(Rudolf Laban zit. nach Bender, 2014, 318)

Er sah Bewegung als ursprüngliche Lebenskraft, als sichtbaren Ausdruck unserer inneren Welt. So erforschte er die physiologischen und psychologischen Gesetze menschlicher Bewegung, sowohl unter dem Aspekt der inneren Bewegungsmotivation als auch des äußeren Körpergeschehens.

Aus seinen Forschungsergebnissen über die Motivation und die Kausalitäten menschlicher Bewegungen gründete er die für die Tanztherapie elementare Bewegungsanalyse, darauf werde ich im Methodenteil in einem Kapitel noch näher eingehen.

(vgl. Bender, 2014, 318)

2.4.4 Mary Wigman (1886-1973)

Es war Rudolf von Laban, der den größten Einfluss auf Wigmans frühes Werk hatte und sie ermutigte, sich für den Tanz zu entscheiden und mit seiner Hilfe eigene Tanzkompositionen zu erarbeiten. In Anlehnung an die Arbeitsweise Labans überprüfte und erforschte sie die Ausdrucksstärke des Raumes und die Funktion der Bewegung im Raum ohne Musik. Sie konnte ihr Publikum davon überzeugen, dass der Tanz eine eigenständige Kunstform darstellte. Sie suchte aber auch noch innovativen Zugang zur musikalischen Begleitung ihrer Tänze wie z.B. Trommeln, Gongs und Tamburins. Bei all ihren Choreografien war Wigmans gesamter Körper in den expressiven Tanz integriert. Die Anziehungskraft der Erde wurde gestalterisch aufgenommen, entweder durch sanfte Berührung oder kraftvolles Stampfen.

Wigmans Tänze, die immer wieder menschliches Schicksal bildstark verkörperten, waren durchdrungen von Trauerarbeit, Schmerz und Spiritualität. In ihrem Werk „Die sieben Tänze des Lebens“ taucht als zentrales Motiv die Problematik von Tod und Wiedergeburt auf.

In diesem Werk gibt sie ihrem philosophischen Lebensbild tänzerischen Ausdruck, ihre Überzeugung von der Einheit von Lust und Leid, von Tod und Leben, und zelebriert darin ihren Glauben, dass der Tanz den Tod überwinden und neues Leben entstehen lassen kann.

Mary Wigman unterscheidet klar zwischen eher spontanen inneren Impulsen, aus dem Unbewussten hervorbrechenden und dem künstlerischen Prozess des Aus -und Umwandels des Seelenlebens, welches nach außen drängt. Bedeutsam für sie ist dabei die aufgeschlossene Seinsweise, die Haltung des Geschehen-Lassens und aktiven Imaginierens von Innenbildern zu konkreten Außenbildern, getanzten Symbolen. Sie beschreibt die Wandlung der „ersten Natur“, des primären Erlebens, in die „zweite Natur“, die Symbolsprache des Tanzes, die sich als Botschaft vermitteln lässt. (vgl. Frick-Bear/ Peter-Bolaender, 2008, 17 ff.)

2.4.5 Martha Graham (1884-1991)

Sie gilt als Begründerin des Modern Dance, der sich zur gleichen Zeit wie der Ausdruckstanz entwickelte. Zeitgleich mit Mary Wigman, die in Deutschland den Ausdruckstanz entwickelte, geschah dies durch Martha Graham in Amerika. Ähnlichkeiten der beide zeigen sich zum Beispiel darin, dass beide teilweise in Stille tanzten und alternierend beide das gesprochene Wort in ihre gestalterische Arbeit miteinbezogen. Beide waren auch davon überzeugt, dass die Bewegung dem emotionalen Impuls folgen muss und dass der Ausdruck der Gefühle (körperlich und tanztechnisch) vor allem der Beteiligung der Körpermitte bedarf, die in der europäischen Tanzkultur stark verdrängt war.

Von den beiden Künstlern Pablo Picasso und Salvador Dali und ihren Bilderwelten beeinflusst, und durch ihre Auseinandersetzung mit der Psychologie Jungs gelang es Martha Graham, Inhalte des persönlichen und kollektiven Unbewussten in getanzte Bilder zu transformieren. Sie beschäftigte sich intensiv mit Frauenfiguren, mit weiblicher Problematik und weiblicher Psyche, was zu Folge hatte, dass in ihren Tänzen die Heldinnen Frauen waren, die während der dramatischen Gestaltung Wandlungsprozesse erfuhren. (vgl. Frick-Bear/ Peter-Bolaender, 2008, 29 ff.)

Die These, dass der „Tanz der Graham“ als eine Form aktiver Imagination verstanden werden muss, lässt sich durch die von Bethsabée de Rothschild beschriebene Arbeitsweise belegen, die eindeutig in die Richtung des Jung'schen Individuationsprozesses weist:

Der „emotionale Stimulus“ ist das Ausgangs- und Leitmotiv für Improvisationen, deren „essenzielle(n) Bewegungskerne“ zu Choreografien aktiv entfaltet werden, wobei dieser Prozess dadurch charakterisiert ist, dass er ein Sich-Einlassen auf suggestive Bilder umfasst. Diese Aussagen sind als klare Hinweise zu interpretieren, die den Prozess der „passiven“ und „aktiven“ Imagination“ beschreiben. (vgl. Frick-Bear/ Peter-Bolaender, 2008, 30 ff.)

Eine wichtige Erkenntnis von Martha Graham war, dass die Tanzbewegung im Inneren des Körpers durch Anspannung, *contraction*, entsteht und von da aus in die Peripherie strahlt, wo die Entspannung, der *release* erfolgt.

Sowohl im Modern Dance von Martha Graham als auch im Ausdruckstanz von Mary Wigman wird der Raum im Spannungsgefüge zwischen Innen- und Außenraum und zwischen subjektivem und objektivem Raum zum bestimmenden Faktor der symbolträchtigen Gestaltung emotionaler Themen. (vgl. Frick-Bear/ Peter-Bolaender, 2008, 29 ff.)

3 Tanztherapie in der Psychiatrie

3.1 Geschichtlicher Hintergrund

In der kulturellen Entwicklung des Menschen wird davon ausgegangen, dass der Sprache eine Epoche nichtsprachlicher Kommunikation vorausging. In der heutigen Zeit steht die Sprache als Ausdrucksform mehr denn je im Vordergrund, und der Körperausdruck tritt als Folge kultureller Anpassung in den Hintergrund, wobei in letzter Zeit ein Aufwärtstrend der nonverbalen Therapieformen zu beobachten ist.

In meinem Titel „*Von der Seele tanzen ...*“, geht es mir genau um diesen Aspekt: aus dem Blickwinkel der Seele-Körper-Geist-Einheit heraus den nonverbalen Ausdruck über den Tanz näher zu beschreiben.

Mein Forschungsgebiet, die Psychiatrische Tagesklinik im akut-psychiatrischen Setting und ihre PatientInnen möchte ich im tanztherapeutischen Behandlungskontext unter all den gleichwertigen Therapieangeboten in meinem Praxisteil noch genauer vorstellen. Ich werde versuchen, in diesem Kapitel den theoretischen und historischen Hintergrund der Tanztherapie auf der Psychiatrie zusammenzufassen.

3.2 Beginn der Tanztherapie in Psychiatrischen Kliniken

Avantgardistinnen der Tanz- und Bewegungstherapie wie Marian Chace, Liljan Espenak, Trudi Schoop und Mary Whitehouse verknüpften ihr Wissen als Künstlerinnen, Tanzpädagoginnen und Choreographinnen mit tiefenpsychologischen Ansätzen, wie z.B. dem psychoanalytischen nach C.G. Jung bei M. Whitehouse oder mit Theorien von A. Adler bei L. Espenak.

Sie begannen größtenteils als AutodidaktInnen und versuchten nach und nach mit ihrem bisherigen Wissen, Tanzpädagogik zielgerichtet für psychiatrische PatientInnen auszubauen.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelten sich neben den tiefenpsychologischen Hauptströmungen von S. Freud, A. Adler und C.G. Jung ebenfalls nonverbale körperorientierte und gruppenorientierte Methoden, die die Entwicklung der Tanztherapie begünstigten.

Wilhelm Reich und sein Schüler A. Lowen, richteten ihren Fokus auf die Körperstruktur, deren Ausdruck und auf die Möglichkeit, durch gezielte Übungen psychische Veränderungen zu erreichen. Der Psychiater H. S. Sullivan entwickelte die interpersonale Theorie der Persönlichkeit, die besonders bei Marian Chace als Grundlage in ihre Arbeit einfließt.

Marian Chace entwickelte in über 20 Jahren Arbeit am St. Elisabeth Hospital in Washington eine Basis für die tanztherapeutische Gruppenarbeit. Den Kreis als räumliches Strukturprinzip ließ sie durch Bewegungskommunikation in jeder Stunde neu erschaffen. Jeder einzelne Patient, der an einer Stunde teilnahm, stellte sich im *warming up* im Kreis mit *seiner/ihrer* Bewegung vor und regte dadurch die anderen Gruppenmitglieder zur Imitation an. Ein

Gemeinschaftsgefühl wurde durch Blickkontakt aufrechterhalten, der zur Bewegungsübernahme unabdingbar notwendig war. In der von M. Chace entwickelten Methode greift die Therapeutin im Chace-Kreis Bewegungen auf, bedient sich dabei der Technik des Spiegels, strukturiert, verstärkt, modifiziert, regt zur Variation von Bewegungsthemen an, die auch verbal durch die Therapeutin formuliert oder durch Assoziationen in der Gruppe fokussiert werden können. (vgl. Nass, 2017, S. 33)

Anfang der 60er Jahre kam Liljan Espenak zum Adler Institut. Sie war Studentin und Emigrantin aus Europa, wo sie sowohl Tänzerin als auch Tanzlehrerin gewesen war. Dabei wurde ihr bereits die starke Beziehung zwischen Körper und Geist bewusst, und sie begann sich immer mehr für Psychologie und Psychiatrie zu interessieren. Sie studierte am Alfred Adler Institut, New York, und entwickelte während dieser Zeit ihre schematische Struktur der psychomotorischen Theorie.

Im Jahr 1964 sammelte sie ihre ersten praktischen Erfahrungen als Therapeutin an der University Affiliated Mental Retardation Clinic des Flower-Fifth Avenue Hospitals. Liljan Espenak führte die Tanztherapie in einer Rehabilitationseinrichtung für PsychiatriepatientInnen in der Nähe der Alfred Adler Mental Health Clinic ein. Ihre therapeutische Tätigkeit war durch die befreienden Aspekte der Tanztherapie, einer positiven konstruktiven Therapeuten-Patienten-Beziehung und durch die Stimulierung der Motivation in Hinblick auf die psychische Gesundheit gekennzeichnet.

(vgl. Espenak, 1985, II)

Mary Starks Whitehouse (1911-1979) graduierte in Tanz und Journalismus in den USA. Später studierte sie an der Wigman-Schule in Deutschland, wo sie ihren pädagogischen Abschluss machte. Nach ihrer Rückkehr aus Deutschland nahm sie Unterricht an der Martha-Graham-School in New York. Dort entdeckte Whitehouse ihr Interesse an der menschlichen Psyche und an der analytischen Psychologie Carl Gustav Jungs. Von Jungs Theorie fasziniert begann sie, das tanzpädagogische Verständnis der Wigman-Schule mit den Prinzipien der Jung'schen Therapie zu verbinden. Anfang der 1950er Jahre erfuhr sie aus einem Artikel von Marian Chace, dass Trudi Schoop im Camarillo Krankenhaus mit psychisch kranken Menschen arbeitete. Anders als Chace und Schoop, die die Tanztherapie in psychiatrischen Settings

etablierte hatten, arbeitete sie primär im Einzelsetting mit Menschen, bei denen es in erster Linie um Selbsterfahrung und Erforschung unbewusster Anteile der Persönlichkeit ging. Für Whitehouse waren Emotionen Symptome komplexer, meist unbewusster psychischer Vorgänge. In ihrem Ansatz, welchen sie damals „Movement in Depth“ nannte, geht es um authentische Bewegungen, die aus einem tiefen seelischen Erleben heraus entstehen, der heute als tanztherapeutische Methode des „Authentic Movements“ bekannt ist.

Im selben Zeitraum befassten sich Wissenschaftler mit dem Thema der nonverbalen Kommunikation, mit der Beziehung von Körper und Seele und dem Körperbild. In den sechziger und siebziger Jahren weiteten sich die Studien zu nonverbalen Interaktionen aus. Neben den tiefenpsychologischen Ansätzen beeinflussten die Grundsätze der humanistischen Psychologie durch Carl Rogers und A. Maslov durch ihren nichtanalytischen, nichtwertenden und nichtdiagnostizierenden Ansatz das tanztherapeutische Konzept und seine Entwicklung. Auch weitere Psychotherapieformen wie die Gestalttherapie, das Psychodrama und die psychomotorische Therapie von Pesso stellen wichtige Einflussfaktoren dar und unterstützen die Tanztherapie als eigenständige Therapieform, die mit dem Körper und der Bewegung arbeitet.

Bei meinen Recherchen über die Tanztherapie im klinisch psychiatrischen Bereich bin ich auch auf Sharon Chaiklin (*1934) gestoßen. Sie absolvierte ihr erstes Tanztraining am Sarah Lawrence College in New York, und sie wollte eigentlich Sozialarbeiterin werden. Im Jahr 1964 kam Sharon Chaiklin an das St. Elisabeth's Hospital, in dem Marian Chace arbeitete und wurde ihre Schülerin. Sie war bei der Gründung des amerikanischen Tanztherapieverbandes (ADTA) beteiligt und fungierte von 1968 bis 1972 als deren Präsidentin. Ihr war es ein großes Anliegen, eine Verbindung zwischen den TanztherapeutInnen der Ost- und Westküste der USA zu schaffen, und sie wurde auch zur Präsidentin der Marian Chace Foundation ernannt.

Sharon Chaiklin arbeitete über 34 Jahre hauptsächlich in psychiatrischen Krankenhäusern und in privater Praxis.

Heutzutage gibt es im deutschsprachigen Raum TanztherapeutInnen mit jahrzehntelanger Berufserfahrung, und sie haben im Laufe der Zeit eigene Methoden und Ansätze entwickelt, wie zum Beispiel die Systemische Tanztherapie von Susanne Bender, die Integrative

Tanztherapie, die sich das Theoriegerüst von Hilarion Petzold zunutze macht, oder sich auf das von Elaine V. Siegel basierende Konzept der tiefenpsychologischen Tanztherapie stützt. Es folgten Anpassungen der Tanztherapie an spezielle Diagnosen, wie zum Beispiel die Traumaadaptierte Tanztherapie (TATT) von Erika Sander und Claudia Schedlich, oder die Tanztherapie in der Psychoonkologie. (vgl. Bender, 2020, 75 ff.)

Im Buch von Sharon Chaiklin beschreibt Patricia Capello in ihrem Kapitel das BASCICS-Modell, ein intra-/ interaktionelles Modell der Tanz- und Bewegungstherapie zur Anwendung bei erwachsenen Psychiatriepatienten.

Patricia P. Capello ist seit mehr als 30 Jahren als leitende Tanz- und Bewegungstherapeutin und amtierende Teamleiterin in der Abteilung für Psychiatrie (Department of Psychiatry) des Maimonides Medical Center in Brooklyn, New York, tätig. In ihrer Privatpraxis hat sie sich auf die Behandlung mit entwicklungsverzögerten Erwachsenen spezialisiert. Sie war Dozentin in dem Programm Tanz und Tanzerziehung der New York University und unterrichtete im DMT-Programm Alternativer Weg am Harkness Dance Center. Sie hat Kurse in Tanztherapie in England, Griechenland, in Taiwan, in Korea und China gegeben. Capello war lange Zeit Mitglied des Vorstandes der ADTA und ist stellvertretende Vorsitzende des Internationalen Ausschusses der ADTA.

Aus der von mir kurz dargestellten Entwicklung der Tanztherapie mit Psychiatriepatienten und einigen wichtigen VertreterInnen auf diesem Gebiet möchte ich mich nun den psychiatrischen Diagnosen und einigen daraus folgenden wichtigen Erkenntnissen für die Tanztherapie widmen.

3.3 Psychiatrische Krankheitsbilder

Für mich als langjährige Mitarbeiterin im klinisch psychiatrischen Setting stellt es eine wichtige Kompetenz dar, über psychiatrische Diagnosen Bescheid zu wissen. Besonders in der Zusammenarbeit im interdisziplinären Team bedarf es eines fachlichen Wissens über die einzelnen Krankheitsbilder, gerade, wenn es um ein gemeinsames Ausarbeiten von Therapiezielen für die PatientInnen geht.

Ich möchte nun auf vier psychiatrische Diagnosen näher eingehen, welche am häufigsten in der Psychiatrischen Tagesklinik diagnostiziert werden, und diese an Hand des Buches „Internationale Klassifikation psychischer Störung ICD 10 Kapitel V(F)“ beschreiben:

Dabei werde ich auf die unten angeführten Krankheitsbilder näher eingehen und die wichtigsten Kriterien der folgenden Krankheitsbilder zusammenfassen:

- Depression
- Angststörung
- Schizophrenie
- Persönlichkeitsstörungen

3.3.1 Affektive Störungen F30-F39, Depression

Die Depression ist ein psychisches Krankheitsbild und zählt zu dem Überbegriff der affektiven Störungen. Neben der Depression zählen zum affektiven Störungsbild die manische Episode, die bipolare affektive Störung, die depressive Episode, die rezidivierende depressive Störung und noch weitere affektive Störungen dazu. Ihr gemeinsames verbindendes Merkmal ist vor allem eine klinisch bedeutsame Veränderung der Stimmungslage.

Dabei können die Gemütsbewegungen (Affekte) in Richtung Depression gedrückt oder in Richtung Manie gesteigert sein. In diesem Zusammenhang wird der Begriff „Affekte“ im Sinne von Grundstimmung gebraucht. Diese Stimmungsveränderung kann schnell einsetzen (akut), sich langsam entwickeln (chronisch) oder nur phasenweise (episodisch) auftreten.

Ebenso können gleichzeitig formale und inhaltliche Denkstörungen, kognitive Beeinträchtigungen und gelegentlich auch psychotisches Erleben vorkommen. Für die Diagnose werden verschiedene Aspekte mitbetrachtet, z. B. Antrieb, Spontanität, Schlafbedürfnis, Appetit, sexuelles Interesse und das soziale Leben des Betroffenen.

(vgl. Dillinger, Mombour, Schmidt, 2010, 140 ff.)

3.3.2 Angststörung nach ICD 10: F40-F41.2

Unterschieden werden dabei grob zwei Formen:

1. *Diffuse, unspezifische Ängste* treten spontan und zufällig auf und haben keine Situation oder Objekte als Auslöser.
2. *Phobien* sind dagegen auf konkrete Dinge ausgerichtet und an bestimmte auslösende Objekte, Situationen oder Räumlichkeiten gebunden (z. B. Tiere, Menschen oder Platzmangel).

Die im psychiatrischen Setting häufig auftretende Form der neurotischen Störungen ist eine Mischform aus Angst und depressiver Störung. (vgl. Dillinger, Mombour, Schmidt, 2010, 168 ff.)

3.3.3 Schizophrenie ICD 10: F20

Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.

Der Verlauf schizophrener Störungen kann entweder kontinuierlich, episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger und unvollständiger Remission auftreten.

(vgl. Dilling, Momour, Schmidt, 2010, 111 ff.)

3.3.4 Persönlichkeitsstörungen nach ICD 10, F60-F61

Diese Störungen umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehung zu anderen. Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich von Persönlichkeitsänderungen durch den Zeitpunkt und die Art und Weise ihres Auftretens. Sie beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an.

Bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung F60.3 wird zwischen dem impulsiven Typ und dem Borderline-Typ unterschieden. Die wesentlichen Charakterzüge des impulsiven Typs sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem oder bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.

Beim Borderline-Typ sind einige Kennzeichen von emotionaler Instabilität vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl von innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen, mit übermäßigen Anstrengungen nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen) einhergehen. (vgl. Dilling, Momour, Schmidt, 2010, 250)

3.4 Besonderheiten im Umgang mit psychiatrischen Diagnosen in der Tanztherapie

Grundlegend ist zu sagen, dass in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen die therapeutische Haltung von enormer Wichtigkeit ist. Die Beziehungsarbeit zwischen Therapeuten und PatientInnen bilden die Grundbasis, um einen therapeutischen Prozess in Gang zu bringen. Die vier Grundprinzipien wie *Empathie, Authentizität, Wertschätzung und Kongruenz* (nach Carl Rogers) dienen dabei als therapeutische Basis jeder Therapieeinheit.

Die von mir zu den einzelnen Diagnosen ausgearbeiteten Ziele für die Tanztherapie dienen meiner Forschungsfrage:

Wie kann die Tanztherapie die im Behandlungskontext der Psychiatrischen Tagesklinik Vöcklabruck formulierten Therapieziele unterstützen?

Die drei Hauptziele umfassen eine genaue Diagnostik, eine umfassende Therapie mit Einbezug des sozialen Umfeldes und eine möglichst effiziente Rückfallprophylaxe. Weiter Ziele sind die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität und Symptomverminderung der PatientInnen. Die Stärkung und Förderung von Selbstkompetenz und Selbstfürsorge während ihrer Behandlungsdauer und das Durchbrechen von problematischen Verhaltensmustern und Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten.

Dabei möchte ich die Ziele der Tanztherapie für die PatientInnen der Psychiatrischen Tagesklinik im tanztherapeutischen Kontext genauer beleuchten und die Grundkenntnisse im Umgang mit psychiatrischen Diagnosen näher beschreiben.

3.5 Psychiatrische Krankheitsbilder und ihr Erleben

Bei den von mir angeführten Krankheitsbildern Depression, Angststörung, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung möchte ich auf deren Besonderheiten näher eingehen und die daraus resultierenden Erkenntnisse für das tanztherapeutische Arbeiten anführen.

3.5.1 Depression und Angst

Die Angstinhalte bei einer neurotischen Depression sind zum einen die Angst vor dem Objektverlust und dem Verlust der Liebe des Objekts, zum anderen die Angst vor der Selbstwerdung. Auf Grund der Verlustängste wird versucht, die Wünsche der andern in den Vordergrund zu stellen und das eigene Bedürfnis hinten an zu stellen. Die Erfüllung der

Anforderungen aus der Umwelt kann zu einer Aufgabe werden, die dem Leben des Depressiven einen Sinn und Halt gibt und ihm hilft, seine innere Leere zu überdecken.

(vgl. Klein 2015, 229)

3.5.1.1 Das Erleben von depressiven PatientInnen

Viele depressive PatientInnen fühlen sich schwer, niedergeschlagen, antriebslos und müde. Der Körper will nicht so richtig in die Gänge kommen, jede kleine Bewegung kostet Kraft, auf den Schultern sitzt eine schwere Last, die Füße kommen nicht vom Fleck.

Bei Angstpatienten stehen Enge-Gefühl, Starrheit und Beklemmung im Vordergrund. Die Schultern sind hochgezogen, der Atem ist flach und die Mimik starr.

Bei vielen Affektkranken ist das Gefühl für den eigenen Körper verloren gegangen. Das Gefühl der Leere überträgt sich auf den Körper. Die leiblichen Empfindungen sind gehemmt, die Bewegungen erstarrt und verlangsamt. Inaktivität, Antriebslosigkeit, psychomotorische Gehemmtheit, soziale Isolation und fehlende emotionale Ausdrucksfähigkeit stehen im Vordergrund.

Die Bewegung, der Tanz kann für PatientInnen auch als anstrengend erlebt werden, da sie glauben, etwas erfüllen zu müssen und perfekt sein wollen. Durch diesen subjektiv auferlegten Druck kommt es zu keiner wirklichen Befriedigung, da kein Loslassen der Spannung im Körper spürbar wird. Gesten und Bewegungen werden nur mechanisch und kraftlos vollzogen, gebeugte Haltung, gesenkter Kopf. Bleierne Schwere der Arme und Beine sind Ausdruck der Dominanz abwärts gerichteter Kräfte.

(vgl. Klein 2015, 225 ff.)

3.5.1.2 Grundbedürfnisse der Zielgruppe

In der Krise, in der sich die PatientInnen im klinischen Setting meist befinden, brauchen sie Klarheit, Struktur und Sicherheit in ihrem Behandlungsumfeld. Viele der PatientInnen verfügen über zu wenig Ich-Stärke sowie ein mangelndes positives Selbstbild und

Selbstwertgefühl, sodass Hilflosigkeit und Ohnmacht gefühlsmäßig im Vordergrund stehen.
(vgl. Klein, 2015, 203)

Die PatientInnen wollen in erst Linie wahrgenommen werden. Dabei treten oft Bedürfnisse von ihnen in den Vordergrund, welche ihre eigentlichen Bedürfnisse überdecken und derer sie sich nicht bewusst sind.

Aus meiner Erfahrung im Abhalten von Psychoedukationen mit PatientInnen in der Depression ist ein ganz wichtiger Punkt, die Fähigkeit des sich positiv Ablenkens wieder zu entdecken. Wie ich finde, ist es ein wichtiger erster Schritt, sich von den belastenden Denkinhalten abzulenken und sich aus der negativen Gefühlsspirale heraus zu bewegen. Ein zusätzliches Therapieangebot, um sich positiv abzulenken, stellt die tanztherapeutische Gruppe im Therapieplan dar, was gerade aufgrund dieser positiven Erfahrung bei den PatientInnen Anklang findet.

3.5.1.3 Ziele der Tanztherapie

- Förderung von Selbstwirksamkeit und Autonomie
- Ich-Stärkung durch selbstbestimmtes Handeln
- Selbstwertregulation
- Stärkung eigenständiger Impulse
- Wahrnehmung und Ausdruck eigener Wünsche und Bedürfnisse
- Integration von Aggression
- Gefühlsregulation
- Von der Objektbezogenheit zur Subjekthaftigkeit

(vgl. Fritsch, 2020, Handout, www.tanztherapie.at)

Wichtige tanztherapeutische Interventionen, welche die Bedürfnisse nach Sicherheit und Stabilität für PatientInnen in der Akutphase befriedigen, sind:

Grounding, Körperteilanwendung, Atem- und Achtsamkeitsübungen und Rhythmusarbeit.

Im Kapitel „Methoden und tanztherapeutische Interventionen“ werde ich diese noch genauer beschreiben und in meinem praktischen Teil an Hand von Beispielen aus meinen tanztherapeutischen Gruppenangeboten in der psychiatrischen Tagesklinik miteinander in Verbindung bringen.

Es gibt noch eine Reihe weiterer tanztherapeutischer Konsequenzen in der Arbeit mit depressiven PatientInnen, welche ich hier anführen möchte:

- Übungszentriertes Vorgehen zur Ich-Stärkung
- Körperreisen zur Stärkung des Körper-Ichs wie zum Beispiel in Form einer „Baumimagination“
- Angebote zur Integration negativ besetzter Körperteile
- Arbeit mit der Kinesphäre
- Entwicklung der ankämpfenden Antriebsqualitäten
- Angebote zu den elementaren Antriebsaktionen
- Zugang zu und Umgang mit Aggression
- Themenzentriertes Arbeiten z.B. zum Thema „Öffnen-Schließen“
- spielerische Elemente zur Kreativität

(vgl. Fritsch, 2020, Handout, www.tanztherapie.at)

3.5.2 Schizophrenie

Zum Krankheitsbild der Schizophrenie möchte ich mit einem Zitat von C. G. Jung beginnen:

„Diese unbewussten Mächte und Inhalte existieren ebenso im Unbewussten normaler Menschen, die aber das Glück haben, nichts davon zu ahnen...“

C.G. Jung (Nass, V. 2017, 22)

Die Schizophrenie wird nach ihren charakteristischen Symptomen zunächst als Psychose definiert. Als solche äußert sie sich in Veränderung der inneren und äußeren Wahrnehmung, der emotionalen und kognitiven Kommunikation und häufig auch in Veränderung des

Ausdrucks und Verhaltens. In nahezu allen Fällen ist auch das Denken gestört, etwa im Sinne ungewöhnlicher Denkinhalte und irrationaler Überzeugungen, die als wahr bezeichnet werden, oder im Sinne subjektiver Störungen des Denkvorganges.

Eine Besonderheit psychischer Erkrankungen besteht darin, dass sich krankhafte Veränderungen häufig im Erleben des Betroffenen abspielen und von außen nicht beobachtbar sind. (vgl. Nass, 2017, 22 ff.)

3.5.2.1 Das Erleben von schizophrenen PatientInnen

In seinem Buch „Leibbewegungen“ zitiert Udo Baer, T. Fuchs, der über das Erleben von Schizophrenie PatientInnen folgendes äußert:

„Schizophrene neigen dazu, eher zu hören als hinzuhören, eher zu schauen als hinzuschauen, eher zu empfinden als wahrzunehmen.“ (Fuchs T., 2001, 123, zitiert nach Bear, U., Frick-Bear, G., 2015)

Wahrnehmen heißt Grenzen zu spüren, zwischen Wichtigem und Unwichtigem oder zwischen Bedeutendem von Unbedeutendem unterscheiden zu können, sowie zwischen inneren und äußeren Erlebnissen trennen zu können. Ist dies nicht möglich, wie im Falle der Schizophrenie, werden die Gedanken laut oder werden die Gedanken von außen eingegeben. Der Patient kann überzeugt sein, fremd- und ferngesteuert zu agieren, oder er entwickelt das Gefühl, Kontrolle über seine Umwelt zu gewinnen.

Daraus entsteht eine Überflutung von Eindrücken, die nicht verarbeitet werden können, eine Überreizung aller Sinne, was letztendlich zur Überforderung führt. (vgl. Nass, 2017, 24)

Ich möchte bei meiner Beschreibung auch den Fokus auf die Bewegungsanalyse bei schizophrenen PatientInnen in der Fremdwahrnehmung setzen.

Das äußere Erscheinungsbild zeigt sich sehr vielfältig und es reicht von einer starken Agitiertheit mit extremer Unruhe bis hin zu der völligen Bewegungslosigkeit der katatonen Zustände. Schizophrenen Menschen fehlt eine positive Besetzung des Körpers, und dies zeigt sich beispielsweise in der Gefühllosigkeit einzelner Körperteile.

Es fehlen ganzkörperliche Bewegungen, bei denen der Mensch sich als Einheit erleben würde. Stattdessen stehen ruckartige, überraschende Bewegungen im Vordergrund. Die starke Fragmentierung verhindert auch einen freien Bewegungs- und Atemfluss. Die unzureichende Subjekt-/Objektdifferenzierung führt zu schwach ausgeprägten Körpergrenzen. Es entstehen körperliche Unsicherheiten und starke Überflutungsängste. Auf körperlicher Ebene sind Versteifungen von Kopf, Hals, Oberkörper und Beckenpartie zu beobachten. Damit verbunden ist eine geringe körperliche Flexibilität mit einem fehlenden Raumbewusstsein.

Der Bewegungsfluss ist stark gebunden bis hin zu einer krampfartigen Spannung, die sich in einem starren, leeren Gesichtsausdruck ausdrückt. Bei diesen PatientInnen sind hauptsächlich die peripheren Körperpartien wie Arme und Beine in Bewegung, wobei der Rumpf und die Beckenpartie meistens steif gehalten werden. (vgl. Klein, 2015, 293 ff.)

3.5.2.2 Grundbedürfnisse von schizophrenen PatientInnen

Ich erinnere mich gut an einen Patienten aus meiner tanztherapeutischen Gruppe in der Klinik. Er war zu Beginn der Stunde unruhig-nervös, und er fragte, wie lange die Stunde dauert. Mit meiner Stunde endete der Therapie-Vormittag und er hatte Stress, seinen Bus rechtzeitig zu erreichen. Wir vereinbarten zu Beginn der Stunde, dass er 10 Minuten früher gehen kann. Als der Zeitpunkt seines Aufbruchs kam, wurde er wieder unruhig, er verabschiedete sich und ging. Beim nächsten Mal klärten wir wieder zu Beginn der Stunde den zeitlichen Rahmen, der ihm möglich sei zu bleiben und sich auf den Gruppenprozess einzulassen.

Bei der 4. Einheit vereinbarten wir, dass er sich den Zeitpunkt selbst auswählen konnte. Ich sah auf die Uhr, als es 10 Minuten vor dem Ende war, der Patient sah auch auf die Uhr, und er entschied sich dieses Mal bis zum Schluss zu bleiben. Er war mit Freude beim Tanzen, er wusste, dass er auch bis zum Ende bleiben kann und trotzdem den Bus erreichen würde.

Aus meiner persönlichen Erfahrung ergeben sich folgende wichtige Erkenntnisse:

Schizophrene PatientInnen brauchen klar strukturierte Rahmenbedingungen und direkte Anleitungen im Hier und Jetzt. Dies gibt ihnen Orientierung und Sicherheit.

Eine vertrauensvolle Beziehung und eine real-definierte Zielsetzung bilden die Basis für weitere therapeutische Interventionen.

Ein Bedürfnis der PatientInnen ist es, ihren Körper als eine eigene Einheit zu erkennen, ihre Körpergrenzen wahrzunehmen und wieder Kontakt zu sich zu finden, und in weiterer Folge auch in Kontakt mit ihrem sozialen Umfeld zu gehen. Das Sich-Erleben als eigenständige Persönlichkeit und das Streben nach Autonomie tragen wesentlich zum Wohlbefinden der PatientInnen bei.

3.5.2.3 Ziele der Tanztherapie

Die Ziele richten sich darauf, den PatientInnen zu ermöglichen, alle Körperteile (wieder)kennenzulernen, zu aktivieren und einzelne Teile zu bewegen und bewegen zu lassen, bis sie in diversen Bewegungsabläufen und Tänzen wieder zusammengefügt werden können. So soll den damit verbundenen heilsamen Erfahrungen, die entstehen können, Raum gegeben werden.

Um ein genaueres Bild von möglichen Zielsetzungen in der Tanztherapie zu vermitteln, möchte ich hier einige Beispiele anführen:

- das motorische Training, die Aktivierung und Verbesserung beider Körperhälften (Rechts-Links, aber auch Ober- und Unterkörper) sowie deren Koordination
- Wahrnehmung des Atems
- Erleben von Achtsamkeit
- Wiederholungen jeder Art vermitteln Sicherheit und Wohlbefinden
- Verbesserung des Kinästhetischen Empfindens
- Tasten und (Be)greifen des Körpers: woraus besteht unser Körper
- Erweiterung der Körperwahrnehmung
- Sicherheit in der Gruppe erfahren
- Gefühlen einen Ausdruck verleihen
- Kontakt zum Ich und zu den anderen suchen und finden

- Verbindung von Wort und Bewegung

(vgl. Nass, 2017, 37)

3.5.3 Persönlichkeitsstörung: Borderline Typ und narzisstische Persönlichkeit

Aus den Krankheitsbildern der Persönlichkeitsstörung möchte ich mich auf das Erleben von PatientInnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung und einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung beziehen:

3.5.3.1 Das Erleben von Borderline-Persönlichkeiten

Die Betroffenen sind die meiste Zeit über in Kontakt mit der Realität, jedoch können sie in extremen Belastungssituationen mit einem gewissen Realitätsverlust psychotisch dekompensieren. Die Episoden werden als beängstigend erlebt, sind jedoch meistens von kurzer Dauer. Neben diesem wechselnden Realitätsgefühl sind Menschen mit einer Borderline-Struktur durch starke Stimmungsschwankungen und impulsives Verhalten charakterisiert. Auch Selbstmorddrohungen und Selbstmordversuche mit starkem Appellcharakter gehören zu diesem Persönlichkeitstyp. Zusätzlich kann die Phänomenologie auch paranoide Merkmale aufweisen. (vgl. Klein, 2015, 265)

3.5.3.2 Das Erleben von narzisstischen Persönlichkeiten

Die narzisstische Persönlichkeit leidet an einem erheblichen Mangel an Selbstwertgefühl und Selbstidentität. Alles in ihrem Leben ist darauf ausgerichtet, diesen Selbstwert zu überdecken und zu überspielen, und die dahinterliegenden Depressionen nicht zutage treten zu lassen. Im Gegensatz zu der Borderline-Persönlichkeit verfügt die narzisstische über einen stärkeren Realitätskontakt, wodurch psychotische Episoden eher ausgeschlossen sind. (vgl. Klein, 2015, 266)

Bei beiden Persönlichkeitsstörungen steht die Angst vor wirklicher menschlicher Nähe und Intimität im Vordergrund. Die Angst begründet sich vor dem Verlust der Autonomie und der Vereinnahmung durch Dritte bei gleichzeitigem intensivem Wunsch nach Nähe.

Charakteristisch ist ein starkes untergründiges oder offensichtliches Aggressionspotential. Es fehlt an einer angemessenen Kontrolle über diese Emotionen. Die Wutausbrüche stehen meistens in keinem Verhältnis zu den Frustrationen, die sie auslösen. Ein Grund für diese aggressiven Ausbrüche ist oft die Angst vor dem Verlassenwerden und der vorweggenommen zwischenmenschlichen Enttäuschung. Hinzu kommt ein chronisches Gefühl der Leere und Langeweile und in weiterer Folge ein verzweifelter Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern. (vgl. Klein, 2015, 267).

3.5.3.3 Grundbedürfnisse von PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung

Für das Grundbedürfnis von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung ist es wichtig, ihnen ein sicheres, stabiles Setting anzubieten, welches ihnen das Gefühl von Angenommen-Sein vermittelt. Die PatientInnen haben eine Sehnsucht danach, sich als eigenständiges Individuum mit eigenen Interessen und Bedürfnissen zu erkennen. Ein Wunsch dieser Menschen ist es, eine konstante Beziehung in ihrem sozialen Umfeld zu erleben, um daraus heilsame Erfahrungen zu machen, welche für den Nachreifungsprozess förderlich sind. Ein weiteres Bedürfnis dieser Zielgruppe ist es, die Erlaubnis zu haben, sich im Spannungsfeld ihrer Ambivalenz zwischen Nähe und Distanz autonom bewegen zu können, ohne sich dabei in ein selbst- und fremdgefährdendes Verhalten gedrängt zu fühlen.

Aus den hier angeführten Bedürfnissen und charakteristischen Merkmalen von PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung ergeben sich folgende Ziele für die Tanztherapie:

3.5.3.4 Ziele der Tanztherapie

- Ich-stärkende Erfahrungen
- Ich-Abgrenzung
- Erfahrungen mit Gemeinsamkeiten ohne Autonomieverlust
- Übungszentrierte Methodik (strukturierte Bewegungsangebote)
- Ermöglichen der Erfahrung von Bodenkontakt und aktivem Gewichtseinsatz (Grounding)
- Strukturierende Erfahrung mit dem eigenen Raum (Kinesphäre)
- Selbstregulation von Nähe-Distanz
- Tänzerische Gestaltung der Ambivalenz
- Themen der Wiederannäherung (z.B. „Ja-Nein-Tänze“)

Um mit dem ganzen Herzen „Ja“ sagen zu können, ist die Erfahrung eines unmissverständlichen „Nein“ von entscheidender Bedeutung für die Integration der Polaritäten.

Es geht um die lebendige Erfahrung des „Sowohl-Als-Auch“ im Gegensatz zum „Entweder-Oder“. (vgl. Klein, 2015, 182)

Für die therapeutische Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörung ist es daher besonders wichtig, eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen. Wichtig dabei ist es, die Abwehrhaltung des Patienten zu erhalten und nicht zu schwächen, und mit dieser im therapeutischen Kontext zu arbeiten. Zum Beispiel kommt der Tanztherapeutin die wichtige Rolle zu, die Ich-Grenzen der PatientInnen zu stabilisieren und zu stärken und die schon vorhandene pathologische Regressionsbereitschaft nicht weiter zu fördern.

Für die Umsetzung der Therapieziele im tanztherapeutischen Setting bedarf es spezieller tanztherapeutischer Methoden und Techniken, auf welche die individuellen und unterstützenden Interventionsmöglichkeiten der Tanztherapie aufbauen.

4 Methoden, Techniken und Interventionen

Die Methodik der Tanztherapie richtet sich nach der jeweiligen Zielgruppe. Dies kann je nach Anforderung spielerisch-kreativ, bewegungsanalytisch oder tiefenpsychologisch orientiert sein. Im Unterschied zu anderen körpertherapeutischen Verfahren wird der Einsatz der Bewegungsanalyse nach Rudolf von Laban, welche ich bereits im Theorieteil beschrieben habe, als diagnostisches Mittel und zur Interventionsplanung eingesetzt.

In der Arbeit mit psychiatrischen PatientInnen in der Tanztherapie ist zu berücksichtigen, in welcher Phase der Erkrankung Tanztherapie angeboten wird. Dabei werden gewöhnlich drei Phasen unterschieden:

- Die Akutphase mit zumeist stationärer Unterbringung in der Klinik
- Die anschließende Rehabilitationsphase, z.B. Tageskliniken, stationäre Psychotherapie, psychiatrische Reha-Einrichtungen, (Ziel: dauerhafte Stabilisierung und Wiedereingliederung in den Alltag)
- Die ambulante Versorgung: diverse ambulante Anlauf- und Betreuungsstellen

In jeder Phase ist sowohl Gruppen- als auch Einzeltanztherapie induziert. Je akuter die Erkrankung ist, desto fundamentaler setzt die Tanztherapie an. Damit ist gemeint, den PatientInnen mehr Sicherheit und Struktur zu geben und mit Basisarbeit zu beginnen.

(vgl. Nass, 2017, 32)

Ich werde den folgenden Kapiteln auf all jene tanztherapeutischen Methoden eingehen, welche ich in meiner Arbeit mit tanztherapeutischen Gruppen vorrangig anwende.

4.1 Übungszentriert

Die Ich-stärkende, stützende Ebene der Tanztherapie bildet für viele Menschen die Basis, um sich überhaupt auf den weiteren Therapieprozess einlassen zu können. In der Folge ist es für die PatientInnen dann auch möglich, sich auf ein erlebniszentriertes Geschehen einlassen zu

können. Das übungszentrierte Vorgehen ist wesentlich stärker strukturiert als andere Bewegungserfahrungen. Bei dieser Methode werden die Übungen von der Tanztherapeutin klar und strukturiert angeleitet. Inhaltlich kann es um eine funktional richtige Atmung und Haltung oder auch mit Stimmeinsatz als Kombination gehen. Auch ein intensives Üben mit Bodenkontakt, Spannung und Entspannung oder vielfältige Möglichkeiten des Selbstaushdrucks sind Ich-stärkende tanztherapeutische Methoden.

Das Ziel der übungszentrierten Methoden ist die Erweiterung des Verhaltens-, Wahrnehmungs-, Erlebens- und Bewegungsspektrums. Die tanztherapeutischen Kenntnisse aus der Bewegungslehre und das Wissen über das Zusammenwirken der Körper-Seele-Geist Einheit tragen zu einer stabilisierenden und stärkenden Intervention bei.

(vgl. Klein, 2015, 96)

4.2 Erlebniszentriert

Von erlebniszentriertem Arbeiten in der Tanztherapie sprechen wir, wenn es darum geht, mit Hilfe der methodischen Erkenntnisse aus der Bewegungsexploration und Bewegungsimprovisation einen inneren Bewegungs- und Erlebnisfluss in Gang zu bringen, der dem persönlichen Wachstum und der Freilegung kreativer Prozesse dient.

Bei der erlebniszentrierten Herangehensweise bedarf es meist einer übungszentrierten Aufwärmphase, da sich viele Menschen mit dieser Form persönlicher Freiheit überfordert fühlen. Diesen Aspekt der Überforderung habe ich in der freien Improvisation näher beschrieben. Die Ich-stärkende Funktion des übungszentrierten Vorgehens bildet oft die Grundlage, um sich für innere Erlebnisse und Erfahrungen zu öffnen.

(vgl. Klein, 2015, 97)

4.3 Bewegungsanalyse nach Rudolf Laban (LBA)

In der tanztherapeutischen Arbeit hat Rudolf Laban eine fundierte Analyse körpersprachlicher Signale geschaffen, die sich Bewegungsanalyse (LBA) nennt. Dazu möchte ich die grundlegenden Annahmen zu Labans Bewegungsanalyse zusammenfassend anführen:

- Labans Bewegungsanalyse ist eine Technik, um menschliche Bewegungen zu beschreiben, zu messen und zu qualifizieren.
- Labans Bewegungsanalyse beschreibt Bewegungsmuster, die für ein Individuum konsistent sind und die es von anderen unterscheidet.
- Labans Bewegungsanalyse zeigt eine Verhaltensdimension auf, die in Beziehung zu neurophysiologischen und psychologischen Prozessen steht.

(vgl. Willke, 2014, 21)

Aus der Sicht Labans hat der Tanz einen tieferen Sinn, der physische und psychische Erfahrungen mit einbezieht. Er bezieht sich auf die Regeln der Natur wie Schwerkraft, Zeit, Raum und Fluss und benennt sie als „Bewegungsfaktoren“. In seiner Bewegungsanalyse erklärt er, wie sich ein Mensch mit seinen physischen und geistigen Kräften darauf beziehen kann. Diese bewussten und unbewussten Energien bezeichnet er als „Bewegungsantrieb“ oder „effort“. Der Antrieb entsteht aus verschiedenen Impulsen, Absichten und Stimmungen und setzt sich in unterschiedlichen Bewegungsformen fort. (vgl. Laban, 2001, 130)

Bender beschreibt den Antrieb folgend: *Ein Antrieb zeigt sich bei einer Bewegung, die mit einer inneren Beteiligung der Kontrolle des Bewegungsflusses, der Aufmerksamkeit auf den Raum, der Absicht des Schwerkrafteinsatzes und des Erspürens des richtigen Zeitpunktes geschieht.* (Bender, 2020, 206)

Rudolf Labans definierte Antriebe sind: **Raum, Kraft, Zeit** und **Fluss**, und sie beeinflussen seiner Meinung nach, unser Denken, das Bewusstsein, die Intuition und das Gefühl.

Beim Antriebsfaktor **Raum** geht es um die Bezugnahme einer Bewegung nach außen und darum, wohin die Aufmerksamkeit gerichtet ist. Laban unterscheidet dabei zwei *Energiequalitäten* - **indirekt** und **direkt**.

Ist die Aufmerksamkeit direkt auf eine Sache im Raum gerichtet, sprechen wir von direktem Antrieb bzw. einer direkten Bewegung. Beim indirekten Antrieb bzw. einer indirekten Bewegung können viele Eindrücke aufgenommen werden, diese wirkt flexibel.

Dabei geht es um den Bezug zur Umwelt, wo im Raum und wohin im Raum sich eine Bewegung entwickelt. (vgl. Fritsch, 2017, Handout, Antriebslehre nach Laban)

Beim Antriebsfaktor **Zeit** geht es um die innere Einstellung zur Zeit und nicht um die objektiv messbare Zeit. Die Zeit bezieht sich auf die Entscheidung in der Bewegung und die zeitliche Abfolge von Bewegungen. Eine Bewegung kann entweder **plötzlich** oder **allmählich** erfolgen. Im tanztherapeutischen Kontext zeigt sich durch den Antrieb Zeit, wie eine Person mit Themen wie Kontinuität, Unterbrechung und Rhythmus umgeht.

Der Antrieb **Kraft** zeigt die Absicht in einer Bewegung. Es wird der Krafteinsatz oder das Gewicht in einer Bewegung beobachtet. Der Krafteinsatz kann entweder **leicht** oder **stark** sein. In der bewegungsanalytischen Betrachtungsweise kann beim Antrieb Kraft auf das Einsatzvermögen, die Durchsetzungskraft oder auf den persönlichen Willen eines Menschen Rückschluss gezogen werden. Der Antriebsfaktor Kraft ist für das (Selbst-) Bewusstsein von großer Bedeutung. Laban unterscheidet bei der Kraft die beiden Qualitäten leicht und stark.

Der Antriebsfaktor **Fluss** bezieht sich auf den Grad der Spannung im Körper und die Kontrolle des Bewegungsflusses. Seine beiden Qualitäten – **freier** und **gebundener** Fluss begünstigen oder erschweren andere Faktoren am meisten, und somit bildet der Fluss die „Bewegungsgrundlage“ für alle anderen Antriebe. Beim freien Fluss verläuft die Bewegung frei fließend, ausströmend bis zu unkontrolliert. Im gebundenen Fluss zeigt sich, dass der Energiefluss gehalten wird, die Bewegung ist kontrolliert und kann jederzeit gestoppt werden. Von allen Antriebsfaktoren beeinflusst der Fluss die Gefühle und den Ausdruck eines Menschen am meisten.

(vgl. Fritsch, 2017, Handout Antriebslehr nach Laban)

4.4 Raumanwendung nach Rudolf von Laban

Zum Kapitel der Raumanwendung gehören neben den Raumebenen die Raumrichtungen, die Dimensional-Ebenen, die Distanzen und die Kinesphäre. In den nächsten Kapiteln werde ich darauf näher eingehen.

4.4.1 Raumebenen

Wir können den Raumbezug eines Menschen auch unter dem Aspekt der von ihm genutzten Raumebene betrachten. Es wird dabei unterschieden zwischen der *tiefen*, der *mittleren*, und der *oberen Raumebene*.

Petra Klein beschreibt, dass alle drei Raumebenen eine entsprechende psychische Affinität aufweisen. Die *tiefe Raumebene* kann zum einen Sicherheit, Geborgenheit und guten Bodenkontakt vermitteln und wird assoziiert mit der „Mutter Erde“. Da wir Menschen uns in den ersten Lebensmonaten auf dieser Raumebene fortbewegen, werden beim Bewegen auf der unteren Ebene auch Erinnerungen aus dieser Zeit hervorgeholt, welche in unseren Zellen und in unserer Psyche gespeichert sind.

Je nachdem, ob diese Zeit positiv oder weniger positiv erlebt wurde, ist die tiefe Raumebene auf jeden Fall regressionsauslösend bzw. regressionsfördernd und öffnet den Zugang dazu, *mit dem Kind in uns* in Kontakt zu kommen.

Die *mittlere Ebene* wird auch als die Erwachsenenenebene bezeichnet. Sie ist die Ebene, in der wir uns am häufigsten bewegen und die uns daher am vertrautesten ist. Die mittlere Ebene stellt auch die Verbindung zu den beiden anderen Ebenen her. Ohne die mittlere Ebene können Bewegungsabläufe in den beiden anderen Ebenen als anstrengend erlebt werden, da diese auch mit mehr Emotionen besetzt sind.

Die *obere Raumebene* wird oftmals mit dem Erleben von Leichtigkeit und Beschwingt-Sein verbunden. Das Sich-Aufrichten wird oft als Wachsen interpretiert oder mit dem Gefühl von Erhabenheit in Verbindung gebracht. Patienten mit wenig Bodenkontakt kann diese Erfahrung

auch an ein Abheben erinnern. Sind wir gut mit dem Boden verbunden, also gut „*gegroundet*“, gibt es uns zusätzlich zur Erdverbundenheit eine gewisse Leichtigkeit, und dieses Erleben in der oberen Ebene bezeichnen wir in der Tanztherapie als *Elevation*.

(vgl. Klein, 2015, 110)

4.4.2 Dimensionen

Nach Rudolf Laban werden drei Dimensionen im Raum unterschieden:

Die horizontale Dimension oder auch *Tischebene* genannt besteht aus Bewegungen, die seitlich vom Körper weggehen.

Wenn sich Menschen in einer Gruppe horizontal aufeinander beziehen, entsteht ein Kreis. Diese Form fördert die Kommunikation, weil sie einander auf gleicher Augenhöhe begegnen, und daher wird sie auch als Kommunikationsebene bezeichnet.

Die vertikale Dimension oder auch *Türebene* genannt, beschreibt Bewegungen, die nur hoch oder tief gehen. Typische Bewegungen in der vertikalen Dimension sind seitwärts gehen oder ein Rad schlagen.

Die sagittale Dimension oder auch *Radebene* genannt bezieht sich auf Bewegungen, die nur vor- und zurückgehen. Eine typische Bewegung in der sagittalen Ebene ist das Aufstehen von einem Stuhl. Sie ist häufig in Bewegungen der Handlung, der Konfrontation, der Erinnerung und der Planung zu beobachten. Für Kestenberg ist die vertikale Ebene auch die *Ebene der Konfrontation* und wird daher auch als *Konfrontationsebene* bezeichnet.

(vgl. Bender, 2014, 117)

4.4.3 Richtungsbewegungen

Rudolf Laban spricht von Raumrichtungen, in denen wir uns im Raum bewegen können. Ich möchte hier Susanne Bender zitieren, die in ihrem Buch das Thema Richtungsbewegungen definiert:

Richtungsbewegungen sind einfache, maximale zweidimensionale Bewegungen, die geradlinig oder bogenförmig eine Richtung im Raum beschreiben, um entweder ein Objekt zu lokalisieren, zu definieren, zu kennzeichnen oder sich gegen Objekte oder Menschen zu verteidigen oder diese abzuwehren.

(Bender, 2014, S. 147)

Bender spricht von linearen und bogenähnlichen Richtungen, in denen die Bewegungen im Raum ausgeführt werden. Wie bereits im Kapitel Antriebslehre beschrieben, spricht Laban von einem direkten und indirekten Raumantrieb.

4.4.4 Kinesphäre

Rudolf Laban hat mit dem Begriff der Kinesphäre des Menschen ein Thema in den Mittelpunkt gestellt, das in der Tanztherapie eine zentrale Weiterführung gefunden hat.

Die Kinesphäre beschreibt den persönlichen Raum einer Person, welchen sie durch ihre Bewegungen einnehmen möchte, oder auf den sie glaubt Anspruch zu haben. Dieser persönliche dreidimensionale Bewegungsraum entsteht, wenn die Person Arme und Beine in alle Richtungen ausstreckt. Dieser Bewegungsraum beschreibt alle drei Dimensionen: quer/ seitwärts, abwärts/ aufwärts, rückwärts/ vorwärts und kann als Sphäre oder eine Art Kugel bezeichnet werden.

Bei dem Begriff Kinesphäre unterscheiden wir in der Tanztherapie zwischen der *anatomischen Kinesphäre*, also wie weit sich ein Mensch von einem Punkt im Körper ausgehend, mit einem oder mehreren Körperteilen in dem Umraum ausbreiten kann, und der *persönlichen*

Kinesphäre, die sich darauf bezieht, wieviel Raum von dem Menschen eingenommen und genutzt wird.

(vgl. Fritsch, 2017, Handout zu Labans Raumanwendungen)

Durch Grenzverletzungen und fehlende Bewegung ist vielen Menschen die eigene Kinesphäre nicht bewusst. Als Folge dessen werden die Grenzen einer Person nicht respektiert und sie kann dadurch verletzt und gekränkt werden. (vgl. Bender, 2020, 257)

Im Verlauf der Therapie können die PatientInnen jedoch erkennen, dass auch sie ein Recht auf ihren persönlichen Umraum haben, und sie lernen, über bewusstes Erleben ihrer eigenen Kinesphäre ihre Grenzen besser wahrzunehmen und zu behaupten.

Eine Möglichkeit, die Kinesphäre für PatientInnen sehr konkret erfahrbar zu machen, ist die Visualisierung verschiedener Bilder wie z.B. das Bild einer schützenden Hülle, einer Kugel, eines Wohlfühlraums, des Zuhauses.

4.4.5 Grounding

„Wir sind Menschen des Tanzes, deren Füße Kraft gewinnen, wenn sie die Erde stampfen.“

Leopold Sédar Senghor

„Grounding“ als Begriff wurde von Standley Keleman in die Körperpsychotherapie eingeführt und durch Alexander Lowen populär. Bereits 1952 hat D. Winnicott vom Selbst, das im Körper gegründet werden soll, geschrieben, und schon früh in der Psychoanalyse wurde von Balint über die notwendige Auseinandersetzung mit der Schwerkraft nachgedacht.

(vgl. Bartuska, 2018, 3)

Grounding oder auch „Erden“ erleben wir sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene. Auf physischer Ebene bedeutet „Erden“, die richtige, passende Muskelspannung zu finden oder zuzulassen, die für die jeweils gegebene Situation adäquat ist, und diese sinnlich wahrzunehmen. „Erden“ bedeutet weiters, ein gutes Verhältnis zwischen willkürlichem Halt (und auch Kontrolle) und unwillkürlicher Bewegung zu finden, und somit ein dynamisches

Gleichgewicht zu bekommen. Auf psychischer Ebene ist Erden wichtig, um „mit beiden Beinen am Boden der Realität zu stehen“, gut verwurzelt zu sein, einen guten Stand zu haben, um Sicherheit zu gewinnen, und in weiterer Folge neue Bereiche auszuprobieren.

In der Tanztherapie sprechen wir vom aktiven und passiven Grounding. Mit aktivem Grounding ist der aktive Einsatz des Körpergewichtes mit Nutzung der Erdanziehung gemeint: z.B. sich vom Boden abstoßen, die Fußsohlen ganz abrollen.

Im Gegensatz zum aktiven Grounding wird beim passiven Grounding lediglich die Schwerkraft der Erde gebraucht.

Ein Beispiel für das Erleben von Schwere auf der körperlichen Ebene findet sich bei depressiven PatientInnen. Wie bereits von mir in der Diagnosedefinition beschrieben, zeigt diese Zielgruppe eine von „Schwere“ gekennzeichnete Körperhaltung. Als ob eine schwere Last auf ihren Schultern liegen und sie nach unten ziehen würde, und dabei haben ihre Füße scheinbar wenig Bodenkontakt. Auf der psychischen Ebene herrschen Überzeugungen wie: „ich darf niemandem zur Last fallen“, oder „alles ist so schwer auszuhalten, es zieht mir den Boden unter meinen Füßen weg“, „ich muss alles alleine schaffen und halte es nicht mehr aus“. Es fällt ihnen schwer loszulassen, das Gewicht abzugeben und sich zu entspannen. Zu groß ist ihre Angst vor Kontrollverlust und der Enttäuschung, nicht mehr zu funktionieren.

Bei schwer depressiven Menschen zeigt der Körper durch den Ausdruck dieser Schwere das Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung. Hingegen wird bei Menschen mit einer agitierten Depression, die sich als unruhig und getrieben wahrnehmen, das Ziel verfolgt, diese auf körperlicher Ebene zu stabilisieren und durch ein aktives Grounding in ein achtsames Wahrnehmen zu begleiten. (vgl. Bartuska, 2018, 3 ff.)

Viele PatientInnen kommen mit spürbarer Angst in die Stunde. Grounding-Übungen oder gezieltes Entspannen und „den Boden Spüren“ helfen, die Angst zu verringern. Keinen guten Boden zu haben macht Angst, hilflos und abhängig.

In meiner Arbeit mit schwer psychisch erkrankten Menschen ist die Methode des Groundings eine „Basismethode“, um ihnen gleich zu Beginn Sicherheit und Halt vermitteln zu können.

Durch den Einsatz rhythmischer, zum Beispiel afrikanischer Musik beginne ich die Therapiestunde gerne mit aktivem Grounding. Dabei kann das Anbieten der Vorstellung eines Bildes zusätzlich Sicherheit geben.

So zum Beispiel das Bild eines Baumes:

Der Baum ist gut verwurzelt in der Erde und sein Stamm bietet ihm einen guten Halt. Die Kraft der Erde geht bis in seine Äste und Blätter hinauf. Die Arme gehen nach oben und ein Strecken und Dehnen der Arme und Hände folgen. Anschließend entsteht ein Schwingen der Äste in der Luft, dabei ist der Stamm biegsam und gut mit den Wurzeln verbunden. Das Ausschütteln und Lockern der Arme und Beine bilden den Abschluss.

Die Intervention des Groundings ist auch während oder am Ende einer Stunde möglich, um nach einem intensiven Erlebnis wieder in der Realität anzukommen.

Das Sich-Erden ist auch eine sinnvolle und präventive Maßnahme (Skills) gegen Angst und Panikattacken.

4.5 Körperteilanwendung

Zu Beginn dieser Methode möchte ich Petra Klein zitieren, die die Methode der Körperteilanwendung wie folgend in ihrem Buch definiert:

Bei der Körperteilanwendung nehmen wir unseren Körper mit all seinen Körperteilen wahr und entdecken die Möglichkeiten einzelner Körperteile im Sinne unserer Körperteilmodalitäten. Darüber hinaus sagt die Körperteilkoordination etwas über das Zusammenwirken der beteiligten Körperteile aus. (Klein, 2015, 100)

Im Wesentlichen beziehe ich mich in den beiden folgenden Kapiteln auf die Ausführungen von Petra Klein.

4.5.1 Körperteilmodalitäten

Dabei handelt es sich um *isolierte* und *ganzheitliche* Bewegungen mit unserem Körper.

Petra Klein beschreibt den Begriff als Körperteilisation, diese bezeichnet die Fähigkeit, einzelne Körperteile aus dem Gesamtbewegungsbild herauszunehmen, um ihnen eine gezielte Aufmerksamkeit zu geben. Sie meint, dass unser Körper nur in dem Moment ein vollständiges Instrument für unseren Selbstaussdruck ist, wenn wir sensibel für alle seine Teile mit ihren Möglichkeiten und Begrenzungen sind. Ziel ist es, jedem einzelnen Körperteil mit Achtsamkeit und Akzeptanz zu begegnen und somit das Gefühl von Körperbeherrschung, Kontrolle und Differenzierung wahrzunehmen. Dabei soll unser Körper eine narzisstische, libidinöse Besetzung erfahren, welche zu einer gesunden Selbsthomöostase führt.

(vgl. Klein, 2015, 100)

Isolation durch eigenständige Aktivität zeigt sich in der Körperspaltung. Es wird zwischen einer *horizontalen* und einer *vertikalen* Körperspaltung unterschieden. Bei der horizontalen Körperspaltung funktionieren Ober- und Unterkörper getrennt voneinander, bei der vertikalen Körperspaltung handelt es sich um eigenständige Bewegungen der rechten und linken Körperhälfte. In der tanztherapeutischen Arbeit mit Körperspaltung ist es sinnvoll, einmal die Botschaft einer Körperhälfte in den gesamten Körper aufzunehmen.

Eine andere Körperteilmodalität ist die des *Führens*. Dabei ist gemeint, dass ein Körperteil eine Bewegung vorgibt und die übrigen Körperteile folgen diesem Impuls. Das Führen einzelner Körperteile kann sehr spielerische Erfahrungen hervorrufen und die Kreativität anregen. Dabei können zum Beispiel unsere Hände, unser Schultern, die Ellbogen oder auch unsere Nase die Führung übernehmen. Dabei kann im Bewegen eines Körperteiles die Botschaft unseres ganzen Körpers beinhalten, die von diesem ausgedrückt wird.

(vgl. Klein, 2015, 102)

Eine weitere Körperteilmodalität ist die Körperteilinitiierung oder auch als *periphere* oder *zentrale* Initiierung genannt. Je nachdem, ob die Bewegung mehr in der Peripherie, mit unseren Armen und Beinen, oder im Zentrum, mit unserem Rumpf oder der Beckenpartie beginnt, wird zwischen peripheren oder zentralen Bewegungen unterschieden. In der

tanztherapeutischen Arbeit ist es wichtig darauf zu achten, von wo aus der Bewegungsimpuls passiert und beide Teile, sowohl periphere als auch zentrale Bewegungen ausprobieren zu lassen und den „vernachlässigten“ Teil, meist ist es das Zentrum, mit in die Bewegung zu integrieren.

Zu den Körperteilaktivitäten zählt auch der Kontaktaspekt. Um unseren Körper zu sensibilisieren und zu entdecken, gehört auch die Berührung und unsere Körperteile miteinander in Kontakt zu bringen. Dazu kann zum Beispiel das Abklopfen, das Streichen unseres Körpers unserer taktilen Wahrnehmung helfen. Dabei wird Vertrauen zu unserem Körper aufgebaut. Der Körper wird als Ganzheit begriffen, Körpergrenzen erforscht und das Körperbild wird deutlich in den Mittelpunkt gestellt. Diese Erfahrung erfüllt ein wichtiges Bedürfnis in Richtung Identitätsentwicklung und Identitätsfindung.

(vgl. Klein 2015, 103)

In weiterer Folge besteht auch die Möglichkeit, mit den Körperteilen eines anderen in Kontakt zu kommen. Beispielsweise können sich einzelne Körperteile begrüßen, wodurch eine neue spielerische Kommunikationsmöglichkeit entstehen kann. Dieses „In Kontakt treten mit jemand anderem“ hilft den PatientInnen oft dabei, spielerisch ihre Angschwelle zu überwinden. Ist der direkte Körperkontakt für die PatientInnen anfangs zu überfordernd, kann über entsprechende Vorerfahrung die Scheu abgebaut werden. Anstatt einer direkten Berührung können sich die PatientInnen begegnen und dabei in ein „Bewegungsgespräch ihrer Körperteile“ mit einem zwischen ihnen liegenden „Luftpolster-Abstand“ kommen.

4.5.2 Körperteilkoordination

Wir unterscheiden die Koordination der Körperseiten im Sinne von *symmetrischen* und *asymmetrischen Bewegungen*. Dabei bildet unsere Wirbelsäule die Symmetrieachse, und die Bewegung erfolgt spiegelbildlich gleich oder mit der rechten und linken Körperseite unterschiedlich. Symmetrische Bewegungen können in uns die Erfahrung von Stabilität, Ruhe und Sicherheit erlebbar machen, aber auch eine Einengung und Begrenzung bedeuten. Das Ausführen einer symmetrischen Bewegung kann in den meisten Fällen schnell helfen,

Menschen eine zentrierende Erfahrung zu vermitteln. Die asymmetrische Bewegung bedeutet eine Erfahrung von äußerer und innerer Flexibilität.

Bei der zeitlichen Koordination der Körperteile ist gemeint, dass alle beteiligten Körperteile entweder gleichzeitig = simultan, oder nacheinander = sukzessiv bewegt werden können. Die *simultane Bewegung* erfordert eine gleichzeitige innere und äußere Bereitschaft zu handeln und ist mit dem Erleben einer gewissen Spontanität verbunden. Im Gegensatz dazu wird der sukzessive Einsatz der Körperteile zumeist strukturierter und geplanter erlebt, und diese Erfahrung vermittelt das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle. (vgl. Klein, 2015, 104)

Die Methode der übungszentrierten Herangehensweise in der Tanztherapie beinhaltet neben den Körperteilanwendungen auch themenzentrierte und improvisatorische Interventionsmöglichkeiten in der Interaktion mit der Gruppe oder im Einzelsetting.

4.6 Die Chace-Methode

Marian Chace entwickelte in ihrer 20jährigen Arbeit als Tanztherapeutin am St. Elisabeth Hospital in Washington eine Basis für die tanztherapeutische Gruppenarbeit.

Dabei wählte sie den Kreis als räumliches Strukturprinzip (Containing). In der Kreisaufstellung nimmt die Tanztherapeutin mit den Gruppenmitgliedern Kontakt auf, indem sie Bewegungsimpulse der TeilnehmerInnen aufgreift, sie in eine klare Form bringt und alle Gruppenmitglieder einlädt, die Bewegung in der für sie stimmigen Art zu übernehmen.

Durch das Aufgreifen von Bewegungsimpulsen erfahren die Gruppenmitglieder (nicht unbedingt bewusst), dass sie gesehen werden, ohne dass direktiv oder konfrontativ auf sie eingegangen wird. Durch diese Technik entsteht ein Fluss von verschiedenen Bewegungsimpulsen, der Energiepegel steigt und flacht ab, die unterschiedlichsten Qualitäten von Bewegungen können auftreten, ohne dass ein abrupter Wechsel stattfindet. Durch die starke Struktur und den beständigen Fluss der Bewegungen entsteht eine Atmosphäre von Zuverlässigkeit, Vertrauen und Kontinuität. (vgl. Bender, 2014, 251)

Marian Chace entwickelte die Methode des nonverbalen Spiegels, um bei PatientInnen ihre Externalisierung und kommunikativen Botschaften, die sich in ihrem Bewegungsausdruck immer manifestierten, sichtbar zu machen. In weiterer Folge werden von der Therapeutin kleine neue Bewegungen angefügt. So kann eine neue „symbolische Interaktion“ durch Bewegungen geschaffen werden. Man spricht hier von der „Interaktionskompetenz“ des Individuums, die sich im Verlauf seiner Reifung und Entwicklung ausformt: von der natürlichen leibgebundenen Identität des kleinen Kindes über die rollengebundene Identität des Schulkindes bis zur Ich-Identität des jungen Erwachsenen. (vgl. Siegl, Trautmann-Voigt, Voigt, 1999, 224 ff.)

Daraus ergibt sich ein wichtiges Ziel der Methode Chace-Kreis, nämlich die Stärkung der Ich-Identität, des Selbstbewusstseins und des Selbstvertrauens der PatientInnen. Diese wichtigen Grundbedürfnisse gilt es besonders in jener Arbeit zu würdigen und zu stärken, wo Menschen Krisen, Enttäuschungen und Kränkungen erlebt haben.

Einen besonderen Stellenwert gab Marian Chace den gemeinsamen, rhythmischen Bewegungen. Ihrer Meinung nach hat der Rhythmus eine organisierende Wirkung auf das individuelle Verhalten und vermittelt ein Gefühl von Stärke und Sicherheit. Für die Gruppenteilnehmer wächst das Gefühl von Solidarität und Verbundenheit, auch wenn jeder den Rhythmus in unterschiedlichen Körperregionen aufgreift und sich individuell bewegt. (vgl. Bender, 2020, 269)

4.7 Spiegeln

Bei der Methode des Spiegels geht es in erster Linie um die empathische Haltung der Therapeutin. Nach Carl Rogers versteht man unter Empathie das einführende Verstehen, das nichtwertende Eingehen, also das echte Verständnis einer Person. Ist der Therapeut in einer Beziehung kongruent (Kongruenz = die Echtheit, Transparenz des Therapeuten), so ermöglicht ihm dies, sich auf das Gegenüber einzulassen und so die Welt mit dessen Augen zu sehen.

Er ist also bemüht, den Klienten in seinem Erleben und damit verbundenen Wertehaltungen, Motiven, Wünschen und Ängsten zu verstehen. (vgl. www.carlrogers.de)

Das Spiegeln der Bewegung ist eine wesentliche tanztherapeutische Methode. Dabei nimmt die Therapeutin die individuellen Bewegungseigenarten der KlientInnen in ihren eigenen Bewegungen auf und spiegelt sie wider. Durch das einführende Mitschwingen der Therapeutin und durch ihren Körperausdruck wird die Botschaft der Achtsamkeit und des Respekts vermittelt. Viele Menschen sind es nicht gewohnt, Aufmerksamkeit und Anteilnahme zu bekommen, und diese Erfahrung kann bereits tiefe Erlebnisse und starke innere Berührung auslösen. Dabei handelt es sich oft um Menschen mit wenig Selbstwertgefühl. Durch die Methode des Spiegels fühlen sie sich wahrgenommen, gesehen und angenommen.

Petra Klein beschreibt dabei, dass es wichtig ist, nicht den anderen nachzuahmen, sondern sich in die innere Welt des anderen einzufühlen und darin mitzuschwingen.

(vgl. Klein 2015, 157)

Die Methode des Spiegels ist auch im Gruppensetting gut geeignet. Im Kreis zum Beispiel können die Gruppenmitglieder nacheinander die Bewegungen der einzelnen TeilnehmerInnen aufgreifen, sie widerspiegeln und sich dadurch in deren Welt hineinversetzen.

Wie bereits bei der Chace-Methode erwähnt, baute Marian Chace vor allem eine therapeutische Beziehung über die Technik des *Spiegels* auf. Sie integrierte die Bewegung ihres Gegenübers und interpretierte sie in ihrer Spiegelung – eine Technik, die auch als kinästhetische Einfühlungsvermögen oder empathische Spiegelung bekannt ist.

In der tanztherapeutischen Arbeit kann durch das Spiegeln eine erste Kontaktaufnahme begünstigt werden. Es fördert die Empathie für das Gegenüber und das Verständnis für dessen Bedürfnisse. Die individuellen Bewegungsmuster jedes einzelnen werden deutlicher, und unbewusste Inhalte und Vorgänge können durch das Spiegeln bewusst gemacht werden. (vgl. Bender, 2020, 155)

4.8 Improvisation

Bei der tanztherapeutischen Methode der Improvisation möchte ich auf Liljan Espenak zurückkommen, die in ihrem Buch schreibt:

Freie Improvisation ist ein unerlässliches Element der Behandlung, denn sie verfügt über die Kraft, den emotionalen Gehalt des Patienten mit oder ohne dessen freien Willen hervorzulocken. Sie hat die Funktion, die Gefühle zu verkörpern und an die Oberfläche zu bringen, wo ihre Kraft als die Körper-Ego-Störung zugrundeliegende Dynamik erfahren werden kann. (Espenak, 1985, S 78)

Für die Tanztherapeutin ist es wichtig zu verstehen, welche Stimulationen in der Improvisation angeboten werden sollen. Wichtig ist eine geschulte Einschätzung der Probleme und Bedürfnisse des Patienten. Diese Sensibilität für die individuelle psychologische Konstellation muss den gesamten Behandlungsprozess begleiten, und ist bei der Auswahl der Improvisationstechniken von entscheidender Bedeutung. Hierbei geht es um das Freisetzen unbewusster Gefühle als eine Funktion der Persönlichkeitsintegration.

Espenak führt in ihrem Buch die für sie wichtigsten Stimulationstechniken, die sie in der Improvisationsbehandlung anwendet, wie folgt an:

1. Musik – Melodie
2. Musik – Rhythmus (Trommeln und andere Schlaginstrumente)
3. Symbolisierung und freie Phantasie
4. Bilder und die seelische Dynamik des Alltagslebens

Im Vergleich zu Espenak unterscheidet Bender zwischen der thematischen, strukturierten und freien Improvisation. Auf diese drei Improvisationsarten gehe ich als nächstes noch genauer ein.

Bei der *thematischen Improvisation* bietet die Tanztherapeutin Bewegungsbilder an. Es können zum Beispiel Bilder aus der Natur genützt werden, etwa das Wasser mit seinen vielfältigen Ausprägungen oder „das Bild des Baumes“. Auch Themen der PatientInnen

werden als Ausgangspunkt für eine Improvisation aufgegriffen, nach dem Prinzip „den Patienten dort abholen mit seinen Ideen und Bildern, die er uns anbietet“.

Ich möchte dazu ein Beispiel aus einer meiner tanztherapeutischen Gruppen in der Psychiatrischen Tagesklinik anführen, auf welches ich im Praktischen Teil noch genauer eingehen werde. Zu Beginn einer Stunde bot mir eine Patientin ihr Bild aus ihrer Heimat Kasachstan an. Sie beschrieb dabei die Bewegungen der Männer, die sich wie Adler bewegen und die Frauen wie Schwäne, und wie sie sich dabei in einem gemeinsamen Tanz finden und ergänzen. Ich habe dieses vertraute Bild der Patientin aufgegriffen und die PatientInnen eingeladen zu dem Thema „Adler trifft auf Schwan“ zu improvisieren.

Ziel der thematischen Improvisation ist es, die bekannten und vertrauten Bewegungsmuster zu erweitern, um damit einen Handlungs- und Lösungsspielraum für sich zu gewinnen.

Anfangs führen die PatientInnen ihnen vertraute Bewegungen aus, und mit zunehmender Sicherheit können sie sich für Neues öffnen und zu den vorgegebenen Themen der Tanztherapeutin die von ihnen neu entdeckten Bewegungen ausprobieren.

Bei der *strukturierten Improvisation* wird bereits durch die Auswahl einer bestimmten Musik eine Struktur vorgegeben. Auch die Bewegung allein kann so eingegrenzt werden, dass die Möglichkeiten dieser Eingrenzung erforscht werden können. Zum Beispiel sollen PatientInnen nur gehen und so die verschiedenen Formen des Gehens erforschen. Dies wird beispielsweise noch mehr eingegrenzt, indem kein Schritt wie der vorherige sein darf. Dabei kann sich der Patient erst der Vorstellung öffnen, dass der nächste Schritt anders sein könnte als die bisher gemachten, und er gibt dieser Erfahrung die entsprechende Bedeutung. Dabei bedarf es der Beobachtung und Rückmeldung der Tanztherapeutin, um sich des Neuen bewusst zu werden. (vgl. Bender, 2020, 229)

Das Angebot der *freien Improvisation* kann für viele PatientInnen in der Anfangsphase meist verunsichernd wirken, denn dadurch werden ihre persönlichen Beschränkungen besonders sichtbar gemacht. Sie erleben, dass sie sich ihren Grenzen unterordnen, und sie dies nicht weiterhin Alltagsnotwendigkeiten zuschreiben können. Daher sollte mit thematischer und strukturierter Improvisation begonnen werden, um Sicherheit und Vertrauen zu schaffen, und

den Patienten in empathischer Begleitung Stück für Stück in ein freies Improvisieren zu führen. Dies bedarf einer guten Begleitung der Tanztherapeutin und einer ehrlichen Haltung dem Patienten gegenüber. Oft wollen Patienten in der Tanztherapie durch Leistung Anerkennung bekommen und strengen sich über Grenzen hinaus an. Durch die Rückmeldung der Therapeutin, dass die Suche nach Erfolg nicht das Ziel der Tanztherapie ist, wird der Energieaufwand als sinnlos gesehen und der Patient reagiert vorerst mit Abwertung. Mit zunehmender Sicherheit kann der Patient von seiner Anstrengung ablassen. Der innere Widerstand lässt nach, die Anspannung wandelt sich in eine angemessene Bewegungsspannung um und die Bewegung wird als angstfrei und lustvoll erlebt. Mit der neu gewonnen Energie werden schöpferische Kräfte freigesetzt, es passiert eine Integration der neuen Bewegungsmuster und in weiterer Folge können neue Lebensentwürfe entstehen. (vgl. Bender, 2020, 229)

In meiner tanztherapeutischen Tätigkeit mit offenen Gruppen ist dieser Prozess bei all jenen PatientInnen gut erkennbar, die mehrmals hintereinander teilnehmen. Sie erleben dadurch ein zunehmendes Vertrauen und Sicherheit in der Gruppe, erkennen ihre Freude am Tanzen und erlauben sich, ihre individuellen Bewegungen zum Ausdruck zu bringen.

Für mich als Tanztherapeutin im klinischen Setting ist der Ablauf einer tanztherapeutischen Gruppeneinheit in Bezug auf die Improvisationsart klar definiert. Die Basis bildet eine strukturierte oder thematische Improvisation, und ich versuche den PatientInnen für ihre frei improvisierten Bewegungen Raum zu geben und sie in ihren individuellen Bewegungen zu bestärken.

4.9 Einsatz von Medien

Beim Einsatz von Medien ist zu bedenken, welche Bewegungs- und Erlebnisqualitäten bzw. welche szenischen Qualitäten das Medium betonen soll. Es gibt die unterschiedlichsten Medien wie z.B. Bälle, Tücher, Stäbe, Seile, oder ein Schwungtuch, welche ich tanztherapeutisch nützen kann.

Zum Beispiel die Wahl von Tüchern in unterschiedlichen Größen, Farben und Texturen bietet vielfältige Möglichkeiten der Bewegungs- und Beziehungsexploration. Auf der Bewegungsebene lädt das Tuch zu schwingenden Bewegungen, die den Wiegerhythmus unterstützen, ein. Optisch können Tücher den Bewegungsraum vergrößern und damit die Aufrichtung des Körpers unterstützen. Durch das Schwingen mit den Armen nach oben öffnet sich der Brustkorb und die Atmung kann freier fließen.

Auf der Beziehungsebene bedarf es beim gemeinsamen Tanz mit den Tüchern keines direkten Blickkontakts, und das kann für PatientInnen mit Beziehungsängsten die Kontaktaufnahme erleichtern. Die Interaktion mit dem Tuch gibt der Bewegung etwas Weiches und Verspieltes, was wiederum eine angstreduzierende Wirkung hat.

Ich durfte einmal in einer Tücher-Einheit mit der Gruppe eine Patientin erleben, die das Tuch wie ein Seil um ihre Handgelenke windete. Für sie diente das Tuch in ihrer Situation als Mittel sich zu Spüren und dadurch Spannung abzubauen. Für mich als Therapeutin war diese Verwendung des Tuches neu. Auch für andere PatientInnen bot dies die Möglichkeit, Neues mit dem Tuch auszuprobieren.

Das Schwungtuch verwende ich auf Grund seiner Größe, bunter Farben und seines hohen Aufforderungscharakters gerne für die Gruppe. Gerade in der Arbeit mit offenen Gruppen in der Zugehörigkeitsphase unterstützt das Schwungtuch die PatientInnen dabei, in einen gemeinsamen Rhythmus zu kommen. Die Form des Kreises und das „sich an etwas Festhalten zu können“ vermittelt ein Gefühl von Sicherheit und Akzeptanz, seinen Platz in der Gruppe zu haben. Mit der Zeit schafft es Vertrauen und Offenheit, sich spielerisch unter dem Tuch zu verstecken, die Plätze zu wechseln, und durch das Tuch zu gehen oder einfach sich darunter zu setzen und die Schwingbewegung, den Luftzug auf sich wirken zu lassen und zu genießen.

An heißen Sommertagen bietet das Schwungtuch eine zusätzliche Ventilatorfunktion, welche von den PatientInnen als eine angenehme Luftdusche erlebt wird. Auch hierbei geht es um das Wahrnehmen und Sensibilisieren von Empfindungen und im besten Fall um das Spüren von Wohlbefinden und Leichtigkeit.

4.10 Atemarbeit

Ich möchte die Atmung als einen natürlichen Bewegungsvorgang und auch als bewusstes Element bei der Interventionssetzung im tanztherapeutischen Gruppengeschehen erwähnen. Die Atemarbeit ist für den tanztherapeutischen Ansatz wichtig und es werden zwei Kategorien der Atmung unterschieden.

Zum einen bezieht sich die Atmung auf die physiologische Komponente, die Mechanik der Atmung, die bewusste und unbewusste Steuerung und bis zu einem gewissen Grad mögliche willentliche Steuerung.

Die zweite Kategorie ist der Atem, der auf die Befindlichkeit und die emotionale Wirkung des Atemvorganges verweist.

Die Atmungsreduktion wird häufig als Abwehrmechanismus verstanden und Gefühle können durch Muskelspannung und Zwerchfellkontraktionen unterdrückt werden. Die Tanztherapie bezieht sich vorwiegend auf die Arbeit mit dem Atem als Ausdruck emotionaler Befindlichkeit, und daher muss die Spannungsregulierung als Ganzes beleuchtet werden. Eine Annahme ist, dass sich der Atem durch die Bewegung regulieren kann, und es wird versucht, über indirekte Maßnahmen wie Bewegungsaufgaben, Bewegungsformen und Berührungsweisen Einfluss auf das Atemgeschehen zu nehmen. (vgl. Willke, 2007, 260)

Als Anfangsritual oder zum Abschluss einer Gruppeneinheit kann es jedoch sinnvoll sein, über direkte Interventionen den Fokus auf die Atmung zu richten. Dies passiert durch die Methode der Aufmerksamkeitslenkung und der geschlossenen Bewegungsaufgaben wie zum Beispiel Atemtechniken aus dem Yoga (Der Sonne-Mond-Planeten-Gruß). Das Ziel dabei ist es, die Möglichkeiten der Atmungsregulierung aufzuzeigen und dabei über einfache Atemübungen Selbstkontrolle, Struktur und Sicherheit für jeden einzelnen in der Gruppe aufzubauen.

4.11 Rhythmus als unterstützendes methodisches Element

Der Rhythmus zählt zu der Urerfahrung des Körpers: Herz, Atem, Kreislauf, Stoffwechsel, Zyklen bewegen den Menschen beginnend mit seiner Entstehungsgeschichte. Rhythmus gibt Sicherheit und Vertrauen und wirkt heilend. Tanz vermittelt Rhythmusgefühl über den Kontakt mit dem Boden, über Gehen, Schreiten, Stampfen und Springen. Aus wiederholten Bewegungen entsteht der freie Rhythmus, der nicht an Takte gebunden sein muss. Im Gegensatz dazu gibt der gebundene Rhythmus metrische Angaben vor, und der Tanz setzt diese um. (vgl. Reichel, 1999, 70)

In der Tanztherapie unterscheiden wir zwischen **internem Rhythmus** (Atemmuster, Herzschlag, Stimme) und **externem Rhythmus** (aufgenommene Musik und Instrumente). Die Kombination beider Rhythmen bietet umfassende Möglichkeiten eines tanztherapeutischen Angebots für den individuellen Ausdruck an.

Reichelt unterscheidet zwischen Körper- und Musikrhythmus und beide beinhalten strukturierende Elemente. Rhythmus schafft eine Verbindung zwischen Innen und Außen, gibt Ordnung und Orientierung, symbolisiert durch die Wiederholung Verlässlichkeit und trägt die Gemeinschaft.

Capello schreibt im Buch von Chaiklin folgendes über die Wirkungsweise des Rhythmus:

„In psychologischer Hinsicht integriert Rhythmus den Einzelnen mit sich selbst, indem er seine Gedanken auf den Rhythmus konzentriert, den er in seinem Körper spürt, und integriert ihn gleichzeitig in die Gruppe.“ (Chaiklin, 2017, 107)

Bei der Arbeit mit Psychiatriepatienten mit ungeordnetem Denken und veränderter Wahrnehmung der Realität hilft die Arbeit mit Rhythmus, Ordnung und Struktur in das Erleben zu bringen. Durch eine Bewegung im Einklang mit einer rhythmischen Beziehung gelingt es, einen Bezug zum Hier und Jetzt herzustellen. Das rhythmische Element wirkt vereinend, integrierend, kraftvoll, spannungslösend, und es wirkt auf die „Zentrierung“ des Einzelnen und folglich auf die gesamte Gruppe.

Im Anwendungsteil werde ich nun einige dieser tanztherapeutischen Methoden an Hand von Stundenbildern und praktischen Beispielen untermauern.

5 Praktischer Teil

5.1 Beschreibung der Rahmenbedingungen der Psychiatrischen Tagesklinik

Die tagesklinische Behandlung stellt eine Alternative zur stationären und ambulanten Therapie dar. Von Montag bis Freitag nehmen die PatientInnen seit Lockdown 1.0 bei geänderten Therapiezeiten (vormittags von 8.00 – 11.30 und nachmittags von 12.00 – 15.30), am Therapieprogramm der Tagesklinik teil. Die restliche Zeit verbringen sie in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung, wodurch die psychiatrische Behandlung unter sehr lebensnahen, aber dennoch geschützten Bedingungen erfolgt. Das Team der Tagesklinik vertritt einen integrativen Therapieansatz, der durch eine Kombination aus medikamentöser und nicht medikamentöser Behandlung gekennzeichnet ist.

Ziele des tagesklinischen Aufenthaltes sind eine genaue Diagnostik, eine umfassende Therapie unter Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes, sowie eine möglichst effiziente Rückfallprophylaxe. Die Behandlung erfolgt nach einem auf die Bedürfnisse der einzelnen PatientInnen abgestimmten Wochenplan, der durch eine geregelte Kombination von Tagesstrukturierung, Beschäftigung, therapeutischen Gesprächen und Erholung gekennzeichnet ist. Die Gruppe als therapeutischer Faktor steht im Zentrum der Behandlung. In verschiedenen therapeutischen Gruppen werden soziale Fertigkeiten, Kommunikation und Problemlösungsfähigkeiten trainiert, wobei vor allem dem gegenseitigen Austausch große therapeutische Relevanz zukommt. Diagnostik und Therapie erfolgen unter Berücksichtigung eines weiten Leistungsspektrums – dieses beinhaltet:

- Biologische Verfahren
Psychopharmakotherapie, Lichttherapie, Schlafregulierung, Hirnstimulation, EKT =

Elektrokonvulsionstherapie, rTMS = repetitive transkranielle Magnetstimulation,
Biofeedback

- Psychotherapie in Einzel- und Gruppensettings
- Weitere Therapieverfahren
Sinnes- und Genussgruppen, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Qigong,
Sozialkompetenz-Training, Skills-Training, NADA-Gruppe
- Psychoedukation
intensive Informationsvermittlung über die jeweilige Erkrankung in interaktiven
Gruppen
- Kognitives Training
- Psychiatrische Ergotherapie
- Musiktherapie
- Physiotherapie, Leibtherapie
- Schnittstellenarbeit mit psychosozialen Nachsorgeeinrichtungen

(vgl. [www.ooeg.at/sk/vb/fachbereiche/psychiatrie-und-psychotherapeutische Medizin](http://www.ooeg.at/sk/vb/fachbereiche/psychiatrie-und-psychotherapeutische-Medizin))

5.1.1 Das Interdisziplinäre Behandlungsteam an der Psychiatrischen Tagesklinik

Psychiatrische Erkrankungen sind komplexe Geschehen und können vielfältige Symptome zeigen. Je nach Art und Ausprägung einer psychischen Erkrankung sind auch die Beschwerden und Bedürfnisse der Patienten unterschiedlich und vielfältig. Deshalb müssen bei der Behandlung vielfältige und unterschiedliche Therapieverfahren zum Einsatz kommen. Aus diesem Grund besteht das Behandlungsteam aus unterschiedlichen Berufsgruppen.

Die Zusammensetzung des therapeutischen Teams zeigt die Vielfalt der angebotenen Therapieformen in der psychiatrischen Tagesklinik bestehend aus: Oberärztin/Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Assistenzärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Psychiatrisches Pflegefachpersonal, Klinische Psychologie und

Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Klinische Sozialarbeit, Musik- und Tanztherapie)

Das interdisziplinäre Team erarbeitet gemeinsam mit den PatientInnen ein Behandlungsziel. Die Umsetzung dieser Ziele und der aktuelle Ist-Zustand des Gesundheitszustandes der PatientInnen wird in der täglichen Morgenbesprechung und einer, einmal pro Woche stattfindenden interdisziplinären Teambesprechung diskutiert und überprüft.

5.1.2 Beschreibung der Zielgruppe

Für PatientInnen mit folgenden Krankheitsbildern und Voraussetzungen ist eine tagesklinische Behandlung sinnvoll:

- Schizophrene Störungen
- Depressive Syndrome
- im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder anstelle einer stationären Aufnahme
- PatientInnen ab dem 18. Lebensjahr, die mobil und ausreichend motiviert sind, das Angebot regelmäßig (Montag bis Freitag) in Anspruch zu nehmen
- Behandlungsdauer: ca. 3-4 Wochen

5.2 Einführung der Tanztherapie in der Abteilung

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, habe ich im Rahmen meines Praktikums an meiner Abteilung, in der ich als Klinische Sozialarbeiterin tätig bin, im Juni 2018 mit einer tanztherapeutischen Gruppe begonnen. Anfangs war es eine Gruppe pro Woche mit ca. 6-8 PatientInnen. Die psychiatrische Tagesklinik umfasst 20-22 Plätze für PatientInnen. Die Zuweisung für einen Aufenthalt in der Tagesklinik erfolgt aus dem stationären oder ambulanten Betreuungssetting.

Die Zuweisungen zur Tanztherapie wurden immer mehr, und so etablierte ich 2019 eine

2. Tanzgruppe. Im 1. Lockdown musste die Tagesklinik geschlossen werden. Mit der Wiedereröffnung im Mai 2020 wurde von unserem Interdisziplinären Team unter der Leitung OA Dr. Elvira Wimmer ein neues Konzept für die tagesklinische Behandlung erarbeitet.

Mit der Wiedereröffnung wurden jeweils 8 PatientInnen am Vormittag zu je zwei 4er Gruppen und 8 PatientInnen am Nachmittag auch zu je zwei 4er Gruppen behandelt. Dieses Therapiekonzept erforderte von uns TherapeutInnen einen gut durchdachten Behandlungsplan und eine hohe Flexibilität in der Umsetzung.

Die Corona-Maßnahmen im klinischen Bereich legten die Patientengruppengröße von maximal 4 PatientInnen und der behandelnden Therapeutin fest.

Die Tanztherapiegruppe wurde für Dienstag-Nachmittag und Donnerstag-Vormittag eingeplant. In der Dienstagsgruppe ergab es sich, dass vorwiegend PatientInnen mit einer schizophrenen Erkrankung, aber auch PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung anwesend waren.

An der Donnerstagsgruppe nahmen hauptsächlich PatientInnen mit einer depressiven Erkrankung teil, teilweise in Kombination mit einer Persönlichkeitsstörung.

5.3 Meine Stellung als Tanztherapeutin im interdisziplinären Team

Da ich bereits von 2014 - 2019 als Klinische Sozialarbeiterin für die Psychiatrische Tagesklinik tätig war, kannte ich das Behandlungsteam und den Stationsablauf recht gut. Seit Juni 2018 biete ich die tanztherapeutische Gruppe an, welche zu einem fixen Bestandteil des Therapieplanes auf der Psychiatrischen Tagesklinik geworden ist. In meiner Funktion als Tanztherapeutin i. A. nehme ich an den täglichen Morgenbesprechungen, der wöchentlichen Mittagsbesprechung und der monatlichen Fallsupervision teil.

5.4 Konzepterstellung einer tanztherapeutischen Gruppe auf der psychiatrischen Tagesklinik Vöcklabruck

Im Mai 2018 bewarb ich mich für ein Praktikum als Tanztherapeutin in der psychiatrischen Tagesklinik. Zu Beginn erstellte ich ein Konzept für ein tanztherapeutisches Gruppenangebot. Als Grundlage für die Konzepterstellung dienten mir Erkenntnisse aus meiner Ausbildung als Tanztherapeutin und die Rahmenbedingungen und der Austausch des Teams auf der psychiatrischen Tagesklinik. Nach Einreichen meines Konzepts bei Primar Silberbauer und der Ärztlichen Direktion des Salzkammergut-Klinikums und dem positiven Feedback beider Stellen begann ich im Juni 2018 mit der ersten tanztherapeutischen Gruppe.

Zu Beginn war es eine Gruppeneinheit zu 60 Minuten in der Woche, welche jedoch auf Grund der großen Patientenanzahl nach ca. 1 Jahr auf 2 Gruppeneinheiten pro Woche ausgeweitet wurde. Seit Sommer 2020, nach der Phase des 1. Lockdowns der Corona Pandemie, ist das Behandlungskonzept der Psychiatrischen Tagesklinik auf zwei Patiententurnusse zu je 8 Patienten am Vormittag und wieder 8 Patienten am Nachmittag verändert worden. Die Anzahl der Gruppenteilnehmer wurde aus gesundheitlichen Sicherheitsmaßnahmen auf 4 PatientInnen plus eine Therapeutin pro Gruppe adaptiert. Für mich als Tanztherapeutin bedeutet dies, dass ich eine Nachmittags- und eine Vormittagsgruppe tanztherapeutisch begleiten darf. Die Patientenzahl hat sich von ursprünglich maximal 8 PatientInnen auf 4 PatientInnen minimiert, was der vermehrten Aufmerksamkeit der Therapeutin auf die einzelnen PatientInnen zugutekommt.

Auf den folgenden Seiten werde ich mein tanztherapeutisches Konzept, welches ich zu Beginn meines Praktikums im Frühjahr 2018 ausarbeitete, und ich bei Prim. Dr. Silberbauer und der Ärztlichen Direktion einreichte, zusammenfassend beschreiben.

5.4.1 Inhalte meines tanztherapeutischen Konzeptes

Das Konzept für eine tanztherapeutische Gruppe auf der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin im Salzkammergut-Klinikum-Vöcklabruck beinhaltet die Definition der Zielgruppe, den Ort, die Zeit, die Inhalte und die Ziele des Angebotes.

Der Zuweisungsmodus der Patienten erfolgt über das Aufnahmegespräch des Patienten in der Psychiatrischen Tagesklinik, über die Vorstellung des Angebotes in der Therapiegruppe (am Mittwoch-Vormittag), und der Morgenbesprechung im Interdisziplinären Team.

Eine von mir formulierte Definition über das Angebot der Tanztherapie ergänzte das Konzept:

Die Tanztherapie orientiert sich an der Sprache des Körpers und weniger am gesprochenen Wort. Dadurch können Gefühle besser ausgedrückt und das Bewusstsein durch aktive Bewegung gestärkt werden. Der freie Tanz ermutigt zu neuen Bewegungs- und in weitere Folgen zu neuen Verhaltensimpulsen. Wir erleben uns ganzheitlich im Tanz zwischen Körper, Geist und Seele.

Die Tanztherapie holt den Patienten dort ab, wo er sich gerade befindet, je nach Befindlichkeit und nach seinen Bedürfnissen. (Seyfriedsberger, 2018)

Das Konzept umfasste auch die möglichen Inhalte und Methoden einer Tanztherapieeinheit, welche sind:

- Thema: Zugehörigkeit, Vertrauen, meinen Platz in der Gruppe finden
- Tanztherapeutisches Gruppensetting, Chace-Technik, Grounding, Körperwahrnehmungsübungen
- Rhythmusarbeit: wieder Lust an der Bewegung finden
- Tanzen in der Gruppe: in Kontakt mit sich und den anderen Teilnehmern gehen, den eigenen Raum wahrnehmen und seinen Platz in der Gruppe finden
- ein Gefühl des Miteinander-Seins entwickeln, Tanzen in Beziehung
- Lebensfreude und Lebenslust wieder entdecken
z.B. durch Arbeit mit Medien (Bälle, Tücher, ...)

Ergänzend fügte ich ein Beispiel für den Ablauf einer Gruppeneinheit an: Befindlichkeitsrunde, beginnend im Kreis, darauf folgt ein kurzes Warm-Up übergehend in einen Chace-Kreis, und einer abschließend Reflexionsrunde.

Mit den Zielen des tanztherapeutischen Angebotes für die PatientInnen vervollständigte ich mein Konzept:

- Freude an der Bewegung,
- Körperwahrnehmung
- Achtsamkeit mit sich und seinem Körper neu entdecken
- Sicherheit und Stabilisierung durch mehr Selbstvertrauen
- Bewusstseinsstärkung durch aktive Bewegung,
- Tanz als Ausdruck für Gefühle bewusst erleben
- Neugier wecken, den Körper mit all seinen Möglichkeiten erleben, weg von der Dissoziation auf dem Weg zur Individuation

5.5 Arbeiten mit offenen Gruppen auf der Akutpsychiatrie

Aus den Rückmeldungen der PatientInnen, welche ich von Dr. Wimmer bekam, habe ich erfahren, wie PatientInnen zu Beginn einer Zuweisung für die Tanztherapie reagieren. Einige der PatientInnen zeigen sich offen und neugierig für das Angebot. Manche der PatientInnen reagieren auch ängstlich oder schambesetzt, und es gibt unterschiedliche Gründe dafür. Eine Sorge kann die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper unter Beobachtung anderer PatientInnen sein, oder es können auch persönliche Leistungsgedanken und damit verbundene Versagensängste dahinterstecken.

Für mich als Tanztherapeutin ist es wichtig, diese Gefühle wahrzunehmen und den PatientInnen mit Respekt zu begegnen, indem ich ihnen einen geschützten Rahmen anbiete, wo sie positive Erfahrungen durch die Tanztherapie im Gruppenprozess erleben dürfen.

Sharon Chaiklin schreibt in ihrem Buch über das Erleben des Einzelnen und das Erleben im Gruppenprozess:

„Man muss erst eine Wahrnehmung von sich selbst haben, ein Gefühl der Kontrolle und der Wahl, bevor man klar wahrnehmen und Beziehung zu anderen eingehen kann.“

(Chaiklin, 2017, 116)

Ich finde ihre Worte beschreiben sehr treffend, wie sich PatientInnen zu Beginn eines tanztherapeutischen Gruppenprozesses fühlen können, und welche Bedürfnisse für sie wichtig sind, um sich auf einen Gruppenprozess einlassen zu können.

Im tagesklinischen Behandlungssetting liegt der Fokus auf Gruppentherapie-Angeboten. Die Behandlungsintervalle liegen bei ca. 2-3 Wochen und es besteht ein häufiger Wechsel der Gruppenkonstellation, daher liegt der Schwerpunkt im therapeutischen Arbeiten mit offenen Gruppen. Ich möchte dabei eine Verknüpfung zum *Wachstumsmodell nach Susanne Bender* herstellen, indem sie vier Phasen beschreibt. Ich möchte hier die von Bender als 1. Phase bezeichnet, die Zugehörigkeitsphase, aufgreifen.

Bender beschreibt, wie wesentlich die Achtsamkeit und die Selbstachtung in der Zugehörigkeitsphase sind. Achtsamkeit bedeutet in der Zugehörigkeit, den anderen in seiner Andersartigkeit zu sehen, zu achten und es auszuhalten, dass man noch nicht jedes Verhalten von ihm versteht. (vgl. Bender, 2014, 156)

Ich weiß aus meiner Erfahrung, dass eine authentische Haltung der Tanztherapeutin und eine Sensibilisierung für das Thema Achtsamkeit eine wichtige Grundvoraussetzung im Umgang mit den PatientInnen darstellt, besonders zu Beginn, aber auch während dieser Phase.

In der Arbeit mit offenen Gruppen geht es immer um das Zugehörigkeitsthema und das Bedürfnis der PatientInnen, Vertrauen aufzubauen, ihren Platz in der Gruppe zu finden, Sicherheit zu gewinnen und sich als Teil der Gruppe zu erleben. Im Methodenteil bin ich auf diese Bedürfnisse und deren Befriedung bereits bei der Chace-Methode und der Arbeit mit Rhythmus genauer eingegangen, und beide bieten sich als gut geeignete Interventionsmöglichkeiten für das tanztherapeutische Arbeiten in der Zugehörigkeitsphase an.

Im nächsten Kapitel werde ich an Hand von sechs Auswertungen meiner Stundenbilder, am Beispiel der tanztherapeutischen Gruppe auf der Psychiatrischen Tagesklinik die Tanztherapie in der Praxis näherbringen.

5.6 Praktische Beispiele aus der Tanztherapiegruppe

5.6.1 Grounding im Chace-Kreis

In dieser Einheit ging es um eine Gruppe mit vier PatientInnen mit dem Krankheitsbild der Persönlichkeitsstörung. Die PatientInnen waren zum ersten Mal in der Tanztherapie und zu Beginn der Stunde war eine große Skepsis spürbar, die mir von meiner Arbeit auf der Psychiatrie bekannt ist. Wie in Kapitel 3.4.3 beschrieben ist es für Menschen mit Persönlichkeitsstörung besonders wichtig, eine vertrauensvolle und stabile Beziehung zu erleben und ihre Ich-Grenzen zu spüren.

Ich begann die Stunde mit einem Warm-up, in dem ich Übungen zum Grounding anleitete, um den PatientInnen ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. Es bedurfte anfangs einer sehr strukturierten Anleitung, um das Wahrnehmen des eigenen Körpers zu stärken. Das Grounding bietet eine Basis für die Bereitschaft und das Ausprobieren neuer Bewegungsimpulse und hat eine Ich-stärkende Funktion.

Das Wesentliche der Stunde war es, den Patienten Vertrauen und Sicherheit zu vermitteln, und ich wählte als Methode den Chace-Kreis. Die Kreisform ermöglicht den PatientInnen ein „Sehen und Gesehen werden“ und unterstützt das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Wertschätzung. In meinen Beobachtungen nahm ich reduzierte Bewegungen der Füße, der Beine und des Beckens der Patientinnen wahr. Ich spiegelte und modifizierte die Bewegungen (Beine und Füße Streichen) und nutzte dabei den Einsatz der Schwerkraft. Ich versuchte sie zum Ausprobieren zu animieren und mit dem aktiven Einsatz der Schwerkraft und mit ihren Bewegungen zu experimentieren. Die Auswahl von einfacher rhythmischer Musik, z.B. Buena Vista Social Club, ließ unter den PatientInnen ein gemeinsames Rhythmusgefühl entstehen

und unterstützte dadurch das Entstehen einer neuen Kommunikationsebene. Der Chace-Kreis bot ein Containment, welches das Bedürfnis nach Sicherheit und Stabilität zusätzlich förderte und eine Vertrauensbasis in der Gruppe entstehen ließ.

Das Ergebnis dieser Stunde war, dass die anfängliche Skepsis der PatientInnen durch Ich-stärkende tanztherapeutische Interventionen wie das Grounding und die Chace-Methode reduziert werden konnte.

Kurzfristige Therapieziele wie die Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit für den Körper und seine Bedürfnisse, in Kontakt kommen mit sich und den anderen PatientInnen und das Erleben von Freude und Wohlbefinden wurden ermöglicht und in weiterer Folge das Selbstvertrauen der PatientInnen gestärkt.

5.6.2 Stundebild: Chace-Kreis

Am Anfang dieser Einheit nahm ich aus der Blitzlichtrunde das Thema Unruhe und Unsicherheit wahr. Eine Patientin äußerte ihre Befindlichkeit und erzählte von ihren immer wieder kehrenden Panikattacken und Ängsten. Ich kannte sie schon von Voraufenthalten und wusste, dass die Patientin gut auf Rhythmus reagierte und sie sich dabei gut beruhigen konnte. Eine andere Patientin äußerte Nervosität und gleichzeitig Vorfriede auf eine bevorstehende Mutter-Kind-Pass-Untersuchung. Und eine weitere Patientin erzählte zu Beginn von ihrem gestrigen Autounfall und ihrem Glück, dass niemand dabei verletzt wurde.

Ich begann die Stunde mit einfachen Bewegungen über die Füße, um den PatientInnen das Gefühl von Sicherheit über guten Bodenkontakt zu vermitteln. Ich wählte dafür eine beschwingte rhythmische Musik von Robbie Williams. Das Grounding leitete ich mit klaren und einfachen Vorgaben an, welche die PatientInnen umsetzten, während sie sich dabei auf mich konzentrierten konnten. Verbal und auf lebendige Art und Weise führte ich die PatientInnen behutsam zu Ausdrucksbewegungen, die den Ober- und Unterkörper und den Beckenbereich miteinschlossen. Es folgte ein fließender Übergang zum Chace-Kreis.

Durch meine Beobachtungen entdeckte ich unterschiedliche Bewegungen der PatientInnen und ich griff diese auf und leitete diese Bewegung verbal für die anderen an.

Als Tanztherapeutin versuchte ich dabei die Bewegung des Gegenübers zu integrieren und in der Spiegelung zu interpretieren. Durch das Spiegeln wird es den PatientInnen ermöglicht, ihre unterdrückten Gefühle wahrzunehmen und sich dieser bewusst zu werden. Sie können dabei auch selbst kinästhetisch die Gefühlsqualität in der gespiegelten Bewegung in ihrem Körper wahrnehmen, was auch mein Verständnis für die innere Befindlichkeit der PatientInnen fördert.

In dieser Chace-Stunde griff ich zum Beispiel das Arme-Schwingen einer Patientin auf. Diese Vorgehensweise bewirkte eine verbesserte Körperwahrnehmung der einzelnen PatientInnen und gleichzeitig erhielten sie eine Wertschätzung für ihre Bewegung.

Die Bewegungen der TeilnehmerInnen ließen bei mir Bilder entstehen und ich versuchte diese zu verbalisieren z.B. ich sehe das Fliegen eines Vogels. Ich ermutigte die PatientInnen sich auf das Bild einzulassen. Mithilfe symbolischer Bewegungen gelingt es emotionale Inhalte, Ideen und Einstellungen zu präsentieren und mitzuteilen. Durch symbolische Bewegungen können frühere Ereignisse wiederbelebt und integriert werden. Solche Erinnerungen stellen wichtige Ressourcen für die PatientInnen dar.

Die Tanztherapie ermöglicht innere Gefühle, die von PatientInnen nicht verbal mitgeteilt werden können zum Ausdruck zu bringen. Ein besonderes Merkmal der Chace-Methode ist ihr kommunikativer Charakter. Es geht dabei darum, Bewegung zu erfahren, um eine ganzheitliche, das heißt, sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikation auf persönlicher und sozialer Ebene zu erlernen oder zu vertiefen.

Eine besondere Bedeutung in dieser Chace-Einheit hatte auch das gemeinsame rhythmische Schwingen zum Takt der Musik. Ich habe im Methodenteil die Wirkung des Chace-Kreises nach Marian Chace beschrieben. Ihrer Meinung nach hat der Rhythmus eine organisierende Wirkung auf das individuelle Verhalten und vermittelt ein Gefühl von Stärke und Sicherheit. Und obwohl jeder der PatientInnen den Rhythmus in unterschiedlichen Körperregionen aufgriff und sich individuell bewegte, wuchs die Solidarität und Verbundenheit untereinander.

5.6.3 Stundenbild: Körperteilanwendung - Arme

In dieser Tanztherapiestunde befanden sich 4 TeilnehmerInnen mit einer Grunderkrankung aus dem schizoiden Formenkreis. Frau D. kannte ich bereits. Sie erzählte in der Befindlichkeitsrunde von kreisenden Gedanken und Zukunftsängsten. Ein jüngerer Patient fühlte sich auch durch negativen Gedanken in seinem Kopf beeinflusst.

Wie ich bereits im Kapitel über Schizophrenie geschrieben habe, leiden diese Menschen unter einem gespaltenen und zerstörten Ich. Es kann eine Dissoziation im Körper stattfinden, die Körperteile oder Körperregionen agieren nicht mehr miteinander, und es kann zu Fragmentierung kommen, welche auch auf der körperlichen Ebene zu beobachten ist.

Ich motivierte die PatientInnen, begleitet durch ein einfaches Musikstück, ihre Arme in Schwingung zu bringen. Anschließend sollten sie sich nach und nach auf einzelne Teile ihres Armes konzentrieren und diesen mit ihrer Hand berühren. Ihre Blicke nahmen Kontakt mit dem eigenen Arm auf. Durch Anspannung und Entspannung in der Armbewegung animierte ich die PatientInnen, ihren Atem mit in die Bewegung aufzunehmen. Zuerst fiel unsere Konzentration auf nur einen Arm und wir brachten diesen in ein leichtes Schwingen. Danach folgte der Impuls einer Patientin, auch den anderen Arm mit in die Bewegung zu nehmen. Wir bewegten zuerst beide Arme gleichzeitig in eine Richtung und dann abwechselnd. Dabei beobachtete ich ein konzentriertes und aktives Mitmachen der PatientInnen. Die angeleiteten symmetrischen Armbewegungen zeigten eine beruhigende und stabilisierende Wirkung auf die Gruppe. Frau D. verspürte plötzlich den Impuls, den Kreis zu verlassen, und ging mit Schwingbewegungen in den Armen aus dem Kreis hinaus und wieder hinein. Für die Patientin war es teilweise herausfordernd, in der Gruppe zu sein, und durch das Gehen im Raum regulierte sie die Anspannung in ihrem Körper. Die anderen PatientInnen fühlten sich in der Formation Kreis sehr bei sich und im Hier und Jetzt angekommen. Im Kreis leitete ich verschiedene Bewegungsexplorationen an, wie z.B. meine Arme können sich nach oben, nach unten, zur Mitte etc. bewegen. Die PatientInnen wiederholten die Bewegungen mehrmals, und die Wiederholungen gaben ihnen Sicherheit und Wohlbefinden.

Als Ergebnis dieser Stunde zeigte sich, dass durch das Arbeiten über die Körperteile die eigene Körperwahrnehmung, die Körperorientierung und die taktile Aktivierung gefördert wurde und das autonome Nervensystem der Patientinnen so in ein Gleichgewicht zwischen Beruhigung und Aktivierung gekommen ist.

5.6.4 Raum erleben, mein Raum – Kinesphäre

Zu Beginn dieser Einheit lud ich die vier PatientInnen ein, sie litten alle an Depressionen, sich im Kreis zu formieren, und ich begann mit einer Achtsamkeitsübung aus dem Yoga, dem Sonne-Mond-Planetengruß. Dabei ging es um eine Dehnungsübung, welche mit dem ganzen Körper in horizontaler und vertikaler Dimension erfolgte und den Atemrhythmus bewusst in die Bewegung integrierte. Anschließend klopfen und tupfen wir unsere Körperteile mit den Händen nacheinander ab und strichen unsere Körper von oben nach unten aus.

Zu einer afrikanischen Musik erkundeten die PatientInnen den Raum, und ich stellte ihnen Fragen zum Raumempfinden und zur Raumorientierung. Als nächsten Schritt forderte ich sie auf, sich einen Platz zu suchen und leitete sie an, ihren persönlichen Raum zu erkunden. Sie sollten sich vorstellen, wie sie sich in einer Luftblase bewegten oder von einer Schutzhülle umgeben waren. Dabei versuchten sie nun mit peripheren, körpernahen Bewegungen in ihrem „persönlichen Schutzraum“ zu experimentieren. Anfangs waren es eher kleinere, zögerliche Bewegungen, aber auch ein gebundener Fluss war zu beobachten. Ich unterstützte sie mit einem zusätzlichen Bild, einer aktiven Imagination, sich ihre Lieblingsfarbe vorzustellen, und mit ihren Händen und Füßen ihren persönlichen Raum auszumalen. Die Hände und Füße der PatientInnen tanzten wie Pinsel an der Innenseite ihres Schutzmantels. Dabei sah ich, wie die Bewegungen teilweise größer und weiter wurden. Die PatientInnen probierten sich über ihre Bewegungen aus. Sie gingen z.B. mit ihren Füßen ihre persönliche Raumgrenze ab, sie tanzten im Kreis vor und zurück, drehten sich darin oder füllten diesen mit ihren Fußbewegungen aus. Eine Patientin blieb mit einem Fuß in der Kreismitte stehen, ihr anderer Fuß tanzte mit der Zehenspitze eine Kreislinie, und ihre Bewegung erinnerte mich an einen Zirkel.

Zum Abschluss dieser Stunde lud ich die PatientInnen ein, von ihren Erlebnissen zu erzählen, welche Farben sie gewählt hatten, oder welche Bilder bei ihnen aufgetaucht waren. Das Ergebnis der Reflexionsrunde war, dass sich die PatientInnen ihren persönlichen Wohlfühlraum gestaltet hatten, und dieser für sie ein Ort der Sicherheit und Geborgenheit geworden war. Sie hatten plötzlich Ideen, wie sie sich zu Hause einen solchen Wohlfühlort schaffen konnten und brachten Vorschläge mit praktischen Ideen für die Umsetzung ein.

Für Menschen, die ihren persönlichen Raum bisher nicht bewusst genutzt haben, weil sie von seiner Existenz noch gar nichts wussten, kann es sehr angstreduzierend sein, wenn wir ihnen die Erlaubnis für dessen maximale Nutzung geben.

5.6.5 Tanzen mit Natursymbolen - die Kraft aus der Natur schöpfen

In dieser Einheit bereitete ich in der Kreismitte mit Tüchern in den Farben des Herbstes eine Blume vor und legte darauf verschiedene Naturmaterialien, wie z.B. verschiedene bunte Blätter, Kastanien, Maiskolben, Apfel, Birne, Kürbis. Vier mir bekannte PatientInnen und ich versammelten uns im Kreis und wir begannen mit einer kurze Befindlichkeitsrunde. Ich lud die Damen ein, ihre aktuelle Befindlichkeit in Form eines Wetterberichtes zu beschreiben. Eine Patientin beschrieb ein morgendliches Tief, welches sich im Tagesverlauf etwas verbesserte und sie erwähnte dabei ihre Einsamkeit, die sie früh morgens traurig stimmte. Eine andere Dame fühlte sich nicht fit und ihre Stimmung war gedrückt, sie beschrieb einen bewölkten Himmel.

Ich begann die Einheit mit Dehn- und Atemübungen, sowie Übungen zur Körperwahrnehmung, wie z.B. abtupfen, abklopfen, ausstreichen der einzelnen Körperteile- Dabei bot ich den Frauen Bilder aus dem Wettergeschehen an wie z.B. abtupfen des Körpers, wie wenn einzelne Regentropfen unseren Körper berühren, oder das Abklopfen mit den Händen, wie wenn ein heftiger Sommerregen auf unseren Körper prasselt, oder das sanfte Ausstreichen unseres Körpers, wie wenn die wärmenden Sonnenstrahlen unseren Körper berühren.

Anschließend bat ich sie darum, sich ein Herbstsymbol aus der Kreismitte zu wählen, und ich leitete eine Wahrnehmungsmediation an. In Begleitung des Musikstückes „Seuls au monde“, Nr. 3 von Rene Aubrey motivierte ich sie, in Bewegung zu gehen. Sie sollten ihre Herbstsymbole dabei gut sichtbar platzieren. Sie sollten versuchen, die positiven Erinnerungen und Bilder, die dabei auftauchten, tanzend zum Ausdruck zu bringen, und ein oder zwei Bewegungen, die ihnen gefielen, immer wieder zu wiederholen.

Im Kreis zusammengetroffen, zeigte nun jede Patientin ihr Symbol und tanzte dazu ihre Bewegungen. Die anderen Teilnehmerinnen spiegelten diese Bewegungen. Abschließend reflektierten wir die einzelnen Assoziationen und die dazu entstandenen Bewegungen und Gefühle. Eine Patientin gab als Rückmeldung, dass sie den Apfel wählte, da sie als Kind so gerne auf Apfelbäume geklettert ist und sie damit Autonomie und das Gefühl von Freiheit verband. Ihre Bewegung war ein kraftvolles „am Boden stampfen“ mit offenen Armen und aufrechter Körperhaltung. Die Patientin mit dem Thema Einsamkeit wählte den Kürbis, da sie gerne für andere kochte. Sie genoss das gemeinsame Tanzen in der Gruppe, und sie beschloss eine gute Freundin, die sie auf Grund ihrer Depression und der damit verbundenen sozialen Isolation schon länger nicht mehr gesehen hatte, zum Essen zu sich nach Hause einzuladen und für sie zu kochen. Das Ergebnis dieser Einheit war, dass durch das Thema Herbstsymbole positive Assoziationen bei den PatientInnen hervorgerufen und dabei ihre Ressourcen aktiviert werden konnten.

Durch diese lebensbejahenden Erinnerungen entstanden lustvolle Bewegungen und das Gefühl von Freude. Die Patientinnen kamen in Aktion und dies schuf die Möglichkeit, für sich neue Perspektiven nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu entdecken.

5.6.6 Antrieb Kraft: Adler begegnet Schwan

Zu Beginn dieser Stunde erzählte mir eine neue Patientin, dass sie aus ihrer Heimat Kasachstan einen Tanz kennt, bei dem sich die Männer wie Adler bewegen und die Frauen wie Schwäne tanzen. Die Patientin zeigt mir ihre Bewegungen zu dem von ihr beschriebenen Tanz. Beginnend mit einem Grounding, griff ich als nächstes das Bild der Patientin auf und leitete in

eine Improvisation über. Durch das anfängliche Grounding konnten die PatientInnen die nötige Sicherheit aufbauen, um das Thema Adler und Schwan auf Bewegungsebene umzusetzen. Gemeinsam probierten wir die vorgezeigten Bewegungen zum Adler und zum Schwan aus.

Ich merkte an den Reaktionen der PatientInnen, dass sie motiviert waren, und sie sich gut auf die Bilder einlassen konnten. Über ihre Bewegungsexploration fanden sie nach und nach zu ihren eigenen Bewegungen. Um die PatientInnen beide Bewegungserfahrungen besser spüren lassen zu können, teilte ich den Raum in die Bereiche Adler und Schwan. Dabei stellte ich es ihnen frei, in den beiden Bereichen mit den Bewegungen der beiden Vögel zu experimentieren. Bei meinen Beobachtungen fiel mir auf, dass es bei den Bewegungen um den Antrieb „Kraft“ ging. Während die Adler sehr offene Bewegungen mit viel Krafteinsatz machten, waren auf der Schwanenseite sanftere und zartere Bewegungen sichtbar.

Das Ergebnis in der Abschlussreflexion ergab, dass sich einige der PatientInnen sehr kraftvoll fühlten. Die PatientInnen haben es genossen, nach ihrem eigenen Ermessen im entsprechenden Raum bleiben zu können und die Möglichkeit zu haben, wechseln zu können. Wie ich bei den Bewegungen schon sehen konnte, war die Antriebsqualität Kraft sehr präsent, und auch in den Rückmeldungen erfuhr ich, dass sie durch die unterschiedlichen Bewegungsqualitäten auch zu ihrer Kraft gefunden hatten. Die Vorgabe der Tierbilder erleichterte es ihnen, in die verschiedenen Bewegungen einzutauchen und dabei in Kontakt mit ihrer eigenen Kraft zu kommen.

6 Zusammenfassung

Mit der Implementierung einer tanztherapeutischen Gruppe auf der Psychiatrischen Tagesklinik Vöcklabruck habe ich natürlich nach den Vorteilen und dem Nutzen meines Angebotes recherchiert. Die gesammelten Rückmeldungen von unserer Oberärztin Dr. Elvira Wimmer möchte ich hier zusammenfassend wiedergeben:

Für das Behandlungsteam bietet die Tanztherapie eine zusätzliche verbale und nonverbale Kommunikations- und Interaktionsform für die PatientInnen im tagesklinischen Setting.

Die psychische Befindlichkeit korreliert mit dem Gleichgewicht, dem Rhythmus, dem Spannungsgrad, dem Raumempfinden oder auch mit dem Atemmuster, welches ein Patient zum Ausdruck bringt. Die PatientInnen haben die Möglichkeit, Zusammenhänge zwischen ihrem seelischen Erleben und ihrer körperlichen Wahrnehmung zunehmend besser zu erkennen und lernen darauf Einfluss zu nehmen.

Die PatientInnen erleben den Tanz als Möglichkeit für individuellen und kreativen Ausdruck, sowohl für sich, als auch im Interaktionsmodell in der Kleingruppe. Eine körperliche Bewegtheit geht einher mit emotionaler Bewegtheit. Mit Hilfe tanztherapeutischer Methoden und Interventionen gelingt es den PatientInnen, eine neue Möglichkeit zu entdecken, um „die quälende Gedankenschleife“ zu unterbrechen. Die Tanztherapie öffnet vielen PatientInnen einen neuen Erfahrungsraum und unterstützt dies durch ein körperorientiertes Bewusstsein im Hinblick auf eine Körper-Geist-Seele-Einheit. Die Tanztherapie trägt somit auch zu einem der drei Hauptziele -- der Gesundheitsprävention bei.

Über tanztherapeutische Methoden wie das Grounding, Körperteilanwendungen und Rhythmusarbeit wird ein wesentliches Therapieziel, die Stabilisierung der PatientInnen erreicht. In weiterer Folge kann im Gruppenprozess ein fließender Übergang von übungszentrierten Methoden in ein freies Improvisieren beobachtet werden.

Aus den Rückmeldungen der PatientInnen z.B. in der Einzelvisite ist zu entnehmen, welche positiven Erfahrungen sie in der Tanztherapie erleben. Das Angebot der Tanztherapie wird insgesamt sehr gerne in Anspruch genommen. Der vertrauensvolle Rahmen, den die

Kleingruppe bietet, wird von den PatientInnen geschätzt. Die meisten PatientInnen fühlen sich oft überrascht über die positive Wirkung der Tanztherapie. Sie fühlen sich aktiver, sie erfahren (wieder) ein positives Ganzkörperempfinden und sie fühlen sich gestärkt und spürbar erleichtert. Manche erleben sich wieder geordneter, oder sie haben das Gefühl, dass etwas in Bewegung gekommen ist.

Abschließend möchte ich noch auf ein Ziel der Tanztherapie eingehen, auf die Ressourcen-Aktivierung bei den PatientInnen. Psychische Störungen lassen sich als mangelnde psychische Kräfte, die zur Bewältigung von Problemen notwendig sind, verstehen. Wenn diese Ressourcen wieder aufgebaut und erweitert werden, wird sich auch die psychische Befindlichkeit deutlich verbessern. In der Tanztherapie werden die Ressourcen in psychophysischen Prozessen aktiviert, d.h. sie werden verkörpert und erlebbar gemacht. Durch Achtsamkeitsübungen werden die PatientInnen für die Wahrnehmung ihrer Körperempfindungen und die dahinterliegende Gefühlsebene sensibilisiert. Im verbalen Austausch mit der Tanztherapeutin wird das subjektive Erleben der PatientInnen reflektiert und durch das Bewusstwerden der eigenen Fähigkeiten wird die innere Gesundheit gefördert.

Meine Vision ist es, die Tanztherapie im klinisch psychiatrischen Setting auch auf den Stationen zu etablieren. Gerade im Akutbereich auf der Psychiatrie fällt den PatientInnen der nonverbale Ausdruck oft leichter als das gesprochene Wort. In meinem Titel der Diplomarbeit *„Von der Seele tanzen.....“* geht es mir um ein Grundprinzip in der Tanztherapie, nämlich die Seele über den Ausdruck des Körpers im Tanz sprechen zu lassen.

Als nächsten Schritt, möchte ich eine interne Fortbildung zum Thema „Tanztherapie in der Psychiatrie“ anbieten, und ich freue mich darauf, über das von mir neu etablierte Therapieangebot in meiner Funktion als Tanztherapeutin berichten zu dürfen.

7 Literaturverzeichnis

Bartuska, C. und G. (2018). Grounding – horizontal und vertical. Wiener Arbeitskreis für Körperpsychotherapie der AABP – WAK.

Bear, U., Frick-Baer, G. (2001). Leibbewegungen, Herzkreise und der Tanz der Würde. Methoden und Modelle der Tanz- und Bewegungstherapie. Semnos Verlag.

Bender, S. (2020). Grundlagen der Tanztherapie. Geschichte, Menschenbild, Methode. Psychosozial-Verlag.

Bender, S. (2014). Die psycho-physische Bedeutung der Bewegung. Ein Handbuch der Laban Bewegungsanalyse und des Kestenberg Movement Profiles. Logos Verlag Berlin GmbH.

Berufsverband für Tanz- und Ausdruckstherapie in Österreich BTA, Schubertstraße 18, 4020 Linz. www.tanztherapie-berufsverband.at

Dillinger, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2010). Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber

Gerdess-Herrmann, M. Tanztherapie mit Borderline-Patienten. Abschlussarbeit beim Deutschen Institut für Tiefenpsychologische Tanztherapie und Ausdruckstherapie e.V. (DITAT)

Heller, J. (2013). Resilienz. 7 Schlüssel für mehr innere Stärke. Gräfe und Unzer Verlag.

Klein, P. (2015). Tanztherapie. Ein Weg zum Ganzheitlichen Sein. Dieter Balsies Verlag.

Nass, V. (2017). Tanztherapie bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Körperschema – Körperbild – Körpererleben. Schizophrenie. Akademiker Verlag.

Reichel, A. (1999). Tanz dich ganz. Kreativ tanzen und bewegen. Ökotopia Verlag Münster.

Siegl, E. V., Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (1999). Analytische Bewegungs- und Tanztherapie. Ernst Reinhardt Verlag.

Sharon C., Wengrower, H. (Hg.), (2017). Die Kunst und die Wissenschaft der Tanz- und Bewegungstherapie. Leben ist Tanz. Oriold Bücher Verlag.

Wilke, E. (2007). Tanztherapie. Theoretische Kontexte und Grundlagen der Interventionen

Willke, E., Hölter, G., Petzold, Hilarion G. Petzold (Hg.). (2014). Tanztherapie – Theorie und Praxis. Reichert Verlag Wiesbaden.

www.carlrogers.de

www.tanztherapie.at, Fritsch, V. (2017-2020). Handouts

www.ooeg.at/sk/vb/fachbereiche/psychiatrie-und-psychotherapeutische-medizin/psychiatrische-tagesklinik