

# Tanz- und Bewegungstherapie

Bernhard Frey & Iris Bräuninger

Tanz- und Bewegungstherapie zählt mittlerweile zum festen Bestandteil in vielen tagesklinisch-psychiatrischen Einrichtungen im deutschsprachigen und internationalen Raum (Bräuninger 2000a, Bräuninger 2000b, Heber, 1994; Bräuninger & Blumer, 2004; Hölter & Gunther, 2006). „Tanztherapie versteht sich als die psychotherapeutische Verwendung von Tanz und Bewegung zur Integration von körperlichen, emotionalen und kognitiven Prozessen des Menschen. Sie wird auch als künstlerische Therapie definiert, die Tanz und Bewegung als Medium zur Persönlichkeitserweiterung nutzt“ (BTD, 2003). Teilnehmende im stationären, teilstationären und ambulanten Setting äußern sich meist sehr positiv über die Wirkung. Sie würden durch Tanztherapie eine Verbesserung ihrer Stimmungslage erleben und sich physisch und psychisch gestärkt fühlen. Sie würden sich entspannt fühlen und empfänden sich gestärkt in ihrem Selbstvertrauen und weniger niedergeschlagen. In Zeiten evidenzbasierter Therapien und des zunehmenden Drucks seitens der Kostenträger steigt der Bedarf nach wissenschaftlicher Fundierung einer Therapie. Die erste Hälfte dieses Kapitels konzentriert sich deshalb auf die Darstellung von Studien zur Wirksamkeit der Tanz- und Bewegungstherapie in der Behandlung von Menschen mit Affekterkrankungen. In der zweiten Hälfte des Kapitels werden Ausgangslage, Ziele, Methoden und Interventionen der Tanz- und Bewegungstherapie in der Tagesklinik für Affektkranke beschrieben. Ein Fallbeispiel illustriert die praktische Arbeit.

Nachfolgend werden tanz- und bewegungstherapeutische Forschungs- und Literaturarbeiten zur ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung von Menschen mit Affekterkrankungen aufgeführt. Zahlreiche wissenschaftliche Studien überprüfen die Wirksamkeit der Tanz- und Bewegungstherapie, wobei bislang noch nicht der spezifisch teilstationäre Rahmen in Bezug auf Patientinnen mit Angst-, Depressions- oder Zwangssymptomatik erforscht wurde. Aus diesem Grunde werden nachfolgend Studien aufgeführt, die sich allgemein die Überprüfung der Wirksamkeit von Tanz- und Bewegungstherapie bei Menschen mit Affekterkrankung zum Ziel gemacht haben.

## Metaanalyse und randomisierte Kontrollstudien

Ritter und Low (1996) untersuchen in ihrer Metaanalyse die Effektivität der Tanztherapie- und beziehen alle Studien sowie veröffentlichte und unveröffentlichte Dissertationen aus den Jahren 1973 bis 1991 mit ein. Ferner werden von 95 Arbeiten 23 Artikel berücksichtigt, die ein quantitatives Kontroll-design aufweisen und sowohl Tanztherapieinterventionen als auch Daten über Mittelwerte, Standardabweichungen oder eines von drei statistischen Analyseverfahren (*F*-Test, *t*-Test oder *Chi-Quadrat* Test) enthalten. Insbesondere bei der Behandlung von Ängsten zeigt sich die größte Verbesserung durch die tanztherapeutische Behandlung. Bei psychiatrischen Patientinnen wirkt Tanztherapie moderat effektiv. Ebenso zeigen die Ergebnisse in Bezug auf die Körperwahrnehmung eine moderate Effektgröße. Cruz und Sabers (1998) berichtigen die Daten von Ritter und Low durch eine korrigierte

Kalkulation, so dass die Effektivität der Tanztherapie als noch besser gelten kann als bei Ritter und Low dargestellt.

Jeong, Hong, Lee, Park, Kim und Suh (2005) überprüfen den tanztherapeutischen Effekt auf psychologischen Distress und neurohormonelle Veränderungen bei Jugendlichen mit milder Depression: Aus einer Gruppe von 300 Jugendlichen einer Mädchenmittelschule in Korea erfüllen 51 Mädchen die Einschlusskriterien für die Studie (im Detail sind dies: - Depressionswerte anhand vom BDI / Beck Depression Inventory, - keine psychiatrischen oder internistischen Diagnosen, - keine neuroendokrinologische Erkrankung, - keine Teilnahme an regelmäßigem Training innerhalb der letzten 6 Monaten): 40 Jugendliche werden der Tanztherapie Behandlungsgruppe ( $n = 20$ ) und der Warte-Kontrollgruppe ( $n = 20$ ) zufällig zugeordnet. Alle Teilnehmerinnen füllen vor und nach Ende der 12-wöchigen Interventionsstudie die Symptom Checkliste (SCL-90-R) (Derogatis, 1977) zur Erfassung des psychologischen Distress aus. Darüber hinaus werden bei allen Teilnehmerinnen im Prä- und Posttest die Konzentrationen von Serotonin Plasma und Dopamin sowie die Kortisol Konzentration bestimmt. Das Auftreten von depressiver Müdigkeit, Stress, Schlaflosigkeit und psychologischen Symptomen wird direkt oder indirekt mit diesen Hormonen in Zusammenhang gebracht. Die Behandlungsgruppe nimmt über einen Zeitraum von 12 Wochen 3 Mal pro Woche an Tanztherapie teil. Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Verbesserung des psychologischen Distress in allen Subskalen des SCL-90 in der tanztherapeutischen Behandlungsgruppe im Vergleich zur Warte-Kontrollgruppe, die keine Tanztherapie oder andere Therapien erhält. Die Kortisolwerte reduzieren sich in der Behandlungsgruppe, während sich die Werte in der Warte-Kontrollgruppe erhöhen. Dieser Effekt ist jedoch nicht signifikant. Die beiden anderen neurohormonellen Werte verbessern sich in der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Warte-Kontrollgruppe signifikant: Die Serotoninwerte steigen ( $p > .005$ ) und die Dopaminwerte reduzieren sich ( $p > .001$ ). Die Autorinnen schließen aus diesen Ergebnissen, dass sich durch Tanztherapie das sympathische Nervensystem stabilisiert. Tanztherapie sei deshalb eine effektive Behandlung von milder Depression bei Jugendlichen zur Modulierung von Serotonin und Dopamin Konzentration und zur Verbesserung des psychischen Distress.

Die randomisierte multizentrische Kontrollstudie von Bräuninger (2006a) überprüft die Wirkung einer 10-stündigen Gruppentanztherapie sowie die Auswirkungen tanztherapeutischer Interventionen auf 162 ambulante Teilnehmerinnen, die unter Stress leiden: 11 ambulante Tanztherapie Behandlungsgruppen ( $n = 97$ ) werden bezüglich verschiedener Variablen der Lebensqualität, psychischer Symptombelastung und Stressbelastung verglichen mit 9 Warte-Kontrollgruppen ( $n = 65$ ), die keine Intervention erhalten. Bei dem prospektiven Studiendesign handelt es sich um einen varianzanalytischen Messplan mit zwei Arten von Gruppen (Behandlungsgruppe vs. Warte-Kontrollgruppe) und drei Erhebungspunkten (Vor-, Nachuntersuchung und 6- Monatskatamneseerhebung). Die kurz- und langfristigen Ergebnisse verbessern sich in der Behandlungsgruppe gegenüber der Warte-Kontrollgruppe signifikant, d.h. die Lebensqualität verbessert sich, die psychopathologische Symptombelastung nimmt ab und die Stressbelastung reduziert sich. Detailergebnisse zeigen, dass sich in Bezug auf die

Lebensqualität kurzfristig die *Psychische Befindlichkeit*, *Sozialen Beziehungen* und der *Globale Wert* verbessern. Langfristig verbessert sich die *Psychische Befindlichkeit* und *Spiritualität*. In Bezug auf Psychopathologie (BSI) verbessert sich kurzfristig das *Paranoide Denken* und kurz- und langfristig *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit in Sozialer Interaktion* *Ängstlichkeit*, *Depressivität*, *Psychotizismus* und *Phobische Ängste*. Bei der Stressbewältigung verbessern sich kurz- und langfristig die *Negativstrategien*, d.h., die Teilnehmerinnen zeigen weniger Resignation, gedankliche Weiterbeschäftigung, Selbstmitleid und Selbstbeschuldigung. Kurzfristig verbessert sich die *Entspannungsfähigkeit* und langfristig die Positivstrategie *Abwehr*. Darüber hinaus lassen sich erfolgreiche Tanztherapieinterventionen und deren spezifische Wirkungen identifizieren: Insbesondere erweisen sich die individuellen tanztherapeutischen Interventionen als erfolgreich und weniger die Gruppeninterventionen. Als Tanztherapie Ansätze im Gruppensetting zeigen sich positive Korrelationen zwischen dem Einsatz vom Chace Ansatz, von tiefenpsychologisch orientierter Tanztherapie und Authentischer Bewegung bei der Verbesserung der Depressivität und Reduktion von Angstsymptomatik (Bräuninger, 2006a). Parallelen des Gruppenprozesses und der thematischen Entwicklung der Stunden in allen 12 Behandlungsgruppen werden darüber hinaus identifiziert (Bräuninger, 2006b).

### **Klinische Studien zur Tanz- und Bewegungstherapie**

Eine weitere Studie, die sich noch im Prozess befindet und ebenfalls ein jugendliches psychiatrisch depressives Klientel untersucht, ist das laufende Forschungsprojekt in Schweden von Grönlund, Renck und Vabö (2006). Ziel der Studie ist die Überprüfung der tanztherapeutischen Wirksamkeit von Kurzzeit-Gruppentherapie auf depressive weibliche Jugendliche einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Quantitative und qualitative Methoden sowie multiple Datensourcen wie verschiedene Screening Tests, Selbstbeurteilungsfragebögen, Videobeobachtung und Tiefeninterviews kommen zum Einsatz. Die Ergebnisse werden Rückschlüsse darüber zulassen, ob Tanztherapie als klinische Intervention bei depressiven weiblichen Teenagern eine erfolgreiche Alternative in der Behandlung darstellt.

In einer weiteren klinischen Studie von Kipp, Herda. und Schwarz (2000) werden 112 psychiatrische Patientinnen in drei Patientinnengruppen mit den Diagnosen Psychose (n = 47), Depression (n = 40) sowie andere Störungen (n = 25) zugeteilt. Ziel der Studie ist, die Auswirkungen von Ergotherapie (Arbeits-, Beschäftigungs- und Kunsttherapie) und Bewegungstherapie (Tanztherapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Bewegungsbad) auf den allgemeinen Zustand und die Stimmungslage der Teilnehmenden zu untersuchen. Die Psychosepatienten berichten von geringeren positiven Effekten als die depressiven Patientinnen. Die Ergebnisse ergeben positive Effekte auf das Befinden bei den bewegungs- und ergotherapeutischen Gruppen. Bei den depressiven Patientinnen verbessern sich das Körpergefühl und die Stimmung in den Bewegungs- und Tanztherapie Gruppe mehr als in der Ergotherapie.

In einem zweijährigen Forschungsprojekt zu vier alternativen Methoden in der Behandlung von traumatisierten Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, wird u.a. Tanztherapie als ein

Ansatz untersucht (Moore, 2006). 44 Frauen werden zur Tanztherapie überwiesen, 27 beginnen und 16 beenden die Therapie. Im Prä-, Posttest Vergleich zeigen alle Klientinnen, die die Tanztherapie abschließen, anhand der Ergebnisse von standardisierten Fragebögen (u.a. BDI und BSI), dass sich durch Tanztherapie der Bedarf an Medikamenten verringert, Stress, Schmerzen und Depression reduzieren und Körperbild, Selbstwahrnehmung und Selbstvertrauen verbessern lassen.

### **Studien zu Tanz- und Bewegungstherapieinterventionen und Wirkfaktoren**

Koch, Morlinghaus und Fuchs (2007) vergleichen den Effekt von drei unterschiedlichen einmaligen Interventionen auf die Reduktion von Depressivität und Verbesserung der Vitalität: 31 psychiatrische Patientinnen mit der Haupt- oder Zusatzdiagnose Depression werden den Gruppen Tanzen (3 min. Kreistanzen mit Betonung der Vertikalität), Musikhören (3 min. Kreistanzmusik zuhören) oder Hometrainer zufällig zugeteilt. Vor und nach der jeweiligen Intervention füllen die Teilnehmerinnen die Heidelberger Befindlichkeitsskala (HBS, Koch, Morlinghaus und Fuchs, 2007) aus. Patienten der Tanzgruppe zeigen sich nach der Intervention signifikant weniger depressiv als die Teilnehmer der Gruppen Musikhören und Hometrainer fahren ( $p < ,05$ ). Patienten der Tanzgruppe fühlen sich darüber hinaus signifikant vitaler als die Teilnehmer der Gruppe Musikhören ( $p < .05$ ). Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass Kreistanz eine erfolgreiche Intervention in der Tanz- und Bewegungstherapie sein kann, um Depressivität zu reduzieren und Vitalität zu steigern.

Eine weitere Interventionsstudie (randomisierte Pilotstudie) von Brooks und Stark (1989) untersucht den Effekt einer einmaligen Tanztherapieintervention auf den Affekt: 20 ambulante psychiatrische Patienten und 20 gesunde Personen nehmen teil. Jede dieser Gruppen von 20 Teilnehmern wird in eine Experimental- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Der Affekt aller Teilnehmer wird vor und nach der Intervention der beiden Experimentalgruppen gemessen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich durch Tanztherapie die Depression, Angst und Feindseligkeit der beiden Experimentalgruppen im Vergleich zu den Kontrollgruppen, die keine Intervention erhalten, signifikant verbessern.

In der empirischen Pilotstudie von Hölter, G & Gunther, C. (2005) werden die tanz- und bewegungstherapeutischen Wirkfaktoren anhand des *Dortmunder Fragebogen Bewegungstherapie / DFBT* evaluiert: Vornehmlich depressiv erkrankte Patienten von psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken (N = 45) besuchen über einen Zeitraum von in der Regel 2 - 3 Monaten u.a. eine intensiv tanztherapeutische Behandlung und füllen nach Ablauf der Therapie DFBT mit 21 Items und einer vierfaktoriellen Struktur aus. Die Ergebnisse belegen die Anwendbarkeit dieses klinischen Frageinstruments als valides Messinstrument von tanz- und bewegungstherapeutischen Wirkfaktoren.

Mannheim und Weis (2005) untersuchen bei Tumorpatientinnen u.a. die Wirkung der Tanztherapie auf die emotionale Krankheitsverarbeitung und die körperliche Erholung. Die Ergebnisse des Prä-, Posttestvergleichs weisen bei den Patientinnen signifikante Verbesserungen in den Bereichen Lebensqualität, Angst und Depression sowie im Selbstwert auf.

## **Das tanz- und bewegungstherapeutische Angebot der Tagesklinik für Affektkranke**

Die tanz- und bewegungstherapeutische Gruppe der Tagesklinik findet zwei Mal wöchentlich à 50 Minuten statt. Jeder Patient sollte mindestens ein Mal wöchentlich an einer Gruppentherapie teilnehmen. Zusätzlich zu diesem Angebot findet ein Mal pro Woche eine ausdrucksorientierte Bewegungstherapiegruppe statt, in der neben der Bewegung auch andere, nonverbale kreative Ausdrucksmöglichkeiten wie Malen und Schreiben zum Einsatz kommen. Für diese Gruppe stehen 90 Minuten zur Verfügung. Die Teilnehmerzahl ist jeweils auf acht Personen beschränkt.

### **Die Ausgangslage**

Viele depressive Patienten 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. Der Zwangspatient hat sich schon lange überhaupt nicht mehr bewegt, weil er das Schwitzen als lästig und unangenehm empfindet. Das normale Körpergewicht ist somit um 20 kg überschritten. Ein stundenlanges Waschritual würde nach jeder körperlichen Betätigung folgen. Bei vielen Affektkranken ist das Gefühl für den eigenen Körper verloren gegangen. Das Gefühl der Leere überträgt sich auf den Körper, der nicht mehr als lebendiger und sinnenfreudiger Leib, sondern nur noch als seelenlose Materie empfunden wird. (siehe Daniel Hell, Welchen Sinn macht Depression, S.49). Die gebeugte Körperhaltung, der leere, ausdruckslose Blick, der feste, starre Rumpf zeigen körperlich, wie sehr der depressive Mensch leidet unter der Schwere seiner Krankheit. Das ganze Körpererleben ist stark reduziert. Die leiblichen Empfindungen sind gehemmt, die Bewegungen erstarrt und verlangsamt. Inaktivität, Antriebslosigkeit, psychomotorische Gehemmtheit, soziale Isolation und fehlende emotionale Ausdrucksfähigkeit stehen im Vordergrund. Der Körper leidet mit, wenn die Seele erkrankt ist. Die psycho-physische Ganzheit ist aus dem Gleichgewicht.

### **Ziele**

In Tanz-Bewegungstherapie wird versucht, über den Körper die Patientinnen zu erreichen. Antrieb und Vitalität sollen gesteigert, die Körperwahrnehmung sensibilisiert und erweitert und die kreativen Ressourcen angeregt und entfaltet werden. Über den Körper sollen die Patientinnen Zugang finden zu den eigenen Gefühlen. Die leiblichen Empfindungen werden stimuliert, so dass die Patientinnen ein positives Körpergefühl entwickeln. Somit werden Selbstwertgefühl und Selbstakzeptanz der eigenen Persönlichkeit verbessert. Aber nicht nur der Kontakt zum eigenen Körper, sondern auch der Kontakt zum Mitmenschen wird gefördert. Um die Patientinnen aus der sozialen Isolation herauszuführen, werden im geschützten Rahmen, Kontaktmöglichkeiten in der Partnerarbeit und in der Gruppe angeboten. Der Gruppenprozess bildet einen Schwerpunkt in diesem tagesklinischen Setting. Durch das

gemeinsame Bewegungen und Tanzen wird eine Verbindung untereinander hergestellt, die das Miteinander der Gruppe stärkt.

## **Methode**

In einer vertrauensvollen und angstfreien Atmosphäre soll Raum für leibliche Erfahrungen und zwischenmenschlichen Begegnungen geschaffen werden. Die therapeutisch empathische und akzeptierende Grundhaltung orientiert sich an den Ressourcen des Patienten. Es ist ein nonverbaler körpertherapeutischer Zugang. Der Körper mit all seinen Sinnen und seinen unterschiedlichen Ausdrucksmöglichkeiten stehen im Vordergrund. Mit verschiedenen Mitteln stimulieren und aktivieren wir das Körpererleben, welches durch die Krankheit teilweise schwer beeinträchtigt ist. Bei Bedarf werden die leiblichen Erfahrungen und zwischenmenschlichen Begegnungen in der Gruppe verbal aufgearbeitet. In der Tanz- und Bewegungstherapie wird mit den verschiedensten Elementen aus den Bereichen Tanz, Wahrnehmungsschulung, Bewegungsbeobachtung, Atemarbeit, Körperarbeit, Eutonie, Konzentrationale Bewegungstherapie, Funktionelle Entspannung, Bewegungsmeditation, Bewegungsrituale, Kampfkunst, Sport, Gymnastik usw. gearbeitet. Im Folgenden unterscheidet ich drei Möglichkeiten tanz- und bewegungstherapeutischer Interventionen.

### **1 Passive körper- und bewegungstherapeutische Interventionen**

Der Bezug zum eigenen Körper soll wieder hergestellt bzw. bewusst gemacht werden. Dies kann zum Beispiel im Liegen auf der Matte geschehen. Die Patientinnen sollen lernen, die Aufmerksamkeit auf ihren Körper zu lenken. Für viele Patientinnen ist es sehr schwierig, die Augen zu schließen und sich dem Boden zu überlassen. Sie wissen nicht mehr, wie sie überhaupt bequem liegen können. Deshalb ist es wichtig, sich den Liegeplatz gut einzurichten mit Kissen und Decken. Um ihren Körper abzugeben, braucht es eine gute Unterstützungsfläche. Folgende Fragen werden dabei vom Therapeuten gestellt: Wo spüre ich den Boden? Welche Körperteile sind im Kontakt mit dem Boden? Wie liegen die Füße, Beine, Becken, Rücken, Schulter, Arme, Kopf auf? Wo halte ich mich? Wo liege ich fest auf? Wo spüre ich Spannung? Auf die Bewegung des Atems wird ebenfalls hingewiesen. Manchmal ist es hilfreich, mit den eigenen Händen auf dem Brustkorb oder auf dem Bauch die Bewegung des Atems zu verfolgen. Dies kann eine Entspannung und ein Loslassen bewirken. Um ein angenehmes Körpergefühl zu fördern, können verschiedene Materialien zum Einsatz kommen, wie warme Kirschkernsäcken, kühle Sandsäcken, weiche Softbälle etc., die an verschiedenen Stellen des Körper unter- bzw., aufgelegt werden. In einer abschließenden Runde werden die Erfahrungen ausgetauscht. Sätze, wie: „Jetzt spüre ich eine angenehme Schwere in den Beinen“, „die Wärme des Säckchens gab mir Geborgenheit“, „die Spannung im Rücken hat etwas nachgelassen“ drücken das positive Körpererleben aus.

### **2. Aktive tanz- und bewegungstherapeutische Interventionen**

Bei diesen aktiven tanz- und bewegungstherapeutischen Interventionen kommen vor allem Musik und Geräte wie Bälle, Seile, Tücher, Stäbe etc. zum Einsatz. Die Patienten sollen aus ihrer körperlichen Erstarrung herausgeführt und in ihrer bedrückten Stimmung aufgehellt werden. Ein afrikanischer Rhythmus kann helfen, Spannungen abzubauen. Der Therapeut fordert die Patienten auf, den Rhythmus in ihre Füße aufzunehmen und im Raum umher zu gehen. Die Vorgaben werden bewusst nicht festgelegt. Man kann vorwärts, rückwärts, seitwärts gehen. Jede soll ihren eigenen Schritt finden, der für sie zum Rhythmus passt. So tanzt jeder auf seine Weise durch den Raum. Von selbst ergeben sich die ersten Tanzkontakte. Die Tanzenden stimulieren und spornen sich gegenseitig an. Die ganze Gruppe tanzt nach einer gewissen Zeit im gleichen Schritt, sie formieren sich im Kreis, sie gehen aufeinander zu, treffen sich in der Mitte mit gehobenen Armen und stampfen laut auf mit den Füßen. So entwickelt die Gruppe ihren eigenen Gruppentanz. Von der anfänglichen bedrückten Stimmung ist nichts mehr zu spüren. Die Gesichter sind entspannt, die Schultern gelockert. Frau M. lächelt mir zu und äussert, schon lange habe sie sich nicht mehr so leicht gefühlt. Auch die Männer haben sich mitreissen lassen. Fast wild, ja ekstatisch ging es zu.

Mit den Geräten der Bewegungstherapie können bestimmte Gefühle und Empfindungen geweckt werden. Der Stock eignet sich zum Schlagen, versteckte Wut kann statt gegen sich selbst, nach aussen gerichtet werden. Das Tuch fordert auf zum Schwingen, mit dem Seil kann man hüpfen. Oftmals werden damit positive Kindheitserinnerungen verknüpft. Lange ist es her, seit man mal wieder richtig gehüpft ist und sich selbst dabei vergessen hat. Der grosse Ball lädt ein zum Abgeben, das ganze Körpergewicht wird getragen. Ein Gefühl des Vertrauens kann sich entwickeln. Zur sanften Musik kann man sich wiegen lassen, für ein Moment sind die Ängste weit weg.

### **3. Bewegungs- und ausdrucks-therapeutische Interventionen**

Diese Interventionen kommen vor allem in der „fortgeschrittenen“ Gruppe Bewegung und Ausdruck zur Anwendung, wie sie einst ein Patient bezeichnet hat. Hier gehen wir vom Eindruck zum Ausdruck über, von der Körperwahrnehmung zur Bewegung, von der Bewegung zum Malen, von Malen zum Schreiben oder umgekehrt. Alle kreativen künstlerischen Mittel kommen dabei zum Einsatz. Die Patientinnen sollen Zugang finden zu den eigenen kreativen Ressourcen, die den eigenen Heilungsprozess unterstützen. Ausgangspunkt und Schwerpunkt dabei ist der Körper, über den neue Erfahrungen leiblich, sinnlich und ästhetisch gewonnen und vermittelt werden. Spielerisch soll die Patientin ihren Körper neu entdecken und sich damit ausdrücken können. Wenn die Erfahrungen bildlich dargestellt werden, konkretisieren und verdichten sich die neu gewonnenen Entdeckungen. Kurze Performances bieten die Möglichkeit, sich zu zeigen. Die übrigen Teilnehmenden haben die Aufgabe, diesen Prozess zu begleiten. Mit ihrer Präsenz bezeugen sie, was die Patientin mit der Bewegung, dem Bild oder dem Text ausdrücken möchte. In einer Abschlussrunde werden die Erfahrungen gesammelt und miteinander geteilt. Die Teilnehmenden stellen dabei ihr Bild mit dem Titel vor, erzählen, wie es ihnen ergangen ist in den unterschiedlichen Etappen des intermodalen künstlerischen Prozesses. Folgende Fragen

werden dabei vertieft: Was habe ich gespürt bei der Körperwahrnehmung? Wie erging es mir bei der Bewegungsimprovisation, wie beim Malen? Hat sich ein Thema herauskristallisiert? Dabei kommen oftmals überwältigende Körperbilder und spannende Körpergeschichten zum Vorschein. Es ist erstaunlich, welche Potentiale sich bei jedem Einzelnen entwickeln können, wenn der Raum für Kreativität geschaffen wird. Berührt von der Einmaligkeit des künstlerischen Ausdrucks eines jeden Einzelnen gehen die Patientinnen für Wochenende nach Hause.

#### Fallbeispiel

Anhand eines Fallbeispiels soll veranschaulicht werden, wie die einzelnen tanz- und bewegungstherapeutischen Interventionen zur Anwendung kommen. Frau Q tut sich zu Beginn schwer, mit den passiven Körper- und bewegungstherapeutischen Interventionen. Sie hält die Ruhe kaum aus. Auf der Matte kann sie nicht auf dem Rücken liegen. Der Rücken schmerzt. Sie findet keine Lage, die bequem für sie ist. Schliesslich versucht sie es im Sitzen auf dem Hocker mit Decken umhüllt an der Wand gelehnt. Das Entspannen gelingt ihr nur bedingt. Diese Angespanntheit und innere Unruhe lassen im Verlauf des Aufenthaltes nach. Frau Q lernt, ihren Körper bequem zu lagern und zu entspannen. Die Bauchlage ist ihr angenehm, die Arme nimmt sie dabei nach oben. Hilfsmittel wie warme Sandsäckchen helfen ihr zur Ruhe zu kommen. Sie vermitteln ihr ein Gefühl von Geborgenheit. Mit klassischer Musik gelingt es ihr noch besser. Dies erinnert sie an glückliche Momente in ihrer Kindheit, als ihre Mutter am Sonntagmorgen klassische Musik hörte.

Bei den aktiven tanz- und bewegungstherapeutischen Interventionen zeigt Frau Q von Anfang an viel Freude beim Tanzen. Sie hat ein gutes Rhythmusgefühl und ist mit den verschiedensten Tanzstilen vertraut. Sie tanzt mit viel Temperament, am liebsten auf spanische Musik. Ihr Stolz kommt dabei zum Ausdruck. Mit Esprit und Eleganz geht sie auf andere Tanzende zu, lockt sie heraus und reisst sie mit in ihrer Begeisterung für den Tanz. Sie belebt die ganze Gruppe. Ihre kraftvolle Energie und Bewegungsdrang zeigt sich auch beim Stockkampf. Sie schlägt schnell und präzise. Eher zu stark sind ihre Schläge, sagt ihr Partner. Das gibt ihr zu denken.

Bei bewegungs- und ausdrucks-therapeutischen Interventionen kommen andere Facetten von Frau Q zum Vorschein. Ihre Bilder zeigen eher die verletzte Seite. Das eine Mal malt sie ein heftiges Bild mit Feuer und einer schwarzen Spirale, welches sie mit „Hölle“ betitelt. „Ja, so sieht es in mir aus“, sagt sie dazu. Ein anderes Mal malt sie ihre körperlichen Schmerzen mit viel Schwarz im Zentrum. Beim Gegenbild dazu ist das Schwarz nur am Rande zu sehen. Vom Zentrum aus leuchtet das Bild mit hellen Farben. Als sie es tanzt, bewegt sie sich leicht und unbeschwert durch den Raum. Sie nimmt die Qualität des Bildes in ihrer Bewegung auf und verkörpert sie in ihrem freien und durchlässigen Tanz. Gelöst und beschwingt geht sie ins Wochenende. Vor ihrem Austritt holt sie die beiden Bilder ab.



## Literatur

- Brooks D, Stark A. The effects of dance/movement therapy on affect: A pilot study. *American Journal of Dance Therapy* 1989; 11-2: 101-112.
- Bräuninger I. Tanztherapie mit Menschen in der zweiten Lebenshälfte Möglichkeiten der Angst- und Suchtbewältigung. In Bäuerle P, Radebold H, R.Hirsch RD, Studer K, Schmid-Furstoss U, Struwe B (eds). *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen. Grundlagen und Praxis*. Bern: Huber 2000a, 136-141.
- Bräuninger I. Tanztherapie in der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik bei Patienten mit Angststörungen. In Kretschmar C, Hirsch RD, Haupt M, Ihl R, Kortus R, Stoppe G & Wächter, C. (eds.). *Angst-Sucht-Anpassungsstörungen im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, DGGPP, Band 1*. Düsseldorf: Die Deutsche Bibliothek 2000b; 202-206.
- Bräuninger I. *Tanztherapie*. Weinheim: Beltz PVU 2006a.
- Bräuninger I. Dance movement therapy group process: A content analysis of short-term dmt programs. In Koch SC, Bräuninger I (eds.). *Advances in dance movement therapy. International Perspectives and Theoretical Findings*. Berlin: Logos 2006b; 87-103.
- Bräuninger I, Blumer E. (2004). *Tanz- und Bewegungstherapie*. In Rössler W (eds.). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer 2004; 380-387.
- BTD, Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands e.V. *Tanztherapie* 2003. <http://www.btd-tanztherapie.de/tanztherapie.htm> (8. Juli 2008).
- Cruz RF, Sabers DL. Dance/movement therapy is more effective than previously reported. *The Arts in Psychotherapy* 1998; 25-2: 101-104.
- Derogatis LR. *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for R(evised) Version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine 1977.
- Grönlund E, Renck B, Vabö NG. How depressed teenage girls can be helped by dance movement therapy. 2. Internationales Forschungskolloquium in Tanztherapie des Berufsverbandes der TanztherapeutInnen Deutschlands BTD 2006, Pforzheim.
- Heber L. Dance movement: A therapeutic program for psychiatric clients. *Perspectives in Psychiatric Care* 1994; 29-2: 22-29.
- Hell D. *Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz*. (11. überarbeitete Auflage). Reinbek bei Hamburg: rororo 2004.
- Hölter G, Gunther C. *Wirkfaktoren der Tanz- und Bewegungstherapie: Eine empirische Pilot-Studie bei depressiv erkrankten Patientinnen psychiatrisch-psychotherapeutischer Tageskliniken*. 2. Internationales Forschungskolloquium in Tanztherapie des Berufsverbandes der TanztherapeutInnen Deutschlands BTD 2006, Pforzheim.

- Jeong YJ, Hong SC, Lee M, Park MC, Kim, YK, Suh, CM. Dance/movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal of Neuroscience* 2005, 115-12: 1711-1720.
- Kipp J, Herda C, Schwarz HJ. Wirkfaktoren der Ergotherapie. Ergebnisse einer Pilotstudie. *Ergotherapie-&-Rehabilitation* 2000; 39-6: 17-21.
- Koch SC, Morlinghaus K, Fuchs T. The joy dance. Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy* 2007; 34-4: 340-349.
- Mannheim E, Weis J. Tanztherapie mit Krebspatienten - Ergebnisse einer Pilotstudie. *Musik-, Tanz und Kunsttherapie* 2005; 16-3: 121-128.
- Moore CA. Dance movement therapy in the light of trauma. Research findings of a multidisciplinary project. In Bräuninger I, Koch SC (eds.). *Advances in Dance/Movement Therapy. International Research and Empirical Findings*. Berlin: Logos 2006.
- Ritter M & Low K. Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy* 1996; 23-3: 249-260.